

Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad

NORMAS NACIONALES SOBRE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD

Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), Programa Nacional Salud de la Mujer

Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER)

Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA)

ÍNDICE

CRÉDITOS 2016	6
ABREVIATURAS	8
PRESENTACIÓN	10
INTRODUCCIÓN	12
OBJETIVOS	13
PRINCIPIOS NORMATIVOS	14
SECCIÓN A: POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD EN CHILE	15
1. Antecedentes	15
2. Incorporación de la planificación familiar en las políticas de salud pública	15
3. Impacto de las actividades de regulación de la fertilidad en Chile	18
4. Marco legal internacional	21
5. Marco legal nacional	23
6. Compromiso con la sociedad civil	25
7. Proyecciones	26
SECCIÓN B: MARCO CONCEPTUAL	27
1. Consideraciones éticas y de derechos humanos	27
1.1. Ética y anticoncepción	27
1.2. Derechos humanos y anticoncepción	28
1.3. Conclusiones	33
2. Consideraciones de género	34
2.1. Género y salud sexual y reproductiva	35
2.2. Género y regulación de la fertilidad	36
2.3. Conclusiones	38
3. Calidad de la atención	38
3.1. Elementos de la calidad de atención	39
3.2. Calidad de la atención desde la perspectiva de las y los usuarias/os	40
3.3. Calidad desde la perspectiva de las y los proveedoras/es de servicios	41
3.4. El rol de las autoridades	42
SECCIÓN C: TECNOLOGÍA ANTICONCEPTIVA	43
1. Propiedades de los anticonceptivos	43
2. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para el uso de los métodos anticonceptivos	45
2.1. Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS	46
2.2. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos	47
3. Anticoncepción hormonal	59
3.1. Anticonceptivos combinados de estrógeno y progestágeno	60
3.1.1. Anticoncepción combinada oral	64
3.1.2. Anticoncepción combinada inyectable mensual	72

3.1.3. Anticoncepción combinada en anillo vaginal	74
3.1.4. Anticoncepción combinada en parche transdérmico	75
3.2. Anticonceptivos de progestágeno solo	76
3.2.1. Píldoras de progestágeno solo	80
3.2.2. Progestágenos inyectables de acción prolongada	82
3.2.3. Implantes subdérmicos de acción prolongada	84
3.2.4. Anillo vaginal de progesterona	86
3.3. Anticoncepción hormonal de emergencia	86
4. Anticoncepción No Hormonal	94
4.1. Dispositivos Intrauterinos	94
4.2. Métodos anticonceptivos de barrera	108
4.3. Método de la amenorrea de lactancia	118
4.4. Métodos de abstinencia periódica	121
4.5. Anticoncepción quirúrgica voluntaria	128
SECCIÓN D: ANTICONCEPCIÓN EN POBLACIONES ESPECÍFICAS	140
1. Anticoncepción para adolescentes	140
1.1. Consideraciones éticas y legales y confidencialidad	141
1.2. Denuncia de actividad sexual	143
1.3. Uso de anticoncepción en la adolescencia	144
1.4. Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS	145
1.5. Opciones anticonceptivas para adolescentes	145
1.6. Condiciones especiales	149
1.7. Orientación y consejería	149
1.8. Servicios de regulación de fertilidad para adolescentes	152
2. Anticoncepción para mujeres en el periodo posparto	153
2.1. Anticoncepción para la mujer que no amamanta	153
2.2. Anticoncepción para la mujer que amamanta	154
2.3. Orientación a las usuarias	157
3. Anticoncepción para mujeres después de un aborto	159
3.1. Aborto sin complicaciones	159
3.2. Aborto con complicaciones	160
3.3. Orientación y Consejería	160
4. Anticoncepción para mujeres después de los 35 años	161
4.1. Opciones anticonceptivas	161
4.2. Orientación y Evaluación	164
5. Anticoncepción en personas en riesgo de adquirir, cursando o viviendo con ITS y VIH/SIDA	165
5.1. Orientación y consejería	165
5.2. Métodos anticonceptivos y protección ante ITS	166
5.3. Métodos anticonceptivos e ITS/VIH en curso	167
6. Anticoncepción para hombres	168
7. Anticoncepción para personas con discapacidad	173

SECCIÓN E: PROVISIÓN DE SERVICIOS DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD	176
1. Consejería en regulación de la fertilidad	176
2. Control de regulación de la fertilidad	177
3. Consulta espontánea de regulación de la fertilidad	178
4. Consulta por anticoncepción de emergencia	179
5. Visita domiciliaria integral (VDI) para la prevención del segundo embarazo en adolescentes	179
6. Control preconcepcional	180
7. Anticoncepción en situaciones de emergencia y desastres	182
8. Farmacovigilancia	184
SECCIÓN F: BIBLIOGRAFÍA	186
1. Sección A: Políticas y Programas de Regulación de la Fertilidad en Chile	186
2. Sección B: Marco Conceptual	187
3. Sección C: Tecnología Anticonceptiva	192
4. Sección D: Anticoncepción para Poblaciones Específicas: Referencias	218
ANEXOS	226
Anexo N°1: Ministerio de Salud. Circular N° 06 del 09 de junio de 2015 sobre atención de salud de personas migrantes.	226
Anexo N°2: Decreto Supremo N° 62 del 07 de septiembre de 2015.	228
Anexo N°3: Decreto N° 49 del 28 de marzo de 2013 que aprueba reglamento para el ejercicio del derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad.	229
Anexo N°4: Ministerio de Salud. Ordinario N°1675 del 24 de abril del 2009.	231
Anexo N°5: Ministerio de Salud. Ordinario N° 1404 del 20 de mayo de 2014.	233
Anexo N°6: Instituto de Salud Pública. Formulario e instructivo de notificación de sospecha de reacción adversa a medicamento (RAM).	235
Anexo N°7: Consentimiento informado para anticoncepción quirúrgica voluntaria.	238
Anexo N°8: Consentimiento informado para dispositivo intrauterino.	239
Anexo N°9: Consentimiento informado para implante anticonceptivo subdérmico.	240
Anexo N°10: Decreto Supremo N° 67 del 10 de marzo de 2016.	241

CRÉDITOS 2016

Editores:

Dra. Soledad Díaz, ICMER
Dr. Guillermo Galán, APROFA
Dra. Paulina Troncoso, MINSAL
Matrón Sr. Eduardo Soto, MINSAL
Matrona Sra. Miriam González, MINSAL

Comité Redactor:

Dra. Soledad Díaz, ICMER
Dr. Guillermo Galán, APROFA
Dra. Paulina Troncoso, MINSAL
Dr. David Eisen, APROFA
Matrona Sra. Miriam González, MINSAL
Matrona Srta. Pamela Burdiles, MINSAL
Matrón Sr. Eduardo Soto, MINSAL
Dr. Ramiro Molina, Universidad de Chile
Bióloga Sra. Gabriela Noé, ICMER
Dr. Octavio Peralta, Universidad de Chile
Matrona Sra. Verónica Schiappacasse, Universidad de Chile e ICMER
Matrona Srta. Carolina Peredo Couratier
Enfermera Sra. Gloria Berrios Campbell

Colaboradores:

Matrona Sra. Ana Ayala, MINSAL
Abogada Sra. Lidia Casas, Universidad Diego Portales
Socióloga Sra. Claudia Dides, Universidad Central
Dr. Pablo Lavín, Universidad de Chile
Dra. Ximena Luengo, MINSAL
Dr. Luis Martínez, SOCHOG
Dr. José Olavarría, Doctor en sociología, consultor
Dra. Pamela Oyarzún, Universidad de Chile
Dr. Cristian Palma, Universidad de Chile
Matrona Sra. Lorena Ramírez, MINSAL
Dra Sylvia Santander, Universidad Católica de Chile
Dr. Sergio Valenzuela, Universidad de Chile
Matrona Sra. Alejandra Valdés, Hospital Padre Hurtado
Matrona Sra. Yamileth Granizo, MINSAL

CRÉDITOS 2006

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
Dra. María Rebeca Massai, ICMER
Sociólogo Sr. José Olavarría, consultor
Dr. Jorge Robinovich, APROFA
Matrona Sra. Verónica Schiappacasse, ICMER

Colaboradores:

Matrona Sra. Ana Ayala, MINSAL
Dr. Octavio Peralta, Universidad de Chile
Dra. Ximena Luengo, ICMER
Matrona Srta. Fanny Berlagoscky, MINSAL
Socióloga Sra. Claudia Dides, ICMER
Abogada Sra. Lidia Casas, ICMER

Agradecimientos:

A las/los 15 profesionales de ICMER, al personal de Área Metropolitana de Salud y de los Servicios de Salud de regiones 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.

ABREVIATURAS

AAP	American Academy of Pediatrics.
ACI	Anticonceptivos Hormonales Combinados Inyectables (también llamados AIC: Anticonceptivo Inyectable Combinado).
ACO	Anticonceptivos Hormonales Combinados Orales (también llamados AOC: Anticonceptivos Orales Combinados).
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists (Colegio Americano de Obstetras y Ginecológicos).
AE	Anticoncepción de Emergencia.
AHC	Anticonceptivos Hormonales Combinados.
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.
APS	Anticonceptivos de Progestágeno Solo / Progestina Sola.
AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.
AUGE	Acceso Universal con Garantías Explícitas.
AVC	Anillo Vaginal Combinado.
AVP	Anillo Vaginal de Progesterona.
β hCG	Gonadotropina Coriónica Humana.
CE	Cipionato de Estradiol.
CDC	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention).
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
CIDN	Convención Internacional de los Derechos del Niño
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer).
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud Chile.
DESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
DMO	Densidad Mineral Ósea.
DIU-Cu	Dispositivo Intrauterino con Cobre.
DIU-LNG	Dispositivo Intrauterino liberador de Levonorgestrel.
EN/NET	Enantato de Noretisterona.
EP	Embolia Pulmonar.
EPI	Enfermedad Pélvica Inflamatoria.
ETV	Enfermedad Tromboembólica Venosa.
GES	Garantías Explícitas en Salud.
IC	Intervalo de Confianza.
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	International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional de Planificación de la Familia).
ITS	Infección de Transmisión Sexual.

JHPIEGO	Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics, USA (Programa de Información y Educación para Gineco-Obstetras. Universidad Johns Hopkins).
LARC	Long Acting Reversible Contraceptive (Anticonceptivo reversible de acción prolongada).
LES	Lupus Eritematoso Sistémico.
MAC	Método Anticonceptivo.
mcg	microgramo, µg.
MELA	Método de la Amenorrea de Lactancia.
MINSAL	Ministerio de Salud de Chile.
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).
OIRS	Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias.
PAD	Presión Arterial Diastólica.
PAE	Píldoras Anticonceptivas de Emergencia.
PAHO	Panamerican Health Organization (Organización Panamericana de la Salud).
PAS	Presión Arterial Sistólica.
PATH	Program for Appropriate Technology in Health (Programa por la apropiada tecnología en salud).
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.
RAM	Reacción Adversa al Medicamento.
RR	Riesgo Relativo.
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SNS	Servicio Nacional de Salud de Chile.
SOCHOG	Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.
SSR	Salud Sexual y Reproductiva.
TARV	Terapia Antirretro Viral.
T-Cu	T con Cobre.
T-Cu 380 A	T con Cobre 380 A.
TEV	Tromboembolismo Venoso.
T-LNG	T con levonorgestrel.
TVP	Trombosis Venosa Profunda.
USAID	United States Agency for International Development (Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos).
VDI	Visita Domiciliaria Integral.
VE	Valerato de Estradiol.
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
VHS	Virus del Herpes Simple.
VPH	Virus del Papiloma Humano.
WHO	World Health Organization (Organización Mundial de la Salud)

PRESENTACIÓN

La regulación de la fertilidad es uno de los componentes esenciales del cuidado de la salud sexual y reproductiva que debe estar centrado en las personas y en sus derechos. Por ello, la publicación de las Normas Nacionales resulta inseparable del reconocimiento de los derechos civiles y políticos inherentes al ser humano. Cada una de sus actualizaciones impone el desafío de reflejar el respeto a la vida privada, la libertad de conciencia y la protección de la integridad física de las personas, al alero de las garantías que ofrece el avance científico.

Desde 1964, año en que el gobierno del Presidente Eduardo Frei Montalva formuló la primera Política de Planificación Familiar del Gobierno de Chile, cada normativa ha puesto su foco en prioridades sanitarias específicas y ha generado resistencias propias de la época en que se desarrollan. El objetivo de la política en el año 1964 fue “reducir los riesgos asociados a la práctica del aborto inducido en condiciones inseguras”, lo anterior, “garantizando el respeto a la conciencia de las personas y su dignidad”. En 1967 los propósitos fueron similares, y basándose en la necesidad de disminuir la morbilidad por aborto inseguro, se estableció la Política de Población y de Salud Pública.

Desde entonces, hasta 1995, fecha en que por primera vez se realiza la compra de anticonceptivos con fondos públicos a través de la CENABAST, una serie de cambios sociales fueron permitiendo avanzar en la consolidación del ejercicio de derechos ciudadanos en el ámbito de la sexualidad y la reproducción. De esta manera, en el año 2006 se promulga la primera edición de las *Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad del Ministerio de Salud de Chile*, firmada por la Presidenta Michelle Bachelet Jeria.

Con todo, lejos del avance que ello representó, dos años más tarde, en abril del año 2008, el Tribunal Constitucional acogió un requerimiento que prohibió la entrega de la anticoncepción de emergencia en los Servicios Públicos de Salud (excepto en casos de violación), fundamentando la decisión en la duda razonable que les cupo respecto a su efecto abortivo.

Posteriormente, en julio del año 2009, la Presidenta Michelle Bachelet envió al Congreso un Proyecto de Ley para regular las actividades de los Servicios Públicos de Salud en materia de entrega de información, orientación y prestaciones de regulación de la fertilidad, aprobado por amplia mayoría en ambas Cámaras.

Cinco décadas de políticas de planificación familiar han plasmado los cambios en los contextos sanitarios y culturales que se observan en torno a la regulación de la fertilidad, ofreciendo nuevas oportunidades para alcanzar una mejor calidad de vida. Así lo entienden también los trabajadores de la Salud que informan y apoyan el proceso de elegir un método anticonceptivo con respeto a las creencias y valores de las personas, en lugar de prescribirlo desde la perspectiva médica o de sus propias preferencias.

En un segundo mandato de la Presidenta Bachelet, el compromiso de promover el cuidado de la salud sexual y reproductiva sigue ocupando un lugar relevante en el Programa de Gobierno. Prueba de ese compromiso es el proyecto de ley que impulsa la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales: peligro de vida para la mujer, inviabilidad fetal de carácter letal y embarazo por violación. Los derechos de las mujeres están en el centro de esta propuesta y forma parte de una agenda de género transversal que impulsa el Gobierno.

La actualización de las “Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad” es una expresión de la tarea que le corresponde al Estado para que mujeres, hombres y parejas tengan la posibilidad de afirmar la existencia de autonomía reproductiva y sostener el reconocimiento de las personas a determinar sus propios planes de vida.

Se agradece la especial colaboración de todos y todas quienes participaron en la elaboración de estas Normas particularmente a los editores.

CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD

INTRODUCCIÓN

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/as, 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 nacida/o, de modo que 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, deben estar centrados en las personas y en sus derechos, más que en metas poblacionales. Deben considerar 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, tales como el derecho a la vida, la integridad física, la vida privada, la libertad de conciencia además del derecho a la salud y el disfrute del avance científico.

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 y roles 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 y comportamientos sexuales y reproductivos. 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, con respeto a las creencias y valores de las personas, 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.

OBJETIVOS

Objetivos Generales

- Destacar la importancia de la regulación de la fertilidad como estrategia altamente efectiva en el mejoramiento de la salud de mujeres, niños y niñas y grupos familiares en el curso de vida, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas.
- Prevenir embarazos no planificados o no deseados para disminuir la morbilidad materna y prevenir el aborto inseguro.
- Entregar lineamientos técnicos a las/los prestadores de salud, basados en la evidencia científica actualizada, para otorgar una atención oportuna, segura y de calidad en regulación de fertilidad.
- Promover el acceso a la información, orientación y servicios en regulación de la fertilidad, particularmente a la población con necesidades insatisfechas, para favorecer la toma de decisiones informadas y las conductas saludables.

Objetivos Específicos

- Promover servicios de regulación de fertilidad que incluyan el respeto de los derechos de las personas, la perspectiva bioética, las consideraciones de género y la calidad de atención.
- Actualizar conocimientos y competencias técnicas de las/los prestadores de salud, a través de la entrega de evidencia científica actualizada.
- Fomentar la entrega de orientación, consejería y métodos anticonceptivos, a las/los usuarias/usuarios, identificando sus posibles factores de riesgo, según criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Identificar y satisfacer las necesidades de poblaciones específicas que requieren servicios especiales.
- Describir las acciones específicas que deben implementarse a nivel de los servicios.

PRINCIPIOS NORMATIVOS

Las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad establecen que 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 humanos 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 particularidades que, respecto a la sexualidad y la reproducción, tienen las personas.
3. Contribuir, en forma explícita, a corregir inequidades de género en salud reproductiva, empoderando y protegiendo, en forma especial, 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 y los proveedores y del manejo de los insumos anticonceptivos.
5. Las/os 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 cual 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 y otra evidencia científica disponible.
6. Considerar en la provisión de servicios las particularidades de la anticoncepción en adolescentes, en mujeres después de los 35 años, en el período posparto, en el período posaborto, en hombres 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 a los hombres a tomar conscientemente la decisión de concebir un hijo/a y a participar en la prevención de embarazos no esperados ni deseados.
8. Focalizar esfuerzos y recursos en la atención de los grupos de población con menores recursos económicos, de conocimientos, y sociales para ejercer su derecho a una maternidad y paternidad intencionada y responsable.
9. Contar con procedimientos expeditos para recoger 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.

SECCIÓN A: POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD EN CHILE¹

1. Antecedentes

El hito más importante para la atención de la salud reproductiva de las mujeres en Chile ha sido la creación, en 1952, del Servicio Nacional de Salud (SNS)², 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 Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF por su sigla en inglés) 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.

2. Incorporación de la planificación familiar en 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:

- 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.

¹ Las Conferencias Internacionales citadas y la bibliografía revisada se lista en la sección Bibliografía (al final del documento).

² Institución que organizó la atención de la salud en Chile (Ley 10.383, 10 Agosto 1952).

- 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 consciente.

En 1967 se realizó en Santiago la Octava Conferencia Internacional de Planificación de la Familia, bajo el lema "Paternidad consciente: 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 fue un importante agente capacitador de matronas y médicos en la prescripción y control de los 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 y matrones

En 1990, 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, United States Agency for International Development (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 29 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 Programa de Salud Materna y Perinatal, 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".

Ese mismo año, 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, este profesional realiza más del 90% de las actividades preventivas dirigidas a las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva, en los establecimientos de atención primaria del sistema público.

Considerando los progresos en materia de evidencia científica sobre los métodos anticonceptivos y la evolución del marco conceptual en que se insertan las actividades de Regulación de la Fertilidad, en el año 2006 se promulgaron las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), las que fueron firmadas por la presidenta Michelle Bachelet como Decreto Supremo N° 48 del Ministerio de Salud en Febrero del año 2007. Un grupo de parlamentarios presentó un requerimiento al Tribunal Constitucional (TC) solicitando la eliminación en dichas Normas de los capítulos sobre Anticoncepción de Emergencia (AE) y Dispositivos Intrauterinos (DIU), argumentando que eran métodos que inducían un aborto, y solicitando también que se eliminara la confidencialidad para la entrega de anticoncepción a las y los adolescentes porque afectaría el derecho de los padres a educar y cuidar a sus hijas/os. En Abril del año 2008, en votación dividida, el TC sólo acogió este requerimiento en lo que se refería a anticoncepción de emergencia estableciendo la prohibición de entregarla en los servicios públicos de salud (excepto en casos de violación), fundamentado su decisión en la duda razonable que les cupo, en el momento, respecto al efecto abortivo de ésta (Tribunal Constitucional, 2007).

En Julio del año 2009, la presidenta Bachelet envió al Parlamento un proyecto de ley para regular las actividades de los servicios públicos en cuanto a la entrega de información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, el que fue aprobado por amplia mayoría en ambas cámaras. La presidenta Bachelet promulgó la Ley Número 20.418 que Fija Normas Sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad en Enero del 2010, ley que hoy regula las actividades en estas materias. Esta ley cumple con los compromisos internacionales suscritos por el Estado y que lo comprometen a entregar servicios de control de la fertilidad a la población (ver sección B.1. Consideraciones éticas y de derechos humanos).

A partir del año 2011, ante la impugnación de una autoridad sanitaria regional al rol de los profesionales matronas/es en la provisión de servicios de regulación de la fertilidad, se aprueba con una amplia mayoría parlamentaria la ley 20.533 que “Modifica el Código Sanitario, con el objeto de facultar a las matronas y matrones para recetar anticonceptivos”, y que en su artículo único introduce modificaciones al Art. 111 del Código Sanitario: “Podrán indicar, usar y prescribir sólo aquellos medicamentos que el reglamento clasifique como necesarios para la atención de partos normales y, en relación con la planificación familiar y la regulación de la fertilidad, prescribir métodos anticonceptivos, tanto hormonales -incluyendo anticonceptivos de emergencia- como no hormonales, y desarrollar procedimientos anticonceptivos que no impliquen uso de técnicas quirúrgicas...”.

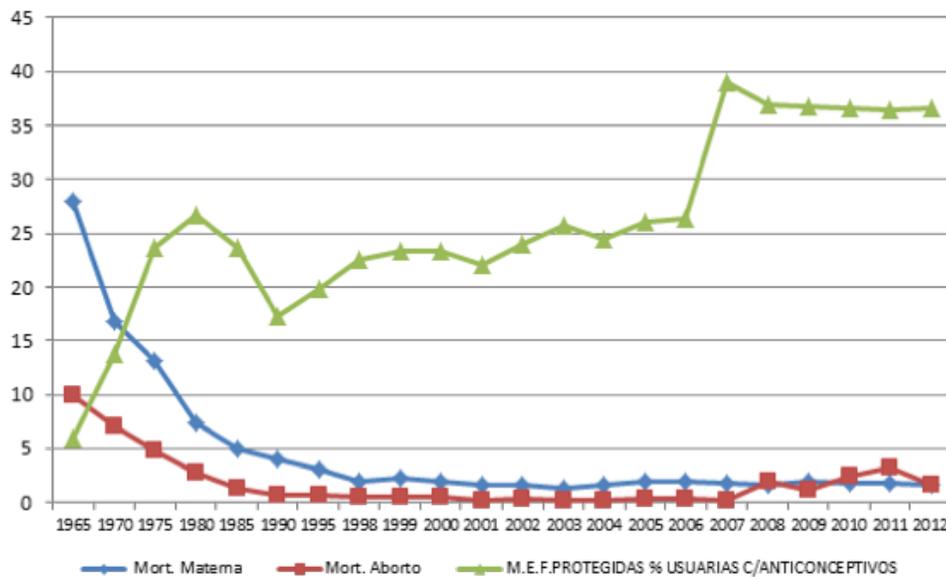
Las presentes Normas sobre la Regulación de la Fertilidad, corresponden a una actualización realizada entre el 2013 y el 2016 de las normas que el MINSAL promulgó el año 2006 para regular el acceso y la calidad de estos servicios. Incluyen un marco conceptual de acuerdo al espíritu y contenido de las leyes vigentes, la evidencia científica más reciente sobre todos los métodos anticonceptivos y orientaciones para los servicios centradas en los derechos, las necesidades y las condiciones de salud de las personas que se atienden.

3. Impacto de las actividades de regulación de la fertilidad en Chile

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 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.

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, entre los mejores de América Latina. El aumento de la cobertura de mujeres protegidas con un método anticonceptivo tiene relación directa con la disminución de las muertes maternas, especialmente las muertes maternas por aborto. El impacto en la mortalidad de las actividades de regulación de la fertilidad ha sido evidente (Figura 1).

Figura 1. Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos en el sistema público de salud, Mortalidad Materna* y Mortalidad por aborto entre los años 1965–2012*



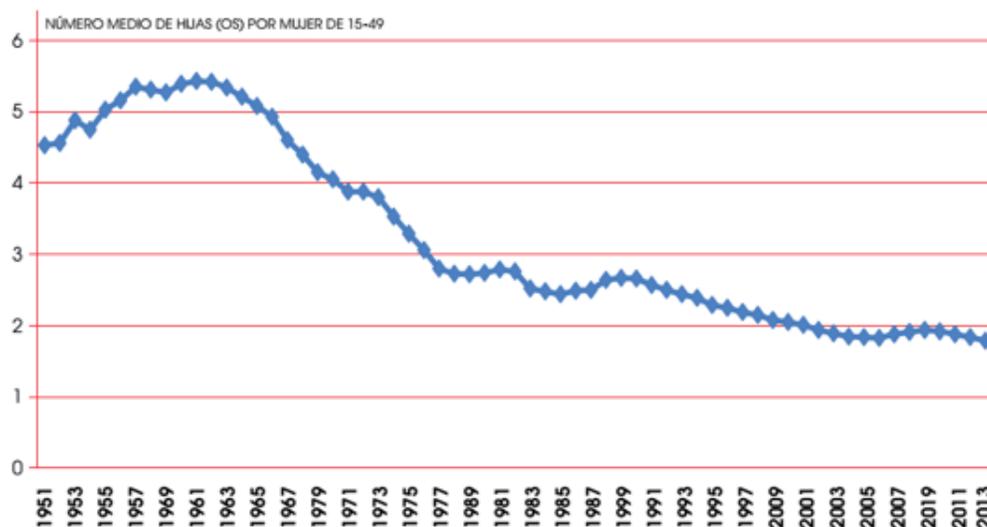
*Razón por 1.000 nacidos vivos

El nivel de fecundidad se mide a través de la tasa global de fecundidad, que expresa el número promedio de hijos (mujeres y hombres) que ha tenido cada mujer al final de su período fértil, quien no ha estado expuesta a morir desde el nacimiento hasta la conclusión de su período fértil (15–49 años), y ha tenido los hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad del período en estudio (INE, 2013). Se denomina “nivel de reemplazo” de la población, cuando el valor de la tasa global de fecundidad es de 2,1 hijas e hijos promedio por mujer, valor que permite asegurar el reemplazo generacional.

El nivel de fecundidad a inicio de los 60 en Chile presentaba un promedio levemente superior a 5 hijas e hijos por mujer. Desde 1962 y hasta fines de la década de los 70, la fecundidad comenzó a descender drásticamente, alcanzando un valor de 2,72 hijas e hijos promedio por mujer en 1979. Esto significó que en 18 años, la fecundidad se redujo a la mitad. Luego, se produjo un período de cierta estabilidad, en que el número medio de hijas e hijos osciló en torno a 2,5 por mujer. A partir

de 1990, se observó un nuevo descenso, llegando en 1999 a 2,08 hijas e hijos promedio por mujer, valor inferior al denominado nivel de reemplazo. Posteriormente la baja continuó hasta el 2006. Entre 2007 y 2009 se observó un cambio de tendencia, pues las mujeres que concluyeron su período fértil mostraron un leve aumento de su fecundidad, pasando a 1,87 a 1,92 hijas e hijos promedio por mujer. Por el contrario, en 2010 bajó a 1,89, en 2011 a 1,85, en 2012 a 1,80 y a 1,79 el 2013. Este comportamiento oscilante de la tasa global de fecundidad en Chile se asemeja al de aquellos países cuya fecundidad está bajo el nivel de reemplazo (Figura 2) (INE, 2013). La tendencia proyectada de la fecundidad es al descenso hasta alcanzar 1,85 hijas e hijos por mujer al 2020, estabilizándose al 2035 (Tabla 1)

Figura 2. Chile: Tasa global de fecundidad 1950 - 2013



Fuente: INE, Elaborado con nacimientos por edad de la madre y la población femenina estimada por edades, 1951-2013

Sin embargo, la disminución de la tasa de fecundidad en las mujeres de 15 a 19 años ha sido menor que el resto de los grupos. En este grupo la tasa de fecundidad bajó de 66,0 a un 49,0 en el 2012, lo cual corresponde a una disminución del 25,8%.

Tabla 1. Chile, Tasa global de fecundidad estimada 2015 - 2035

INDICADOR DEMOGRÁFICO	Quinquenio				
	2010-2015	2015-2020	2020-2025	2025-2030	2030-2035
FECUNDIDAD					
Nacimientos anuales (en miles)	253.54	250.60	247.25	239.90	232.46
Tasa bruta de natalidad (por mil)*	14,51	13,76	13,12	12,39	11,77
Tasa global de fecundidad**	1,89	1,85	1,85	1,85	1,85
Tasa bruta de reproducción***	0,93	0,91	0,91	0,91	0,91
Tasa neta de reproducción****	0,92	0,90	0,90	0,90	0,90

Fuente: INE: Proyecciones y Estimaciones de Población. 1990-2020. País y Regiones.

[<http://palma.ine.cl/demografia/menu/EstadisticasDemograficas/DEMOGRAFIA.pdf>]

***Tasa Bruta de Natalidad** expresa la frecuencia con que ocurren los nacimientos en una población determinada. Se calcula haciendo el cociente entre el número de nacimientos ocurridos durante un período dado y la población media de ese período, por mil.

**** Tasa Global de Fecundidad (TGF):** se interpreta como el número de hijos/hijas promedio que tendría cada miembro de una cohorte hipotética de mujeres, que cumplieran las dos condiciones siguientes: A. Durante el período fértil tuvieron sus hijos/hijas, de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio. B. No estuvieran expuestas al riesgo de la mortalidad antes del término del período fértil.

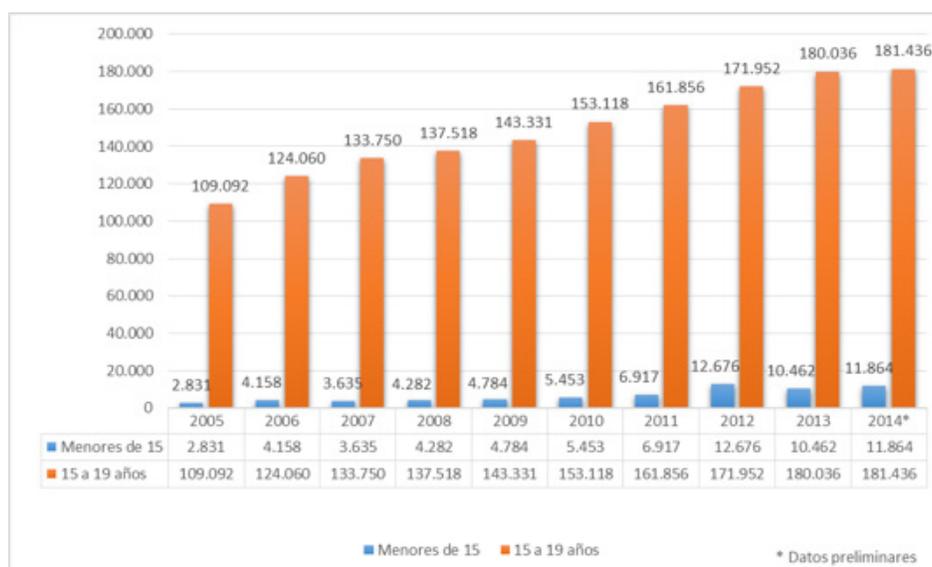
***** Tasa Bruta de Reproducción (TBR):** se interpreta como el número de hijas promedio que tendría cada miembro de una cohorte hipotética, que cumpliera condiciones similares a las expresadas en la Tasa Global de Fecundidad. Dicha tasa se calcula derivando la tasa global de fecundidad, para lo cual es suficiente multiplicar esa tasa por la proporción que representan los nacimientos femeninos respecto al total de nacimientos.

******Tasa Neta de Reproducción (TNR),** o Tasa de reemplazo generacional representa el número promedio de hijas que tendría cada mujer sobreviviente al final de sus años reproductivos. Una TNR de una hija significa que cada generación de madres tiene exactamente la cantidad suficiente de hijas para reemplazarlas en la población.

La población de usuarias de anticonceptivos bajo control en establecimientos del SNSS continúa aumentando. Pasó de 600.374 mujeres en 1990 a 1.428.738 en el año 2015, siendo este importante aumento (137%) atribuible principalmente a una mayor demanda espontánea de parte de la población. El uso de métodos anticonceptivos por mujeres en edad fértil de 15 a 54 años entre los años 1990 y 2012, ha presentado variaciones, alcanzando cifras de 31,6% y 38,7% respectivamente, en el sistema público de salud (MINSAL-DEIS, 2016). También la canasta de métodos anticonceptivos disponibles para beneficiarias del sistema público de salud ha cambiado. El año 2005, se disponía de dispositivo intrauterino con cobre, anticonceptivos orales combinados y de progestina sola, e inyectable combinado mensual y condón masculino (preservativo). El año 2008 se incorporan el inyectable trimestral de progestina y el implante subdérmico de levonorgestrel. Durante los últimos 10 años, no sólo ha cambiado la disponibilidad de métodos anticonceptivos, sino que también han ocurrido cambios en la elección de los mismos por parte de las usuarias. Del total de mujeres bajo control por regulación de fertilidad en el sistema público de salud, un 53% usaba dispositivo intrauterino de cobre el año 2005, cifra que descendió a 24% el año 2015. Situación contraria ocurre con el implante subdérmico de etonogestrel el cual se inició el año 2008 con 15.568 mujeres usuarias, alcanzando el año 2015 un total de 164.240 mujeres. Esto se traduce en que, actualmente el 11% de las mujeres bajo control en el sistema público de salud, por regulación de la fertilidad, es usuaria del implante subdérmico. Por otro lado, el número de mujeres usuarias de anticonceptivos orales (combinados y de progestina sola) empieza a disminuir a partir del 2013. Estos fenómenos pueden ser atribuidos al aumento de la oferta anticonceptiva, entendiendo que las mujeres tienen más opciones para escoger.

La población adolescente bajo control por regulación de la fertilidad ha presentado un aumento sostenido desde el 2010, aproximadamente el 95% tiene entre 15 a 19 años y el 5% restante es menor de 15 años. Ahora bien, en términos relativos, se observa que el número de adolescentes menores de 15 años en control por regulación de la fertilidad se triplica en los últimos 5 años, mientras que en el caso del grupo de adolescentes de 15 a 19 años el aumento relativo registrado es de un 40% (MINSAL-DEIS, 2016). Para el año 2013, la población de adolescentes bajo control por regulación de la fertilidad, representaba un 14% de la población total bajo control.

Figura 3: Población menor de 20 años en control de regulación de la fertilidad en el servicio público de salud (2005–2014)



Fuente: MINSAL. Registros Estadísticas Mensuales (2005–2014)

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

- La decisión política de los gobiernos durante los últimos 50 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 60 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 matronas y matrones 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. Marco legal internacional

Existen tratados internacionales suscritos y ratificados por Chile, cuyas obligaciones son exigibles a nivel internacional y nacional. El Estado debe velar por su cumplimiento y responde ante la comunidad internacional por su inobservancia. Estas convenciones internacionales incorporan como derechos humanos, entre otros, el derecho a la salud de todas las personas. Destacan la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 (ratificado y vigente en Chile desde 1989), que en el artículo 12 señala que los Estados Partes reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, concepto que se desarrolla y profundiza en la Observación General 14 del año 2000 emitida por el Comité del Pacto del mismo nombre.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) de 1966 (ratificado en 1969 y vigente en Chile desde 1989) reconoce la igualdad en el goce de los derechos de todas las personas y

también el derecho a la libertad de manifestar las propias creencias, el cual sólo puede ser limitado cuando obstaculiza los derechos y libertades fundamentales de los demás.

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, (CEDAW, por su sigla en inglés) de 1979 (ratificado en 1980 y vigente en Chile desde 1989) señala en el artículo 12 la necesidad de adoptar medidas por los Estados para eliminar la discriminación contra la mujer en la atención médica y asegurar el acceso a servicios de salud que incluyan planificación de la familia. Esta obligación se refuerza y profundiza con la Observación General N° 24 de 1999 del Comité de la Convención en que se especifica, por ejemplo, que la falta de confidencialidad en la atención médica afecta por igual a hombres y mujeres, pero su incumplimiento puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y atención médica oportuna, afectando negativamente su salud, incluso en aquellos casos de abortos incompletos o violencia física o sexual.

La Convención de los Derechos del Niño de 1989 (ratificada en 1990), vela por los derechos humanos de niños y niñas y adolescentes (hasta 18 años), reconociéndoles el derecho “al disfrute del más alto nivel posible de salud”, lo que incluye la asistencia en la prevención de embarazo y las infecciones de transmisión sexual. Por su parte, el Comité de la Convención en su Observación General N° 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible dispone que en virtud de su autonomía progresiva los niños pueden someterse “a determinados tratamientos e intervenciones médicos sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad”.

La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad de 1999 (ratificada en 2001) y la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad de 2007 (ratificada en 2008) se focalizan en promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, incorporando el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos y el espaciamiento entre los nacimientos, basado en el acceso a la información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad.

El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de 1989 (ratificado en 2008) obliga a los Estados a desarrollar, con la participación de los pueblos indígenas, acciones para proteger sus derechos políticos, civiles, económicos, sociales y culturales y respetar su integridad. En su artículo 7 establece que “el mejoramiento de las condiciones de vida, trabajo y nivel de salud y educación deberá ser prioritario en los planes de desarrollo regional”.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha desarrollado una serie de estándares para la protección de la salud materna y el acceso a la información en salud sexual y reproductiva (CIDH, 2011). La información oportuna, completa y veraz es necesaria para decisiones libres, informadas y fundamentadas. La Comisión señala que es una violación al derecho a la información a las/los usuarias/os entregar información incompleta o tergiversada para disuadir a las personas en la adopción de ciertas decisiones en materia reproductiva. La información completa y veraz permite adoptar decisiones sobre la salud, sexualidad y reproducción. A su vez, en su informe sobre acceso a servicios de salud materna (2010) ha señalado que no solo pueden existir problemas de acceso a servicios por factores estructurales, sino que también por prácticas sociales y culturales de las/los profesionales de la salud asentadas en estereotipos que constituyen barreras de acceso. Las prácticas que exigen la autorización de terceras personas para obtener atención médica, tales como la

esterilización voluntaria, es una de ellas (CIDH, 2010). De la misma manera constituye “una violación a la integridad personal los casos en los que se atente contra la dignidad de las mujeres, como la denegación de una atención relacionada con el ámbito reproductivo que ocasiona un daño a su salud, o que le causa un estrés emocional considerable”.

Por otro lado, existen instrumentos internacionales que el país ha suscrito y que orientan las políticas públicas en relación con la salud sexual y reproductiva de la población. El hito histórico que cambia el paradigma de la anticoncepción desde la mirada del control de la natalidad frente a la amenaza de la explosión demográfica hacia la mirada centrada en la regulación de la fertilidad como derecho humano básico es la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, realizada en 1994 en El Cairo (CIPD), la cual incorpora el concepto de Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), como parte de los Derechos Humanos, entendidos como el acceso a información, servicios y apoyo para alcanzar una vida sana, libre y plena en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Estos conceptos fueron ratificados en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer realizada en 1995 en Beijing.

Durante los 20 años posteriores a la CIPD, a nivel internacional se han desarrollado múltiples estrategias encaminadas a consolidar la Salud Sexual y Reproductiva de las personas, entre ellos, el año 2000 las Naciones Unidas impulsan las “Metas del Milenio” para contribuir a erradicar la extrema pobreza y el hambre, fortalecer la educación universal, empoderamiento de la mujer y equidad de género, reducir la mortalidad infantil y materna, y combatir el VIH/SIDA. Para el logro de estas metas, la Asamblea Mundial de la Salud elabora, el año 2002, la Resolución WHA 55.19 que establece que es clave aumentar el acceso universal a la salud reproductiva, proporcionando información y servicios de calidad suficiente, siendo uno de sus indicadores el grado en que se ha atendido la necesidad de métodos anticonceptivos (ONU, 2013).

La Asamblea Mundial de la Salud adoptó en 2004 la primera estrategia de la OMS sobre salud reproductiva que aborda distintos elementos, entre ellos, los servicios de regulación de fertilidad de alta calidad y la promoción de la salud sexual, señalando: “a fin de velar por el respeto de esos derechos, las políticas, los programas y las intervenciones deben promover la igualdad entre los sexos, asignar prioridad a las poblaciones de bajos recursos y grupos de población subatendidos, en particular los adolescentes, y proporcionar un apoyo especial a aquellos países en los que la carga atribuible a la mala salud reproductiva y sexual sea particularmente importante (OMS, 2014)”.

El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo fue la respuesta regional a la CIPD y se realizó en Montevideo en Agosto de 2013. Se reconocen los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y establece 14 medidas prioritarias en relación al acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluyendo garantizar el acceso amplio a métodos anticonceptivos y los recursos financieros, humanos y tecnológicos necesarios para ello.

5. Marco legal nacional

Luego de la promulgación de las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) a través del Decreto Supremo N° 48 del MINSAL y de su impugnación a través del requerimiento al Tribunal Constitucional (Véase sección “Incorporación de la planificación familiar en las políticas de salud pública”) se inicia el año 2009 el trámite de la ley 20.418, cuyo objetivo es “reconocer legalmente los derechos que las personas tienen en materia de regulación de su fertilidad y, como contrapartida, los deberes que el Estado tiene en la materia”.

La ley que “Fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de Regulación de la Fertilidad” entró en vigencia en Enero de 2010, establece el pleno derecho a los servicios de

regulación de fertilidad, sin discriminación, asegurando la entrega de información completa y comprensible en un marco de confidencialidad. Además reconoce la importancia de la Educación Sexual, obligando al Estado a impartir programas de educación sexual en la Enseñanza Media. En marzo de 2013 se dictó el Reglamento de la Ley, el cual entró en vigencia a fines de mayo de ese año.

En relación con las personas con discapacidad y sus derechos sexuales y reproductivos, en febrero de 2010 entra en vigencia la ley 20.422 que establece “Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad”. Esta ley, en su artículo 9º, señala que: “El Estado adoptará las medidas necesarias para asegurar a las mujeres con discapacidad y a las personas con discapacidad mental, sea por causa psíquica o intelectual, el pleno goce y ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad con las demás, en especial lo referente a su dignidad, el derecho a constituir y ser parte de una familia, su sexualidad y salud reproductiva. Asimismo, el Estado adoptará las acciones conducentes a asegurar a niñas y niños con discapacidad el pleno goce y ejercicio de sus derechos, en especial el respeto a su dignidad, el derecho a ser parte de una familia y a mantener su fertilidad, en condiciones de igualdad con las demás personas”.

Además de la Ley 20.418, otras nuevas leyes que rigen el sistema sanitario son relevantes a las actividades de Regulación de la Fertilidad, por cuanto se centran en los derechos de los y las pacientes y de los procedimientos para ejercerlos.

La Ley 19.966 del 2004, que establece el régimen de garantías en salud (AUGE), en su título III, se refiere a la responsabilidad de los órganos estatales en materia sanitaria, estableciendo procedimientos en caso de daño a particulares por acción u omisión en las prestaciones de salud. Previo a la acción judicial en contra del establecimiento asistencial, se debe presentar el reclamo para un procedimiento de mediación ante el Consejo de Defensa del Estado, si se trata de establecimientos públicos y ante la Superintendencia de Salud, si se trata de establecimientos privados.

La ley 20.548 reconoce explícitamente los derechos y deberes de las personas en su atención de salud, señalando que las acciones sanitarias deben ser oportunas y sin discriminación. Además establece el derecho a recibir un trato digno y respetuoso y, para los prestadores públicos, considera la aplicación de un modelo de salud intercultural, validado ante las comunidades con alta población indígena. Esta ley se refiere, en forma especial, al derecho a la información. Esta debe ser suficiente, oportuna, veraz, comprensible y debe abarcar diagnóstico, alternativas de tratamiento, riesgos y pronóstico.

Estas nuevas leyes 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 sus derechos sexuales y reproductivos.

Esta 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 y las presentes Normas sobre la Regulación de la Fertilidad pretenden ser un aporte en este sentido. También 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 sobre la Regulación de la Fertilidad pretenden ser un aporte en este sentido.

Ley 20.418 FIJA NORMAS SOBRE INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y PRESTACIONES EN MATERIA DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD	
Artículo 1º	"Toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial...".
Artículo 2º	"Toda persona tiene derecho a elegir libremente, sin coacción de ninguna clase y de acuerdo a sus creencias o formación, los métodos de regulación de la fertilidad femenina y masculina, que cuenten con la debida autorización y, del mismo modo, acceder efectivamente a ellos, en la forma señalada en el artículo 4º. Sin embargo, en aquellos casos en que el método anticonceptivo de emergencia sea solicitado por una persona menor de 14 años, el funcionario o facultativo que corresponda, sea del sistema público o privado de salud, procederá a la entrega de dicho medicamento, debiendo informar, posteriormente, al padre o madre de la menor o al adulto responsable que la menor señale".
Artículo 3º	"Toda persona tiene derecho a la confidencialidad y privacidad sobre sus opciones y conductas sexuales, así como sobre los métodos y terapias que elija para la regulación o planificación de su vida sexual".
Artículo 4º	"... Asimismo, los órganos de la Administración del Estado con competencia en la materia pondrán a disposición de la población los métodos anticonceptivos, que cuenten con la debida autorización, tanto hormonales como no hormonales, tales como los métodos anticonceptivos combinados de estrógeno y progestágeno, métodos anticonceptivos de progestágeno solo, los métodos anticonceptivos hormonales de emergencia y los métodos de anticoncepción no hormonal, naturales y artificiales".
Artículo 5º	"Si al momento de solicitarse la prescripción médica de un método anticonceptivo de emergencia o de solicitarse su entrega en el sistema público o privado de salud fuese posible presumir la existencia de un delito sexual en la persona del solicitante o para quien se solicita, el facultativo o funcionario que corresponda deberá poner los antecedentes a disposición del Ministerio Público, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 198 del Código Procesal Penal."

6. 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 actualización 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.

7. 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 e hijas y a alcanzar y mantener un óptimo nivel de salud sexual y reproductiva. Este desafío responde a la obligación del Estado, no solo 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, en su conjunto en este ámbito.

SECCIÓN B: MARCO CONCEPTUAL³

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 Declaración Universal de Naciones Unidas de 1948 y los posteriores tratados de derechos humanos. 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 personas.

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 de las mujeres, la que puede verse afectada gravemente por el proceso reproductivo, y por disminuir el número y prolongar el intervalo entre los hijos/as, 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 niñas 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. Para respetar el principio de no maleficencia, el personal de salud debe estar capacitado para entregar los métodos anticonceptivos más adecuados a la condición de salud de las personas y para manejar en forma oportuna los efectos adversos que puedan presentarse.

Otra razón, igualmente importante, responde a los **Principios 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 e hijas por mujer es menor, los intervalos entre los embarazos son más largos, la tasa de uso de anticoncepción es más 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 e hijas 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.

³ Las Conferencias Internacionales citadas y la bibliografía revisada se lista en la sección Bibliografía (al final del documento).

Existe evidencia de que, en términos poblacionales, la reducción del número de hijos/as 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, la regulación de la fertilidad forma parte de las políticas para superar la pobreza.

Una razón no menos significativa para ofrecer estos servicios es responder a los **Principios 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/as 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 del personal de los servicios, como los dispositivos intrauterinos, los implantes anticonceptivos y la esterilización quirúrgica. Algunos son de uso continuo, otros se usan solamente antes de un acto sexual como el condón y el diafragma, o después de una relación sexual no protegida. Estas características de los métodos anticonceptivos son neutras desde el punto de vista ético, por lo que las personas y parejas pueden elegir el método que es más adecuado para ellas, dentro de los que están disponibles.

1.2. Derechos humanos y anticoncepción

Los derechos humanos (DDHH) son aquellas características distintivas de las personas derivadas de su dignidad, por lo que no pueden ser afectados o vulnerados, están consagrados en tratados internacionales y leyes nacionales y son materia de evaluación continua por órganos de supervisión internacional. En lo que respecta a los derechos sexuales y reproductivos como expresión de los derechos humanos, cobra mayor importancia el derecho a la no discriminación y al goce de máximo grado de salud, lo que se traduce en que las personas conozcan las prestaciones y accedan, sin discriminación de ningún tipo, a los servicios que las realizan, con estándares de calidad y confi-

dencialidad que les permitan elegir un método anticonceptivo seguro y con respeto a la libertad de pensamiento, conciencia y religión de las personas que se atienden.

Estos conceptos se recogen en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y se profundizan en la observación general 14, que establece que “el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: disponibilidad, accesibilidad (no discriminación, accesibilidad física y económica, acceso a la información), aceptabilidad y calidad”.

1.2.1. Contribución de la anticoncepción al ejercicio de los derechos humanos

La anticoncepción contribuye al respeto de los derechos fundamentales de las personas. Protege el derecho a la vida y la salud ya que el uso de la anticoncepción salva la vida de las mujeres, al evitar abortos realizados en condiciones de riesgo y embarazos en mujeres con patologías que las exponen a graves riesgos si se embarazan. También protege la salud de las mujeres y los niños y niñas al prolongar el intervalo entre los embarazos.

La anticoncepción promueve el derecho a la libertad individual y a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión al permitir que cada persona, como individuo único e irrepetible, exprese su sexualidad y decida su conducta reproductiva según la percepción que tiene de sí misma, de su situación de vida y de acuerdo a sus principios y valores.

La anticoncepción responde al ejercicio del derecho a formar una familia, tener hijos o no tenerlos, ligado al concepto de maternidad y paternidad voluntaria, deseada 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.

La tecnología anticonceptiva apoya también el derecho a vivir libre de maltrato o tortura al evitar el aborto y sus consecuencias físicas, psicosociales y legales, que equivalen a una forma grave de maltrato.

1.2.2. Derechos humanos y servicios de anticoncepción

El año 2014, la OMS publicó el documento “Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: Orientaciones y recomendaciones”. El objetivo es orientar a los responsables de formular políticas de salud sobre medidas que garanticen la dimensión de DDHH en la provisión de anticoncepción. Para ello realizaron una revisión sistemática que se trabajó con el sistema GRADE y resúmenes cualitativos para elaborar las recomendaciones en el suministro de información y servicios de anticoncepción que se describen a continuación y que son concordantes con las diversas normas y orientaciones técnicas del Ministerio de Salud:

- 1. No discriminación:** implica garantizar el acceso a todas las personas a la información y servicios de anticoncepción en base al derecho a la libertad individual, poniendo especial énfasis en aquellas poblaciones que han sido objeto de diversos grados de discriminación como son las personas con discapacidad, las y los adolescentes, las personas pertenecientes a la diversidad sexual, identidad de género, pueblos indígenas, personas viviendo con VIH, trabajadoras/es sexuales, entre otras. Este principio cobra la mayor importancia cuando se trata de mujeres que han interrumpido un embarazo, a las cuales el personal de salud debe asegurar que sean tratadas con igual respeto y dignidad sin ser sometidas a coacción de ninguna especie tal como lo reseña en las “Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas” adoptada por el Ministerio de Salud en el 2011.

2. **Disponibilidad:** implica que haya un número suficiente de establecimientos o centros de salud, servicios, y programas que garanticen una oferta amplia y variada de métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia.
3. **Accesibilidad:** todas las personas, en igualdad de condiciones, deben poder acceder a los servicios sin discriminación y a información veraz, completa, pertinente y de calidad para que cada persona tome las propias y mejores decisiones en salud sexual y reproductiva. La información también debe ser accesible para las personas en situación de discapacidad en conformidad a la Ley N° 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social en personas con discapacidad. Se recomienda asegurar el acceso a víctimas de violencia sexual, en particular a la anticoncepción de emergencia, a la vez que facilitar el acceso a los métodos a las/los adolescentes no supeditando la atención a la autorización parental, conforme lo establece la Ley N° 20.418 y su reglamento. Para ello es vital implementar – como política pública– programas de educación sexual en el curso de vida, basados en la mejor evidencia disponible, según el nivel de madurez y comprensión de las personas y disponer de profesionales capacitados en el sector educacional y sanitario.

Es importante consignar que los DDHH consideran el derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión. El ejercicio de este derecho, en el ámbito profesional, implica reconocer que las personas que requieren atención en regulación de la fertilidad son diversas en términos de pensamiento, valores y creencias religiosas, por lo que no se debe imponer determinado método anticonceptivo ni influir en la decisión de usar o no 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 “no es absoluta y puede estar sujeta a las limitaciones que sean necesarias para proteger los derechos de los demás”, incluido el derecho a acceder a servicios de salud reproductiva según explicita el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 18. Asimismo, el Comité de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, en la Recomendación General N° 24 señala que “la negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria. Por ejemplo, si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios”.

El no respeto por las decisiones de otras personas, o la no entrega de información oportuna y veraz y de los servicios necesarios constituye una violación de los derechos humanos de las usuarias comprometiendo la responsabilidad de los servicios y del Estado. Es la autoridad sanitaria quien debe regular la objeción de conciencia, de manera que se asegure el pleno respeto de los derechos de las usuarias, adoptando los resguardos para que no se constituya en una barrera al acceso a los servicios, como es la derivación de la persona a otro profesional que no tenga esta objeción, asegurándose que la persona sea atendida oportunamente y pueda ejercer sus derechos.

4. **Aceptabilidad:** En relación con los diferentes métodos anticonceptivos, las personas suelen tener preocupaciones sobre los posibles efectos secundarios y complicaciones. Es importante identificar y atender dichas aprehensiones en un marco de acogida y diálogo, centrado en las necesidades y valores de cada persona en particular, entregando información sobre las alternativas disponibles, su eficacia, los beneficios y posibles efectos adversos de éstas. Esta actividad, que se realiza en el marco de la consejería, potencia la decisión sobre el método a

usar y mejora la adherencia a éste. Como señala el Comité del Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación General N° 14, párrafo 27, la aceptabilidad implica una especial sensibilidad cultural respecto de las y los usuarias/os.

5. **Calidad:** se requiere de establecimientos y servicios sanitarios adecuados y de personal médico formado en base a competencias (conocimiento científico, actitudes y destrezas) y capacitación continúa que incluya la dimensión de los derechos humanos. Los y las profesionales de salud deben guiarse por estándares derivados de la evidencia científica más actual. La organización y gestión de los servicios para la atención en regulación de la fertilidad deben estar basadas 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.
6. **Adopción de decisiones informadas:** en el enfoque de DDHH, basado en el principio de la autonomía, radica la facultad de tomar decisiones en forma libre e informada de usuarios/as de los servicios de salud. “Los Estados deben abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otros medios de mantener la salud sexual y genésica, censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto”.
7. **Respeto a la intimidad y la confidencialidad:** el derecho a la intimidad se consagra en los acuerdos internacionales ratificados, como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el cual establece en su artículo 17 que “nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada... y que toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques”. Los temas de salud sexual y salud reproductiva se enmarcan dentro de decisiones de la esfera privada, entregándose información íntima y secreta al personal de salud, quienes deben asegurar la confidencialidad de estos datos.

La legislación chilena también reconoce este derecho establecido principalmente en el artículo 19 número 4 de la Constitución Política de la República. La ley 20.584, que regula los Derechos y Deberes de los y las pacientes en su atención de salud, establece en su artículo 12 que la información recogida en la atención de salud será considerada como dato sensible según lo dispuesto en la Ley N° 19.628 (ley sobre la protección de la vida privada y los datos de carácter personal). Para efectos de esta ley se entiende como “dato sensible: aquellos datos personales que se refieren a las características físicas o morales de las personas o a hechos o circunstancias de su vida privada o intimidad, como hábitos personales, raza, ideología y opiniones políticas, creencias o convicciones religiosas, estados de salud físicos o psíquicos y la vida sexual.

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.

Es importante tener en cuenta que, en ocasiones, la atención de la pareja puede limitar la libre expresión de una persona, dependiendo del grado de dependencia afectiva, social y

económica de la relación. Esto es relevante en casos de existir violencia íntima contra la mujer, lo que puede llevar a que ella no exprese sus necesidades y preocupaciones en presencia de quien la agrede.

El deber de asegurar la confidencialidad no sólo es un tema de derechos, sino que tiene directa implicancia en el uso o no de servicios de salud sexual y reproductiva, lo que ocurre con los y las adolescentes, quienes buscan que la atención sea confidencial. Además es fundamental asegurar la protección de la intimidad de las personas que suelen ser estigmatizadas por motivos de su sexualidad, identidad sexual, orientación sexual, prácticas sexuales y trabajadores sexuales.

- 8. Participación:** la normativa internacional de derechos humanos obliga a los Estados a garantizar la participación de las personas en relación a los temas que les competen, incluyendo los temas de salud (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, CEDAW). La comunidad organizada puede participar en las distintas etapas, desde el diseño hasta la evaluación de los programas y políticas de anticoncepción.
- 9. Rendición de cuentas:** la normativa internacional de derechos humanos obliga a los Estados a disponer de mecanismos de rendición de cuentas. Ello incluye que el Estado deba presentar informes periódicos a los órganos internacionales de protección de los derechos humanos sobre el cumplimiento de las obligaciones que aquí se detallan. También significa que el Estado deba contar con sistemas de vigilancia y registros, de manera de poder evaluar periódicamente los indicadores y que permitan su revisión y supervisión. A su vez, que en caso de no respetarse los derechos humanos en la provisión de anticoncepción, pueda existir un mecanismo de reclamo y el Estado sea responsable de su reparación.

1.2.3. Derechos humanos y poblaciones específicas

El enfoque de derechos humanos en la regulación de la fertilidad adquiere la mayor importancia en algunas poblaciones específicas, en el contexto actual de nuestro país, destacando la población inmigrante y los pueblos indígenas.

Población Inmigrante: La población inmigrante es cada vez más numerosa en el país, siendo actualmente el número de extranjeros residentes en Chile el más alto de toda nuestra historia, en términos absolutos. La mayoría de ellos son jóvenes provenientes de países sudamericanos, con motivaciones laborales y económicas. El Estado chileno contempla el acceso a las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud a todas las personas, sin distinción alguna. El MINSAL garantiza la atención en salud a la población migrante, en la circular A15 N° 06 del 09 de junio de 2015 y a través del Decreto Supremo N° 67 (ver anexos N° 1 y 10) que instruye y consagra los derechos de estas personas. Este documento resalta la importancia de las distintas fuentes legales que avalan la protección y atención de salud como derecho básico de los inmigrantes y entrega instrucciones en materia de atención de salud de personas inmigrantes; en particular, para los métodos de regulación de la fertilidad, establece que: *“Los establecimientos integrantes del Sistema Público de Salud brindarán las atenciones y prestaciones de salud que sean necesarias a los extranjeros que estén en el país en calidad de inmigrantes y no cuenten con otro derecho a atención de salud, que carezcan de documentos o permisos de permanencia, en los siguientes casos:...4.- Prestaciones de salud pública: métodos de regulación de la fertilidad incluida la anticoncepción de emergencia.*

Pueblos Indígenas: Los pueblos indígenas presentan grandes inequidades e importantes brechas en su situación de salud y aun presentan retos pendientes en la garantía del cumplimiento de sus dere-

chos. Las inequidades en salud, generadas a través de mecanismos de producción social de la enfermedad, son interpretadas actualmente como brechas de implementación en el cumplimiento de los derechos fundamentales. Bajo el enfoque basado en los derechos humanos, existe un amplio marco regulatorio que intenta resguardar dichos derechos. La medida 85 relativa a respetar y aplicar la Declaración de las Naciones Unidas sobre los pueblos indígenas y el Convenio 169 de la OIT orientan a los estados al desarrollo de una diversidad de acciones obligatorias para implementar estándares mínimos de los derechos políticos, civiles, económicos, sociales y culturales de los pueblos indígenas. Por otra parte, el Consenso de Montevideo ha definido medidas específicas para garantizar el derecho a la salud (MP87) incluidos los derechos sexuales y reproductivos.

En materia de regulación de la fertilidad, las/los prestadores de salud tienen el desafío de ofrecer los bienes y servicios de salud de manera no discriminatoria y para hacer efectiva la igualdad de oportunidades, conocer y respetar las filosofías, ciencias y conocimientos sobre la que las personas indígenas basan sus concepciones culturales, sus prácticas y decisiones en salud. La aceptación de los métodos y los programas de regulación de la fertilidad en una cultura son parte de un proceso complejo que, en gran medida, depende del sistema de significados culturales previo que tienen los pueblos respecto de la menstruación, las relaciones sexuales, la concepción, la gestación, el embarazo, el parto, la infertilidad, el aborto y la menopausia, entre otros aspectos y que dicen relación con la manera de comprender el funcionamiento el cuerpo de la mujer y de la salud en general. En los procesos de atención de salud, es altamente importante reconocer la importancia de las prácticas de salud de los pueblos indígenas, su medicina y sus conocimientos tradicionales. Igualmente asegurar el respeto de la diversidad cultural en el acompañamiento de un método de regulación de la fertilidad, tal como lo ha sostenido la Comisión Interamericana en su Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna. Para hacer posible este enfoque de atención integral, no discriminatoria y diferenciado, es necesaria la participación de las personas indígenas en los establecimientos de salud y en los programas.

1.3. Conclusiones

Existe amplio consenso en que la regulación de fertilidad beneficia a las personas y a la población, ya 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 con 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.

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 una posición de inferioridad y subordinación en relación al hombre en la mayoría de los grupos humanos. 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, 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 Milenio, y se ha hecho parte de los instrumentos que los organismos internacionales proponen para hacer realidad la superación de las inequidades de género.

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, las formas 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.

Muchas mujeres tienen 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 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 son un obstáculo para disponer de los recursos que necesitan 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 se contagian con infecciones de transmisión sexual (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 qué, en todos los grupos sociales, las mujeres son 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?
- ¿Qué 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?

- ¿Qué 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?
- ¿Cuáles son las diferencias entre hombres y mujeres, en cuanto a actitudes y conductas, en una consulta o control de salud?
- ¿En qué medida y de qué manera las características de un servicio y las actitudes de 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 trasmite 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: tienen 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 a uno de ellos, para que ella o él la comparta. 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 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 orien-

tarla 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 combinados orales 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 y 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 condón masculino, la abstinencia periódica y el coito interrumpido. Los servicios deben incentivar y responder a este mayor interés y demanda de los hombres, acogiéndolos 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”.

2.3. Conclusiones

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. Existe también 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, incentivar, facilitar y reforzar su participación en la regulación de la fertilidad, ofreciendo prestaciones y métodos coherentes con sus características y expectativas, 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

Las siguientes definiciones son guías útiles para definir la calidad de los servicios de salud: "La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios"... "el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición".

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 mejor calidad son los siguientes:

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.

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 sí 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 pueden surgir nuevas dudas o problemas.

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.

Relación empática entre proveedor/a y usuaria/o El servicio debe estar organizado de manera que las personas se sientan bien frente al o la profesional o técnico/a 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.

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 incluir 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.

Integralidad del Servicio: Las actividades de regulación de la fertilidad deben formar parte de la atención de salud general y estar integradas en los servicios de cuidado prenatal, del puerperio, de prevención de infecciones 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.

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 (IPPF) reconoce a las y los usuarias/os:

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

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.

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 conducta determinada, el equipo de salud tiene la responsabilidad de orientar en esa dirección.

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.

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 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.

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.

Derecho a la dignidad: las y los usuarias/os deben 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 hacerles vulnerables. Para las y los usuarias/os, la calidad en la atención significa “ser tratadas/os como personas”.

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 la clínica sea razonable y en relación al servicio solicitado.

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.

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 (Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias – OIRS).

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 (IPPF) ha propuesto que se deben satisfacer las siguientes necesidades de las y los proveedoras/es de servicios:

Capacitación: 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 comprendan y se hagan 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.

Información: Deben estar informados/as 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.

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

Insumos: Necesitan suministro continuo y confiable de los insumos necesarios. Este debe incluir los métodos anticonceptivos, material educativo, instrumental y equipos.

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 que sea técnicamente correcta, que les refuerce en sus logros y les apoye en la corrección de sus deficiencias.

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.

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 las y los usuarias/os, por lo que deben evitarse conductas, como críticas o amonestaciones en público, que puedan afectar negativamente su imagen.

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.

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 usuarias/os y todas las personas involucradas, incluyendo autoridades y otros prestadores y prestadoras.

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

3.4. El rol de las autoridades

Es fundamental considerar la responsabilidad que tienen Autoridades Sanitarias, Directivos de los Servicios de Salud, de Establecimientos de Salud y de Servicios Clínicos, en la calidad de la atención de las actividades de regulación de la fertilidad.

De las autoridades 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/as y familiarizados/as 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 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.

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, definida como la capacidad de alcanzar el efecto deseado con determinada acción, 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 C.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 porque la eficacia de este método se evalúa en forma diferente ya que es de uso ocasional⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

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⁽⁵⁾.

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.

Tabla C.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 progestágeno solo	0.05	0.05
Vasectomía	0.1	0.1
Inyectables combinados	0.1	3
Inyectable progestágeno solo (AMPD)	0.3	3
Esterilización femenina	0.5	0.5
Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel	0.2	0.2
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 combinados orales	0.1	6-8
Anillo vaginal combinado y parche transdérmico combinado	0.5	6-8
Anticonceptivos orales de progestágeno solo (sin lactancia)	0.5	6-8
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 Efectivo	10-30 Menos efectivo
-------------------------	---------------------	-----------------------------

* Tasa de falla en los primeros 6 meses posparto.
Tabla adaptada de (1)(2)(3)(4)(5).

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.

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 ANTICONCEPTIVOS

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 con la reunión de un Grupo de Expertos celebrada en la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, y se han actualizado periódicamente siendo la última versión del año 2015 (1)(2)(3)(4)(5).

Los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos proporcionan orientación acerca de quiénes 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.

- **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 OMS

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

4	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.	2	Una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.	1	Una condición para la que no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.

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 la Tabla C.2 se resumen los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para el uso de métodos hormonales y dispositivos intrauterinos⁽⁵⁾. En los capítulos sobre cada método anticonceptivo, se detallan las condiciones pertinentes para dicho método según su clasificación. Consulte el texto de los capítulos respectivos para obtener una explicación de estas clasificaciones.

En forma 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.

Categoría	Con criterio clínico	Con criterio clínico limitado
4	No se debe usar el método	NO (No use el método)
3	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados.	
2	En general, use el método	SÍ (Use el método)
1	Use el método en cualquier circunstancia	

Los criterios médicos para el inicio y la continuación del uso de todos los métodos evaluados, también son considerados. El tema de los criterios de continuación es clínicamente relevante siempre que una mujer desarrolle la condición mientras está usando el método. Se determinó que las categorías para el inicio y la continuación eran diferentes, estas diferencias se anotaron en las columnas "I=Inicio" y "C=Continuación". Donde no se indican I y C, la categoría es la misma para el inicio y la continuación del uso.

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⁽³⁾.

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 Tabla C.3 resume qué exámenes o pruebas de rutina deben realizarse antes de proveer un método anticonceptivo. 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 los párrafos sobre inicio y uso del método, manejo de los efectos secundarios y orientación y consejería.

Entre las recomendaciones cabe destacar el inicio inmediato de la anticoncepción, conocido en inglés como "Quick Start". Este se refiere al inicio de anticoncepción en el momento en que la mujer lo solicita, sin esperar hasta el próximo periodo menstrual si se está razonablemente segura/o que la mujer no está embarazada o no tiene riesgo de embarazo⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

La/os profesionales de la salud pueden tener una certeza razonable que la mujer no está embarazada si se cumple uno o más de los siguientes criterios y no hay síntomas o signos de embarazo:

- No ha tenido relaciones sexuales desde el último periodo menstrual normal.
- Ha usado correcta y consistentemente un método anticonceptivo.
- Está dentro de los primeros 7 días de su periodo menstrual.
- Está dentro de los primeros 6 meses posparto, en amenorrea de lactancia y en lactancia materna exclusiva.
- Está dentro de las primeras 4 semanas posparto si no está en lactancia.
- Está dentro de los primeros 7 días posaborto.

Si hay dudas y está disponible el test de embarazo se debe utilizar, pero el resultado para confirmar o descartar embarazo sólo es seguro si han transcurrido más de 3 semanas desde la relación sexual sin protección anticonceptiva. Las/os profesionales de la salud deben considerar con riesgo de probable embarazo a las mujeres que han tenido relaciones sexuales sin protección dentro de los últimos 7 días.

El inicio inmediato de cada método anticonceptivo se describe en los respectivos capítulos de esta norma. En general se considera que:

- Se debe evaluar en forma individual el uso de métodos de barrera, pudiendo indicarse condón masculino como protección adicional si la mujer está más allá del día 7 del ciclo menstrual.
- Se debe considerar el uso de anticoncepción de emergencia si la mujer ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 días.
- Un método anticonceptivo hormonal oral que se ha iniciado de forma inmediata se puede continuar como un método permanente de anticoncepción.
- Un método anticonceptivo hormonal oral puede ser utilizado como un método temporal "puente" hasta que el embarazo pueda ser excluido si la mujer quiere usar un método hormonal de mediana o larga duración. Esta precaución se aplica a los métodos de larga duración cuando exista un pequeño riesgo que la mujer ya esté embarazada o temor de que falle la anticoncepción de emergencia.
- El inicio inmediato puede ser una opción aceptable para las mujeres que solicitan anticoncepción. Sin embargo, una mujer puede retrasar el inicio de la anticoncepción considerando el uso de condón o abstinencia para evitar embarazos si está preocupada acerca de los riesgos potenciales y prefiere esperar hasta su próximo período o hasta que se haya excluido el riesgo de embarazo.
- Si se diagnostica un embarazo después de comenzar la anticoncepción, debe interrumpirse el uso del método y se deben extraer los implantes y los DIU. Las mujeres deben ser informadas de que, en general, la evidencia indica que las hormonas anticonceptivas no causan daño al feto.

Entre los múltiples beneficios del inicio inmediato de la anticoncepción se ha mencionado que puede:

- Reducir el número de los embarazos no planificados que podrían ocurrir al esperar el próximo periodo menstrual para el inicio convencional.
- Disminuir el tiempo en que una mujer está en riesgo de embarazo.

- Evitar el olvido al iniciar, informando sobre el uso correcto del método.
- Prevenir que disminuya el entusiasmo por el método anticonceptivo.
- Prevenir el uso de métodos anticonceptivos menos eficaces.
- Evitar los costos y barreras de acceso para acceder a los servicios (tiempo, trabajo, transporte, cuidado de los niños, etc.).
- Reducir los costos de la atención de salud, mediante la disminución del número de citas.

En la Tablas C.2 y C.3 se usan las siguientes abreviaturas:

AOC: Anticonceptivos orales combinados (o ACO: Anticonceptivos combinados orales).

AIC: Anticonceptivos inyectables combinados (o ACI: Anticonceptivo combinado inyectable).

AVC: Anillo vaginal combinado

PAC: Parche anticonceptivo combinado (o PTC: Parche transdérmico combinado

AOPS: Anticonceptivo oral de progestágeno solo (o PPS: Píldoras de progestágeno solo / progestina sola.

AMPD: Acetato de medroxiprogesterona de depósito

EN/NET: Enantato de noretisterona

Implantes de LNG/ETG: Implantes sub-dérmicos de levonorgestrel o de etonogestrel

DIU- Cu: Dispositivo intrauterino con cobre.

DIU-LNG: Dispositivo intrauterino con levonorgestrel.

AVP: Anillo vaginal liberador de Progesterona

PAE: Píldoras Anticonceptivas de Emergencia

I: Inicio del método.

C: Continuación del método.

NA: No aplica.

Tabla C.2. Resumen de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos hormonales y DIU

CONDICIÓN	AOC/PAC/ AVC	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes de LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I=Inicio, C=Continuación, LM=Lactancia materna, NA=No aplica							
CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA							
EMBARAZO	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	4*	4*
EDAD	Menarquia a <40=1	Menarquia a <40=1	Menarquia a <18=1	Menarquia a <18=2	Menarquia a <18=1	Menarquia a <20=2	Menarquia a <20=2
	≥40=2	≥40=2	18-45=1	18-45=1	18-45=1	≥20=1	≥20=1
			>45=1	>45=2	>45=1		
			>45=1	>45=2	>45=1		
PARIDAD							
a) Nulípara	1	1	1	1	1	2	2
b) Mujeres que han tenido 1 o más partos	1	1	1	1	1	1	1
LACTANCIA MATERNA							
a) < 6 semanas posparto	4	4	2*	3*	2*		
b) 6 semanas a < 6 meses (principalmente con lactancia materna)	3	3	1	1	1		
c) > 6 meses posparto	2	2	1	1	1		
POSPARTO (en mujeres que no estén amamantando)							
a) < 21 días			1	1	1		
(i) sin otros factores de riesgo de TEV	3*	3*					
(ii) con otros factores de riesgo de TEV	4*	4*					
b) > 21 días							
(i) sin otros factores de riesgo de TEV	2*	2*	2*				
(ii) con otros factores de riesgo de TEV	3*	3*	3*				
c) > 42 días	1	1	1	1	1		
POSPARTO (en mujeres que estén o no estén amamantando, incluso después de una cesárea)							
< 48 horas incluida la inserción inmediatamente después del alumbramiento de la placenta						1	Sin LM=1
LM=2							
b) > 48 horas a < 4 semanas						3	3
c) > 4 semanas						1	1
d) Sepsis puerperal						4	4
POSABORTO							
a) Primer trimestre	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
b) Segundo trimestre	1	1	1	1	1	2	2
c) Inmediatamente posaborto séptico	1	1	1	1	1	4	4

CONDICIÓN	AOC/PAC/ AVC	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes de LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I=Inicio, C=Continuación, LM=Lactancia materna, NA=No aplica							
EMBARAZO ECTÓPICO PREVIO	1	1	2	1	1	1	1
HISTORIA DE CIRUGÍA PÉLVICA (ver sección posparto, 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							
a) ≥ 30 kg/m2 IMC	2	2	1	1	1	1	1
b) Menarquia a < 18 años y ≥ 30 kg/m2 IMC	2	2	1	1 AMPD=2 NET-EN=1*	1	1	1
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES							
MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO DISPONIBLE	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*
MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL (tales como edad mayor, fumar, tener diabetes e hipertensión)	3/4*	3/4*	2*	3*	2*	1*	2*
HIPERTENSIÓN							
a) Historia de hipertensión incluida la hipertensión durante el embarazo, cuando NO se puede evaluar la presión arterial	3*	3*	2*	2*	2*	1*	2*
b)Hipertensión controlada correctamente, cuando la presión arterial PUEDE evaluarse	3*	3*	1*	2*	1*	1*	1*
c) Niveles elevados de presión arterial (bien medidos)							
(i) Sistólica 140-159 o diastólica 90-99 mmHg	3	3	1	2	1	1	1
(ii) Sistólica ≥ 160 o diastólica ≥100 mmHg	4	4	2	3	2	1	2

CONDICIÓN	AOC/PAC/ AVC	AIC	AOPS		AMPD EN-NET	Implantes de LNG/ETG		DIU-Cu	DIU-LNG	
I=Inicio, C=Continuación, LM=Lactancia materna, NA=No aplica										
HISTORIA DE PRESIÓN ARTERIAL ALTA DURANTE EL EMBARAZO (cuando la presión arterial actual se puede medir y es normal)	2	2	1		1	1		1	1	
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLISMO PULMONAR (EP)										
a) Historia de TVP/EP	4	4	2		2	2		1	2	
b) TVP/EP actual	4	4	3		3	3		1	3	
c) TVP/EP y recibe tratamiento anticoagulante	4	4	2		2	2		1	2	
d) Historia familiar de TVP/EP (familiares de primer grado)	2	2	1		1	1		1	1	
e) Cirugía mayor										
(i) Con inmovilización prolongada	4	4	2		2	2		1	2	
(ii) sin inmovilización prolongada	2	2	1		1	1		1	1	
f) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1		1	1		1	1	
MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS (p.ej. factor V de Leiden; mutación de protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina)	4*	4*	2*		2*	2*		1*	2*	
TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL										
a) Venas varicosas	1	1	1		1	1		1	1	
b) Tromboflebitis superficial	2	2	1		1	1		1	1	
HISTORIA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA O ENFERMEDAD ACTUAL	4	4	I	C	3	I	C	1	I	C
			2	3			2		3	
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (historia de accidente cerebrovascular o enfermedad actual)	4	4	I	C	3	I	C	1	2	
			2	3			2			3
HIPERLIPEMIAS CONOCIDAS sin otros factores conocidos de riesgo cardiovascular	2*	2*	2*		2*	2*		1*	2*	
VALVULOPATÍA CARDIACA										
a) Sin complicaciones	2	2	1		1	1		1	1	
b) Con complicaciones	4	4	1		1	1		2*	2*	

CONDICIÓN	AOC/PAC/ AVC		AIC		AOPS		AMPD EN-NET		Implantes de LNG/ETG		DIU-Cu		DIU-LNG	
I=Inicio, C=Continuación, LM=Lactancia materna, NA=No aplica														
ENFERMEDADES REUMÁTICAS														
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO														
a) Anticuerpos antifosfolípidos positivos (o valor desconocido)	4		4		3		I	C	3		I	C	3	
							3	3			1	1		
b) Trombocitopenia severa	2		2		2		3	2	2		3*	2*	2*	
c) Tratamiento inmunosupresor	2		2		2		2	2	2		2	1	2	
d) Ninguna de las opciones anteriores	2		2		2		2	2	2		1	1	2	
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS														
CEFALEAS														
	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
a) No migrañosas (leves o intensas)														
(i) Migraña	1*	2*	1*	2*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
(ii) Sin aura														
Edad < 35 años	2*	3*	2*	3*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	1*	2*	2*	2*
Edad ≥ 35 años	3*	4*	3*	4*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	1*	2*	2*	2*
(iii) Con aura, a cualquier edad	4*	4*	4*	4*	2*	3*	2*	3*	2*	3*	1*	2*	3*	3*
EPILEPSIA	1*		1*		1*		1*		1*		1*		1*	
Si esta bajo tratamiento consulte la sección sobre INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS														
TRASTORNOS DEPRESIVOS														
TRASTORNOS DEPRESIVOS	1*		1*		1*		1*		1*		1*		1*	
INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL APARATO REPRODUCTIVO														
PATRONES DE SANGRADO VAGINAL												I	C	
Patrón irregular sin sangrado abundante	1		1		1		1		1		1		1	1
b) Sangrado abundante o prolongado (incluyendo patrones regulares e irregulares)	1*		1*		2*		2*		2*		2*		1*	2*
SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA												I	C	
(sospecha de una condición grave) Antes de la evaluación	2*		2*		2*		3*		3*		4*	2*	4*	2*
ENDOMETRIOSIS	1		1		1		1		1		2		1	
TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS	1		1		1		1		1		1		1	
DISMENORREA SEVERA	1		1		1		1		1		2		1	

CONDICIÓN	AOC/PAC/ AVC	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes de LNG/ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
I=Inicio, C=Continuación, LM=Lactancia materna, NA=No aplica									
ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL									
a) Niveles reducidos o indetectables de β hCG	1	1	1	1	1	3		3	
b) Niveles persistentemente elevados de β hCG o enfermedad maligna	1	1	1	1	1	4		4	
ECTROPIÓN CERVICAL	1	1	1	1	1	1		1	
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL	2	2	1	2	2	1		2	
CÁNCER 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 de mama									
(i) actual	4	4	4	4	4	1		4	
(ii) pasado y sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años	3	3	3	3	3	1		3	
CÁNCER DE ENDOMETRIO	1	1	1	1	1	I	C	I	C
						4	2	4	2
CÁNCER DE OVARIO	1	1	1	1	1	I	C	I	C
						3	2	3	2
FIBROMAS UTERINOS									
a) Sin distorsión de la cavidad uterina.	1	1	1	1	1	1		1	
b) Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	4		4	
ANOMALÍAS ANATÓMICAS									
a) Distorsionan la cavidad uterina						4		4	
b) No distorsionan la cavidad uterina						2		2	
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)									
a) Historia de EPI (se presupone la ausencia de factores de riesgo de ITS)						I	C	I	C
(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*

CONDICIÓN	AOC/PAC/ AVC	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes de LNG/ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
I=Inicio, C=Continuación, LM=Lactancia materna, NA=No aplica									
ITS									
a) Cervicitis purulenta actual o infección por clamidia o gonorrea.	1	1	1	1	1	I 4	C 2*	I 4	C 2*
b) Otras ITS (menos VIH y hepatitis)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
c) Vaginitis (incluidos tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
d) Mayor riesgo de ITS	1	1	1	1	1	2/3*	2	2/3*	2
Alto riesgo de VIH	1*	1*	1*	1*	1*	I	C	I	C
						2	2	2	2
Enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estado 1 o 2 OMS)	1*	1*	1*	1*	1*	2	2	2	2
Enfermedad clínica por VIH severa o avanzada (estado 3 o 4 OMS)	1*	1*	1*	1*	1*	3	2*	3	2*
OTRAS INFECCIONES									
a) Sin complicaciones	1	1	1	1	1	1		1	
b) Fibrosis del hígado	1	1	1	1	1	1		1	
TUBERCULOSIS									
						I	C	I	C
a) No pélvica	1*	1*	1*	1*	1*	1	1	1	1
b) Pélvica conocida	1*	1*	1*	1*	1*	4	3	4	3
PALUDISMO	1	1	1	1	1	1		1	
TRASTORNOS ENDOCRINOS									
DIABETES									
a) Historia de enfermedad gestacional	1	1	1	1	1	1		1	
b) Enfermedad no vascular (i) No insulino dependiente	2	2	2	2	2	2	1	2	2
c) Nefropatía/ retinopatía/ neuropatía	3/4*	3/4*	2	3	2	1		2	
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración	3/4*	3/4*	2	3	2	1		2	
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	

CONDICIÓN	AOC/PAC/ AVC		AIC		AOPS	AMPD EN-NET	Implantes de LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG		
I=Inicio, C=Continuación, LM=Lactancia materna, NA=No aplica											
TRASTORNOS GASTROINTESTINALES											
ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA 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 COLELITIASIS											
a) Relacionada con el embarazo	2		2		1	1	1	1	1		
b) Relacionada con el uso previo de ACO	3		2		2	2	2	1	2		
HEPATITIS VIRAL											
	I	C	I	C							
a) Activa	3/4*	2	3	2	1	1	1	1	1		
b) Portadora	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
c) Crónica	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
CIRROSIS											
a) Leve (compensada)	1		1		1	1	1	1	1		
b) Grave (descompensada)	4		3		3	3	3	1	3		
TUMORES DEL HÍGADO											
a) Benigno											
(i) Hiperplasia nodular focal	2		2		2	2	2	1	2		
(ii) Adenoma hepatocelular	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		
ANEMIA DEPRANOCÍTICA	2		2		1	1	1	2	1		
ANEMIA FERROPÉNICA	1		1		1	1	1	2	1		
INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS											
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV)								I	C	I	C
a) Inhibidores de la transcriptasa reversa analogos a nucleósidos (ITRN)											
Abacavir (ABC)	1		1		1	1	1	2/3	2	2/3	2
Tenofovir (TDF)	1		1		1	1	1	2/3	2	2/3	2
Zidovudina (AZT)	1		1		1	1	1	2/3	2	2/3	2
Lamivudina (3TC)	1		1		1	1	1	2/3	2	2/3	2
Didanosina (ddI)	1		1		1	1	1	2/3	2	2/3	2
Emtricitabina (FTC)	1		1		1	1	1	2/3	2	2/3	2
Estavudina (d4T)	1		1		1	1	1	2/3	2	2/3	2
b) Inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos (ITRNN)											
Efavirez (EFV)	2*		2*		2*	1=AMPD 2=EN-NET	2	2/3	2	2/3	2
Etravirina (ETV)	1		1		1	1	1	2/3	2	2/3	2
Nevirapina (NVP)	2*		2*		2*	1=AMPD 2=EN-NET	2	2/3	2	2/3	2
Rilpivirina (RPV)	1		1		1	1	1	2/3	2	2/3	2

CONDICIÓN	AOC/PAC/ AVC	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes de LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG		
I=Inicio, C=Continuación, LM=Lactancia materna, NA=No aplica									
c) Inhibidores de la proteasa (IP)									
Atazanavir reforzado con ritonavir (ATV/r)	2*	2*	2*	1=AMPD 2=EN-NET*	2*	2/3*	2*	2/3*	2*
Lopinavir reforzado con ritonavir (LPV/r)	2*	2*	2	1=AMPD 2=EN-NET*	2*	2/3*	2*	2/3	2*
Darunavir reforzado con ritonavir (DRV/r)	2*	2*	2	1=AMPD 2=EN-NET*	2*	2/3*	2*	2/3*	2*
Ritonavir (RTV)	2*	2*	2	1=AMPD 2=EN-NET*	2*	2/3*	2*	2/3*	2*
d) Inhibidores de la integrasa									
Raltegravir (RAL)	1	1	1	1	1	2/3	2*	2/3	2*
TERAPIA CON ANTICONVULSIVANTE									
a) Ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)	3*	2	3*	1=AMPD 2=EN-NET	2*	1	1	1	1
b) Lamotrigina	3	3	1	1	1	1	1	1	1
TERAPIA ANTIMICROBIANA									
a) Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Antifúngicos	1	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Antiparasitarios	1	1	1	1	1	1	1	1	1
d) Terapia con rifampicina o rifabutin	3*	2*	3*	1=AMPD 2=EN-NET	2	1	1	1	1

*Consulte el texto de los capítulos respectivos para obtener una explicación de estas clasificaciones.

Anillo vaginal liberador de Progesterona (AVP)

Condición	Categoría
Embarazo	NA
Lactancia y > 4 semanas posparto	1

Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE)

Condición	ACO	LNG
Embarazo	NA	NA
Lactancia	1	1
Embarazo ectópico anterior	1	1
Obesidad	1*	1*
Historia de enfermedad cardiovascular severa (cardiopatía isquémica accidente cerebrovascular u otras condiciones tromboembólicas)	2	2
Migraña	2	2
Enfermedad hepática severa (incluyendo ictericia)	2	2
Inductores de CYP3A4 (ej. Rifampicina, fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, efavirenz, fosfenitoína, nevirapina, oxcarbazepina, primidona, rifabutin, Hierba de San Juan/Hypericum perforatum)	1*	1*
Uso repetido de PAE	1*	1*
Violación	1	1

NA: no se aplica

*Consulte el texto de los capítulos respectivos para obtener una explicación de estas clasificaciones.

Tabla C.3. Exámenes o pruebas de rutina que deben realizarse antes de proveer un método anticonceptivo

Situación específica	ACO	ACI	PPS	AMPD	Implantes	DIU	Condón	Esterilización femenina	Vasectomía
Examen de mamas por el/la proveedora	C	C	C	C	C	C	C	C	NC
Examen de pelvis/genital	C	C	C	C	C	A	C	A	A
Exploración de cáncer cervical	C	C	C	C	C	C	C	C	NC
Laboratorio de rutina	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Análisis de hemoglobina	C	C	C	C	C	B	C	B	C
Evaluación de riesgo de ITS, examen físico y antecedentes médicos	C	C	C	C	C	A*	C**	C	C
Evaluación de ITS/VIH, análisis de laboratorio	C	C	C	C	C	B*	C**	C	C
Evaluación de presión arterial	A***	A***	A***	A***	A***	C	C	A	C

Clase A = esencial y obligatorio en todos los casos para el uso seguro y eficaz del método anticonceptivo.

Clase B = contribuye en forma significativa al uso seguro y eficaz, pero la implementación puede considerarse dentro del contexto de servicios y salud pública. El riesgo de no realizar un examen o una prueba debe sopesarse con los beneficios de poner el método anticonceptivo a disposición de los usuarios.

Clase C = no contribuye en forma significativa al uso seguro y eficaz del método anticonceptivo.

Esta clasificación se centra en la relación de los exámenes o pruebas con el inicio seguro de un método anticonceptivo que sea adecuado según los Criterios Médicos de Elegibilidad. No pretende abarcar la conveniencia de estos exámenes clínicos o de laboratorio en otras circunstancias. Por ejemplo, algunos de estos exámenes clínicos o de laboratorio que no se consideran necesarios para el uso seguro y eficaz de anticonceptivos pueden ser adecuados para la atención médica preventiva, o para el diagnóstico o evaluación de condiciones médicas que se sospechan.

Notas a las tablas:

*Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición, 2015, afirma que: Si una mujer tiene una alta probabilidad individual de exposición a la infección por gonorrea o clamidia, generalmente no se le debería insertar un DIU, excepto que otros métodos no estén disponibles o no sean aceptables. En caso de cervicitis purulenta, o infección por gonorrea o clamidia, no debe insertarse un DIU a menos que estas condiciones se resuelvan y sea médicamente elegible.

**Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición, 2015, establece que las mujeres con un alto riesgo de infección por VIH no deben utilizar espermicidas que contengan nonoxinol-9. No se recomienda el uso de diafragmas y capuchones cervicales con nonoxinol-9 para las mujeres con alto riesgo de VIH, a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptables. No se ha estudiado suficientemente la eficacia anticonceptiva de los diafragmas y de los capuchones cervicales sin nonoxinol-9 y debe suponerse que es menor que aquella de los diafragmas y capuchones cervicales con nonoxinol-9.

***Se debe medir la presión arterial antes de iniciar el uso de ACO, ACI, AOPS, AIPS e implantes.

3. ANTICONCEPCIÓN 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:

Anticonceptivos combinados de estrógeno y progestágeno

- Anticoncepción combinada oral: píldoras monofásicas y multifásicas
- Anticoncepción combinada inyectable mensual
- Anticoncepción combinada en anillo vaginal
- Anticoncepción combinada en parche transdérmico

Anticonceptivos de progestágeno solo

- Anticoncepción oral de progestágeno solo
- Progestágeno inyectable de acción prolongada
- Implantes subdérmicos de acción prolongada
- Anillo vaginal de progesterona

Anticoncepción hormonal de emergencia

- Píldoras de levonorgestrel
- Píldoras combinadas (Método de Yuzpe)

Protección contra ITS y VIH

Las mujeres y las parejas deben ser informadas de que los métodos hormonales no protegen de las infecciones transmisibles por vía sexual, incluyendo la infección por virus papiloma (HPV) y por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Por esto, si hay riesgo de infección, el uso correcto y consistente de condón masculino debe recomendarse a todas las mujeres y parejas que elijan un método hormonal para evitar el embarazo (doble protección). El efecto e interacción de los anticonceptivos hormonales con la infección por VIH y el uso de antirretrovirales se aborda en el capítulo respectivo.

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

3.1. Anticonceptivos combinados de estrógeno y progestágeno

Características comunes

Los anticonceptivos hormonales combinados (AHC), administrados por vía oral (ACO), así como los inyectables mensuales (ACI), anillos vaginales (AVC) o parches transdérmicos (PTC) comparten ciertas características ya que todos ellos contienen un estrógeno y un progestágeno. Tienen similar eficacia anticonceptiva y mecanismo de acción. Su acción se ejerce por vía sistémica sobre los centros reguladores de la actividad gonadal, sobre el aparato reproductivo de la mujer y también sobre los receptores esteroidales de órganos que no forman parte del sistema reproductivo, lo que se asocia con los efectos beneficiosos y adversos que se han descrito para estos métodos. Comparten la mayoría de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS. Además, algunos aspectos de los servicios que se requieren para el uso seguro de los métodos también son similares (1)(3)(4)(5)(9)(10)(11)(12)(13).

Diferencias

Los distintos AHC difieren en cuanto a los esteroides usados y la vía de administración por lo que algunos efectos adversos son diferentes para cada tipo de anticonceptivo hormonal combinado, lo que se refleja en que algunos Criterios Médicos de Elegibilidad sean también diferentes. Las características y los componentes de los servicios que son específicos para cada método se incluirán en la descripción de cada uno de ellos.

Eficacia anticonceptiva

Los AHC tienen una elevada eficacia anticonceptiva si se usan correctamente y la tasa de embarazos observada más baja de estos métodos es de 0.3 por 100 años mujer. Sin embargo, la tasa de embarazos durante el uso típico es más alta y varía entre 3 y 8 por 100 años mujer (3)(4)(5)(9)(10)(11)(12). Esta menor eficacia se asocia generalmente a uso incorrecto, lo que refleja la importancia de una adecuada información y consejería a mujeres que deciden usar estos métodos anticonceptivos. En el caso de los ACO, 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 (13)(14)(15).

Mecanismo de acción

El mecanismo de acción de los AHC es la inhibición de la ovulación. Se inhibe la producción de los factores de liberación de gonadotropinas en el hipotálamo, con la consiguiente inhibición de la liberación de FSH y LH en la hipófisis y la abolición del pico pre-ovulatorio de gonadotropinas. Por lo tanto, no hay desarrollo folicular y se inhibe la ovulación. Por este mecanismo de acción, los ACO se han llamado también "anovulatorios". Los progestágenos actúan también sobre las glándulas secretoras del cuello uterino y alteran la constitución del moco cervical haciéndolo impenetrable al paso de los espermatozoides (13)(16)(17)(18)(19)(20).

Efectos adversos

Los efectos adversos de los ACO han sido ampliamente estudiados y se describen más adelante. Hay aún escasa información acerca del impacto sobre la salud de las usuarias de las otras vías de administración de anticoncepción hormonal combinada. Se estima que son similares a los de los ACO

considerando la semejanza de los efectos biológicos de los esteroides usados. Por esto, los Criterios Médicos de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se basan en la evidencia científica obtenida para los ACO.

Criterios médicos de elegibilidad de la OMS

Las condiciones clínicas que deben considerarse para el uso de los AHC son comunes a las distintas formas de administración y sólo difieren en la clasificación para condiciones que alteran la función hepática y uso de ACI (5):

Categoría	Condición
4	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Menos de 6 semanas posparto. ▸ Menos de 21 días posparto con otros factores de riesgo para ETV. ▸ ≥ 35 años y fumadora de ≥ 15 cigarrillos al día (excepto para inyectable que es categoría 3). ▸ Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial (edad mayor, fumar, tener diabetes e hipertensión) (categoría 3/4 OMS). ▸ Niveles elevados de presión arterial: sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100 mmHg. ▸ HTA con enfermedad vascular. ▸ Historia de TVP/EP. ▸ TVP/EP actual. ▸ TVP/EP y recibe terapia anticoagulante. ▸ Cirugía mayor con inmovilización prolongada. ▸ Mutaciones trombogénicas conocidas (factor V de Leiden; mutación de la protrombina, deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina). ▸ Cardiopatía isquémica (enfermedad actual o historia). ▸ Accidente cerebrovascular (historia de accidente cerebrovascular o enfermedad actual). ▸ Valvulopatía cardíaca con complicaciones (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda). ▸ Lupus eritematoso difuso con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o valor desconocido). ▸ Migrañas con aura a cualquier edad (inicio - continuación) ▸ Migrañas sin aura en ≥ 35 años (continuación). ▸ Cáncer de mama actual. ▸ Diabetes con nefropatía/retinopatía/neuropatía. ▸ Diabetes con otra enfermedad vascular (categoría 3/4 OMS). ▸ Diabetes de más de 20 años de duración (categoría 3/4 OMS). ▸ Adenoma hepatocelular. ▸ Hepatoma maligno. ▸ Hepatitis viral aguda o con exacerbación (para anticonceptivos orales combinados, parches combinados y anillos vaginales combinados) (categoría 3/4 OMS). ▸ Cirrosis grave descompensada.

3	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 6 semanas a 6 meses posparto (con lactancia materna). • Menos de 21 días posparto sin otros factores de riesgo de TEV. • Entre 21 días a 42 días posparto con otros factores de riesgo de TEV. • ≥ 35 años y fumadora de menos de 15 cigarrillos al día (para anticonceptivos orales combinados, parches combinados y anillos vaginales combinados). • ≥ 35 años y fumadora de ≥ 15 cigarrillos al día (solo para inyectables). • Historia de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la presión arterial (incluida la hipertensión durante el embarazo). • Hipertensión tratada y controlada correctamente, cuando la presión arterial PUEDE evaluarse. • Niveles elevados de presión arterial: sistólica 140 - 159 o diastólica 90 - 99 mmHg. • Cefaleas sin aura en < 35 años (continuación). • Cefaleas con aura en ≥ 35 años (inicio). • Cáncer de mama pasado y sin evidencia de enfermedad durante 5 años. • Enfermedad de la vesícula biliar tratada médicamente (para anticonceptivos orales combinados, parches combinados y anillos vaginales combinados). • Enfermedad de la vesícula biliar actual (para anticonceptivos orales combinados, parches combinados y anillos vaginales combinados). • Historia de colestasia relacionada con uso previo de AOC (para anticonceptivos orales combinados, parches combinados y anillos vaginales combinados). • Hepatitis viral aguda o con exacerbación (inicio solo para inyectables). • Adenoma hepatocelular (solo para inyectable). • Terapia con lamotrigina. • Otros anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxacarbamazepina) para anticonceptivos orales combinados, parches combinados y anillos vaginales combinados. • Terapia con rifampicina o rifabutina.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Edad ≥ 40 años. • Más de 6 meses posparto. • Entre 21 y 42 días posparto sin otros factores de riesgo de TEV. • Dislipidemias conocidas sin otros factores de riesgo cardiovascular conocidos. • Fumadoras menores de 35 años. • ≥ 35 años y fumadora de menos de 15 cigarrillos al día (solo para inyectables). • $IMC \geq 30$ kg/m². • Historia de presión arterial alta durante el embarazo. • Historia familiar (de primer grado) de TVP. • Cirugía mayor sin inmovilización prolongada. • Trombosis venosa superficial con tromboflebitis superficial. • Valvulopatía cardíaca sin complicaciones. • Lupus eritematoso sistémico con trombocitopenia severa. • Lupus eritematoso sistémico con terapia inmunosupresora. • Cefaleas no migrañosas (continuación). • Migraña sin aura en menores de 35 años (inicio). • Sangrado vaginal de etiología desconocida (antes de la evaluación). • Neoplasia intraepitelial cervical. • Cáncer cervical (en espera de tratamiento).

2	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Nódulo mamario sin diagnóstico. ▸ Diabetes sin enfermedad vascular. ▸ Enfermedad de la vesícula biliar sintomática tratada con colecistectomía. ▸ Enfermedad de la vesícula biliar sintomática tratada médicamente (solo para inyectables, para el resto de los métodos combinados está en categoría 3). ▸ Enfermedad de la vesícula biliar sintomática actual (solo para inyectables, para el resto de los métodos combinados está en categoría 3). ▸ Enfermedad de la vesícula biliar asintomática. ▸ Historia de colelitiasis relacionada con el embarazo. ▸ Historia de colelitiasis relacionada con uso previo de AOC (solo para inyectables, para el resto de los métodos combinados esta en categoría 3). ▸ Hepatitis viral aguda o con exacerbación (continuación). ▸ Hiperplasia hepática nodular focal. ▸ Anemia deprecocítica. ▸ Terapia antiretroviral - Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTI): Efavirenz (EFV), Nevirapina (NVP). Resto de los INNTI en categoría 1. ▸ Terapia antiretroviral - Inhibidores de la Proteasa reforzados con ritonavir (RTV). ▸ Ciertos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxacarbamazepina) Solo para inyectables, el resto de los métodos esta en categoría 3. ▸ Terapia con rifampicina o rifabutina (Solo para inyectables, el resto de los métodos está en categoría 3).
1	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Todas aquellas condiciones no incluidas en las categorías anteriores.

Orientación y consejería

Una vez que la mujer ha decidido usar un método de anticoncepción hormonal combinada, el/la profesional de salud debe explicar claramente a la futura usuaria:

- Las características de las distintas vías de administración, su eficacia, beneficios, efectos adversos (y cómo manejarlos), reversibilidad y costo.
- Los factores de riesgo, enfatizando tabaquismo e hipertensión arterial.
- Que la eficacia anticonceptiva depende del uso correcto del método elegido.
- Si elige ACO, debe ayudarla a identificar el tipo de píldoras más apropiadas y forma de usarlas, explicar la importancia de la regularidad en el uso y lo que debe hacer si omite una o más píldoras en forma involuntaria.
- Los métodos anticonceptivos alternativos.

Evaluación de la potencial usuaria

- Los anticonceptivos combinados deben ser proporcionados a cualquier mujer que los solicite, después de haber recibido orientación apropiada y haber hecho una elección informada, si no tiene alguna contraindicación para su uso según los criterios médicos de elegibilidad de la OMS.
- 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 (1)(3)(5).

- Las mujeres jóvenes sanas, no fumadoras, no necesitan exámenes previos. En todas las mujeres, es importante controlar la presión arterial y descartar ictericia e historia o signos de trombosis venosa profunda (edema de la extremidad inferior o a lo largo de una vena de ésta, dolor, calor en la zona edematosa o dolorosa, eritema o alteración del color de la pierna). 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 del método, la mujer puede iniciarlo 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.

Seguimiento

Se recomienda un control a los dos meses de comenzar el método, para evaluar la respuesta inicial y después un control cada seis meses a aquellas mujeres que presenten factores de riesgo cardiovascular y un control anual a aquellas mujeres sin riesgo cardiovascular. Se debe recomendar a las mujeres consultar fuera de los controles programados en caso de problemas o dudas o si presentan síntomas o signos adversos. Si hay amenorrea, goteo o irregularidades menstruales es importante reforzar la orientación y evaluar la necesidad de cambiar método. Como a toda mujer en edad reproductiva, se debe realizar un control periódico de salud que incluya presión arterial y citología de cuello uterino en los intervalos recomendados.

3.1.1 Anticoncepción combinada oral

La anticoncepción combinada oral (ACO) o píldora combinada es uno de los métodos más estudiados y se estima que son usados por más de 90 millones de mujeres en edad fértil en todo el mundo (21).

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) sintéticos en dosis variable de acuerdo a la formulación del preparado comercial. El estrógeno sintético más utilizado es el etinil estradiol, que es metabolizado en el hígado y tiene una vida media de 24 a 28 horas. La dosis de estrógenos actualmente en uso son 30, 20 y 15 mcg de etinil estradiol. También están disponibles ACO con 17 beta estradiol en dosis de 1.5 mg cada píldora o valerato de estradiol en presentación multifásica con dosis variables durante el ciclo.

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 evaluados son los que contienen 30 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de levonorgestrel. Para los otros progestágenos usados (derivados de la 19 nortestosterona: noretinodrel, noretidrona, lynestrenol, etinodiol diacetato, desogestrel, gestodeno, norgestimato, dienogest; relacionados con la progesterona: acetato de clormadinona, acetato de nomegestrol; relacionado con la espironolactona: drospironona,) 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(17), y son habitualmente más caros.

Los ACO están disponibles en envases de 21 píldoras que se toman en días consecutivos, con un descanso de 7 días entre cada envase y de 28 píldoras, que contienen 21 píldoras con hormonas y 7 píldoras con placebo, hierro o vitaminas, que se toman en lo que correspondería a la semana de descanso. También están disponibles en envases que contienen 84 píldoras activas y 7 píldoras placebo para uso en ciclos trimestrales. 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.

Mecanismo de acción

El mecanismo de acción de las píldoras es la inhibición de la ovulación. Los progestágenos actúan también sobre las glándulas secretoras del cuello uterino y alteran la constitución del moco cervical haciéndolo impenetrable al paso de los espermatozoides

Eficacia

En uso común, se producen entre 6 a 8 embarazos cada 100 mujeres que utilizan ACO en el correr del primer año. Esto significa que 92-94 de cada 100 mujeres que usan ACO no quedarán embarazadas. En uso ideal, hay 0,1 embarazos cada 100 mujeres que utilizan ACO en el correr del primer año.

Uso de ACO

- Presentación 21-7: 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.
- Presentación 28 días: 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.
- Presentación de 90 días: La mujer debe tomar 84 píldoras activas, luego 7 píldoras placebo e iniciar el nuevo envase al término de estos 7 días.
- 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. Por esto se recomienda proveer, la cantidad suficiente para al menos 6 meses.
- La administración prolongada o la administración continua de los anticonceptivos orales combinados puede ser recomendado a las mujeres para prolongar los intervalos entre los sangrados uterinos y así minimizar los síntomas menstruales, lo que puede resultar motivador para asegurar la adherencia. Administración prolongada significa tomar píldoras hormonales por 12 semanas sin un descanso, seguidas de una semana de píldoras no hormonales (o sin píldoras). Administración continua significa tomar píldoras hormonales sin ningún tipo de descanso (4).

Omisión de píldoras

Se requieren 7 días de uso continuo de las píldoras 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 (3). Las indicaciones en caso de omisión de píldoras son:

Para píldoras de etinilestradiol de 30 mcg:

- Si la mujer olvidó 1 ó 2 píldoras activas: debe tomar una píldora activa lo antes posible y continuar tomando una diaria.
- Si la mujer olvidó 3 ó más píldoras activas en la segunda o tercera semana del ciclo: debe tomar una píldora activa lo antes posible, continuar con una píldora diaria hasta terminar todas las píldoras activas y descartar las 7 píldoras no hormonales. Comenzar un nuevo paquete al día siguiente sin descanso y sin consumir las píldoras no activas. Usar un método de respaldo por los próximos 7 días. Si tuvo relaciones sexuales durante los últimos cinco días, considerar uso de PAE.
- Si la mujer omitió alguna píldora no activa: debe descartar la(s) píldora(s) no activa(s) omitida(s). Seguir tomando una por día. Comenzar el nuevo paquete como siempre.

Para píldoras de etinilestradiol de 20 mcg o menos:

- Si la mujer olvidó 1 píldora activa (hormonal): Debe seguir las indicaciones anteriores para "Si olvidó 1 ó 2 píldoras activas (hormonales)".
- Si una mujer olvidó 2 o más píldoras activas consecutivas (hormonales) o si comienza un paquete 2 o más días tarde: Debe seguir las indicaciones anteriores para "Si olvidó 3 o más píldoras activas (hormonales) o si comienza un paquete 3 o más días tarde".

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

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

Efectos beneficiosos no anticonceptivos

Además de su eficacia anticonceptiva, se han descrito diversos efectos benéficos en estudios realizados mayoritariamente con los ACO que contienen 30 mcg de etinil estradiol:

- *Reducción importante del riesgo de presentar cáncer de endometrio:* Se ha demostrado una disminución de 50% del riesgo de cáncer de endometrio con el uso de ACO, efecto que persiste por más de 20 años después de la discontinuación⁽²³⁾⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾.
- *Reducción importante del riesgo de presentar cáncer de ovario:* Se ha demostrado una reducción del riesgo de cáncer de ovario con el uso de ACO, siendo el riesgo relativo (RR) alrededor de 0.7 en comparación con el de las no usuarias. La protección aumenta con el tiempo, llegando a un RR de 0.2 a los 10 años y se mantiene por décadas después de la discontinuación (24)(27)(28).

- *Reducción importante del riesgo de embarazo ectópico:* las usuarias de ACO tienen 10 veces menor riesgo de tener un embarazo ectópico que las que no emplean anticoncepción (29)(30).
- *Reducción y regulación de los sangrados uterinos y reducción de la anemia ferropriva:* Las modificaciones del endometrio causadas por los ACO se asocian a sangrados más escasos y a niveles de hierro plasmático más elevados en comparación con las no usuarias (30)(31).
- *Alivio de la dismenorrea y de síntomas premenstruales:* Este efecto puede ser muy importante para las adolescentes (32).
- *Disminución del riesgo de presentar quistes ováricos funcionales:* el riesgo de desarrollar quistes ováricos foliculares en las usuarias de ACO es la mitad del riesgo de las mujeres que usan anticoncepción no hormonal (33)(34).
- *Disminución del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica:* Se ha reportado que los ACO protegen contra infecciones sintomáticas provocadas por clamidias pero no se ha establecido si tienen efecto protector contra los procesos inflamatorios o si éstos son menos sintomáticos o silenciosos (35)(36).
- *Disminución del riesgo de pérdida de densidad ósea:* Después de los 35 años de edad algunos estudios han observado un retardo de la desmineralización del hueso con el uso de ACO porque la densidad ósea en esta etapa de la vida es mayor en usuarias que en no usuarias (37)(39). Sin embargo una revisión Cochrane señala que el uso de los anticonceptivos orales combinados no parece afectar la salud ósea y otras revisiones sistemáticas sugieren que pueden tener un efecto positivo en la densidad mineral ósea (DMO) (39)(40). Sin embargo, las adolescentes que usen preparados con ≤ 20 mcg de etinil estradiol durante un tiempo prolongado, pudieran tener un efecto deletéreo sobre la masa ósea (41).
- *Reducción del acné:* Algunos estudios muestran que el acné vulgar mejora con el uso de ACO al compararlo con placebo. Hay pocas diferencias entre ACO con distintos progestágenos (42)(43)(44).
- *Reducción del riesgo de cáncer colorectal:* Varios estudios, analizados en conjunto han mostrado un riesgo relativo de alrededor de 0.8 en mujeres que alguna vez han usado ACO (45).

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. Además, se producen cambios en el endometrio que determinan tanto los sangrados cíclicos como los sangrados intermenstruales y otras alteraciones de los sangrados uterinos que se observan ocasionalmente. Estos efectos adversos menores pueden causar malestar, afectar la vida sexual de la mujer y crear pérdida de la confianza en el método, llevando a la discontinuación de su uso (16)(43).

Efectos adversos severos

El uso de ACO se asocia a algunas patologías, siendo especialmente importantes las relacionadas al aparato cardiovascular. Sin embargo, el riesgo de muerte por todas las causas es similar para las mujeres que han usado ACO y las que nunca los han usado (46).

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 (47)(48)(49)(50)(51).

- *Infarto del miocardio:* El infarto agudo del miocardio es infrecuente en mujeres en edad reproductiva. El riesgo de presentar un infarto del miocardio es mayor en las usuarias de ACO, fumadoras, mayores de 40 años, hipertensas o que no se controlan rutinariamente la presión arterial, en comparación con las no usuarias (Tablas C.4 y C.5). Este riesgo es independiente del progestágeno usado (49)(52).
- *Accidente vascular cerebral:* Las mujeres mayores de 35 años que emplean ACO tienen más riesgo de presentar trombosis cerebral que las no usuarias (50)(51), especialmente si son hipertensas o fumadoras (Tablas C.4 y C.5) y el riesgo no se relaciona con el tipo de progestágeno usado (53). El riesgo de isquemia cerebral se incrementa significativamente en usuarias con migraña con aura (54)(55).
- *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 venosa (ETV), ya sea trombosis venosa profunda (TVP) o embolía pulmonar (EP), especialmente en el primer año de uso, el que desaparece al suspender la píldora (Tabla C.6). El riesgo aumenta con la edad, la obesidad, cirugía reciente y algunas formas de trombofilia. El estudio de la OMS mostró que el riesgo es mayor al usar ACO que contienen desogestrel o gestodeno, en comparación con levonorgestrel (56). Nuevos estudios han mostrado que los ACO con progestágenos de tercera o cuarta generación (desogestrel, gestodeno, drospirino-na) tienen 2 o 3 veces mayor riesgo de ETV que los ACO con levonorgestrel (57)(58)(59)(60)(61)(62)(63). El riesgo relativo de tromboembolismo venoso puede disminuir al bajar la dosis de estradiol de 30 a 20 ug.

Tabla C.4. Riesgo relativo¹ de enfermedad arterial vascular según uso de anticonceptivos combinados orales e historia de hipertensión arterial. 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 (47)(48)(49)

Tabla C.5. Riesgo relativo¹ de enfermedad arterial vascular 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

² Fumadora >10 cigarrillos por día.

Adaptado de (47)(48)(49)

Tabla C.6. 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 (56)

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 1.24), el que disminuye paulatinamente al suspender su uso de modo que diez años después de la discontinuación, el riesgo es igual al de las mujeres que nunca emplearon el método⁽⁶⁴⁾. Este mayor riesgo ha sido confirmado en otros estudios⁽⁶⁵⁾⁽⁶⁶⁾⁽⁶⁷⁾, aunque un estudio no encontró asociación entre el riesgo de cáncer de mama y el uso de ACO de dosis bajas⁽⁶⁸⁾. Estos estudios se resumen en la Tabla C.7. 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 cérvicouterino:** Estudios recientes sugieren que el uso de ACO por más de 5 años se asocia con un leve aumento (RR 1.9, IC 1.7-2.1) del riesgo de carcinoma escamoso del cuello uterino en mujeres portadoras del virus papiloma humano oncogénico⁽⁶⁹⁾⁽⁷⁰⁾. La asociación disminuye al suspender los ACO y es muy débil después de 10 años de su discontinuación. Por lo tanto, el uso prolongado de ACO merece especial monitoreo por parte de programas de tamizaje de cáncer cérvicouterino.

Tabla C.7. Anticoncepción oral combinada y riesgo de cáncer de mama

Estudio (Año)	Nº mujeres casos/controles	RR (IC 95%)
Collaborative Group (1996) Meta-análisis de 54 estudios	53.000 / 100.000	1.24 (1.15-1.33)
Marchbanks (2002)	4.575 / 4.682	1.0 (0.8-1.3)
Kahlenborn (2006) Meta-análisis de 34 estudios	18.406 / 27.377 Premenopáusicas Multíparas Uso > 4 años	1.19 (1.09-1.29) 1.44 (1.28-1.62) 1.52 (1,26-1.82)
Hunter (2010)	1.344 / 116.608	1.33(1.03-1.73)*

*Estudio prospectivo Adaptado de (9)

Otras condiciones:

- *Enfermedades hepáticas:* La ictericia colestásica se observa con más frecuencia en usuarias de ACO, especialmente en mujeres con antecedentes de colestasia gravídica. Estos cambios son reversibles al suspender el método ⁽²⁹⁾. Además se ha observado un riesgo mayor de desarrollar adenomas hepatocelulares benignos, lo que ocurre con muy baja frecuencia ⁽⁷¹⁾.
- *Lupus eritematoso (LES):* Las personas con LES tienen un riesgo mayor de cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular y tromboembolismo venoso ya que los anticuerpos antifosfolípidos están asociados con un mayor riesgo de trombosis arterial y venosa. Por esto, los ACO no deben usarse en mujeres con LES que tienen anticuerpos antifosfolípidos positivos o si no se conoce su valor ⁽⁷²⁾.
- *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.

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 ⁽¹³⁾⁽¹⁶⁾⁽⁴³⁾⁽⁷³⁾.

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 ⁽²²⁾.

Elección del anticonceptivo combinado oral

- Se recomienda comenzar con píldoras monofásicas que contengan 30 mcg o menos de etinilestradiol y levonorgestrel, que se asocian a menor riesgo de enfermedad tromboembólica ⁽⁷⁴⁾ ⁽⁷⁵⁾.
- Los progestágenos de tercera generación (desogestrel, gestodeno, drospirinona) están asociados a un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica, lo que debe informarse a la mujer, en especial si se trata de mujeres nulíparas.

- Los preparados contra el acné que contienen acetato de ciproterona y que tienen efecto anti-conceptivo deben restringirse sólo a los casos en que estén indicados por hiperandrogenismo, como lo establece el registro de estos preparados en el Instituto de Salud Pública, ya que tienen mayor riesgo de enfermedad tromboembólica.

Inicio del anticonceptivo oral

- Se recomienda iniciar su uso entre el 1º y 5º día del ciclo menstrual, en ese caso no necesita método de respaldo y puede reiniciar actividad sexual de inmediato.
- También puede iniciarse en cualquier momento del mes: si han pasado 5 días del comienzo de la menstruación, puede comenzar ACO en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada y necesitará un método de respaldo los primeros 7 días de estar tomando píldoras. Si no se está razonablemente seguro de embarazo, solicite test para descartarlo, considerando que no haya tenido actividad coital desprotegida en las 3 últimas semanas (ver sección sobre inicio inmediato en sección 2.2)⁽³⁾.
- En el período posparto, la mujer que no amamanta puede empezar ACO después de la tercera semana porque antes hay riesgo de trombosis⁽¹⁾. Si está lactando, no debe usar ACO en los primeros 6 meses porque altera la producción y la composición de la leche⁽¹⁾⁽⁵⁾⁽⁷⁷⁾⁽⁷⁸⁾⁽⁷⁹⁾⁽⁸⁰⁾⁽⁸¹⁾.
- 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.

Manejo de los efectos adversos

- Si se producen sangrados intermenstruales en forma repetida, deben descartarse patologías como miomatosis, pólipos, neoplasias, cervicitis y otros, 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 intentar otra formulación o proponer el uso de otro anticonceptivo.
- 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, náuseas, mareos, tensión mamaria o 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 píldoras 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 debe 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 Anticoncepción combinada inyectable mensual

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 (19)(82).

Composición

Son preparados inyectables sintéticos que contienen una combinación de un estrógeno y un progestágeno (o progestina) y que se administran en intervalos mensuales ⁽⁸²⁾⁽⁸³⁾. En Chile existen tres productos que han demostrado beneficios y ventajas con relación a otros inyectables mensuales:

- Presentación con 25 mg de acetato de medroxiprogesterona (AMP) y 5 mg de cipionato de estradiol (CE)
- Presentación con 50 mg de enantato de noretisterona (EN) y 5 mg de valerato de estradiol (VE)
- Presentación con 150 mg de algestona acetofénido y 10 mg de enantato de estradiol.

Después de la administración de estos inyectables se observa una elevación máxima del estradiol circulante, que decae dentro de las primeras dos semanas, lo que se asocia a un sangrado uterino por privación. La progesterona plasmática se mantiene baja y solo se detectan concentraciones compatibles con ovulación a los 59 a 80 días después de la inyección. Se ha comprobado que inhibe la maduración folicular y la ovulación por más de 30 días (19).

Efectos beneficiosos no anticonceptivos

Evitan el primer paso de los esteroides por el hígado, por lo que los Criterios Médicos de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud son menos restrictivos que los de los ACO para condiciones que afectan la función hepática ⁽¹⁾⁽⁵⁾.

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 ⁽⁸⁴⁾.

Sangrados menstruales

A diferencia de las píldoras 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 C.8). 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%. Otras razones médicas son similares a las presentadas por los ACO y dicen relación a los efectos adversos menores de la anticoncepción hormonal combinada ⁽⁸⁵⁾⁽⁸⁶⁾⁽⁸⁷⁾⁽⁸⁸⁾.

Tabla C.8. Tasas de discontinuación a los 12 meses de los inyectables combinados mensuales

Razón del abandono	AMP + CE	EN + VE
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.

AMP: acetato de medroxiprogesterona, CE: cipionato de estradiol

EN: enantato de noretisterona, VE: valerato de estradiol

Adaptado de (86)

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 83% de las mujeres se embarazan al año de suspensión del anticonceptivo ⁽¹⁹⁾⁽⁸⁴⁾⁽⁶⁹⁾.

Inicio del inyectable mensual combinado

- La primera inyección debe administrarse entre el 1º y 7º día del ciclo menstrual, aunque podría comenzarse más tarde si se está segura/o que la mujer no está embarazada. Si comienza después del 7º 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 valerato de estradiol se comercializa en jeringas especialmente cargadas con el anticonceptivo para que la propia mujer pueda administrarse la inyección.
- En el período posparto, 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 ⁽⁵⁾.

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 pueden usar hasta 7 días antes y 7 días después de la fecha indicada, advirtiendo 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 cuándo le corresponde y tener citación para recibirla.

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. Anticoncepción combinada en anillo vaginal

El anillo vaginal combinado (AVC) actualmente en uso libera por día 15 mcg de etinil estradiol (EE) y 120 mcg de etonogestrel (ENG), metabolito del desogestrel. Es un dispositivo flexible que mide 54 mm de diámetro externo y 4 mm de sección transversal y está hecho de evatane. Las concentraciones plasmáticas se mantienen estables por alrededor de 5 semanas, aunque está diseñado para solo un ciclo de uso con tres semanas de uso continuo seguidas de un período de una semana sin anillo ⁽⁸⁹⁾⁽⁹⁰⁾⁽⁹¹⁾. Puede ser insertado y retirado fácilmente por la propia mujer.

Recuperación de la fertilidad

El retorno de la ovulación después del retiro del anillo es rápido con un promedio de 19 días ⁽⁹¹⁾.

Efectos beneficiosos no anticonceptivos

El uso de AVC evita el primer paso de los esteroides por el hígado. El AVC es efectivo por períodos prolongados con niveles plasmáticos bajos y estables. Debido a la inhibición de la ovulación y al buen control de ciclo, su uso puede ser beneficioso para el exceso de sangrado menstrual, alivio de la dismenorrea, adyuvante en el tratamiento de la endometriosis y del síndrome de ovario poliquístico ⁽²⁰⁾.

Efectos adversos

Los efectos adversos menores son similares a los observados con ACO siendo los más frecuentes la cefalea y la congestión mamaria. En comparación con las usuarias de ACO, las usuarias del AVC presentan menos náusea, acné, cambios del ánimo y desórdenes de sangrado pero más molestias vaginales incluyendo vulvovaginitis, flujo vaginal y leucorrea. Las tasas de discontinuación son similares a las de los ACO ⁽⁵⁾⁽⁷⁾⁽⁹²⁾⁽⁹³⁾.

Un estudio ha reportado que el riesgo de enfermedad tromboembólica es más elevado en usuarias de AVC siendo el riesgo relativo 6.5 (IC95%: 4.7 - 8.9) en comparación con las no usuarias y de 1.9 (IC: 1.3 - 2.7) en comparación con usuarias de ACO con levonorgestrel ⁽⁹⁴⁾.

Uso del AVC

Al iniciar el método, el primer anillo vaginal se inserta el primer día del ciclo menstrual, se mantiene el anillo en la vagina durante 21 días (3 semanas) y posteriormente se retira. La mujer se mantiene 7 días sin anillo, tiempo durante el cual ocurrirá el sangrado por deprivación hormonal. Después de 7 días del retiro, se inserta otro anillo por otros 21 días y así sucesivamente. Las usuarias no requieren preocupación diaria, pueden discontinuar a voluntad y la auto-administración es percibida como una ventaja por muchas mujeres.

3.1.4. Anticoncepción combinada en parche transdérmico

El Parche Transdérmico Combinado (PTC) es un sistema anticonceptivo transdérmico que contiene 6 mg de etinil estradiol (EE) y 600 mcg de norelgestromin (NGM) y que libera 20 mcg de EE y 150 mcg de NGM al día. El norelgestromin es el principal metabolito activo del norgestimato ⁽⁹⁵⁾.

Efectos beneficiosos no anticonceptivos

Evita los efectos del primer paso hepático y permite la administración controlada de dosis bajas con niveles plasmáticos estables. El control del ciclo menstrual y los patrones de sangrado son comparables a los de los ACO. Su uso es beneficioso para el exceso de sangrado menstrual y alivio de la dismenorrea ⁽⁹⁵⁾⁽⁹⁶⁾⁽⁹⁷⁾⁽⁹⁸⁾.

Efectos adversos

En comparación con las usuarias de ACO, las usuarias del parche transdérmico presentan más congestión mamaria, dismenorrea, náusea, y vómitos. Las usuarias del parche usan el método en forma más consistente que las usuarias de ACO pero tienden a discontinuar el uso más precozmente ⁽⁷⁾.

Un estudio ha reportado que el riesgo de enfermedad tromboembólica es más elevado en usuarias de PTC siendo el riesgo relativo 7.9 (IC95%: 3.5 -17.7) en comparación con las no usuarias y de 2.3 (IC: 1.0 - 5.2) en comparación con usuarias de ACO con levonorgestrel ⁽⁹⁴⁾, lo que se ha confirmado en otros estudios ⁽⁹⁷⁾⁽⁹⁸⁾.

Uso del PTC

Se debe iniciar su uso aplicando el primer parche durante las primeras 24 horas de la menstruación. Posteriormente debe cambiarse el parche cada 7 días durante tres semanas consecutivas hasta completar 21 días (3 parches). No se debe aplicar parche durante la cuarta semana, período en que se produce el sangrado por deprivación hormonal. Después de 7 días sin parche se comienza nuevamente la aplicación. En caso de despegue total o parcial de menos de un día se debe reaplicar el mismo parche o aplicar uno nuevo inmediatamente. Si el despegue lleva más de un día, se debe aplicar un nuevo parche y agregar un método de barrera durante siete días. Si se olvida el recambio del segundo o tercer parche hasta 48 horas, recambiar normalmente sin necesidad de método adicional. Las zonas de aplicación recomendadas son la parte superior del dorso, glúteos, abdomen y parte superior externa de los brazos. Para evitar irritación de la piel, se recomienda no aplicar el nuevo parche exactamente en el mismo lugar, ni en zonas donde recientemente se hayan aplicado cremas, maquillajes u otros productos.

3.2. Anticonceptivos de progestágeno solo

Los anticonceptivos con progestágeno solo, también llamados de 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⁽⁹⁾. 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 medroxiprogesterona de depósito (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.

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 el capítulo sobre DIU.

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 posparto (inyectables) y dentro de las 4 primeras semanas (píldoras e implantes), ya que no afectan la duración de la lactancia ni el crecimiento de las/los lactantes⁽¹⁾⁽⁵⁾. Su uso está asociado a una prolongación de la amenorrea posparto.
- 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⁽¹⁰⁰⁾⁽⁹⁾.

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⁽¹⁶⁾⁽⁹⁹⁾⁽¹⁰⁰⁾⁽¹⁰¹⁾⁽¹⁰²⁾⁽¹⁰³⁾⁽¹⁰⁴⁾⁽¹⁰⁵⁾.
- 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⁽¹⁰⁰⁾⁽¹⁰¹⁾⁽¹⁰²⁾⁽¹⁰³⁾⁽¹⁰⁴⁾⁽¹⁰⁵⁾⁽¹⁰⁶⁾⁽¹⁰⁷⁾⁽¹⁰⁸⁾⁽¹⁰⁹⁾.

- 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.
- Los implantes y las píldoras de progestágeno solo son una excelente opción para el inicio inmediato, particularmente en mujeres en situación de vulnerabilidad.

Tabla C.9. Comparación entre las vías de administración de los anticonceptivos 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

Fuente: (9)(100)

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⁽¹⁰⁶⁾⁽¹⁰⁷⁾⁽¹⁰⁸⁾⁽¹⁰⁹⁾. La mayoría de las píldoras de progestágeno solo y los implantes de levonorgestrel inhiben la ovulación en el 50% a 60% de los ciclos⁽¹⁰²⁾⁽¹⁰⁶⁾⁽¹¹⁰⁾. Las píldoras y el implante de etonogestrel, y los inyectables, que liberan dosis más altas de esteroides, prácticamente siempre inhiben la ovulación⁽¹²⁾⁽¹⁰²⁾⁽¹¹¹⁾.

Uso durante la lactancia

La seguridad y eficacia de los métodos de APS se ha evaluado durante el uso en el período postparto y lactancia. Estos métodos entregan una elevada protección anticonceptiva durante el período postparto y lactancia sin efectos negativos sobre la duración de la lactancia ni el crecimiento o desarrollo de los niños⁽¹¹²⁾⁽¹¹³⁾⁽¹¹⁴⁾⁽¹¹⁵⁾⁽¹¹⁶⁾⁽¹¹⁷⁾⁽¹¹⁸⁾⁽¹¹⁹⁾⁽¹²⁰⁾⁽¹²¹⁾.

Los esteroides pasan al lactante, a través de la leche materna⁽¹²²⁾⁽¹²³⁾⁽¹²⁴⁾⁽¹²⁵⁾⁽¹²⁶⁾, siendo la dosis diaria mucho menor con píldoras e implantes (nanogramos) que con los inyectables (microgramos)⁽¹¹⁵⁾. Por esto, la Organización Mundial de la Salud, recomienda iniciar su uso después de las 4 semanas posparto cuando hay lactancia materna exclusiva y no existen factores de riesgo psicosocial que determinen el inicio precoz⁽¹⁾⁽⁵⁾.

Por otra parte, estos métodos son adecuados para las mujeres que están amamantando. Su uso está asociado a una prolongación de la amenorrea posparto⁽¹¹⁸⁾. No se han detectado efectos sobre el metabolismo óseo o la densidad ósea en el primer año posparto en usuarias de implantes y de píldoras de levonorgestrel⁽¹²⁷⁾⁽¹²⁸⁾⁽¹²⁹⁾.

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: cefalea, náuseas, aumento de peso, acné, mastalgia, edema, flujo vaginal inespecífico, tensión premenstrual, irritabilidad, disminución de la libido y ánimo depresivo. Las tasas varían entre 10% (cefalea) y 1% (acné) y dependen del esteroide y la vía de administración⁽¹³⁰⁾⁽¹³¹⁾.

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⁽¹³²⁾⁽¹³³⁾⁽¹³⁴⁾. 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⁽¹³⁴⁾⁽¹³⁵⁾⁽¹³⁶⁾⁽¹³⁷⁾. 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 posparto de varios meses⁽¹¹⁴⁾. Durante el uso de los implantes de etonogestrel, después de unos meses de irregularidades menstruales, las mujeres evolucionan hacia un patrón de sangrado caracterizado por hipomenorrea o amenorrea, la que se observa en 30 a 40% de las usuarias⁽¹³⁷⁾⁽¹³⁸⁾.
- Durante el uso de los inyectables, al comienzo puede presentarse goteo intermitente o sangrados irregulares y posteriormente, las mujeres presentan oligomenorrea o amenorrea. La tasa de discontinuación al año es 15% por sangrado irregular y 12% por amenorrea⁽¹⁷⁾⁽⁸²⁾.

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 (3)(87)(136):

- Anticonceptivos orales combinados (que contengan 30 mcg de etinil estradiol) durante 7 a 21 días.
- Anti-inflamatorios no esteroideos como ibuprofeno en dosis de 600-800 mg por día durante 5 días.
- Estrógenos (etinil estradiol 20-50 mcg/día) por 14 a 21 días si no están contraindicados.
- En el caso de los inyectables se ha sugerido agregar una nueva dosis si la última fue administrada con 4 o más semanas de anterioridad⁽⁸³⁾.

Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS

Los criterios de elegibilidad para el uso de los métodos de progestágeno solo difieren de los usados para la píldora combinada porque los efectos adversos estos métodos son pocos⁽⁵⁾.

Categoría	Condición
4	Cáncer de mama actual
3	<p>Para todos los métodos de progestágeno solo:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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). Cirrosis descompensada. Tumores hepáticos (adenoma hepatocelular, hepatoma maligno). Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos (+) o si se desconoce la presencia de estos. La categoría 3 se aplica a migraña con aura (en todas las edades), si aparece durante el uso del método. Cardiopatía isquémica (inicio - continuación) Accidente vascular cerebral (continuación)
	<p>Sólo para los inyectables (por entregar mayor dosis del esteroide):</p> <ul style="list-style-type: none"> Lactancia materna en las 6 primeras semanas posparto. Factores múltiples de riesgo cardiovascular. Hipertensión arterial severa (sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100 mm Hg) o asociada a daño vascular. Cardiopatía isquémica (inicio - continuación). Accidente vascular cerebral. Diabetes con nefropatía o retinopatía o con enfermedad vascular o con más de 20 años de duración. Lupus eritematoso sistémico con trombocitopenia severa (inicio).
	<p>Sólo para píldoras e implantes (por entregar menor dosis del esteroide):</p> <ul style="list-style-type: none"> La categoría 3 se aplica solamente a cardiopatía isquémica y accidente vascular cerebral si aparecen durante el uso de estos métodos.
	<p>Sólo para píldoras (por entregar menor dosis del esteroide):</p> <ul style="list-style-type: none"> Uso de anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina). Uso de algunos antibióticos (rifampicina y rifabutina).
2	<ul style="list-style-type: none"> Lactancia en las primeras seis semanas posparto. 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 desórdenes 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. Dislipidemias conocidas.
1	<ul style="list-style-type: none"> Cualquier condición no explícita en las categorías anteriores.

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 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⁽⁵⁾.
- 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.
- Si la mujer quiere usar píldoras de progestágeno solo y debe recibir tratamiento con ciertos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamezapina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina) o antibióticos (rifampicina, rifabutina) o terapia antirretroviral con inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir, debe recomendarse el uso de otros métodos anticonceptivos. Si estas píldoras representan la única alternativa posible, se debe recomendar protección adicional mientras usa el medicamento.

3.2.1. Píldoras de progestágeno 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 uso correcto de las píldoras de progestágeno solo es 0.5 por 100 años-mujer, y de 1 por 100 años-mujer durante uso típico. Se estima que las tasas de embarazo son más altas en mujeres que no están amamantando, 6-8 por 100 años-mujer durante

uso típico, y en mujeres menores de 35 años. 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 ⁽³⁾⁽²²⁾⁽¹⁰⁹⁾⁽¹³⁹⁾⁽¹⁴⁰⁾.

El riesgo de embarazo ectópico en una usuaria de AOPS 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 probabilidades de ser ectópico que un embarazo que ocurre por falla de otros métodos o en mujeres sin anticoncepción ⁽¹⁴¹⁾.

Las tasas de continuación son inferiores a las observadas con la píldora combinada y fluctúan entre 37 y 58% a los 12 meses de uso. La principal causa de discontinuación son las irregularidades menstruales ⁽¹⁴⁰⁾.

Efectos beneficiosos

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 ⁽¹⁴²⁾ o la masa ósea ⁽¹²⁷⁾.

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 ginecológico, los que habitualmente son asintomáticos y regresan espontáneamente en 30 a 60 días con o sin interrupción del método ⁽¹⁴³⁾.

Uso de las píldoras de progestágeno solo

- Se recomienda iniciar la ingesta entre el 1º y 5º día del ciclo menstrual.
- El inicio puede hacerse más tarde si se está razonablemente seguro que la mujer no está embarazada. En ese caso, debe usar protección adicional al menos por 48 horas ⁽³⁾.
- 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 4 semanas posparto 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.
- Por esto se recomienda proveer la cantidad suficiente para al menos 6 meses.

Olvido de las píldoras

- Si olvida una píldora por más de tres horas o la omite completamente, tomar la píldora omitida de forma inmediata y después continuar tomando las píldoras diariamente de forma regular, usando un método de respaldo por 48 horas.
- Si la mujer tiene menstruaciones irregulares, deberá usar un método de respaldo por 48 hrs.

- Si la mujer tuvo relaciones sexuales en los últimos cinco días considerar el uso de PAE
- Si vomita dentro de dos horas de haber tomado la píldora, tomar otra píldora del paquete lo antes posible, y luego continuar con las píldoras como siempre.

Seguimiento

El seguimiento es básicamente el mismo que el descrito para la píldora combinada, es decir un control a los dos meses de iniciar el método y después seguimiento anual. En el caso de las mujeres con riesgo cardiovascular u otro, se recomienda un control cada 6 meses.

Si es puérpera, se recomienda un control a los dos meses de iniciado el método y después a los 6 meses posparto.

Si hay amenorrea, goteo o irregularidades menstruales es preciso reforzar la orientación y evaluar la necesidad de cambiar método.

3.2.2. Progestágenos inyectables de acción prolongada

En Chile está disponible el acetato de medroxiprogesterona de depósito en dosis de 150 mg (AMPD) para uso por vía intramuscular cada 3 meses, la formulación inyectable más usada en el mundo. Además se dispone de una formulación que contiene 104 mg para ser aplicada por vía subcutánea, que puede ser autoadministrada. 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 ⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁵⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁹⁾⁽¹¹¹⁾⁽¹⁴⁴⁾.

Efectos beneficiosos

El uso prolongado de los progestágenos inyectables 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 ⁽⁸⁷⁾⁽¹⁴⁵⁾.

Efectos adversos

Síntomas: Se han reportado efectos colaterales similares a los presentados durante el uso de ACO pero de menor prevalencia como cefalea, mareos, irritabilidad, aumento de peso, disminución de la libido y depresión en mujeres predispuestas ⁽⁸⁷⁾⁽¹¹¹⁾.

Cambios metabólicos: Los inyectables no alteran la función hepática ni la coagulación sanguínea. Pueden afectar el metabolismo de los hidratos de carbono y tener un efecto discreto sobre los lípidos aumentando la respuesta a la insulina ⁽¹⁴⁶⁾⁽¹⁴⁷⁾.

Masa ósea: se ha observado una menor densidad ósea durante el uso de DMPA ⁽³⁸⁾⁽¹⁴⁸⁾⁽¹⁴⁹⁾, lo que se debe a la intensa inhibición de la producción endógena de estrógenos. Esto indica que debe tenerse cautela en el uso de este inyectable en mujeres menores de 18 años o mayores de 45 años.

Cáncer: El riesgo de cáncer es similar al riesgo presentado por mujeres que usan ACO y también desaparece en los 10 años después de discontinuado el uso, estando el riesgo de cáncer de mama y cuello uterino ligeramente aumentado y el de cáncer de ovario y endometrio disminuido ⁽⁶⁴⁾⁽¹⁵⁰⁾⁽¹⁵¹⁾⁽¹⁵²⁾⁽¹⁵³⁾.

VIH: Ciertos estudios sugieren que las mujeres que usan un método anticonceptivo inyectable de progestágeno solo podrían estar expuestas a un riesgo más alto de contraer el VIH, aunque esta asociación no se ha comprobado en otros estudios. Se les debe recomendar especialmente a las usuarias que además usen siempre condones, y otras medidas para prevenir el VIH ⁽¹⁵⁴⁾.

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 ⁽⁸⁹⁾⁽¹⁵⁵⁾.

Uso de progestágenos inyectables de acción prolongada

- La primera inyección puede colocarse los primeros 7 días de iniciada la menstruación; en la primera semana posaborto; a las 6 semanas posparto si la mujer está en lactancia. Se puede iniciar después del 7º día del ciclo, si se tiene certeza de que la mujer no está embarazada y se debe usar protección adicional por 7 días ⁽³⁾.
- Si la mujer está usando DIU, puede iniciar inyectable de progestina sola de forma inmediata.
- Si la mujer ha estado utilizando un método hormonal de manera consistente y correcta, no precisa esperar su próxima menstruación y tampoco hay necesidad de método de respaldo.
- Si la mujer ha estado utilizando otro inyectable, puede comenzar con el nuevo inyectable cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. No precisa método de respaldo.
- La vía de administración es la intramuscular o subcutánea, según la indicación del método, con las precauciones de asepsia habituales.
- Posteriormente, debe administrarse cada 90 días. Si no es posible hacerlo en la fecha exacta, se puede administrar hasta cuatro semanas antes y después ⁽³⁾.

Manejo de los atrasos en la inyección

- La mujer puede asistir dos semanas antes o dos semanas después de la fecha indicada para la próxima inyección y puede recibirla sin dificultades.
- Si se atrasa más de dos semanas, y la mujer no ha tenido relaciones sexuales desde la fecha en que le correspondía la inyección, puede recibir su próxima inyección, pero necesitará un método de respaldo por 7 días.
- Si se atrasa más de dos semanas, y ha tenido relaciones sexuales desde la fecha en que le correspondía la inyección, pero ha usado un método de respaldo o anticoncepción de emergencia; puede recibir su próxima inyección, pero necesitará un método de respaldo por 7 días.
- Si está con lactancia materna exclusiva y han transcurrido menos de 6 meses posparto, puede recibir su próxima inyección, pero necesitará un método de respaldo por 7 días.
- Si la mujer acude con más de dos semanas de atraso a su próxima inyección y no cumple con los requisitos expuestos en los puntos anteriores, entonces evalúe de forma razonable si la mujer está embarazada o no. No espere la próxima menstruación para colocar la inyección ya

que, las mujeres usuarias de inyectables de progestina sola, pueden no tener menstruación por algunos meses, implicando que la mujer podría quedar desprotegida.

Seguimiento

Después del inicio del método, se recomienda citar a control a los tres meses e indicar la nueva inyección. Si la mujer no tiene factores de riesgo, requiere un control anual por matrona o matrn en APS. Si presenta factores de riesgo, requiere control semestral. En usuarias de inyectable de progestina sola, no es necesario un control trimestral y se recomienda entregar las recetas necesarias para la próxima visita con matrona o matrn.

3.2.3. Implantes subdérmicos de acción 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 implantes con dos progestagenos:

- Implantes que liberan levonorgestrel (LNg): El implante actualmente en uso 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. Libera alrededor de 70 mcg diarios de levonorgestrel durante el primer año de uso y 30 mcg por día entre el 2º y 5º año, la misma dosis diaria que su predecesor que consistía en 6 cápsulas de silastic con LNG⁽¹⁰⁶⁾. Está registrado para 5 años de uso y se fabrica en Finlandia. Un implante similar se fabrica en China aunque su vida efectiva es más corta y está registrado para 4 años de uso⁽¹⁰⁷⁾.
- Implante que libera etonogestrel: Es un solo cilindro de 4 centímetros que contiene 68 mg de etonogestrel (metabolito de desogestrel) y que entrega 40 mcg al día del esteroide, estando registrado para 3 años de uso⁽¹¹¹⁾.

Eficacia anticonceptiva

Los implantes de progestágeno solo son muy eficaces. Para ambos implantes de levonorgestrel, la tasa de embarazo es menor de 0.1 por 100 años-mujer en el primer año de uso y la eficacia de ambos se mantiene similar durante los primeros 4 años de uso. La tasa acumulativa de embarazo es alrededor de 1.5 por 100 a los 5 años salvo en el caso de los implantes fabricados en China, con los que la tasa de embarazo aumenta a 2.1 por 100 en el quinto año⁽¹⁾⁽⁵⁾⁽¹⁰⁰⁾⁽¹⁰⁷⁾⁽¹²⁹⁾⁽¹³⁰⁾⁽¹⁵⁶⁾⁽¹⁵⁷⁾⁽¹⁵⁸⁾⁽¹⁵⁹⁾⁽¹⁶⁰⁾⁽¹⁶¹⁾. Para el implante de etonogestrel la tasa de embarazo es menor de 0.1 por 100 en el primer año de uso⁽¹⁵⁸⁾⁽¹⁶¹⁾⁽¹⁶²⁾. 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⁽¹⁴¹⁾.

Efectos beneficiosos

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⁽¹³⁴⁾⁽¹⁶³⁾⁽¹⁶⁴⁾⁽¹⁶⁵⁾⁽¹⁶⁶⁾⁽¹⁶⁷⁾⁽¹⁶⁸⁾.

Efectos adversos

En general, las usuarias de implantes anticonceptivos no tienen tasas más elevadas de efectos adversos que las no usuarias y no experimentan complicaciones serias durante el uso ⁽¹⁶⁹⁾⁽¹⁷⁰⁾. Además de las alteraciones de los sangrados ya descritos, comunes a los APS, las usuarias pueden presentar otros efectos adversos menores:

Síntomas: Como se señala al inicio de esta sección, las molestias más frecuentes son cefalea, mareos, cambios del peso corporal, acné, prurito etc., y constituyen la segunda causa médica de discontinuación del método ⁽¹³⁰⁾⁽¹⁷¹⁾⁽¹⁷²⁾.

Folículos persistentes: En usuarias de implantes de levonorgestrel y de etonogestrel, se pueden detectar quistes funcionales ováricos, habitualmente asintomáticos, y que desaparecen espontáneamente en un plazo no mayor de 60 días ⁽¹²⁹⁾⁽¹⁷²⁾⁽¹⁷³⁾⁽¹⁷⁴⁾.

Masa ósea: No se ha confirmado que los implantes de levonorgestrel o etonogestrel afecten la masa ósea incluyendo en la adolescencia o durante el período de lactancia ⁽¹²⁸⁾⁽¹⁷⁵⁾⁽¹⁷⁶⁾⁽¹⁷⁷⁾⁽¹⁷⁸⁾⁽¹⁷⁹⁾⁽¹⁸⁰⁾, aunque un estudio observó una discreta menor densidad ósea en usuarias de implantes de levonorgestrel ⁽³⁷⁾.

Recuperación de la fertilidad

La recuperación de la fertilidad es rápida. La tasa de embarazo posterior al retiro de los implantes anticonceptivos es similar a la observada en mujeres que se retiran un dispositivo intrauterino ⁽⁷³⁾⁽¹⁶¹⁾⁽¹⁸¹⁾⁽¹⁸²⁾.

Inicio del método

- La mujer puede iniciar el uso de implantes en cualquier momento si se está razonablemente seguro que no está embarazada.
- La inserción puede realizarse los primeros 7 días de iniciada la menstruación; si se inician después del 7º día del ciclo, se debe usar protección adicional por 7 días.
- Se puede iniciar en el posaborto inmediato o en cualquier momento después de un aborto.
- Se puede iniciar el uso en el período posparto, con o sin lactancia; ya que esta en categoría 2 de la OMS. En mujeres en situación de vulnerabilidad se recomienda iniciar en el posparto inmediato, independiente de la lactancia materna. En mujeres con lactancia materna exclusiva se recomienda iniciar a las 4 semanas posparto ⁽⁵⁾.
- Si la mujer está usando DIU, puede iniciar implantes de forma inmediata.
- Si la mujer ha estado utilizando un método hormonal de manera consistente y correcta o de no ser así, si existe certeza razonable de que no está embarazada, no precisa esperar su próxima menstruación y tampoco hay necesidad de método de respaldo.

Inserción y retiro de los implantes

Los implantes se colocan bajo la piel del brazo mediante un trocar, previa infiltración con anestesia local a través de una incisión de 3 mm, directamente puncionando con la punta del trocar. La inserción puede hacerse durante los primeros 7 días de iniciada la menstruación; en la primera semana posaborto; posparto si la mujer está en lactancia; o en otros momentos si la mujer no está embarazada. Si se insertan después del 7º día del ciclo, se debe usar protección adicional por 7 días (3)(5).

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) fue diseñado como anticonceptivo para el período de lactancia buscando una alternativa a los progestágenos sintéticos⁽¹⁸³⁾. 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⁽¹⁸⁴⁾. El anillo se coloca en la vagina a partir de las 4 semanas posparto 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 posparto.

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⁽¹⁸³⁾⁽¹⁸⁴⁾⁽¹⁸⁵⁾⁽¹⁸⁶⁾. La progesterona prolonga el período de anovulación y amenorrea posparto, reforzando los mecanismos naturales de la infertilidad asociada a la lactancia⁽¹¹⁸⁾⁽¹⁸⁷⁾.

El AVP está clasificado en categoría 1 para su uso durante la lactancia y a partir de las 4 semanas posparto según los Criterios de Elegibilidad de la OMS⁽⁵⁾. 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.

3.3. Anticoncepción hormonal de emergencia

A pesar de la disponibilidad de anticonceptivos modernos y servicios de planificación familiar, los embarazos no deseados, especialmente a edades muy tempranas, y los abortos en condiciones de riesgo continúan presentándose con elevada frecuencia y representan un grave problema para la salud de las mujeres y la salud pública⁽¹⁸⁸⁾⁽¹⁸⁹⁾⁽¹⁹⁰⁾⁽¹⁹¹⁾. La anticoncepción de emergencia (AE) puede contribuir a disminuir los embarazos no deseados y sus consecuencias, incluido el aborto. También permite a las mujeres ejercer su derecho a prevenir un embarazo después de una violación. La eficacia y la seguridad de la AE han sido evaluadas extensamente por la OMS⁽¹⁹²⁾. En Chile, la ley 20.418 garantiza el acceso a la AE a todas las personas, independiente de la edad. En el caso de las menores de 14 años, se le entrega la AE y posteriormente se establece que el funcionario o facultativo que corresponda debe informar al padre o madre de la menor o al adulto responsable que ella señale. Las

píldoras anticonceptivas de emergencia, en sus presentaciones de 0,75 mg y 1,5 mg son de venta libre en farmacias y no requieren receta médica, de acuerdo a Decreto Supremo N° 62, publicado en el Diario Oficial el 25 de septiembre de 2015 (ver anexo N° 2).

Descripción

Se trata de métodos anticonceptivos hormonales que las mujeres pueden utilizar en los cinco días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva, siendo su eficacia más alta cuanto antes se usen ⁽¹⁹³⁾⁽¹⁹⁴⁾⁽¹⁹⁵⁾⁽¹⁹⁶⁾. Solo debe usarse como método de emergencia y no en forma regular. Las situaciones en que está indicada incluyen:

- una relación sexual voluntaria sin uso de un método anticonceptivo;
- uso incorrecto o accidente con un método anticonceptivo:
 - ruptura, desplazamiento o uso incorrecto del condón
 - desplazamiento del diafragma
 - expulsión del dispositivo intrauterino o relación sexual cuando ha expirado la vida útil del método
 - relaciones en el período fértil en parejas que usan métodos de abstinencia periódica
 - atraso en el inicio u olvido de tomar varias píldoras anticonceptivas
 - atraso en el inicio de una nueva dosis de un anticonceptivo inyectable o relación sexual cuando ha expirado la vida útil del método
 - atraso en el inicio de una nueva dosis de un anillo o un parche anticonceptivo o interrupción de su uso durante los días de tratamiento
 - atraso en el inicio del uso de un implante anticonceptivo o relación sexual cuando ha expirado la vida útil del método
 - uso de algún medicamento que puede reducir la eficacia anticonceptiva de los métodos hormonales
 - falla del *coitus interruptus*
- en caso de violación, si la mujer no estaba usando un método anticonceptivo.

La anticoncepción de emergencia (AE) ha sido conocida también como "*anticoncepción post-coital*" y a las píldoras usadas para AE (PAE) se las ha llamado "*la píldora del día después*", lo que puede confundir ya que puede usarse varios días después de un coito no protegido. La anticoncepción de emergencia está aprobada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y está registrada en la mayoría de los países.

Regímenes usados

Los métodos más usados como anticoncepción hormonal de emergencia en América Latina son píldoras de levonorgestrel solo o píldoras combinadas de etinil-estradiol y levonorgestrel. En ambos regímenes se utilizan las mismas hormonas que contienen algunos anticonceptivos hormonales orales de uso regular, pero en dosis más altas y en un plazo de tiempo definido. El régimen de levonorgestrel es el método hormonal de anticoncepción de emergencia recomendado por la OMS ⁽¹⁹⁶⁾.

Régimen de levonorgestrel (PAE-LNG)

La modalidad más conveniente para las usuarias es tomar, lo antes posible, una dosis única de 1500 mcg de levonorgestrel. Se puede usar el producto registrado para este fin, que consiste en 1 píldora con la dosis requerida. También se pueden tomar juntas dos píldoras de 750 mcg de levonorgestrel (registradas para ser tomadas con un intervalo de 12 horas pero que pueden tomarse juntas en forma segura), ya que tienen la misma eficacia anticonceptiva ⁽¹⁹⁵⁾⁽¹⁹⁶⁾⁽¹⁹⁷⁾⁽¹⁹⁸⁾⁽¹⁹⁹⁾.

La forma tradicional ha sido usar dos dosis de 750 mcg de LNG cada una, la primera lo antes posible y la segunda 12 horas después, pero esto ya no se recomienda porque no es necesario el intervalo de tiempo y es posible el olvido de la segunda dosis. Si no están disponibles los productos registrados, se pueden reemplazar por 25 píldoras de levonorgestrel solo (30 mcg cada una) lo antes posible seguidas por otras 25 píldoras 12 horas después. Estas píldoras de LNG en minidosis se emplean como anticonceptivo de uso regular, especialmente durante la lactancia.

Régimen combinado (régimen de Yuzpe)

Se emplean dos dosis de 100 mcg de etinil-estradiol + 500 mcg de levonorgestrel cada una, separadas por un intervalo de 12 horas. Actualmente no hay productos dedicados pero pueden usarse, por cada dosis, 4 píldoras anticonceptivas combinadas que contengan 30 mcg de etinil-estradiol y 0.15 mg de LNG, las que están disponibles como anovulatorios con baja dosis de estrógenos. Su eficacia anticonceptiva es menor que la del levonorgestrel y tiene más efectos secundarios, por lo que sólo debe usarse cuando las PAE-LNG no están disponibles.

Administración

Se recomienda la ingesta de las PAE lo antes posible. Hasta hace poco se recomendaba su uso solo dentro de 72 horas de la relación sexual no protegida. Este plazo se ha prolongado ya que se ha demostrado que ambos regímenes también pueden prevenir embarazos si se usan en el cuarto y quinto día después de la relación no protegida, aunque su eficacia anticonceptiva es menor que si se usa en las primeras 72 horas ⁽²⁰⁰⁾⁽²⁰¹⁾⁽²⁰²⁾.

Eficacia anticonceptiva

Una forma de expresar la eficacia anticonceptiva de la AE es la proporción de mujeres que se embaraza a pesar de usar el método. Otra manera de expresar la eficacia anticonceptiva de la anti-concepción de emergencia es la proporción de embarazos que se evitan gracias al uso del método, proporción que se ha calculado a partir de la probabilidad de embarazo de mujeres sanas que desean embarazarse ⁽²⁰³⁾.

El primer estudio multicéntrico comparativo de la OMS estimó que, cuando las PAE se usan dentro de las 72 horas, la tasa estimada de embarazo es de 1.1% a 1.3% para el levonorgestrel y alrededor de 3.2% para el régimen de Yuzpe. Así, en este estudio, el régimen de Yuzpe solamente redujo el riesgo de embarazo entre el 57% y el 75% de los casos mientras que el régimen de levonorgestrel solamente evitó alrededor del 85% de los embarazos estimados ⁽¹⁹³⁾. Doce estudios sobre el régimen con levonorgestrel, que incluyeron un total de más de 13.500 mujeres, concluyeron que este régimen reducía la probabilidad de embarazo en una mujer después de una relación sexual única entre un 52% y un 100% ⁽¹⁹³⁾⁽¹⁹⁷⁾⁽¹⁹⁸⁾⁽¹⁹⁹⁾⁽²⁰⁴⁾⁽²⁰⁵⁾⁽²⁰⁶⁾⁽²⁰⁷⁾⁽²⁰⁸⁾⁽²⁰⁹⁾⁽²¹⁰⁾. Una revisión de diversos estudios estimó que,

en las primeras 72 horas después de la relación sexual no protegida, el régimen de Yuzpe reduciría el riesgo de embarazo en alrededor del 74.1%, con un intervalo de confianza de 62.9% a 79.2%⁽²¹¹⁾.

Existe una relación inversa entre la eficacia anticonceptiva y el tiempo que transcurre entre la relación sexual desprotegida y la administración de AE, a mayor tiempo menor eficacia. En la Tabla C.10 se muestra la eficacia anticonceptiva estimada de las PAE, según el porcentaje de embarazos que se evitan de acuerdo al día en que se toman después de una relación sexual no protegida. Los datos para el levonorgestrel incluyen a 3757 usuarias sanas, la mayoría de las cuales usó las PAE correctamente. Los datos para el método de Yuzpe incluyen 812 usuarias, de las cuales solo 116 tomaron las píldoras después de las 72 horas (los datos se analizaron considerando el uso correcto de las PAE y el uso típico que incluye a quienes no las tomaron correctamente).

Tabla C.10. Eficacia estimada de la anticoncepción de emergencia: embarazos que se evitarían según día de uso.

Levonorgestrel ¹		Método de Yuzpe ²	
Día 1 a 3	91% - 69%	Día 1 a 3:	72.8% (uso correcto) 66.5% (uso típico)
Día 4:	83%	Día 4 a 5:	77.2% (uso correcto)
Día 5:	31%		54.6% (uso típico)

Fuente ¹: (200) Fuente ²: (201)

Un meta análisis posterior de los datos de cuatro estudios de la OMS en los que 6.794 mujeres usaron AE-LNG también mostró el efecto del intervalo entre la relación sexual y el uso de AE (Tabla C.11). La tasa de embarazo fue 1% cuando el método se usó en las primeras 24 horas y 5.2% cuando se usó entre 97 y 120 horas (RR 5.84; IC 2.87-11.76) después de la relación⁽¹⁹³⁾.

Estos datos muestran que ambos regímenes pueden prevenir el embarazo si se usan en el cuarto y quinto día después de la relación, aunque su eficacia anticonceptiva es menor que si se usa en las primeras 72 horas, por lo que se recomienda tomar las PAE lo antes posible después de la relación sexual sin protección anticonceptiva⁽¹⁹⁷⁾⁽²⁰⁰⁾⁽²⁰¹⁾⁽²¹²⁾.

Tabla C.11. Eficacia estimada: tasa de embarazo según el intervalo entre relación sexual no protegida y uso de AE-LNG en cuatro estudios de la OMS.

Intervalo coito-AE-LNG (h)	Embarazos (n)	Mujeres (n)	Tasa embarazo %	RR (IC 95%)
0-24	32	3054	1.0	1 (Referencia)
25-48	14	2065	0.7	0.68 (0.36-1.28)
49-72	17	1059	1.6	1.74 (0.94-3.19)
73-96	3	386	0.8	0.87 (0.26-2.89)
97-120	12	230	5.2	5.81 (2.87-11.76)
Todos	76	6794	1.1	

RR = Riesgo relativo Fuente: (202)

Aunque la anticoncepción hormonal de emergencia es eficaz, es menos efectiva que los métodos anticonceptivos modernos de uso regular. Su eficacia contrasta notoriamente con la eficacia de la anticoncepción hormonal de uso regular que, usada correctamente, previene el embarazo hasta en el 99% de las mujeres que tienen relaciones sexuales frecuentes a lo largo de todo un año. Además es posible que se haya sobrestimado la eficacia de las PAE ya que, en muchos estudios, la fecha ovulatoria asignada para la estimación de la probabilidad de embarazo en cada mujer no es precisa. Por esto, solamente debe usarse después de una relación sexual no protegida, cuando no hay otras alternativas anticonceptivas.

Mecanismo de acción

Numerosas investigaciones han explorado el mecanismo de acción del levonorgestrel como anticoncepción hormonal de emergencia. El mecanismo de acción primario documentado para las PAE-LNG es la interferencia con el proceso de la ovulación⁽²¹³⁾. Si se toma antes del inicio del alza pre-ovulatoria de la hormona luteinizante, el levonorgestrel puede inhibir dicha alza, impidiendo el desarrollo folicular y la maduración y/o liberación del óvulo (oocito)⁽²¹⁴⁾⁽²¹⁵⁾⁽²¹⁶⁾⁽²¹⁷⁾⁽²¹⁸⁾⁽²¹⁹⁾⁽²²⁰⁾⁽²²¹⁾⁽²²²⁾.

Las PAE-LNG no alteran el endometrio ni evitan la implantación de un huevo fecundado en el útero, como se ha observado en diversos estudios⁽²²¹⁾⁽²²²⁾⁽²²³⁾⁽²²⁴⁾⁽²²⁵⁾⁽²²⁶⁾. Dos de estos estudios analizaron el efecto de las PAE de LNG determinando el día del ciclo en que fueron administradas mediante análisis hormonal y, en uno de ellos, también mediante ultrasonido. En estos estudios, no ocurrieron embarazos en aquellas mujeres que tomaron las PAE antes de la ovulación, mientras que hubo el mismo número de embarazos que se esperaban en las mujeres que las tomaron en el mismo día de la ovulación o después de que ya ocurrió⁽²¹⁷⁾⁽²¹⁸⁾. Esto evidencia que las PAE no impidieron la implantación en las mujeres tratadas. Estudios realizados en animales también han demostrado que las PAE de LNG no impiden la implantación del huevo fecundado en el endometrio⁽²²⁷⁾⁽²²⁸⁾.

La evidencia no es clara en cuanto su efecto sobre la función y la migración de los espermatozoides en el tracto genital femenino aunque no se ha descartado que puedan impedir la fecundación⁽²²⁹⁾⁽²³⁰⁾⁽²³¹⁾⁽²³²⁾⁽²³³⁾.

Las PAE-LNG no tienen efecto alguno sobre el curso de embarazo cuando ya hay un embrión implantado y no aumentan las tasas de aborto espontáneo si se toma después de que haya tenido lugar la implantación⁽²¹³⁾⁽²³⁴⁾⁽²³⁵⁾. Hay menos información sobre el mecanismo de acción del régimen de Yuzpe, pero los resultados disponibles también indican que interfieren con el proceso ovulatorio y que no interrumpe un embarazo establecido ni causa un aborto⁽²¹⁴⁾⁽²³⁶⁾⁽²³⁷⁾.

Efectos beneficiosos

El uso de las PAE es el último recurso para prevenir un embarazo no deseado que puede resultar en un aborto provocado o traer consecuencias negativas para el niño o la niña, la mujer y la familia si tiene lugar un nacimiento no deseado. Este método presta especial ayuda a las mujeres que han sido violadas y quieren evitar un embarazo.

Efectos adversos

Las mujeres que utilizan las PAE pueden sentir náuseas, vómitos, dolor de cabeza, mareos, cansancio y sensibilidad en las mamas, pero estas molestias no duran más de 24 horas. El levonorgestrel produce considerablemente menos molestias que el régimen de Yuzpe. Las mujeres también pueden

presentar un sangrado o goteo irregular. No hay diferencia en los efectos adversos entre el uso de una dosis única de 1500 mcg de levonorgestrel y el uso de dos dosis de 750 mcg separadas por 12 horas⁽¹⁹⁷⁾. No hay efectos cardiovasculares asociados al uso de las PAE, como lo demostró un estudio que evaluó su administración en 73.302 mujeres y 100.615 dosis prescritas sin que se reportaran casos de enfermedad tromboembólica⁽²³⁸⁾. No se conocen otros efectos médicos adversos por lo que no hay riesgos para la salud asociados al uso de píldoras anticonceptivas de emergencia⁽²³⁹⁾⁽²⁴⁰⁾. No se conocen efectos teratogénicos sobre el feto en caso de uso inadvertido durante la fase temprana del embarazo y, específicamente, el levonorgestrel no aumenta las tasas de aborto espontáneo, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas o complicaciones del embarazo⁽¹⁾⁽⁵⁾⁽²³⁴⁾⁽²³⁵⁾.

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS

Las PAE no tienen contraindicaciones médicas de acuerdo a la evaluación hecha por el panel de expertos convocado por la Organización Mundial de la Salud⁽¹⁾⁽⁵⁾⁽¹⁹⁶⁾. Su uso está clasificado en categoría 1 (no hay limitaciones para el uso del método) en todas las situaciones, incluyendo casos de violación. La historia de enfermedades cardiovasculares severas, de angina pectoris, de migraña, y de enfermedades hepáticas severas se han clasificado como categoría 2 (la ventaja de evitar un embarazo no deseado superan los posibles inconvenientes o riesgos de usar el método)⁽⁵⁾. En estos casos, el levonorgestrel sería la mejor alternativa ya que los progestágenos solos tienen menor efecto sobre el sistema cardiovascular y la función hepática.

Específicamente, las siguientes condiciones no son contraindicaciones para el uso de las PAE: juventud, obesidad, historia personal o familiar de enfermedad venosa tromboembólica, cáncer de mama previo o en curso, embarazo ectópico previo, lactancia, migraña, enfermedad cardiovascular, enfermedad hepática, diabetes, hipertensión y uso previo de PAE en el mismo ciclo menstrual⁽¹⁾⁽⁵⁾.

Condición	Yuzpe	Progestágeno Solo
Embarazo	N/A	N/A
Lactancia	1	2
Embarazo ectópico	1	1
Obesidad	1	1
Historia de enfermedad cardiovascular severa (enfermedad cardíaca isquémica, accidente cerebrovascular u otras condiciones tromboembólicas)	2	2
Migraña	2	2
Enfermedad hepática grave (incluyendo ictericia)	2	2
Uso de rifampicina, fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, efavirenz, fosfenitoína, nevirapina, oxcarbamazepina, primidona, rifabutina, hierba de San Juan (<i>Hypericum perforatum</i>)	1	1
Uso de PAE repetida	1	1
Violación	1	1

Fuente: (5)

Uso en adolescentes

Las PAE son seguras para todas las mujeres, independientemente de la edad. Las adolescentes no presentan tasas más altas de efectos secundarios y son capaces de comprender los prospectos informativos y otras instrucciones sobre el uso del método ⁽²⁴¹⁾⁽²⁴²⁾. El acceso de las adolescentes a las PAE no debe estar restringido por razones clínicas o programáticas ⁽²⁴³⁾.

Uso durante la lactancia

Una mujer que tiene menos de seis meses posparto, está amamantando en forma exclusiva y no ha tenido ningún período menstrual desde el parto, tiene muy pocas probabilidades de estar ovulando, y por lo tanto es poco probable que necesite las PAE. Sin embargo, una mujer que no cumple con todos estos tres criterios puede estar en riesgo de embarazo. El régimen de PAE con levonorgestrel no está contraindicado durante la lactancia. El levonorgestrel se excreta en la leche materna en las primeras horas después de usar las píldoras y se ha recomendado que las madres debieran alimentar a su bebé inmediatamente antes de usar el método y luego extraer y desechar la leche por lo menos durante las siguientes 8 horas pero no por más de 24 horas ⁽²⁴⁴⁾.

ITS, VIH y AE

Estos métodos no protegen contra las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, lo que debe informarse a las potenciales usuarias. En el caso de mujeres que han tenido una relación sin protección, debe evaluarse el riesgo de haber estado expuesta a adquirir una ITS y recomendar estudios diagnósticos y/o profilaxis si corresponde. Cuando se considere, en casos de violencia sexual, que han estado en riesgo de contraer el VIH u otras ITS, se debe ofrecer profilaxis farmacológica con consejería y seguimiento. Se debe recomendar doble protección si están expuestas al riesgo de contraer o transmitir una ITS en el futuro ⁽¹⁹⁴⁾⁽²⁴⁵⁾.

Embarazo ectópico

Todos los métodos anticonceptivos reducen el riesgo absoluto de embarazo ectópico al prevenir el embarazo en general. Una revisión sistemática de la literatura encontró que el 1% de los embarazos que se presentaron después del uso del régimen de AE de levonorgestrel fueron embarazos ectópicos, cifra similar al riesgo de embarazo ectópico en no usuarias de AE que se embarazan ⁽²⁴⁶⁾.

Orientación y consejería

La consulta de las potenciales usuarias de anticoncepción hormonal de emergencia se debe considerar una urgencia debido a que la eficacia del método disminuye mientras mayor es el intervalo entre el acto sexual no protegido y el uso de las PAE.

En la consulta se recomienda:

- Enfatizar que utilizar AE es una decisión personal que sólo corresponde a la mujer que la solicita.
- Evaluar la última menstruación y si fue normal, para excluir embarazo; y la fecha del coito no protegido para confirmar que la mujer se encuentra dentro de los 5 días de plazo.
- Confirmar que la mujer no desea quedar embarazada y que comprende que existe la posibilidad de embarazo aún después de usar este método.

- Informar sobre los posibles efectos colaterales de las PAE y cómo manejarlos y que la dosis necesita ser repetida si se producen vómitos dentro de 2 horas después de haber tomado las píldoras. Para disminuir las náuseas y vómitos se recomienda el uso de un antiemético.
- Advertir que las PAE no protegerán de un embarazo si la mujer mantiene relaciones sexuales sin protección en los días o semanas siguientes; y que generalmente las PAE no hacen que la menstruación llegue en forma inmediata.
- Informar que no existen razones para pensar que las PAE podrían dañar al feto si fallan en prevenir el embarazo.
- aconsejar a la mujer que vuelva a control si experimenta un retraso menstrual de más de una semana; si tiene algún motivo para preocuparse; o al inicio de su período menstrual para recibir orientación sobre anticoncepción regular.
- En caso de violación se debe asegurar que la mujer ha recibido atención de acuerdo a las Normas de Atención a Víctimas de Violencia Sexual vigentes, destinadas a resguardar sus derechos, permitirle ser protegida y participar en el proceso penal.

Además es necesario considerar que:

- Dado que no hay causas médicas que restrinjan el uso de la anticoncepción hormonal de emergencia, no se requieren evaluaciones de salud como rutina pero, si hay dudas respecto al estado de embarazo, se puede hacer un examen clínico y una determinación de gonadotropina coriónica en sangre.
- La orientación sobre otros métodos anticonceptivos es importante pero no debe ser un requisito para entregar o prescribir la anticoncepción de emergencia. La anticoncepción regular puede iniciarse inmediatamente después de usar las PAE si se eligen métodos de barrera, anticoncepción hormonal oral, parches o anillo vaginal o en el próximo período menstrual de acuerdo al método elegido. Los inyectables, implantes y DIU pueden iniciarse en el próximo período menstrual o cuando hay certeza razonable de que la mujer no está embarazada ⁽³⁾⁽⁵⁾⁽¹⁹⁴⁾⁽¹⁹⁵⁾.
- Independientemente del régimen de AE usado, el riesgo de embarazo es sustancialmente más alto si la mujer vuelve a tener relaciones sexuales no protegidas durante el mismo ciclo menstrual, que si no las tiene.
- Aunque el uso repetido no es aconsejable porque las PAE son menos efectivas que los métodos anticonceptivos de uso regular, no hay razones médicas que impidan usarla nuevamente. Al usar LNG varias veces por ciclo no causa efectos secundarios serios pero sí sangrado irregular ⁽²⁴⁷⁾.
- Aunque no se ha demostrado que la entrega anticipada tenga un efecto significativo en el riesgo de embarazo, no hay razones para oponerse a esta práctica ⁽²⁴⁸⁾⁽²⁴⁹⁾⁽²⁵⁰⁾⁽²⁵¹⁾⁽²⁵²⁾.

No se dispone de información específica con respecto a las interacciones de las PAE con otros fármacos. Sin embargo, parece razonable suponer que las interacciones de otros fármacos con el régimen de levonorgestrel y el régimen de hormonas combinadas podrían ser similares a las interacciones con las píldoras anticonceptivas orales diarias de uso regular. Siendo así, la eficacia de este régimen puede reducirse por el uso simultáneo de fármacos que pueden disminuir la eficacia de los anticonceptivos orales (incluyendo pero no limitándose a rifampicina, algunos fármacos anticonvulsivos) ⁽⁵⁾.

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 quirúrgica 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:

Reversibles:

- Dispositivos intrauterinos: DIU con cobre; DIU con levonorgestrel
- Anticonceptivos de barrera
 - Masculinos: Condón de látex; Condones sin látex.
 - Femeninos: Diafragma; Condón de poliuretano o de nitrilo; Espermicidas; Capuchón Cervical; Esponja.
- Método de la amenorrea de lactancia.
- Métodos de abstinencia periódica: Ovulación o moco cervical; Temperatura basal; Calendario; Sintotérmico.

Permanentes:

- Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina y masculina.

Protección contra ITS y VIH

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 ofrece protección contra las ITS, sin embargo no hay suficiente evidencia clínica disponible respecto de la protección que ofrecería contra la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). El diafragma y el capuchón cervical no dan protección contra las ITS.

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. Dispositivos Intrauterinos

Los dispositivos intrauterinos (DIU) son anticonceptivos reversibles, eficaces, efectivos y seguros para la mayoría de las mujeres. Son altamente eficaces desde la inserción, son métodos de acción de largo plazo (LARC en inglés), no interfieren con el coito, hay un rápido retorno a la fertilidad después de la extracción y no afectan la lactancia. Son usados por alrededor de 160 millones de mujeres en el mundo⁽²⁵³⁾ y por cerca del 30% de las mujeres que se atienden en el SNSS de Chile (MINSAL-DEIS,

2016). Un DIU es un elemento pequeño y flexible de plástico solo o liberadores de cobre o esteroides (levonorgestrel) que impide el embarazo cuando se inserta dentro de la cavidad uterina ⁽²⁵⁴⁾.

Los resultados de estudios multicéntricos, que han evaluado distintos dispositivos intrauterinos en miles de mujeres, han demostrado que los DIU medicados con cobre o con levonorgestrel son mucho más eficaces y efectivos que los de plástico solo ⁽²⁵⁵⁾⁽²⁵⁶⁾. Esto ha llevado a la recomendación de usar solo los dispositivos bioactivos, que son los únicos incluidos en los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos de la OMS ⁽⁵⁾.

4.1.1. Dispositivos intrauterinos con cobre

El DIU con cobre (DIU-Cu) más usado y estudiado es la T con Cobre 380A (T-Cu 380A) cuya barra longitudinal mide 36 mm y cuya rama horizontal mide 32 mm de largo, teniendo un filamento de cobre en la rama vertical y manguitos de cobre en la rama transversal con superficie total de 380 mm². Está registrada en Chile para ser usada durante 10 años ⁽²⁵⁷⁾⁽²⁵⁸⁾. También está registrado en Chile el DIU Multiload con 375 mm² de cobre (en tamaños mini, short y estándar). No deben usarse los modelos más antiguos de DIU con cobre ni los dispositivos inertes porque su eficacia anticonceptiva es más baja.

Eficacia anticonceptiva

El DIU con cobre más eficaz y efectivo es la T-Cu 380A, seguido por el DIU Multiload con 375 mm² de cobre con tasas de embarazo menores de 1 por 100 mujeres en el primer año de uso. 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 DIU Multiload con 375 mm² de cobre ⁽¹²⁹⁾⁽²⁵⁹⁾⁽²⁶⁰⁾.

Por su elevada eficacia anticonceptiva, los DIU con cobre disminuyen el riesgo de embarazo ectópico (tasa absoluta 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 relativas 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 ⁽²⁵⁹⁾⁽²⁶¹⁾⁽²⁶²⁾. 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 ⁽²⁶¹⁾⁽²⁶²⁾⁽²⁶³⁾⁽²⁶⁴⁾.

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 mujeres de la misma edad que no han usado anticoncepción y de quienes discontinúan el uso de píldoras anticonceptivas ⁽⁷³⁾⁽¹⁸¹⁾⁽¹⁸²⁾⁽²⁶⁵⁾.

Efectos beneficiosos

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 ⁽¹²⁹⁾ ⁽¹³⁰⁾⁽¹⁷⁰⁾⁽²⁵⁷⁾⁽²⁶⁰⁾⁽²⁶⁶⁾, representando una alternativa particularmente adecuada para mujeres que tienen factores de riesgo para el uso de anticonceptivos hormonales ⁽¹⁾⁽⁵⁾.

No hay evidencia de un mayor riesgo de neoplasia con el uso de DIU. Por el contrario, en nueve estudios de casos y controles y en un estudio de cohorte se encontró una reducción del riesgo de cáncer de endometrio en mujeres que habían usado un DIU alguna vez (razones de riesgo (OR) combinadas ajustadas =0,6, intervalo de confianza del 95% =0,4-0,7) ⁽²⁶⁷⁾.

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 (36)(268)(269). 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) (3)(5)(36). Otras infecciones del tracto genital como cervicitis, vaginitis, y leucorrea se presentan con frecuencia aproximadamente dos veces mayor en usuarias de DIU que en usuarias de métodos hormonales ⁽¹²⁹⁾.
- *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 ⁽¹¹⁸⁾⁽¹²⁹⁾⁽²⁶⁰⁾⁽²⁷⁰⁾⁽²⁷¹⁾⁽²⁷²⁾⁽²⁷³⁾.
- *Dolor:* Las mujeres pueden presentar dismenorrea o intensificación del dolor menstrual que presentaban previamente. También pueden presentar dolor pelviano 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 ⁽²⁵⁹⁾.
- *Incrustación (Adherencia):* Es un problema que se presenta con el uso prolongado, más de cinco años, de los DIU asociado a hipermenorrea que no responde a fármacos antiinflamatorios no esteroideos.

Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS

La inserción de un DIU requiere una evaluación cuidadosa, de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS, ya que los problemas pueden reducirse a un mínimo si la potencial usuaria no presente factores de riesgo ⁽¹⁾⁽⁵⁾.

Categoría	Condición
4	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Embarazo. ▸ Posparto con sepsis puerperal. ▸ Posaborto inmediatamente después del aborto séptico. ▸ Sangrado vaginal de etiología desconocida, antes de la evaluación (inicio). ▸ Enfermedad trofoblástica gestacional - niveles persistentemente elevados de βhCG o enfermedad maligna. ▸ Cáncer cervical - en espera de tratamiento (inicio). ▸ Cáncer de endometrio (inicio). ▸ Fibromas uterinos con distorsión de la cavidad uterina. ▸ Anomalías anatómicas con cavidad uterina distorsionada (cualquier anomalía, congénita o adquirida, que distorsione la cavidad uterina de manera tal que sea incompatible con la inserción de un DIU). ▸ Enfermedad pélvica inflamatoria actual. ▸ Tuberculosis pélvica. ▸ Cervicitis purulenta actual o infección por clamidia o gonorrea.
3	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Entre 48 horas y 4 semanas posparto ▸ Lupus eritematoso sistémico con trombocitopenia severa ▸ Enfermedad trofoblástica gestacional con niveles reducidos o indetectables de βhCG ▸ Cáncer de ovario (inicio) ▸ Mayor riesgo de ITS (inicio). ▸ Enfermedad clínica por VIH severa o avanzada (categorías 3/4 de la OMS) (inicio). ▸ Terapia antirretroviral con inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (ITRN) (abacavir, tenofovir, zidovudina, lamivudina, didanosina, emtricitabina, estavudina) (inicio). ▸ Terapia antirretroviral con inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (ITRNN) (efavirenz, etravirina, nevirapina, rilpivirine) (inicio). ▸ Terapia antirretroviral con inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir (atazanavir reforzado con ritonavir, lopinavir reforzado con ritonavir, darunavir reforzado con ritonavir, ritonavir) (inicio). ▸ Inhibidores de la integrasa (raltegravir) (inicio).

2	<ul style="list-style-type: none"> • Edad: desde la menarquia a los 20 años. • Paridad: nulípara. • Posaborto del segundo trimestre. • Valvulopatía cardíaca con complicaciones (hipertensión arterial, riesgo de fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda). • Lupus eritematoso sistémico con trombocitopenia severa (continuación). • Lupus eritematoso sistémico con terapia inmunosupresora (inicio). • Sangrado abundante o prolongado (incluye patrones regulares e irregulares). • Sangrado vaginal de etiología desconocida (sospecha de una condición grave) antes de la evaluación (continuación). • Endometriosis. • Dismenorrea severa. • Cáncer cervical en espera de tratamiento (continuación). • Cáncer de endometrio (continuación). • Cáncer de ovario (continuación). • Anomalías anatómicas: otras anomalías (incluidas estenosis cervicales o laceraciones cervicales) que no distorsionen la cavidad uterina o interfieran con la inserción del DIU. • Enfermedad pélvica inflamatoria (sin embarazo posterior). • Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea (continuación). • Otras ITS (excepto VIH y hepatitis). • Vaginitis (incluidos tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana). • Mayor riesgo de ITS (continuación). • Alto riesgo de VIH. • Infección por VIH. • Enfermedad clínica por VIH leve o asintomática (categorías 1 y 2 de la OMS). • Enfermedad clínica por VIH severa o avanzada (categorías 3 y 4 de la OMS) (continuación). • Anemias (talasemia, anemia drepanocítica, anemia ferropénica). • Terapia antirretroviral con inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (ITRNs) (abacavir, tenofovir, zidovudina, lamivudina, didanosina, emtricitabina, estavudina) (continuación). • Terapia antirretroviral con inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (ITRNNs) (efavirenz, etravirina, nevirapina, rilpivirine) (continuación). • Terapia antirretroviral con inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir (atazanavir reforzado con ritonavir, lopinavir reforzado con ritonavir, darunavir reforzado con ritonavir, ritonavir) (continuación). • Inhibidores de la integrasa (raltegravir) (continuación).
1	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier condición no incluida en las categorías anteriores.

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⁽²⁵⁹⁾. Por esto, si las guías (colas) están visibles, se recomienda intentar extraer el DIU con una tracción suave de ellas tan pronto como se detecte el embarazo y advertir a la usuaria de los riesgos y los signos de infección. La extracción debe hacerse con el consentimiento informado de la usuaria por el riesgo de aborto inmediato o mediano a la maniobra, el que es menor (22%), que si se deja el DIU intra uterino, (55%). Si no están visibles, realizar examen ultrasonográfico 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 retirarlo, y las guías están o se hicieron visibles después de la maniobra de localización intracervical ellas deben cortarse lo más alto posible, monitorearse cuidadosamente el embarazo y advertir a la mujer de los signos de las posibles complicaciones. También advertirle que al momento del parto se intente localizar DIU en los anexos ovulares o en el interior del útero para extraerlo. Si no se logra ubicarlo, se debe intentar hacerlo una vez finalizado el puerperio mediante una ultrasonografía o radiografía abdominal antero-posterior con un histerómetro intrauterino. A la usuaria debe advertírsele que no está protegida de un embarazo con ese DIU no localizado.

4.1.2. Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel

El primer DIU que libera levonorgestrel (DIU-LNG) registrado en Chile es un dispositivo en forma de T cuyo tamaño es 32 x 32 mm y cuya porción vertical es un cilindro sólido que contiene 52 mg de levonorgestrel. Libera 20 mcg diarios del esteroide y los niveles plasmáticos iniciales de levonorgestrel son de alrededor de 300 pg/ml y se mantienen entre 150 y 200 pg/ml a lo largo de 5 años, lo que permite actividad folicular ovárica con concentraciones adecuadas de estradiol ⁽²⁶⁰⁾⁽²⁷⁴⁾. Su tubo de inserción tiene un diámetro de 4,4 mm. Está diseñado para ser usado por 5 años y, además de su efecto anticonceptivo, tiene aplicaciones terapéuticas para el control de sangrados uterinos anormales.

Recientemente se ha registrado un segundo DIU-LNG de menor tamaño, 28 x 30 mm, que contiene 13,5 mg de levonorgestrel siendo los niveles séricos iniciales de LNG de 160 pg/ml. Su tubo de inserción es de menor diámetro (3,8 mm). Está diseñado para ser usado por 3 años y solo como anticonceptivo. Dado que hay menos estudios con este segundo DIU, parte de la información que se entrega a continuación se refiere solamente al DIU-LNG que libera 20 mcg por día (DIU-LNG-20).

Eficacia anticonceptiva

La eficacia del DIU-LNG-20 es muy alta con tasas acumuladas de embarazo a los 60 meses de alrededor de 0,5 por 100 mujeres, lo que es comparable a lo observado con la esterilización quirúrgica femenina. Al igual que la píldora combinada, el DIU-LNG es eficaz en la prevención del embarazo ectópico siendo las tasas de embarazo ectópico de 0,2 por 1.000 años-mujer ⁽²⁶⁰⁾⁽²⁶²⁾⁽²⁷⁵⁾⁽²⁷⁶⁾⁽²⁷⁷⁾⁽²⁷⁸⁾⁽²⁷⁹⁾⁽²⁸⁰⁾.

Mecanismo de acción

El mecanismo de acción anticonceptivo del DIU-LNG es complejo. Incluye efectos propios de la administración de progestágenos como inhibición de la ovulación, en alrededor del 55% de las usuarias del DIU-LNG-20, 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 ⁽²⁶²⁾⁽²⁷⁹⁾⁽²⁸¹⁾⁽²⁸²⁾.

Recuperación de la fertilidad

La recuperación de la fertilidad es rápida, semejante a la observada con los DIU con cobre y las píldoras anticonceptivas ⁽⁷³⁾⁽¹⁸²⁾⁽²⁸³⁾⁽²⁸⁴⁾.

Efectos beneficiosos

Durante el uso del DIU-LNG-20 y 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 ferropriva⁽¹⁵⁷⁾⁽²⁷⁶⁾⁽²⁷⁷⁾. Esto es una ventaja para las mujeres que desean usar un DIU y que presentan sangrados excesivos con otros dispositivos o en su vida diaria. Sin embargo, es precisamente la amenorrea una de las causas más frecuentes para discontinuar el uso del DIU-LNG, lo que puede ser una percepción negativa basada en una valoración de las menstruaciones regulares como un indicador de normalidad. Por esto, es importante la orientación de la potencial usuaria en esta materia antes de iniciar el método.

Se ha propuesto el uso de DIU-LNG-20 para la prevención de dismenorrea, hipermenorrea, menorragias, como terapia en la hiperplasia endometrial, la endometriosis, la adenomiosis, como protección endometrial en mujeres perimenopáusicas con terapia estrogénica de reposición, como alternativa a la histerectomía por menorragia y como opción anticonceptiva para mujeres con desórdenes hemostáticos y en terapia anticoagulante⁽²⁸⁵⁾⁽²⁸⁶⁾⁽²⁸⁷⁾⁽²⁸⁸⁾⁽²⁸⁹⁾⁽²⁹⁰⁾⁽²⁹¹⁾.

Efectos adversos:

Además de los efectos adversos propios de los DIU ya descritos en el párrafo correspondiente para DIU con cobre, las usuarias del DIU-LNG pueden presentar efectos colaterales similares a los de los métodos de progestágeno solo ya que este entrega alrededor de 20 mcg de levonorgestrel por día⁽²⁵⁵⁾.

Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS

La inserción de un DIU requiere una evaluación cuidadosa, de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS, ya que los problemas pueden reducirse a un mínimo si la potencial usuaria no presente factores de riesgo⁽¹⁾⁽⁵⁾.

Categoría	Condición
4	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo. • Inserción posparto con sepsis puerperal. • Inserción posaborto inmediatamente después del aborto séptico. • Sangrado vaginal de etiología desconocida (sospecha de una condición grave) antes de la evaluación (inicio). • Enfermedad trofoblástica gestacional con niveles persistentemente elevados de βhCG o enfermedad maligna. • Cáncer cervical (inicio) • Cáncer de mama actual. • Cáncer de endometrio (inicio). • Fibromas uterinos con distorsión de la cavidad uterina. • Anomalías anatómicas - cavida uterina distorsionada (cualquier anomalía, congénita o adquirida, que distorsione la cavidad uterina de manera tal que sea incompatible con la inserción de un DIU). • Enfermedad pélvica inflamatoria actual (inicio). • Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea (inicio). • Tuberculosis pélvica (inicio).
3	<ul style="list-style-type: none"> • Inserción entre 48 hrs. y 4 semanas posparto. • TVP/EP aguda. • Cardiopatía isquémica (enfermedad actual o historia) (continuación). • Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolipidos positivos o valor desconocido. • Migraña con aura a cualquier edad (continuación). • Enfermedad trofoblástica gestacional con niveles reducidos o indetectables de βhCG. • Cáncer de mama pasado y sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años. • Cáncer de ovario (inicio). • Mayor riesgo de ITS (inicio). • Enfermedad clínica por VIH severa o avanzada (categorías 3 y 4 de la OMS) (inicio). • Tuberculosis pélvica (continuación). • Cirrosis grave descompensada (continuación). • Tumores del hígado benignos - adenoma hepatocelular. • Tumores del hígado maligno (hepatoma). • Terapia antirretroviral con inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (ITRNs) (abacavir, tenofovir, zidovudina, lamivudina, didanosina, emtricitabina, estavudina) (inicio). • Terapia antirretroviral con inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (ITRNNs) (efavirenz, etravirina, nevirapina, rilpivirine) (inicio). • Terapia antirretroviral con inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir (atazanavir reforzado con ritonavir, lopinavir reforzado con ritonavir, darunavir reforzado con ritonavir, ritonavir) (inicio). • Inhibidores de la integrasa (raltegravir) (inicio).
2	<ul style="list-style-type: none"> • Desde la menarquia a los 20 años. • Nulípara. • Antes de 48 hrs posparto en mujeres con lactancia materna. • Posaborto del segundo trimestre. • Dislipidemias conocidas sin otros factores de riesgo cardiovascular. • Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial (edad mayor, fumar, tener diabetes e hipertensión). • Historia de hipertensión, cuando No se puede evaluar la presión arterial (incluida la hipertensión durante el embarazo). • Niveles elevados de presión arterial (bien medidos) sistólica \geq 160 o diastólica \geq 100 mmHg. • Enfermedad vascular. • Historia de TVP o EP.

2	<ul style="list-style-type: none"> • TVP/EP y recibe terapia anticoagulante. • Cirugía mayor con inmovilización prologada. • Mutaciones trombotogénicas (por ejemplo factor V de Leiden, mutación de protrombina, deficiencia de proteína S, proteína C y antitrombina). • Cardiopatía isquémica, enfermedad actual o historia (inicio). • Accidente cerebrovascular. • Hiperlipemias conocidas. • Valvulopatía cardíaca con complicaciones (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda). • Lupus eritematoso sistémico con trombocitopenia severa. • Lupus eritematoso con terapia inmunosupresora. • Migraña sin aura a cualquier edad. • Migraña con aura a cualquier edad (inicio). • Sangrado abundante o prolongado, incluye patrones regulares e irregulares (continuación). • Sangrado vaginal de etiología desconocida (sospecha de condición grave), antes de la evaluación (continuación). • Neoplasia intraepitelial cervical en espera de tratamiento. • Cáncer cervical en espera de tratamiento (continuación). • Nódulo mamario sin diagnóstico. • Cáncer de endometrio (continuación). • Anomalías anatómicas incluidas estenosis cervical o laceraciones. • Enfermedad pélvica inflamatoria sin embarazo posterior. • Enfermedad pélvica actual (continuación). • Diabetes no vascular insulino dependiente. • Diabetes no vascular no insulino dependiente. • Diabetes con nefropatía/retinopatía/neuropatía. • Diabetes con otra enfermedad vascular. • Diabetes por más de 20 años. • Enfermedad de la vesícula sintomática tratada con colecistectomía. • Enfermedad de la vesícula sintomática tratada médicamente. • Enfermedad de la vesícula sintomática actual. • Historia de coleditiasis relacionada con el uso previo de anticonceptivos orales. • Tumores del hígado benigno: hiperplasia nodular focal. • Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea (continuación). • Otras ITS menos VIH y hepatitis. • Vaginitis (incluido tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana). • Mayor riesgo de ITS (continuación). • Alto riesgo de VIH. • Enfermedad clínica por VIH leve o asintomática (categorías 1 y 2 de la OMS). • Enfermedad clínica por VIH severa o avanzada (categorías 3 y 4 de la OMS) (continuación). • Terapia antirretroviral con inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (ITRN) (abacavir, tenofovir, zidovudina, lamivudina, didanosina, emtricitabina, estavudina) (continuación). • Terapia antirretroviral con inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (ITRNN) (efavirenz, etravirina, nevirapina, rilpivirine) (continuación). • Terapia antirretroviral con inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir (atazanavir reforzado con ritonavir, lopinavir reforzado con ritonavir, darunavir reforzado con ritonavir, ritonavir) (continuación). • Inhibidores de la integrasa (raltegravir) (continuación).
1	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier condición no incluida en las categorías anteriores.

4.1.3. DIU, ITS y VIH

Los dispositivos intrauterinos no protegen de las infecciones transmisibles por vía sexual (ITS), incluyendo la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Por esto, si hay riesgo de infección, el uso correcto y consistente de condones debe recomendarse a todas las mujeres y parejas que elijan un DIU para evitar el embarazo y aplicar los criterios médicos de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud para la evaluación de la mujer antes de la inserción del DIU ⁽¹⁾⁽⁵⁾⁽²⁹²⁾. Hay evidencia limitada que demuestra que no hay aumento en el riesgo de complicaciones generales o complicaciones relacionadas con la infección cuando se comparan las mujeres VIH positivas con las mujeres no infectadas ⁽²⁹³⁾. El uso del DIU no afecta de manera adversa la progresión de la infección por VIH en comparación con el uso de anticonceptivos hormonales en mujeres VIH positivas ni se asocia con un mayor riesgo de transmisión a las parejas sexuales y puede usarse en estos casos y en los de SIDA que estén clínicamente bien en terapia antiretroviral ⁽¹⁾⁽⁵⁾.

4.1.4. Aspectos relacionados con los servicios

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 pelviano (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 frotis de 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.
- Si la mujer va a usar un DIU-LNG, 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 sobre los posibles efectos hormonales sistémicos.

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.
- Puede enseñarse a la usuaria como detectar las guías (colas) del dispositivo en la vagina, para minimizar la probabilidad de una expulsión inadvertida. Las guías pueden 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 o paracetamol, advirtiéndole que debe consultar si el dolor es severo y dura más de 24 horas.
- Debe destacarse la importancia de las visitas de seguimiento.
- Debe aprovecharse esta oportunidad para ofrecerle a la mujer otros servicios de salud sexual y reproductiva.

Elección del DIU

La T con 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.

Inserción de un DIU

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 ⁽²⁵⁵⁾. 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 - 6 semanas posparto (vaginal o cesárea), como también durante los primeros seis meses posparto 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 ⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁵⁾⁽¹¹⁸⁾⁽²⁹⁴⁾. Un DIU puede insertarse también dentro de las 48 horas siguientes a un parto o cesárea o inmediatamente después de un aborto no séptico, pero sólo por personal especialmente entrenado en las técnicas específicas ya que hay más riesgos. La tasa de expulsión es menor cuando la inserción se realiza inmediatamente posterior a la expulsión de la placenta ⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁵⁾⁽²⁹⁵⁾⁽²⁹⁶⁾.
- 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

La técnica de inserción presenta algunas diferencias entre la T-Cu y el DIU-LNG y se deben seguir cuidadosamente las instrucciones de los fabricantes. 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.
- Realizar tacto vaginal bimanual: 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. 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.
- Examinar el cuello con espéculo, 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. Pinzar el cuello es 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 histerometría total es de menos de 6.5 cms, 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 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. Ayudarla a bajar.
- 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 o cuando hay que prevenir la endocarditis bacteriana subaguda en caso de algunas valvulopatías cardíacas.

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; pinza Pozzi; histerómetro; tijeras Mayo; recipiente para material desechable.

Perforación uterina

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 1.000 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 posparto inmediato, en la inserción durante el puerperio, en úteros con cicatrices corporales y en úteros en retroverso-flexión 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.

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 semisentada 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.

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 pelviano, se debe tratar con los antibióticos adecuados, sin que sea necesario retirar el DIU. Si la mujer solicita el retiro, se debe hacer después de al menos dos días de haber iniciado la terapia antibiótica. Si la infección no cede es conveniente retirar el DIU y continuar el tratamiento con otro esquema antibiótico, 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 por historia, tacto ginecológico bimanual o hacer β hCG o ultrasonografía si el embarazo es temprano.
 - 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 la ultrasonografía, una radiografía abdominal anteroposterior o la exploración con un histerómetro para determinar si el DIU todavía está en el útero. Si no se localiza el DIU dentro del útero, se debe 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, previo consentimiento informado de la usuaria y sin necesidad de ultrasonografía, para tratar de 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 o está distópico. 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 derivar para intentar el retiro el 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 también 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 ella 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 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 la T con Cobre, la T con levonorgestrel puede seguir usándose como adyuvante de una terapia de reposición estrogénica hasta agotar su período de eficacia sobre el control del endometrio cuando habría que cambiarla por otra igual
- Cuando expira su eficacia como anticonceptivo, si la mujer no lo solicita antes, siendo la T con Cobre 380A efectiva por más de 10 años y la T con Levonorgestrel por 5 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. Se puede realizar el procedimiento de extracción e inserción en la misma consulta.

Capacitación de las y los profesionales de salud

- Los DIU pueden ser insertados por médicos y matronas/es 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 considere que están suficientemente preparadas/os.

4.2. Métodos anticonceptivos de barrera

La salud sexual y reproductiva implica que hombres y mujeres puedan disfrutar su vida sexual sin tener riesgo de embarazos no planificados o de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que provoca el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Los métodos de barrera pueden ayudar a prevenir estas consecuencias negativas de la vida sexual cuando se usan en forma correcta y consistente⁽²⁹⁷⁾.

Esta protección es mayor con el uso del condón masculino, único método anticonceptivo que ha demostrado un efecto protector en la adquisición del VIH a través de la actividad sexual y otras ITS (298); y que tiene además la mayor eficacia anticonceptiva entre los métodos de barrera⁽¹⁾⁽⁵⁾⁽²⁹⁹⁾.

La prevalencia de uso de los métodos de barrera a nivel mundial es baja, excepto el uso de condón masculino, que ha mostrado un aumento en las últimas décadas, especialmente en países desarrollados. Esto se podría explicar por el esfuerzo en promover el uso de los condones para prevenir el VIH/SIDA, como método destinado a ofrecer protección contra otras ITS y embarazo o como método adicional para las parejas que usan otro anticonceptivo, pero que desean protegerse del riesgo de infección.

Con la introducción de los métodos anticonceptivos hormonales y los dispositivos intrauterinos en la década del sesenta en adelante, el uso de los métodos de barrera disminuyó. Un 0,2% y un 7,6% aproximadamente de las mujeres de 15 a 49 años casadas o en unión en el mundo, usan métodos anticonceptivos de barrera y condones masculinos, respectivamente⁽³⁰⁰⁾. Para el año 2013, el sistema público de salud registró 63.521 personas bajo control que usan preservativo como método de regulación de la fertilidad. Esto representa el 5% del total de la población bajo control.

Métodos de barrera actualmente disponibles en Chile

- Métodos masculinos: Condón de látex; Condone sin látex.
- Métodos femeninos: Diafragma; Condón de poliuretano, Condón de polímero de nitrilo, Condón de resina sintética de polietileno; y Espermicidas.

Eficacia anticonceptiva

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. La eficacia de los métodos de barrera es variable, tanto por las características propias de cada método como por la forma de uso y, en general, es más baja que la de otros anticonceptivos como los métodos hormonales, los dispositivos intrauterinos y la esterilización quirúrgica ^{(1) (5)}.

Sin embargo, la eficacia puede ser elevada, especialmente en el caso del condón masculino de látex usado en forma correcta y consistente. Cuando se usa así, la tasa de embarazo es baja con una cifra de 2 embarazos por 100 mujeres durante el primer año de uso. La tasa de embarazo en el uso habitual es de 15 embarazos por 100 mujeres en el primer año. Existen pocos estudios que hayan evaluado la eficacia anticonceptiva de los preservativos sin látex. Una revisión reciente mostró una tasa de embarazo mayor (4.8 para el uso habitual del condón sin látex) o similar con el uso de condones sin látex que con látex ⁽³⁰¹⁾⁽³⁰²⁾.

La eficacia del condón femenino es más baja que la del condón masculino, aunque en términos comparativos, un estudio afirma que el test de fuga de agua demostró una mayor impermeabilidad del condón femenino que el condón masculino ⁽³⁰³⁾, así como también una mayor resistencia a condiciones de luz, temperatura y humedad. Otro estudio realizado en Brasil, mostró que al analizar la presencia de semen mediante métodos químicos, el condón femenino es más impermeable que el condón masculino ^{(304) (305)}. La tasa de embarazo es de 5 por 100 mujeres en el primer año de uso correcto y sistemático y se eleva a 21 embarazos por 100 años-mujer durante el uso típico ⁽⁵⁾. El condón femenino ha demostrado mayor falla por deslizamiento que el condón masculino ⁽³⁰⁷⁾.

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.

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. Además del uso correcto, la calidad del producto influye en la eficacia. Por esto, se recomienda usar sólo aquellos elaborados de acuerdo a los estándares de calidad internacionales y que han sido almacenados y distribuidos adecuadamente. Es importante que el personal de salud proponga mejores alternativas que los espermicidas solos para quienes desean métodos eficaces. Las mujeres con un alto riesgo de exposición al VIH no deben utilizar espermicidas que contengan nonoxinol-9 ya que el uso prolongado de este compuesto puede aumentar el riesgo de adquirir el VIH. Tampoco se recomienda su uso asociado a condón, diafragma y capuchón cervical.

Mecanismo de acción

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. Los métodos de barrera pueden ser usados por hombres y mujeres y actuar como barrera física, tales como el condón masculino y femenino y el diafragma, o como barrera química en el caso de los espermicidas.

Efectos adversos

No se han descrito efectos adversos sistémicos sobre la salud de las personas que usan métodos de barrera. El efecto adverso más frecuente que se puede presentar con el uso del condón de látex es la alergia al látex o al espermicida que recubre el condón. 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. Los espermicidas pueden causar reacción alérgica, infecciones vaginales por hongos e irritación cervical y/o vaginal. El uso repetido y en dosis elevadas de nonoxinol-9 puede causar irritación o abrasión vaginal y cervical, la cual pueden aumentar el riesgo de adquirir el VIH. También puede ocasionar un aumento en la descamación (o desprendimiento) viral y la transmisión del VIH a parejas sexuales no infectadas⁽¹⁾.

Criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud

Categoría	Condición
4	<ul style="list-style-type: none"> Alto riesgo de VIH (solo para diafragma y espermicidas)
3	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad clínica por VIH leve o asintomática (categorías 1 y 2 de la OMS) (diafragma y espermicida) Enfermedad clínica por VIH severa o avanzada (categorías 3 y 4 de la OMS) (diafragma y espermicida) Historia de síndrome de shock séptico (espermicida) Terapia antirretroviral con inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI) (abacavir, tenofovir, zidovudina, lamivudina, didanosine, emtricitabine, estavudina (diafragma y espermicida) Terapia antirretroviral con inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI) (efavirenz, etravirina, nevirapina, rilpivirine (diafragma y espermicida) Terapia antirretroviral con inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir (atazanavir reforzado con ritonavir, lopinavir reforzado con ritonavir, darunavir reforzado con ritonavir, ritonavir (diafragma y espermicida) Inhibidores de la integrasa (raltegravir) (diafragma y espermicida) Alergia al latex (condones masculinos y espermicidas)
2	<ul style="list-style-type: none"> Múltipara Valvulopatía cardíaca con complicaciones (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda) por el riesgo de infección urinaria que podría ser fuente de infección valvular (espermicida) Cáncer cervical en espera de tratamiento (diafragma) Infección del tracto urinario
1	<ul style="list-style-type: none"> Cualquier condición no incluida en las categorías anteriores

Recomendación sobre el uso de los métodos de barrera: La OMS no recomienda el uso de métodos de barrera cuando una mujer tiene una o más patologías severas en las que un nuevo embarazo pueda exponer su salud a un riesgo inaceptable, dado el elevado rango de las tasas de embarazo en quienes no los usan en forma correcta y consistente ⁽¹⁾⁽⁵⁾.

4.2.1. Condón 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 tiene la mayor eficacia anticonceptiva entre los métodos de barrera. Es el método de elección para la prevención del VIH e ITS ofreciendo “doble protección” por su eficacia anticonceptiva. También se puede usar como “doble método” en apoyo a otro método anticonceptivo hormonal o no hormonal. 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

Condón masculino de látex

El condón masculino es una funda o cubierta delgada que se coloca en el pene erecto antes de la penetración. 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). Para la prevención del VIH, se indica preservativos con lubricantes en base a agua o silicona y no deben usarse los que tienen nonoxinol-9 porque aumenta el riesgo de transmisión.

Condomes masculinos sin látex

Por algunas limitaciones que tiene el condón de látex y la necesidad de contar con más opciones para la prevención de embarazos e ITS, incluyendo el VIH, se desarrollaron al inicio de la década de los noventa, condones masculinos sin látex, elaborados con poliuretano o elastómeros sintéticos. Estos ofrecen una alternativa a aquellas personas o parejas que tienen alergia o mayor sensibilidad al látex, que encuentran que los condones de látex disminuyen la sensibilidad o el placer durante la relación sexual o para cualquier persona que quiera probar formas diferentes de preservativos⁽³⁰²⁾⁽³⁰⁶⁾.

El condón masculino de poliisopreno es el producto más reciente desarrollado como alternativa al condón de látex. El poliisopreno es una versión sintética del látex, al cual se le retiran los alérgenos, pero conserva la mayoría de sus otras propiedades. El condón masculino de poliuretano puede transmitir el calor corporal, no causa alergia, no se daña con los lubricantes oleosos, es más resistente y es menos susceptible a deteriorarse durante su almacenamiento.

Efectos beneficiosos

Además de prevenir embarazos, los condones masculinos de látex, usados en forma correcta y consistente, son el método más efectivo para prevenir el VIH y algunas ITS, en parejas sexualmente activas⁽²⁹⁸⁾⁽³⁰⁹⁾. Además, 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.

En estudios realizados con parejas discordantes respecto al virus de inmunodeficiencia humano, o sea, en parejas en que uno de los dos vivía con el VIH y el otro no, se encontraron tasas de infección menores al 1% por año entre los usuarios consistentes de condones⁽³¹¹⁾, o ninguna infección a los 20 meses de seguimiento promedio⁽³¹²⁾.

El condón masculino ofrece una mayor protección contra las ITS que se transmiten por secreciones, como gonorrea, clamidia y tricomonas; y una menor protección contra las ITS que producen ulceración genital, como el chancroide, el herpes simple (VHS), el virus papiloma humano (VPH) y la sífilis porque las lesiones pueden estar ubicadas en zonas no cubiertas por el condón⁽²⁹⁸⁾. Además, las personas infectadas por ITS tienen una probabilidad de por lo menos dos a cinco veces mayor de contraer el VIH, si están expuestas al virus por contacto sexual, que las personas que no están infectadas. Asimismo, una persona infectada tanto por el VIH como por otra ITS, tiene mayor probabilidad de transmitir el VIH a otras personas a través del contacto sexual que las personas que están solo infectadas por el VIH⁽³¹³⁾⁽³¹⁴⁾.

La prevención de las infecciones de transmisión sexual disminuye el riesgo de infertilidad principalmente en mujeres, y de embarazo ectópico, morbi mortalidad materna y neonatal y cáncer cervicouterino⁽²⁹⁹⁾.

Efectos colaterales

Algunas parejas presentan dispareunia por falta de lubricación durante el coito con condón. La queja más frecuente entre los usuarios del condón de látex es la disminución de la sensibilidad. Algunos hombres comentan que no disfrutan del acto sexual y, en algunos casos puede interferir con la erección. Estos efectos no deseados se pueden evitar o reducir incorporando la inserción del condón al juego erótico.

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 (Categoría 3 de los criterios de elegibilidad de la OMS).
- 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.
- Se debe recomendar el uso de lubricantes en base a agua o silicona cuando se utilizan condones de látex.

Uso de lubricantes

El uso de lubricantes adicionales o también llamados “personales” es muy frecuente en usuarios/as de condón masculino o femenino, especialmente en hombres que tienen sexo con hombres y en trabajadores/as sexuales. Varios estudios han mostrado que el uso de lubricantes en base a aceite aumentan las tasas de rotura y de deslizamiento de los condones con látex. La OMS recomienda evitar el uso de lubricantes en base a aceite, que contengan altos niveles de ácido glicólico y componentes poli cuaternarios⁽²⁹⁷⁾.

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 colocación y retiro, o desconocen el riesgo asociado a cualquier contacto entre el semen y los genitales femeninos. Se recomienda mostrar cómo 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 cómo 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 recomendar el uso de lubricantes en base a agua o silicona cuando se utilizan condones de látex.
- 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.
- Durante el control se debe proveer la cantidad de condones que sirvan para suplir las necesidades anticonceptivas durante un mes completo. La indicación actual es entregar 20 condones mensuales para personas que lo utilizan como método de regulación de la fertilidad y 20 condones cuando se entregan para su uso como doble protección.

Instrucciones para el uso

- 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 con fecha de expiración no mayor a la fecha en que se utilice el condón.
- 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.
- 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 pueda deslizarse.
- Evite quedarse dormido con el pene dentro de la vagina y el condón colocado.
- Quite el condón del pene cuando ya lo haya retirado de la vagina, cuidando de no derramar semen en la vagina.
- Deseche el condón en la basura, quémelo o entiérrelo. No lo arroje por el inodoro, ya que puede causar problemas en la cañería. No lo deje al alcance 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 de látex.
- Puede usar lubricantes manufacturados a partir de agua, 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, la fecha de expiración está vencida, el condón no tiene apariencia uniforme o ha cambiado de color, se siente quebradizo, reseco o muy pegajoso.

Adaptado de (316)

Manufactura, control de calidad, almacenamiento y distribución

En Chile, los preservativos están sujetos a control sanitario por la Ley N° 19.497, que introdujo modificaciones al Código Sanitario, el Decreto Supremo N° 825 del año 1998 del Ministerio de Salud, que aprueba reglamento de control de productos y elementos de uso médico y el Decreto Exento N° 342 del 12 de mayo de 2004, también del Ministerio de Salud, que en su numeral 1° letra c) incorpora los preservativos-condones de látex de caucho al control 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.

Las normas internacionales para la fabricación de condones de látex han sido establecidas por tres importantes organizaciones: la Organización Internacional de Normalización, el Comité Europeo de Normalización y la Sociedad Americana de Pruebas y Materiales. Las normas incluyen evaluación del tamaño, resistencia a roturas, ausencia de aberturas, envase y rotulación. Los condones deben ser sometidos a diferentes pruebas tanto en la etapa de fabricación, como en la de transporte y almacenamiento. Los condones de látex se deterioran y pierden resistencia cuando son expuestos a la luz ultravioleta, al calor, la humedad y el ozono. La exposición prolongada a estas condiciones, aumenta la posibilidad de que se rompan. Actualmente, para prevenir el deterioro durante el transporte y almacenamiento, se recomienda que el envase sea de papel de aluminio laminado impermeable.

La Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Agencia de Desarrollo Internacional de Estados Unidos y otras organizaciones que compran grandes cantidades de condones, los someten a pruebas para asegurar que estos satisfagan las normas internacionales y lleguen en buenas condiciones a los usuarios⁽³¹⁶⁾.

Los compradores institucionales públicos o privados y los administradores de programas deberían realizar inspecciones visuales de muestras tomadas al azar en los distintos niveles de la cadena de distribución. También deberían preocuparse de que las condiciones de almacenamiento sean adecuadas, que la fecha de expiración no haya vencido (la vigencia actual de los condones de latex es de 5 años, después de su fecha de fabricación) y que el abastecimiento sea continuo y en la cantidad necesaria.

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

4.2.2. Condón femenino

El condón femenino ofrece una opción más para la prevención del embarazo, y posiblemente de las ITS, particularmente cuando la mujer tiene dificultades para negociar el uso del condón masculino. Aún no existe evidencia que avale su eficacia para la prevención del VIH. La utilización del condón femenino 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.

Descripción

Los condones femeninos de primera generación (CF1) están elaborados con poliuretano, un material delgado, inodoro, hipoalergénico, capaz de conducir el calor y más resistente que el látex natural. Consisten en una funda de poliuretano resistente, delgado y transparente, lubricado con dimeticona. La funda mide 17 cm de longitud y 7.8 cm de diámetro y 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. Existen condones femeninos de segunda generación (CF2) que consisten en una funda delgada y suave de nitrilo, lubricada con silicona y hay otros nuevos modelos de condones femeninos hechos de látex natural o de poliuretano⁽³¹⁵⁾⁽³¹⁷⁾⁽³¹⁸⁾.

Efectos beneficiosos

En las pruebas de laboratorio, el condón femenino de poliuretano ha demostrado ser impermeable al paso de espermatozoides y de organismos infecciosos, incluyendo el VIH. En los estudios clínicos también ha mostrado su eficacia en prevenir ITS, y el embarazo ⁽²⁹⁸⁾. Aún existen pocos datos de estudios clínicos que avalen eficacia en la protección contra VIH. Esto hace probable que proteja de las ITS y el 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 colaterales

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 eyaculación, 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. La OMS no recomienda, ni promueve la reutilización del condón femenino hasta no contar con mayor información que permita proveer pautas de uso seguro ⁽³¹⁹⁾⁽³²⁰⁾.

4.2.3. Diafragma

El diafragma es usado por menos de un 1% de las mujeres casadas en edad reproductiva en el mundo ⁽³²¹⁾. La baja prevalencia de uso del diafragma se debe a varios factores, incluyendo la disponibilidad limitada, el alto costo inicial, el desconocimiento de las potenciales usuarias acerca de su forma de uso, la necesidad de contar con proveedores/as capacitados/as en la técnica de inserción y remoción del método, las consideraciones prácticas para su uso y la baja efectividad cuando no se usa correcta y consistentemente.

Descripción

El diafragma es una cúpula de látex o plástico rodeada de un borde flexible en forma de anillo. Se inserta en el fondo de la vagina, de manera de que la cúpula cubra el cuello del útero y el borde se apoye en el fondo de saco posterior y detrás del hueso púbico. Si se usa con un espermicida, este debe ser colocado dentro de la cúpula. Hay cuatro modelos diferentes de diafragma: con resorte con arco, con resorte en espiral, con resorte plano y con borde de sello ancho. Los diafragmas se encuentran en tamaños de 50 a 95 mm de diámetro ⁽³²¹⁾. También existe un diafragma llamado SILCS, no registrado en Chile, que es de silicona y de un solo tamaño, lo que permite aumentar su acceso, ya que no requiere que un/a proveedor/a de salud realice una evaluación y medición previa de la mujer ⁽³²²⁾.

El uso frecuente y prologado del espermicida Nonoxinol-9 asociado al uso de diafragma puede alterar la mucosa vaginal y cervical y aumentar el riesgo de adquirir una ITS y el VIH.

Actualmente se conoce la vulnerabilidad que puede presentar el cuello uterino y la pared vaginal en la transmisión de ITS/VIH, especialmente en infecciones por clamidia, gonorrea y el VIH. El diafragma podría ofrecer protección contra algunas ITS bacterianas,⁽³²³⁾⁽³²⁴⁾⁽³²⁵⁾⁽³²⁶⁾ pero no ofrece protección contra la transmisión del VIH ni contra otras ITS virales⁽³²⁷⁾⁽³²⁸⁾. El diafragma con espermicidas no debe ser usado en mujeres viviendo con VIH o con alto riesgo de adquirir el VIH⁽¹⁾⁽⁵⁾. Las usuarias de diafragma deben ser orientadas a usar el condón si están en riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH⁽²⁹⁸⁾.

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 eyaculación, debe mantenerse en la vagina por al menos 6 horas y debe retirarse antes de las 24 horas. Puede haber problemas con la técnica para la inserción y remoción del diafragma.

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.

4.2.4. Espermicidas

Los espermicidas son el método de barrera vaginal más ampliamente usado en el mundo. Las mujeres los prefieren porque para su uso no se requiere la intervención de un profesional de salud, ni receta médica, su uso es fácil y a veces se puede aplicar sin que el compañero sexual lo sepa. No producen efectos secundarios sistémicos, y los efectos locales son leves. Sin embargo, son muy poco eficaces para prevenir embarazos y su uso prolongado puede aumentar el riesgo de adquirir el VIH y estudios recientes mostraron que no protegen contra la transmisión de ITS bacterianas como la gonorrea y la clamidia⁽³¹⁰⁾⁽³²⁹⁾⁽³³⁰⁾.

Descripción

Los espermicidas vienen en supositorios, tabletas espumantes, películas, espumas, jaleas o cremas. Contienen dos componentes: un químico que destruye o inactiva los espermatozoides y una base o excipiente que sirve para dispersar el químico en la vagina, cervix y endocervix, de manera de formar una barrera física y química entre el semen y el cuello del útero. Los ingredientes activos de los espermicidas disponibles en el mercado son el: nonoxinol-9 (N-9), octoxinol-9, cloruro de benzalkonio y menfegol. El ingrediente activo más usado en los productos que se comercializan actualmente, el nonoxinol-9, es un potente surfactante que produce destrucción de la membrana celular de los espermatozoides.

Modo de uso

Los espermicidas se colocan antes del coito en la parte superior de la vagina, lo más cerca del cuello uterino. Debe utilizarse una nueva dosis en cada relación sexual. Las espumas, jaleas y cremas tienen una acción anticonceptiva inmediata después de insertadas y son eficaces por 8 horas, en cambio las tabletas, supositorios y películas deben insertarse entre 10 a 15 minutos antes de la relación sexual para que se disuelvan en la vagina y son eficaces durante una hora después de aplicados. Se recomienda usar los espermicidas combinados con otro método de barrera, como el condón o el diafragma, por su alta tasa de falla cuando se utilizan solos⁽³¹⁰⁾.

4.3. Método de la amenorrea de lactancia

Se ha llamado método de la amenorrea de lactancia (MELA) al conjunto de condiciones que permiten alcanzar un nivel elevado de eficacia anticonceptiva mediante la lactancia exclusiva⁽³³¹⁾⁽³³²⁾.

Estas condiciones son:

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

Cuando no se cumple 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 posparto 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⁽³³²⁾⁽³³³⁾⁽³³⁴⁾⁽³³⁵⁾⁽³³⁶⁾⁽³³⁷⁾⁽³³⁸⁾⁽³³⁹⁾⁽³⁴⁰⁾⁽³⁴¹⁾.

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 posparto. 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⁽³³⁷⁾ 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 posparto)⁽³³⁴⁾⁽³⁴⁰⁾⁽³⁴²⁾⁽³⁴³⁾⁽³⁴⁵⁾⁽³⁴⁶⁾⁽³⁴⁷⁾⁽³⁴⁸⁾⁽³⁴⁹⁾. Hay una clara relación entre la forma en que se lacta y la duración del período de amenorrea posparto:

- Las mujeres en lactancia exclusiva tienen una probabilidad más alta de permanecer en amenorrea que las que agregan otros alimentos al/la niño/a⁽³³⁹⁾⁽³⁵⁰⁾⁽³⁵⁵⁾⁽³⁵⁶⁾⁽³⁵⁷⁾. 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⁽³⁵¹⁾⁽³⁵²⁾⁽³⁵³⁾⁽³⁵⁴⁾. El primer sangrado posparto 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 mantención de la lactancia exclusiva y la inhibición del ovario: mientras más frecuentes son los episodios de succión, más larga es la lactancia y más probable es que la mujer permanezca en amenorrea⁽³⁴⁷⁾⁽³⁵⁸⁾.
- La amenorrea es más larga en aquellas poblaciones en que las mujeres lactan por períodos prolongados⁽³⁵⁷⁾⁽³⁵⁸⁾. 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 es suficiente para preparar el endometrio⁽³⁴⁸⁾⁽³⁴⁹⁾.

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 posparto.

Después de los seis meses posparto, 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 posparto, aunque en algunos lugares del mundo, las mujeres presentan períodos de amenorrea muy largos y su infertilidad dura más allá de los seis meses.

Efectos beneficiosos

La lactancia materna ofrece alimentación ideal para los/las lactantes y protección contra enfermedades y tiene importantes ventajas para el crecimiento, la salud y el desarrollo de los niños y las niñas⁽³⁵⁶⁾⁽³⁵⁷⁾⁽³⁵⁸⁾. Además, la lactancia exclusiva tiene el efecto anticonceptivo que se obtiene en las condiciones descritas.

Criterios médicos de elegibilidad de la OMS

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, las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles deben ser informadas de que el método de amenorrea de lactancia podría no ser apropiado para ellas debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico⁽¹⁾⁽⁵⁾.

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 a el/la lactante y de las alternativas para alimentarlo/a. La lactancia materna agrega un riesgo adicional en la transmisión vertical de 14% hasta 29%, Está garantizado por las GES la terapia antirretroviral para la madre y el sustituto de leche materna para los hijos de madres VIH (+), hasta los 6 meses de edad.
- *Uso de medicamentos:* No se recomienda que amamanten las mujeres que están usando drogas como: antimetabolitos, bromocriptina, ciertos anticoagulantes, altas dosis de corticosteroides, ciclosporina, ergotamina, litio, drogas radioactivas, reserpina y drogas que alteran el estado de ánimo.
- *Condiciones de los/as recién nacidos/as:* La lactancia pueden ser difícil si el o la recién nacido/a presenta deformaciones congénitas de la boca, mandíbula o paladar; en recién nacido/as que son pequeño/as para la edad gestacional o prematuros/as y que necesitan cuidado neonatal intensivo; y en casos con ciertos trastornos metabólicos.

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 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 que viven en sectores urbanos recuperan los sangrados menstruales y la ovulación en los primeros seis meses posparto, 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 posparto y orientarla:

- ¿Ha tenido su primer sangrado posparto?
- ¿Está dando suplementos a sus hijos/as?
- ¿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 SÍ: 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.

4.4. Métodos de abstinencia periódica

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. Se han llamado también métodos basados en el conocimiento de la fertilidad y métodos naturales y se han usado distintos marcadores para identificar el período fértil ⁽¹⁾⁽⁵⁾⁽³⁵⁹⁾⁽³⁶⁰⁾⁽³⁶¹⁾⁽³⁶²⁾⁽³⁶³⁾⁽³⁶⁴⁾⁽³⁶⁵⁾⁽³⁶⁶⁾.

De acuerdo al método usado para determinar el período fértil, se conocen como:

- Métodos basados en síntomas:
 - Método de la ovulación o del moco cervical
 - Método de la temperatura basal
 - Método Sintotérmico
 - Método de los 2 días
- Métodos basados en el calendario:
 - Método del ritmo calendario
 - Método de los días estándar

Hay una diferencia importante entre los métodos basados en síntomas que determinan el período fértil usando evidencia observable y reconocible por cada mujer y los basados en el calendario que hacen un cálculo de probabilidades basado en datos estadísticos y no en la condición individual del ciclo.

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 menor de 24 horas, y la de los espermatozoides es de alrededor de 5 días.
- La fecundación sólo se puede lograr si el coito antecede a la ovulación por no más de cinco días o si coincide con la ovulación, es decir, puede ocurrir en cualquiera de los días comprendidos desde el 1º al 6º día después del coito ⁽³⁶⁷⁾.

- 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, 5 para el método de los días estándar, 3 para el método del moco cervical, 2 para el método sintotérmico, 4 para el método de los 2 días y 1 cuando sólo se tienen relaciones en el período post-ovulatorio (73)(365). Sin embargo, las tasas de embarazo son de 25 por 100 mujeres durante el primer año de uso típico cuando se consideran en forma conjunta los embarazos por falla del método y por relaciones en el período de abstinencia requerido (fallas de lo/as usuarios/as). En los ciclos en que la pareja tuvo relaciones en el período fértil, la tasa de embarazo es semejante al de parejas que tienen relaciones sexuales en el período fértil sin usar protección anticonceptiva lo que equivale al uso del método para conseguir un embarazo ⁽³⁶⁸⁾.

Características

Entre los aspectos que las parejas pueden considerar beneficiosos están:

- Son efectivos si se aprenden y 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 y su efecto en el cuerpo y la vida de la mujer.
- 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/as usuarios pueden practicar el método sin necesidad de seguimiento.
- Pueden ser usados para identificar el período fértil cuando la mujer o pareja quieren un embarazo o desean evitarlo.

Entre los aspectos que algunas parejas pueden considerar desventajas están:

- Las fallas en el uso de los métodos de abstinencia periódica 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,

sintotérmico, calendario y de días fijos 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 descubrir cómo vivir constructivamente la abstinencia.
- El período de aprendizaje dura entre 1 y 4 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 fácil monitorear y anotar diariamente los signos de fertilidad, sin embargo para otras puede resultar difícil, particularmente por tiempos prolongados, si no se crea el hábito.

Criterios Médicos de Elegibilidad OMS

No hay condiciones de salud que puedan empeorar por el uso de los métodos de abstinencia periódica o por el uso de métodos de barrera en conjunto con el reconocimiento del período fértil. En general, pueden ofrecerse sin preocupación por los efectos sobre la salud de las personas que los escogen. Sin embargo, hay condiciones que hacen su uso más complejo, en las que se recomienda precaución (cuidado) o retrasar el uso del método y una enseñanza particularmente segura y bien monitorizada para facilitar su correcto uso⁽¹⁾⁽⁵⁾.

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 podrían no ser recomendables por la elevada tasa de fracaso que se observa en el uso habitual. Si la mujer decide usarlos, tienen que ser usados con supervisión profesional hasta alcanzar una adecuada autonomía de uso.

Cuidado (C): Condiciones que requieren precaución:

- *Edad:* Después de la menarquia y en la peri-menopausia, 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. Durante los primeros ciclos menstruales, aunque no se ha recuperado completamente la fertilidad, hay que tener cautela en el uso de estos métodos ya que hay con frecuencia ciclos irregulares, con fases lúteas cortas. La tasa de embarazo asociada al uso de los métodos de abstinencia periódica puede ser más alta en esta situación por la irregularidad de los ciclos y las dificultades para identificar los signos del período fértil⁽³⁶⁹⁾⁽³⁷⁰⁾.
- *Posaborto:* 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. En estos casos es necesaria la evaluación profesional.
- *Uso de ciertas drogas / medicamentos:* algunos medicamentos alteran la regularidad de los ciclos menstruales o afectan los signos de fertilidad, como los antidepresivos tricíclicos, los ansiolíticos (excepto las benzodiazepinas), el litio, uso prolongado de ciertos antibióticos y ciertas drogas antiinflamatorias (como aspirina, ibuprofeno, o paracetamol). Se debe reco-

mendar otros métodos mientras se evalúa la condición, o hasta que se interrumpa el uso del medicamento (esta condición también se puede considerar como razón para retrasar el uso de estos métodos).

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 los métodos de abstinencia periódica basados en síntomas después de recuperar los ciclos menstruales, pero los métodos basados en el calendario sólo se pueden iniciar después de tener al menos tres ciclos menstruales.
- *Posparto sin lactancia:* En las primeras cuatro semanas no hay actividad ovárica y no pueden reconocerse los signos de fertilidad. La mujer puede comenzar con los métodos de abstinencia periódica basados en síntomas después de recuperar los ciclos menstruales, pero los métodos basados en el calendario sólo se pueden iniciar después de tener al menos tres ciclos menstruales.
- *Posaborto:* 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 ciertas drogas / medicamentos:* algunos medicamentos alteran la regularidad de los ciclos menstruales o afectan los signos de fertilidad, como los antidepresivos tricíclicos, los ansiolíticos (excepto las benzodiazepinas), el litio, uso prolongado de ciertos antibióticos y ciertas drogas antiinflamatorias (como aspirina, ibuprofeno, o paracetamol). Se debe recomendar otros métodos mientras se evalúa la condición, o hasta que se interrumpa el uso del medicamento.

Métodos de abstinencia periódica, VIH e ITS

Las mujeres que viven con VIH o tienen SIDA o están en terapia antiretroviral pueden usar estos métodos, pero no debe recomendarse su uso, por el riesgo de adquirir una ITS u otra variante del virus VIH. Por lo anterior hay que enfatizar el uso adicional de condones para la protección contra la transmisión del VIH y las ITS.

Orientación a las y los potenciales usuarias/os

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 de las fechas de las menstruaciones y 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 cuando los ciclos menstruales son muy irregulares, en especial después de la menarquía y en la peri-menopausia, situación en que las usuarias pueden requerir acompañamiento profesional.
- 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⁽³⁵⁰⁾⁽³⁵¹⁾. Por esto, las usuarias requieren acompañamiento profesional.

Al elegir la técnica es preciso recordar que:

- La mayor eficacia anticonceptiva se obtiene con el uso exclusivo del período infértil 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.
- Para una proporción importante de las parejas es difícil identificar el período fértil, especialmente en los primeros ciclos y a muchas personas les es difícil mantener la abstinencia de acuerdo a las reglas del método elegido, por lo que el seguimiento es importante.
- 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.

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. Si la mujer decide usar los métodos de abstinencia periódica, debe insistirse en un aprendizaje y uso correcto con seguimiento hasta la autonomía.

- 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 forma constructiva durante 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.

Los centros docentes de métodos naturales contemplan estas eventualidades y se insiste en la necesidad de que el proceso debe ser acompañado por una instrucción competente y reglas de uso precisas.

4.4.1. 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 ⁽³⁴³⁾⁽³⁷²⁾. La mayoría de las mujeres, independientemente del nivel educacional, pueden 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.

4.4.2. 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⁽³⁶¹⁾⁽³⁷³⁾⁽³⁷⁴⁾. 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 o ciertos medicamentos⁽¹⁾⁽⁵⁾.

4.4.3. Método sintotérmico

El método sintotérmico consiste en la determinación de las fases fértil e infértil del ciclo menstrual, mediante una combinación de señales⁽³⁶³⁾. Se considera una de las formas más precisas para detectar el período fértil⁽³⁷⁰⁾⁽³⁷⁵⁾⁽³⁷⁶⁾. 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.

4.4.4. 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⁽³⁵⁹⁾⁽³⁶⁰⁾. 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.

4.4.5. Método de los días estándar

Una mujer puede usar el método de los días estándar si la mayoría de sus ciclos menstruales dura entre 26 y 32 días. Si ella tiene más de 2 ciclos más largos o más cortos a lo largo de un año, este método será menos efectivo y se debe sugerirle otro método. Se considera que el período fértil se extiende desde el día 8 hasta el día 19 de cada ciclo y la pareja debe evitar las relaciones sexuales en este intervalo⁽³⁷⁷⁾. Como recordatorio, se ha diseñado un collar con cuentas de diferentes colores (CycleBeads, el collar del ciclo) que indica los días fértiles e infértiles del ciclo con un color específico; también se puede emplear un calendario para marcar las fechas relevantes.

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 la eficacia de su uso como apoyo a la identificación del período fértil. Su desarrollo y aplicación ha sido orientado a la mejor detección del período fértil cuando se está buscando una concepción.

4.5. Anticoncepción quirúrgica voluntaria

La Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) 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 esterilización quirúrgica femenina es el método más ampliamente utilizado en el mundo (18,9% de las mujeres) y se estima que va a seguir siendo así por los próximos 20 años. La proporción de esterilizaciones en mujeres y hombres es distinta: en Latinoamérica es de 25,9 a 2,3 mientras que a nivel mundial es de 18,9 a 2,4⁽²¹⁾. La mayor frecuencia de AQV femenina que masculina 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. Sin embargo, En países desarrollados como Inglaterra, Canadá, España, Holanda y Nueva Zelanda la vasectomía se realiza con mayor frecuencia que la esterilización femenina⁽³⁷⁸⁾.

La esterilización es un método muy eficaz e irreversible, por lo que la/el solicitante deberá ser adecuadamente informado/a de las diferentes alternativas anticonceptivas altamente eficaces no definitivas y de los riesgos de este procedimiento para que su decisión sea libre y voluntaria.

Directrices para los servicios de salud sobre esterilización femenina y masculina (anticoncepción quirúrgica voluntaria, AQV)⁴.

1. Se podrá acceder a la esterilización a petición de la persona solicitante, por recomendación médica o a solicitud de terceros, en casos especiales.
2. La decisión de someterse a esterilización es personal y emanará de la voluntad libre manifestada por quien la solicita, sin que ello quede supeditado a la aprobación de terceras personas, respecto de mayores de edad en posesión de sus facultades mentales.
3. Ante la solicitud de esterilización, el/la profesional tratante, médico o matrona, deberá entregar consejería en salud sexual y reproductiva a la persona, con información completa sobre métodos anticonceptivos alternativos y sobre la situación de irreversibilidad de la medida en el caso de la vasectomía y de alta improbabilidad de reversión en el caso de la esterilización femenina, incluyendo las posibles complicaciones y porcentaje de fracaso de ambas.
4. Cuando él o la solicitante persistan en su decisión, previo a la ejecución del procedimiento respectivo, se dejará constancia en un documento denominado "Consentimiento Informado", elaborado al efecto, de su decisión de realizarse el procedimiento, de la circunstancia de haberlo decidido libremente y de haber recibido toda la información sobre el mismo, sobre su carácter irreversible y sobre los métodos anticonceptivos alternativos existentes, el que será firmado por éste y el/la médico tratante (Ver anexo N°7).
5. En caso que la persona no sepa leer o tenga alguna discapacidad sensorial sea visual y/o auditiva, en el "Consentimiento Informado" se dejará constancia de ello y se estampará la huella dactilar de su pulgar derecho o izquierdo, además de las firmas del médico tratante y se dispondrá de los medios alternativos de comunicación para prestar su consentimiento, en concordancia con lo dispuesto en la Ley N° 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad y Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. El documento en que consten dichas actuaciones se archivará con la ficha clínica y copia de él se entregará al interesado.
6. La persona podrá desistirse siempre de la decisión tomada, hasta antes de iniciado el procedimiento, bastando para ello su mera declaración en tal sentido, la que deberá constar por escrito en el mismo documento de Consentimiento Informado.
7. En los casos en que vaya a practicarse la esterilización durante la realización de una operación cesárea, los procedimientos de consejería de la persona y de registro de su decisión, señalados en los números anteriores, se efectuarán antes de la misma y se firmarán los documentos señalados.
8. La esterilización de personas que padecen de una enfermedad discapacitante que les produzca carencia de discernimiento se efectuará de conformidad a la Norma General Técnica N° 71, aprobada por Resolución Exenta N° 1110 de diciembre del 2004, del Ministerio de Salud, que establece Normas de Esterilización Quirúrgica en Personas con Enfermedad Mental o bien la normativa que la reemplace.

⁴ Este texto, mediante el decreto de aprobación de las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, deroga la Resolución Exenta N° 2326, del 30 de Noviembre de 2000 (374), que fija directrices para los servicios de salud sobre esterilización femenina y masculina.

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, grapas o dispositivos intratubarios. 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 acotados según normativa especial definida para ello. 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, isoimmunización 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 adecuada es esencial, considerando la irreversibilidad de los procedimientos de esterilización quirúrgica, especialmente en solicitantes muy jóvenes o que no han tenido hijos/as, hombres que aún no han sido padres y personas con problemas mentales incluyendo trastornos depresivos⁽³⁸⁰⁾⁽³⁸²⁾.

- 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, los criterios

médicos de elegibilidad para el método y la disponibilidad de alternativas anticonceptivas de largo plazo, muy efectivas pero no definitivas.

- 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 posibilidad de fracaso de 0,5%. 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, junto con resolver dudas y aclarar conceptos previos si fuese necesario.
- Es también responsabilidad del/la orientador/a asegurarse que la persona que desea AQV haya leído, entendido y firmado la hoja de consentimiento informado.
- Se debe poner énfasis sobre la condición de irreversibilidad dado que la posibilidad de que pueda revertirse por un procedimiento quirúrgico complejo o conseguir un embarazo utilizando técnicas de fertilización asistida son de muy bajo rendimiento y de accesibilidad limitada en los servicios públicos.
- 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. En casos de personas con discapacidad mental, que no sean capaces de dar consentimiento, existe una normativa específica
- 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 posparto 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.
- 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.

Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS

No existe condición médica que restrinja en forma absoluta la AQV pero existen algunas condiciones y circunstancias que requieren ciertas precauciones⁽¹⁾⁽⁵⁾. Las siguientes categorías de clasificación están basadas en revisiones de la evidencia clínica y epidemiológica para la elegibilidad médica al procedimiento:

- **Categoría A (Aceptar):** No hay ninguna razón médica para rechazar la esterilización.
- **Categoría C (Cuidado):** Puede realizarse en forma normal pero teniendo precauciones especiales y preparación adicional.
- **Categoría R: (Retrasar):** El procedimiento se debe postergar hasta poder evaluar o corregir la condición. Se deberá ofrecer alternativas anticonceptivas temporales.
- **Categoría E (Condiciones especiales):** El procedimiento debiera ser realizado por un equipo médico experimentado con disponibilidad de equipo de anestesia general y otros sistemas de soporte médico y la posibilidad de poder elegir el procedimiento más apropiado y el tipo de anestesia más adecuado. Si es necesario referir a centros de mayor complejidad o si se debe postergar se deberá ofrecer alternativas anticonceptivas temporales.

ITS/VIH

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 a las mujeres en riesgo aunque no se necesiten como anticonceptivos.

4.5.1. Anticoncepción quirúrgica femenina

Procedimientos para la AQV Femenina

La esterilización femenina se realiza mediante la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB). Las oportunidades para realizarla son:

1. **Intervalo:** Se refiere a los procedimientos que se realizan sin relación a un evento obstétrico, en los primeros 7 días del ciclo menstrual o en cualquier otro momento si se tiene la certeza que la mujer no está embarazada. Se refiere a un procedimiento electivo, ambulatorio, bajo anestesia general o regional.
2. **Poscesárea:** En el momento de terminar la histerorrafia y controlado el sangrado.
3. **Posparto:** Inmediatamente o en los primeros 7 días posparto 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.
4. **Posaborto:** Inmediatamente al mismo o en los primeros 7 días, siempre que no haya infección.
5. **Concurrente:** Cuando se realiza aprovechando un momento quirúrgico de una cirugía abdominal o vaginal programada.

Previa anestesia local, regional o general, se puede usar una minilaparotomía suprapúbica (en intervalo) o infraumbilical (en posparto), o una laparoscopia para abordar las trompas. Una vez individualizadas, estas se ocluyen según la técnica preferida (Pomeroy, Irving, Parkland, Uchida, electrocoagulación bipolar u otra)⁽³⁸⁰⁾⁽³⁸²⁾⁽³⁸³⁾. También se ha usado la vía histeroscópica, que no requiere anestesia, para generar oclusión tubárica a través de la introducción de ciertos dispositivos en los ostiums tubáricos, los que no han sido considerados en los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS. Este método fue aprobado por la FDA el 2002 y dicha aprobación se encuentra actualmente en revisión (384). 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 posparto o por coagulación unipolar realizada en el intervalo, que cuando se usan clips o bandas de silicona para ocluir la trompa (Tabla C.12)⁽³⁸⁵⁾. La coagulación monopolar (7,5) fue abandonada debido a la considerable destrucción de la trompa, y su asociación con hemorragia secundaria al momento de la división tubárica.

Tabla C.12. Tasa acumulada de embarazo en mujeres esterilizadas entre 28 - 33 años de edad

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

Adaptado de (385)

Las causas identificadas de embarazo posterior a la esterilización quirúrgica son:

- Embarazo al momento del procedimiento
- Confusión de la trompa con otra estructura (ligamento redondo)
- Recanalización de la trompa (uso de suturas no absorbibles, anillos de silastic o cuando se ha realizado la coagulación bipolar, sin reseca un segmento tubárico).
- Formación de fistulas en la trompa

Efectos beneficiosos

Es muy efectiva y de carácter definitivo. Es un procedimiento quirúrgico seguro y no hay efectos negativos para la salud a largo plazo ni mortalidad atribuible a la AQV femenina⁽¹⁵⁹⁾⁽³⁸⁰⁾⁽³⁸¹⁾⁽³⁸⁶⁾. No interfiere con la función sexual y no altera el deseo sexual ni se asocia a dismenorrea, síndrome premenstrual o alteraciones del volumen menstrual⁽³⁸⁷⁾. Si se practica en el posparto, no influye sobre la duración de la lactancia, siempre que no implique separación prolongada de la madre y su hija/o⁽³⁸⁸⁾. Las mujeres esterilizadas tienen menor riesgo de cáncer del ovario⁽³⁸⁹⁾⁽³⁹⁰⁾ y de presentar un proceso inflamatorio pélvico.

Por su alta eficacia anticonceptiva reduce el riesgo de embarazo ectópico siendo la tasa de ectópicos de 0.1 por 1000 años-mujer en comparación con 2.66 en mujeres que no usan anticoncepción y de 1.2 por 1000 salpingectomías parciales posparto⁽³⁹¹⁾. 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 varía según el procedimiento siendo mayor después de la electrocoagulación que tras la oclusión mecánica⁽³⁹¹⁾.

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) y se presentan en menos del 1% de las mujeres⁽³⁸¹⁾. La vía laparoscópica puede causar lesión con la aguja para el pneumoperitoneo o con el trocar de punción umbilical en vísceras o vasos sanguíneos importantes, enfisema subcutáneo o muy raramente causar embolia gaseosa. La diatermocoagulación tiene más riesgos de lesiones intra-abdominales que las otras técnicas de oclusión. Aunque la esterilización no se asocia a disfunción menstrual en mujeres mayores 30 años, puede haber un discreto aumento del volumen menstrual en mujeres más jóvenes⁽³⁸⁷⁾.

Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS

No existe condición médica que restrinja en forma absoluta la AQV femenina. Aunque algunas condiciones que se consideran en las categorías C (cuidado), R (retrasar) y E (condiciones especiales) se listan a continuación; para algunas de estas condiciones y circunstancias, los riesgos teóricos o probados pueden ser mayores que las ventajas de los procedimientos de esterilización, en especial la esterilización femenina. Cuando los riesgos de la esterilización superan los beneficios, los métodos anticonceptivos de largo plazo y gran efectividad son una alternativa preferible. Las decisiones en este aspecto deben tomarse según cada caso en particular, teniendo en cuenta los riesgos y los beneficios de la esterilización en comparación con los riesgos del embarazo, y la disponibilidad y la aceptabilidad de métodos alternativos de gran efectividad. Las demás condiciones de salud están en categoría A (aceptar) y no son impedimento para realizar la AQV⁽¹⁾⁽⁵⁾.

Categoría C

- Edad muy joven
- Obesidad 30 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.
- Lupus eritomatoso sistémico.
- Epilepsia.
- Cáncer de mama actual.
- 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 (Hb 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 Hb < 7g/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 posparto 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 posaborto

- 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.
- TVP/EP con terapia anticoagulante.
- Valvulopatía cardíaca no complicada.
- Lupus eritomatoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o valor desconocido), trombocitopenia severa o tratamiento inmunosupresor.
- 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 una visita 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.

Arrepentimiento y reversibilidad

Entre un 5% y 15% de las mujeres evidencian algún grado de arrepentimiento por su pérdida de la capacidad reproductiva. La edad temprana es el predictor de arrepentimiento más significativo, que llega al 20% de las mujeres esterilizadas a una edad joven⁽³⁹³⁾. No más del 2% acuden a procedimientos de reversión, siendo las mujeres menores de 30 años las que con mayor frecuencia lo solicitan. Las razones incluyen separación, divorcio o fallecimiento del cónyuge y nueva unión de pareja, fallecimiento de un hijo y también problemas psicológicos surgidos después de éste procedimiento. El éxito de la reversión está en directa relación con la longitud de la trompa remanente después de la oclusión teniendo la técnica de re-anastomosis ístmico-ístmica la mayor tasa de éxito. El uso de electro coagulación monopolar para la AQV es la técnica que más destruye la trompa y probablemente la aplicación de clips y la técnica de Pomeroy las más fácilmente reversibles. Por lo anterior, la selección de la técnica quirúrgica a realizar en una mujer joven debería planearse con el pensa-

miento de preservar la posibilidad de reversión y elegir el procedimiento mínimamente destructivo. Es muy importante hacer énfasis en que cualquiera de éstas técnicas de esterilización a realizar será permanente, por lo que si la mujer no tiene certeza de querer un nuevo embarazo posteriormente en su vida, la esterilización quirúrgica no sería un método de elección.

4.5.2. Anticoncepción quirúrgica 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.

En la vasectomía convencional se realizan dos incisiones escrotales, se expone, aísla y secciona de 1 a 1.5 cm del conducto deferente de cada lado, se realiza ligadura de cada extremo con sutura no absorbible usando electrocoagulación para sellar el conducto previamente ligado, y se realiza interposición de fascia entre los dos extremos de los deferentes seccionados y ligados cerrando finalmente la incisión escrotal.

En la vasectomía sin bisturí se hace, previa anestesia local, una punción única en el rafe medio del escroto para abordar los deferentes. En ésta técnica se utilizan 2 pinzas, una pinza que termina en un anillo que fija el deferente en el rafe y una pinza de disección similar a la pinza mosquito curva puntiaguda que punciona el escroto y disecciona los deferentes, preservando la arteria deferencial. Se secciona de 1 a 1.5 cm del conducto deferente, se liga y se realiza interposición de fascia entre los dos extremos de los deferentes seccionados y ligados, lo que aumenta la eficacia de la técnica. Ésta técnica disminuye la posibilidad de hemorragia, es menos traumática y no requiere de suturas en la piel escrotal. Es menos dolorosa y reporta alta tasa de satisfacción de los usuarios de ésta técnica ⁽³⁹²⁾⁽³⁹³⁾.

Se deben observar los controles y prácticas pre y post-operatorias habituales.

Eficacia anticonceptiva

Es uno de los métodos anticonceptivos más efectivos, con tasas de falla en el primer año de 0.1 a 0.2 por cada 100 mujeres, parejas de los hombres vasectomizados. Tiene una eficacia retardada ya que se requieren tres meses para la depleción completa de espermatozoides en la mayoría de los hombres, durante los cuales la pareja debe usar otro método anticonceptivo. Se recomienda, si es posible, realizar a los tres meses un espermiograma control o por lo menos una evaluación simple al microscopio de una muestra de semen para verificar la ausencia de espermatozoides ⁽³⁾. La utilización de otros métodos anticonceptivos puede abandonarse si el espermiograma muestra azoospermia o un recuento ≤ 100.000 espermatozoides 100% inmóviles a los 3 meses de realizada la vasectomía. No es efectivo que la esterilidad se logre después de 20 eyaculaciones ⁽³⁹⁴⁾⁽³⁹⁵⁾⁽³⁹⁶⁾⁽³⁹⁷⁾⁽³⁹⁸⁾⁽³⁹⁹⁾⁽⁴⁰⁰⁾.

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. La técnica quirúrgica en que se realiza interposición de fascia entre los cabos de sección mejora las tasas de eficacia de la técnica.

Efectos beneficiosos

Es muy efectiva y de carácter definitivo. Las complicaciones son escasas, no hay efectos negativos para la salud a largo plazo, no interfiere con la libido, la erección, los niveles hormonales, no produce alteraciones psicológicas ni afecta la producción testicular de espermatozoides. No se asocia a riesgos más alto de enfermedades cardíacas o testiculares, cáncer de próstata o desórdenes inmunológicos⁽³⁸¹⁾. Puede realizarse en forma ambulatoria y bajo anestesia local y es de mucho menor costo y riesgo para la salud que la esterilización femenina⁽⁴⁰¹⁾⁽⁴⁰²⁾.

Efectos adversos

Puede haber dolor, equimosis, hematoma, u otras molestias posteriores semejantes a las de toda cirugía menor, las que son raras cuando se emplea la vasectomía sin bisturí. 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. La recanalización espontánea es una complicación post operatoria que puede ser temprana (3 a 4 meses) o tardía (2 años) por lo que se deberá verificar un recuento espermático a los 3 meses. Un efecto adverso que ocurre en menos de una de cada mil vasectomías es el dolor testicular crónico pos vasectomía^{(402) (403) (404)}.

Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS

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 de transmisión sexual activa.
- Infección sistémica o gastroenteritis.
- Filariasis; elefantiasis.
- Tumor intraescrotal.

Categoría E

- Hernia inguinal.
- Trastornos de la coagulación.
- SIDA con tratamiento antirretroviral.

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 pos operatorias

En el post-operatorio se recomienda descanso relativo y abstinencia sexual por dos días, elevación del testículo 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 deben usar condones u otro método anticonceptivo durante 3 meses. Se deberá hacer un control a los 7 días.

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. La reversibilidad del procedimiento requiere de una intervención quirúrgica especial, costosa y de disponibilidad limitada a centros especializados. El éxito de este último procedimiento es alto cuando se realiza antes de los 10 años.

Arrepentimiento y reversibilidad

Se estima que hasta el 6% de los hombres que se han sometido a una vasectomía desean que esta sea revertida⁽³⁹⁷⁾⁽⁴⁰⁵⁾ y un 3,5% de hecho se realiza una reversión microquirúrgica mediante vasovasostomía⁽⁴⁰⁶⁾. Dado que la incidencia de la vasectomía está aumentando significativamente, también el número de hombres que la revierte crece globalmente. La predicción o pronóstico de éxito después de una reversión microquirúrgica de la vasectomía desciende progresivamente a medida que el intervalo de tiempo transcurrido desde la vasectomía se incrementa. Un estudio importante llevado a cabo por el Vasovasostomy Study Group reportó que tanto las tasas de permeabilidad como las de embarazo decrecen con el tiempo a medida que el mencionado intervalo aumenta⁽³⁹⁵⁾. La tasa de permeabilidad a los 3 meses post reversión (vasovasostomía) en publicaciones internacionales y nacionales es de aproximadamente un 80-90%⁽³⁹²⁾⁽³⁹³⁾. Las tasas de embarazo en global post reversión de la vasectomía son del 52%, pero cuando esta reversión se realiza antes de 3 años de la realización de la vasectomía la tasa de embarazo es sobre el 70%⁽⁴¹⁰⁾⁽⁴¹¹⁾.

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 posparto
- Mujeres en el período posaborto
- Mujeres después de los 35 años
- Personas en riesgo de adquirir, cursando o viviendo con VIH/SIDA e ITS
- Hombres
- Personas en situación de discapacidad

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

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⁽⁴¹²⁾. La adolescencia representa un período de maduración biológica, psíquica y social que ocurre en formas diferentes para cada persona. Por esto, 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 diferentes etnias o culturas, lo que debe ser considerado en la provisión de los servicios de anticoncepción⁽⁴¹³⁾.

Uno de los serios problemas que experimentan las y los adolescentes en Chile es la alta tasa de embarazos no deseados y no planificados. El porcentaje de partos en adolescentes, del total de nacidos vivos en Chile, se ha mantenido entre el 15,6% y el 13,3% entre los años 2005 y 2013 respectivamente. Hay grandes diferencias por nivel socioeconómico, siendo el porcentaje de partos en adolescentes mucho mayor en las comunas con alto índice de pobreza que en las comunas con bajo índice de pobreza donde las tasas de embarazo en adolescentes son similares a las de los países más desarrollados del mundo⁽⁴¹⁴⁾.

La experiencia de los países más desarrollados, y también la chilena, muestra que la educación sexual, la orientación y consejería, 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 el acceso igualitario a una educación de calidad para todas y todos, el estímulo al desarrollo personal de mujeres y hombres, la promoción de iguales oportunidades laborales, y la valoración social de la maternidad y paternidad como responsabilidades propias de la vida adulta⁽⁴¹³⁾⁽⁴¹⁴⁾⁽⁴¹⁵⁾⁽⁴¹⁶⁾⁽⁴¹⁷⁾. Además, es indispensable la difusión de información sobre estos recursos a través de diversos medios de comunicación para que las y los adolescentes sepan donde concurrir para

su atención. Para la prevención del embarazo repetido es importante el seguimiento de las madres adolescentes, al menos durante los dos primeros años, de manera de favorecer el acceso y uso de métodos anticonceptivos. También es necesario crear modelos educacionales que permitan retener en la escuela a la adolescente embarazada y a su pareja, cuando es adolescente, creando establecimientos escolares con salas cunas y jardines infantiles para facilitar el cuidado de sus hijos/as ⁽⁴¹⁸⁾
(419)(420)(421)(422)

Dado el interés expresado por el personal de salud en los aspectos éticos y legales involucrados en la entrega de anticoncepción a las y los adolescentes, este capítulo se inicia con información actualizada sobre estas materias. Luego se presenta información sobre el uso de métodos anticonceptivos por adolescentes en Chile, los criterios médicos para la elección de métodos anticonceptivos y la orientación y servicios necesarios para el uso de anticoncepción en la adolescencia.

1.1. Consideraciones éticas y legales y confidencialidad

La legislación actual reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, debiendo estimarse el goce efectivo de sus derechos en función de su etapa evolutiva. La Constitución chilena señala que el Estado debe proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud; de igual forma, la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN) explicita que los derechos humanos también se aplican a niños, niñas y adolescentes.

La CIDN fue suscrita y ratificada por Chile, lo que obliga al Estado chileno a difundirla e implementarla; esta convención garantiza a los niños, niñas y adolescentes (menores de 18 años) el derecho a expresar su opinión y a “ser oídos” en función de su autonomía progresiva, atendiendo al “interés superior del niño”. En materia de salud sexual y reproductiva señala, en su Observación General N° 4, párrafo 11, que los Estados deben asegurar el acceso a la información adecuada, independiente del permiso de los padres o tutores y que los trabajadores de la salud tienen la obligación de resguardar la confidencialidad de la atención, información que 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.

Esta norma, que actualiza la versión del año 2006 ratifica lo expresado en relación a que “no se puede condicionar la entrega de anticoncepción a las y los adolescentes según la aprobación de los padres”. Esta declaración fue motivo de la impugnación ante el Tribunal Constitucional, a requerimiento del cual, la Contraloría General de la República estimó en su informe: “que, a través de las normas administrativas que se impugnan en ese requerimiento, no se violenta tal garantía (se refiere al derecho y deber preferente de los padres de educar a sus hijos e hijas), toda vez que la orientación y atención se entrega al adolescente por iniciativa propia y no por la del personal de salud. Agrega que la circunstancia de que el ordenamiento constitucional haya otorgado a los padres el derecho de que se trata, no implica que tal prerrogativa sea exclusiva de aquéllos y, en consecuencia, excluyente de las funciones que competen al Estado en materia de educación, ya sea de orden general o, en aspecto vinculados con la salud. El Tribunal Constitucional concluyó ⁽⁴²³⁾ que “Las Normas Nacionales sobre Regulación de Fecundidad no vulneran el derecho de los padres a educar a sus hijos ni les impiden el cumplimiento del deber que les incumbe, al establecer la consejería a adolescentes en un marco de confidencialidad sin consentimiento de los padres”.

La confidencialidad también se considera en el Código Penal chileno, en lo referente al Secreto Profesional, considerando su violación como un delito tipificado en el artículo 247, señalando penas para los profesionales que “revelen los secretos que por razón de su profesión se les hubieren confiado”. Este mismo concepto se refuerza en el Código Procesal Penal, que señala en el artículo 303 la “facultad de abstenerse de declarar por razones de secreto, no estarán obligadas de declarar aquellas personas que, por su estado, profesión o función legal... tuvieren el deber de guardar el secreto que se les hubiere confiado, pero únicamente en lo que se refiere a dicho secreto”.

En relación con la confidencialidad en materias de salud sexual y reproductiva, la Ley 20.418 que “Fija las normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de Regulación de la fertilidad”, garantiza la protección de la confidencialidad sin discriminación de ningún tipo, por lo que la edad no es condición para romper la confidencialidad, con la única excepción en lo concerniente a la anticoncepción de emergencia en menores de 14 años, en cuyo caso se le deberá entregar para luego informar a su padre, madre o adulto responsable que ella defina.

La confidencialidad es condición previa para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, más aún en lo que respecta a adolescentes, quienes identifican como puntos clave en la atención de salud la confidencialidad y el trato respetuoso⁽⁴²⁴⁾, es decir, que los reconozcan como sujetos de derechos, correspondiendo a los/las prestadores/as de salud el reconocimiento de estos derechos. Es obligación funcionaria de los/as prestadores/as de servicios de salud asegurar y satisfacer las prestaciones de salud a las que toda/o adolescente tiene derecho independientemente de su edad o de las valoraciones personales del o de la profesional⁽⁴²⁴⁾.

Frente a adolescentes que consultan 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 consciente de la necesidad de prevenir un embarazo y consultar a profesionales de salud idóneos/os sobre anticoncepción en lugar de hacerlo con amigo/as o directamente en la farmacia. Esa/e adolescente, 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/as profesionales de salud, ya sea solicitando a su madre o padre que pidan hora o que le otorgue los recursos para consultar en un lugar adecuado; 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 entregar 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 del tipo “objeción 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. Si no lo hubiese, deberá atender la demanda que le hace el/la joven que solicitó la atención.

1.2. Denuncia de actividad sexual

Son especialmente importantes algunas consideraciones que respecto a la protección de las y los adolescentes menores de 14 años en el ámbito de los delitos sexuales. La ley 20.418 en su Artículo 5º señala “Si al momento de solicitarse la prescripción médica de un método anticonceptivo de emergencia o de solicitarse su entrega en el sistema público o privado de salud fuese posible presumir la existencia de un delito sexual en la persona del solicitante o para quien se solicita, el facultativo o funcionario que corresponda deberá poner los antecedentes a disposición del Ministerio Público, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 198 del Código Procesal Penal”.

La Ley 19.927 del año 1999, que modificó el catálogo de delitos sexuales del Código Penal, establece que las personas menores de 14 años no tienen capacidad para consentir la actividad sexual como medida de protección. De esta manera, el artículo 362 establece 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”. 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 puede proceder penalmente cuando quien tiene actividad sexual con un/a menor de 14 años tiene hasta dos años de diferencia de edad en el delito de violación, y tres años de diferencia en otros delitos sexuales. En ambos casos no debe concurrir ninguna de las circunstancias recientemente señaladas.

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.

Es importante resaltar que no se denuncia a la adolescente que está recibiendo atención (quien es la presunta víctima), sino a 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/as 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 conscientes de los efectos de realizar la denuncia: para proteger a su pareja y/o evitar que su familia sepa sobre su actividad sexual 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.

El manejo delicado de esta situación exige que los/as directivos/as, asesores/as 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 de las y los menores frente a los delitos sexuales y no debe transformarse en una barrera para el acceso a los servicios y al ejercicio de los derechos de las y los adolescentes, en particular para los grupos más vulnerables.

1.3. Uso de anticoncepción en la adolescencia

Las Encuestas Nacionales de la Juventud muestran que el inicio de la vida sexual y el uso de anticonceptivos en adolescentes han experimentado cambios importantes en las últimas décadas. En la 6ª Encuesta Nacional de la Juventud⁽⁴²⁵⁾, el 48% de adolescentes de 15 a 19 años declara haber iniciado su vida sexual, con una edad de inicio promedio de 16,35 años en hombres y 17,1 años en las mujeres. Esto representa un adelanto de la edad de iniciación sexual respecto de años anteriores, especialmente entre las mujeres, las que en 1997 mostraban una edad promedio de inicio de relaciones sexuales de 18 años.

En la primera relación sexual, el promedio de uso de métodos anticonceptivos llega al 51,4 y los hombres registran una proporción ligeramente mayor de uso (52,9%) en relación a las mujeres (49,8%). Hay algunas diferencias en esta materia según educación, nivel socioeconómico y condición urbana o rural: la proporción de adolescentes que usó anticoncepción es mayor en el segmento ABC1 (76,1%) que en el E (39,3%), mayor en el nivel con educación universitaria o superior (65,8%) que con educación técnica superior (58,4%) o educación secundaria e inferior (43,6%) y también mayor en las zonas urbanas (52,8%) en comparación con las rurales (41,5%). En la última relación sexual, el uso de anticoncepción aumenta al 74,3% siendo también mayor en el nivel socioeconómico ABC1 (86,4%) que en los niveles D y E (70,3% y 64,9%, respectivamente) y también mayor en los grupos con más alto nivel educacional⁽⁴²⁵⁾.

Estos antecedentes destacan la necesidad de orientar e informar a todos/as 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⁽⁴²⁶⁾:

- Percepción de 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.

1.4. Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS

En general, las y los adolescentes pueden elegir entre una variedad de métodos adecuados para esta etapa de la vida, considerando ciertos criterios biomédicos ⁽¹⁾⁽⁵⁾:

- **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 porque existe preocupación tanto del riesgo de expulsión levemente menor en múltipara como de ITS causadas por la conducta sexual en algunas personas jóvenes).
- **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 debe informar del retraso en la recuperación de la fertilidad cuando se han usado inyectables de progestágeno solo y el riesgo de expulsión del DIU, levemente mayor en las nulíparas.
- **Condiciones de salud:** no hay restricciones para el uso de los diferentes métodos anticonceptivos en adolescentes sanas. En caso de patología física o psiquiátrica y la interacción con las drogas de uso prolongado que se utilizan en algunos tratamientos, deben aplicarse los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS independientemente 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 y se debe recomendar la doble protección si eligen usar otro método anticonceptivo. 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.

1.5. Opciones anticonceptivas para adolescentes

De acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad la OMS, no hay razones médicas para restringir el uso de ningún método anticonceptivo en adolescentes sanas ya que todos ellos están clasificados en categoría 1 (hormonales combinados, píldoras e implantes de progestágeno solo, anticoncepción de emergencia, métodos de barrera, abstinencia periódica) o en categoría 2 (inyectables de progestágeno solo, dispositivo intrauterino). Sin embargo es preciso considerar que, en esta población, es particularmente importante la eficacia anticonceptiva, también la continuidad de uso y la aceptabilidad. Por esto, a continuación se listan los métodos de acuerdo a su eficacia en uso típico (ver Tabla 1 en Sección C: Tecnología Anticonceptiva, 1. Propiedades de los Anticonceptivos).

Numerosos organismos internacionales han recomendado el uso de anticonceptivos reversibles de larga acción (conocidos como LARC por su sigla en inglés) como primera línea para la prevención efectiva del embarazo en adolescentes. Los LARC comprenden los implantes subdérmicos y los DIU, métodos anticonceptivos de larga acción (3 a 10 años), altamente eficaces debido a que no depende de la intervención de la usuaria, ni interfieren con el coito ⁽⁴²⁷⁾⁽⁴²⁸⁾⁽⁴²⁹⁾⁽⁴³⁰⁾.

El estudio CHOICE es un estudio prospectivo realizado en USA, que ofreció consejería y anticoncepción gratuita por 3 años, con disponibilidad de métodos de corta y larga acción a una cohorte de 10.000 mujeres entre 14 y 45 años. En un análisis preliminar ⁽⁴⁵⁷⁾ de 1054 mujeres entre 14 y 20 años se observó que el 62% eligió LARC, lo que demuestra que las adolescentes están interesadas en anticoncepción segura y efectiva. Al evaluar continuación con el método a los 12 meses, en menores de 20 años se observó continuación de implante en 85%, DIU-LNG en 88% y TCu en 72%, siendo el promedio de continuidad en los métodos de corta acción de 54% al año ⁽⁴³¹⁾⁽⁴³²⁾.

1.5.1. Métodos muy efectivos

Implantes de progestágeno solo: Los implantes son un método muy seguro y efectivo para las adolescentes y tienen la ventaja de ser un anticonceptivo reversible de acción prolongada. Las adolescentes usuarias de un implante tienen tasas de continuación y de satisfacción más altas que las usuarias de anticonceptivos hormonales combinados. Se debe dar información completa acerca de los trastornos del ciclo y especialmente de la posibilidad de experimentar amenorrea que puede ser poco aceptable para algunas adolescentes. También hay que explicar que la colocación y extracción de los implantes es un procedimiento con anestesia local que requiere personal profesional capacitado en dichos procedimientos.

Dispositivo Intrauterino: La T con cobre o con levonorgestrel están en categoría 2 de los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS⁽⁵⁾, para aquellas mujeres nulíparas menores de 20 años. Los DIU tienen una alta eficacia y la ventaja de ser un anticonceptivo reversible de acción prolongada y las adolescentes usuarias de un DIU tienen tasas de continuación y de satisfacción más altas que las usuarias de anticonceptivos hormonales combinados. Por otra parte, en 15 estudios que compararon el desempeño del DIU en mujeres que han tenido uno o más partos versus mujeres nulíparas, las mujeres nulíparas presentaron tasas más altas de expulsión y de extracciones por sangrado y dolor. Otros estudios también han reportado mayores tasas de expulsión, mayor dificultad para colocarlo y dolor en la inserción y después de la inserción ⁽⁴³³⁾⁽⁴³⁴⁾⁽⁴³⁵⁾⁽⁴³⁶⁾⁽⁴³⁷⁾. El uso de un DIU, ya sea la T con cobre o con levonorgestrel, está restringido siempre cuando hay riesgo de ciertas infecciones (cervicitis purulenta, clamidia, gonorrea) ⁽⁴³⁸⁾⁽⁴³⁹⁾⁽⁴⁴⁰⁾.

Es necesaria una capacitación adecuada de las/los profesionales en la inserción de DIU y una buena consejería explicando el riesgo de expulsión y de dolor y la posibilidad de experimentar desórdenes de sangrado durante los primeros meses. En las nuligestas es especialmente importante la evaluación ginecológica previa, las características del cuello y longitud de la cavidad uterina. Se debe citar a la adolescente en 2 a 3 semanas para el primer control, con la indicación de consulta inmediata si hay dolor persistente pos inserción, signos de infección u otro problema.

1.5.2. Métodos efectivos

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. Puede ser usada por las adolescentes, recordando que pueden producir sangrados irregulares en los primeros meses e incluyendo en la anamnesis los elementos mencionados para las píldoras combinadas. Aunque tiene buena aceptabilidad, su continuidad de uso es discreta, ya que requiere de asistencia mensual a un servicio para la inyección⁽⁴⁴¹⁾.

Inyectables de progestágeno solo: La masa ósea se acumula en la adolescencia y el uso de inyectables de progestágeno solo atrasa la acumulación fisiológica de hueso y no se sabe si esto es totalmente reversible⁽³⁹⁾⁽¹⁷⁶⁾⁽⁴⁴²⁾⁽⁴⁴³⁾⁽⁴⁴⁴⁾⁽⁴⁴⁵⁾⁽⁴⁴⁶⁾. Por esta razón, están en categoría 2 para las mujeres menores de 18 años, lo que no constituye una contraindicación absoluta frente al riesgo de embarazo. Si se usan, deben recomendarse estilos de vida saludable, ingesta de calcio y actividad física.

Píldoras combinadas: Son también una buena opción que ofrece elevada protección anticonceptiva sin afectar la maduración del eje hipotálamo-hipófisis-ovario⁽⁴⁴⁷⁾. Se recomienda iniciar el uso con píldoras de dosis baja que tengan la combinación de 30 mcg de etinil estradiol (EE) y 150 mcg de levonorgestrel por el menor riesgo de enfermedad tromboembólica, como se describe en el capítulo sobre anticoncepción hormonal combinada. Sólo se pueden usar otros hormonales combinados de dosis baja (≤ 30 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 correcta de las píldoras y eventual impacto en el desarrollo de la masa ósea. Su uso debe iniciarse entre el 1º y 5º día del ciclo menstrual, aunque se podrían comenzar en cualquier momento del ciclo menstrual (lo que se ha llamado Quick Start) 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⁽³⁾⁽⁵⁾.

Si bien la adolescencia es un periodo de la vida en el cual la presencia de patología crónica es poco frecuente y por lo tanto las contraindicaciones para uso de anticoncepción hormonal son raras, hay que preguntar siempre por antecedentes mórbidos, uso de medicamentos (antiepilépticos, ciertos antirretrovirales, rifampicina o rifabutina), consumo de sustancias, tabaquismo, antecedentes de enfermedad tromboembólica o migrañas. En la consulta de inicio del uso de anticonceptivos orales, además de lo descrito en el capítulo sobre anticoncepción hormonal, se recomienda:

- Mostrar siempre el empaque o blíster o sobre con las píldoras que se están indicando, individualizando con claridad las activas y los placebos (si los hay), explicando lo que significan estos conceptos. Muchas adolescentes creen que durante el placebo o en el descanso sin uso de píldoras hay riesgo de embarazo y hay que despejar este mito.
- La continuidad de su uso es muy importante, por el riesgo de embarazo por olvido en la ingestión diaria. Explicar con mucha claridad lo que significa un atraso en la ingestión diaria de la píldora, de acuerdo con la formulación elegida, y lo que se debe hacer en casos de olvido de más de 24 horas, como se indica en el capítulo sobre anticoncepción hormonal oral.
- Recomendar no dejar las píldoras en resguardo de la pareja, ya que la adolescente pierde la independencia de uso y aumenta la posibilidad de olvido o abandono, y sugerir otros medios para el resguardo de la confidencialidad.
- Recomendar la asociación con otro evento rutinario para no olvidar la ingestión de la píldora.
- Informarle que, ante un accidente o evento de salud de urgencia, debe comunicar al/la profesional que la atiende, el uso del anticonceptivo oral o inyectable.

Anillos vaginales combinados y parches combinados: Estos métodos también evitan el primer paso de los esteroides por el hígado. Pueden ser usados por las adolescentes, incluyendo en la anamnesis los elementos mencionados para las píldoras combinadas. Ambos tienen un riesgo más eleva-

do de enfermedad tromboembólica que debe informarse a las potenciales usuarias. Estos métodos no están disponibles en los servicios públicos y tienen un costo alto para la usuaria. Los parches anticonceptivos pueden ser menos aceptados por las adolescentes en el período de verano porque su ubicación los hace menos confidenciales.

Píldoras de progestágeno solo: Las píldoras de progestágeno solo también pueden ser usadas por adolescentes, recordando que pueden producir sangrados irregulares. Si bien no es un método de primera elección, puede ser útil para quienes prefieren un anticonceptivo oral y presentan condiciones que implican una contraindicación para el uso de anticonceptivos orales combinados como en el caso de adolescentes que sufren de migrañas o con antecedentes de trombofilia. Es importante saber que las píldoras 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 más efectivos.

Anticoncepción de emergencia: La AE, ya sea en píldoras de progestágeno solo o píldoras combinadas, es una buena opción para casos de emergencia, como cuando la adolescente tuvo relaciones sexuales y no se usó un método anticonceptivo, cuando el método anticonceptivo usado falló (se rompió o deslizó el condón o se olvidaron las píldoras) y en caso de violación. Al indicarla, es importante hacer una buena consejería que incentive iniciar cuanto antes otro método anticonceptivo más efectivo. Su entrega a las adolescentes está claramente autorizada por la Ley 20.418 y no se requiere receta médica para adquirirla⁽⁴⁴⁸⁾⁽⁴⁴⁹⁾ (Anexo N°2).

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 (asociado al uso de anticoncepción de emergencia en caso de accidente en el uso o como “doble método”, usándolo asociado con otro método anticonceptivo). Se debe recomendar siempre condón y entregarse en todos los casos, incluso en pareja única y más aún si se trata de una pareja casual o si se tienen varias parejas sexuales, independientemente del tipo de actividad sexual. Para que sea efectivo, se debe conocer su uso correcto y debe ser usado en todas las relaciones. Sin embargo, no es suficiente limitarse a la entrega de información para tener impacto sobre la conducta y lograr que los y las adolescentes realmente lo utilicen. Se requiere también el desarrollo de ciertas competencias como habilidades en el uso del condón y para negociar y llegar a un acuerdo en el uso del condón. Aunque las mujeres no sean quienes usan el condón masculino, es importante que aprendan su uso, desarrollen habilidades de negociación para que se sientan capaces de pedir a su pareja que lo use, sin temor ni vergüenza, o para proponer alternativas y llegar a un acuerdo en el caso que la pareja no quiera usarlo. Es recomendable que, antes de usar el condón en una relación sexual, el hombre practique solo porque en las primeras relaciones sexuales puede resultar difícil y engorroso colocarse el condón y con la práctica previa perderá el temor de las primeras experiencias. El éxito en el uso del condón requiere orientación, desarrollo de habilidades y práctica y debe incluir información sobre anticoncepción de emergencia por la posibilidad de rotura o desplazamiento del condón⁽⁴⁵⁰⁾⁽⁴⁵¹⁾⁽⁴⁵²⁾⁽⁴⁵³⁾⁽⁴⁵⁴⁾.

1.5.3. Métodos poco efectivos

Condón femenino: El uso del condón femenino en adolescentes necesita una instrucción especial que debe considerar las técnicas de colocación con detalle. Es muy difícil que sea un método de inicio en la primera relación sexual por la inexperiencia de una adolescente que inicia su vida sexual.

Diafragma: El uso del diafragma puede ser difícil, requiere de una medición previa al iniciar su uso y su eficacia es relativamente baja.

Coito Interrumpido: Para el coito interrumpido el hombre debe tener control total sobre su eyaculación lo que puede ser difícil para los adolescentes que inician su vida sexual por su inexperiencia. En la capacitación, se puede entrenar tanto al varón como a la mujer acerca de la compresión de la base del pene para la inhibición de la eyaculación apenas se perciba la inminencia de esta. Es un método de muy frecuente uso entre adolescentes y le llaman “acabar afuera”. Es de muy baja efectividad pues los embarazos por impregnación pueden ser de mayor frecuencia, asociados a juegos sexuales precoitales como poscoitales. Este método no protege de las ITS, incluyendo el VIH/SIDA.

Espermicidas: Son de eficacia muy baja. No se recomienda su uso.

Abstinencia periódica: La abstinencia puede ser difícil de cumplir para los/as adolescentes, los ciclos pueden no ser aún regulares como para tener la certeza de cuál 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 evitar las relaciones sexuales vaginales durante los días fértiles. Este método no protege de las ITS, incluyendo el VIH/SIDA.

1.6. Condiciones especiales

En caso de patología psiquiátrica, discapacidad o adicción a drogas, condiciones que pueden interferir con el uso correcto y consistente de ciertos anticonceptivos es recomendable el uso de implantes de progestágeno solo o de inyectables combinados mensuales. El DIU puede considerarse como una opción muy efectiva si se usan medicamentos que pueden interferir con la eficacia de los métodos hormonales y si no hay conductas que pongan a la adolescente en riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS). En estos casos, también puede considerarse el uso de inyectables de progestágeno solo.

Los métodos hormonales y los DIU no protegen de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA y por lo tanto se debe recomendar doble protección si hay conductas de riesgo.

1.7. Orientación y consejería

La consejería en métodos de regulación de la fertilidad, tiene como objetivo apoyar a las y los adolescentes, solos o en pareja, en la toma de decisión para escoger un método anticonceptivo eficaz y fomentar el reconocimiento de la actividad sexual protegida con doble método, como la conducta más segura para evitar un embarazo no deseado e ITS/VIH/SIDA⁽⁴⁵⁵⁾⁽⁴⁵⁶⁾⁽⁴⁵⁷⁾⁽⁴⁵⁸⁾⁽⁴⁵⁹⁾.

También, se les orienta para que puedan identificar las conductas sexuales de riesgo, fortaleciendo la necesidad de autocuidado/mutuocuidado y se fomenta la sensación de autoeficacia en aquellos/as adolescentes que están con actividad sexual protegida.

Es importante señalar que la consejería utiliza un modelo no directivo centrado en el o la adolescente y no es una herramienta para dar consejos, sugerencias o recomendaciones. Se constituye en un espacio seguro y confidencial, donde él o la profesional es un facilitador del proceso de cambio, es decir, en una relación horizontal le ayuda a explorar, definir, a comprender sus conductas, a aclarar sus sentimientos y pensamientos, y a tomar sus propias decisiones, lo que tiene un mayor valor para ellos y ellas en el largo plazo⁽⁴⁶⁰⁾.

En la consejería se comparte información y centra su apoyo para que ellos y ellas puedan:

- Identificar las conductas sexuales de riesgo y evaluar sus consecuencias a nivel personal e interpersonal (en ellos/as, pareja, familia).
- Identificar barreras que pueden influir la toma de decisión, en la correcta utilización y mantenimiento de métodos anticonceptivos.
- Incorporación de conductas de autocuidado, reforzando las ventajas de la doble protección
- Incorporar herramientas de comunicación asertiva para negociar con sus parejas el uso de algún método anticonceptivo ⁽⁴⁶⁰⁾.

En la intervención es importante compartir información sobre tipos, características, mecanismo de acción y efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, enfatizando las ventajas que tienen los métodos más recomendados para los y las adolescentes, como los métodos de larga duración y la forma de acceder a ellos.

También es relevante que puedan identificar las ventajas del uso de la doble protección y reforzar que su uso es la conducta que más previene contra la adquisición de las infecciones de transmisión sexual. Incluir siempre información de anticoncepción de emergencia y donde obtenerla ⁽⁴⁶⁰⁾.

También, la consejería es un espacio donde pueden aprender y desarrollar habilidades para que vivan una sexualidad sin riesgos y placentera (como capacidad de negociar con la pareja, habilidades para planear y tomar decisiones, habilidad para resistir la presión de los pares o pareja, comunicación asertiva, entre otras).

Es necesario explicitar que una decisión es responsable cuando ésta es libre de presión externa, sin influencias y se conocen todas las consecuencias inmediatas y a largo plazo que pueda traer esa decisión. Es muy importante reforzar que ninguna persona puede ser obligada a mantener relaciones sexuales contra su voluntad ⁽⁴⁶⁰⁾.

La consejería también es una oportunidad para alentar a los y las adolescentes a reconocer los mandatos culturales de género existentes, estimular el análisis crítico de éstos y de sus conductas y, a elaborar nuevos discursos alternativos más equitativos.

A continuación se describen brevemente algunos aspectos que hay que explorar y considerar en el desarrollo de la consejería, además de los criterios médicos descritos anteriormente:

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, la estructura familiar las creencias, valoración y actitud respecto de la sexualidad, la maternidad y la 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. Las y los adolescentes que dicen haber recibido educación sexual en la familia consultan más para solicitar atención en salud sexual y reproductiva que quienes no la han recibido ⁽⁴⁹¹⁾. Por otra parte, los/as hijos/as pueden sentir que decepcionarán a sus padres si éstos 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 actividad sexual y están usando un método anticonceptivo. Aún cuando a él o la adolescente se le considere competente para tomar sus decisiones, resulta siempre beneficioso que comparta su determinación con algún adulto significativo, que ella o él elija. Se recomienda siempre animarles a compartir su decisión y la información con un adulto cercano significativo que pueda brindarle apoyo. Sin embargo, es importante destacar que es él o la adolescente quien decide si hacerlo o no, y cuando hacerlo, y siempre debe recibir apoyo y entrega de herramientas para la negociación y el manejo de posibles conflictos con su familia (comunicación asertiva, resolución de conflictos, resiliencia, entre otras habilidades para la vida)⁽⁴⁶⁰⁾.

Actitudes y comportamiento

Algunas de ellas, tienen relación con los aspectos propios de esta etapa del desarrollo, como lo son: alto nivel de experimentación, sentimientos de invulnerabilidad, influencia por presión de los pares o de la pareja; falta de adultos referentes para conversar y orientar en estas temáticas, vergüenza para asistir a los centros de salud o la no existencia de adecuada y oportuna oferta; temor a ser reconocidos en las salas de espera y/o que los proveedores no mantengan la confidencialidad, entre otras⁽⁴⁵⁴⁾, pueden desincentivar el uso de anticoncepción. Por ello, es importante, que el o la adolescente pueda identificar las barreras que podrían influir en la toma de decisiones y alentar la reflexión que favorezca el desarrollo de una actitud crítica y pensamiento independiente. También es importante entregar herramientas para fortalecer la capacidad para tomar decisiones libres e informadas⁽⁴⁶⁰⁾.

Aspectos culturales y religiosos

Las y los adolescentes que profesan alguna religión y tienen vida sexual activa también requieren un apoyo comprensivo ya que igualmente enfrentan riesgos. Por ello, es importante compartir información acerca de las conductas de riesgo para embarazo o ITS, con énfasis en los riesgos de la práctica de Petting III, evaluando las ventajas y desventajas de retrasar el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia o comenzar a tener relaciones sexuales protegidas. Reforzar la importancia de consultar previo al inicio de actividad sexual explicitando el acceso a Espacios Amigables para Adolescentes o Centro de Salud, para solicitar orientación, anticonceptivo y preservativos⁽⁴⁶⁰⁾.

Aspectos de género

La percepción de la necesidad de utilizar un método anticonceptivo y la forma de concretar su utilización puede ser distinta en adolescentes mujeres y hombres⁽⁴⁶¹⁾⁽⁴⁶²⁾⁽⁴⁶³⁾⁽⁴⁶⁴⁾⁽⁴⁶⁵⁾⁽⁴⁶⁶⁾. En este contexto, los hombres adolescentes tienden a no usar preservativos debido a barreras de disponibilidad, costo, actividad sexual esporádica, falta de información sobre su uso correcto, normas sociales que inhiben la comunicación entre la pareja y los rígidos guiones sexuales sobre quién asume la responsabilidad de proponer el uso del preservativo⁽⁴⁶⁵⁾. Si bien las mujeres adolescentes, cuentan con información acerca del riesgo y consecuencias del embarazo no previsto⁽⁴⁶⁸⁾, manejan menos recursos económicos y personales para comprar, acceder o negociar el uso de anticonceptivos. Respecto a la negociación del uso de condón, se requiere que ambos miembros de la pareja se perciban a sí mismos en igualdad de derechos y sean capaces de exigir el uso del condón⁽⁴⁶⁰⁾. La consejería se abre como un espacio que favorece la reflexión, de los y las adolescentes en temáticas relacionadas con la vida cotidiana, la sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, y los mandatos culturales, ampliando sus repertorios identitarios y de acción⁽⁴⁵⁵⁾⁽⁴⁵⁶⁾⁽⁴⁵⁷⁾⁽⁴⁵⁸⁾⁽⁴⁵⁹⁾⁽⁴⁶⁰⁾.

Relación con los profesionales de salud

La relación profesional-adolescente, es muy importante y la actuación del profesional se debe basar en el respeto al otro como persona. Es fundamental generar un ambiente de atención cálido, que favorezca la vinculación. Al inicio de la consejería, es importante que el/la profesional se presente y explicita los objetivos, duración y voluntariedad de las consejerías, la confidencialidad y límites de esta actividad. Escuchar activamente, demostrar empatía y mantener una disposición positiva de aceptación hacia el o la adolescente pueden asegurar el éxito de la consejería

Es necesario recordar que la consejería debe estar centrada en las necesidades y requerimientos de los y las adolescentes, orientación sexual, conocimientos, intereses, cultura, pertenencia a pueblos indígenas valores, entre otros. El consejero o consejera debe desarrollar habilidades de comunicación eficaz para generar confianza, afinidad y vínculo. Los y las adolescentes no van a compartir información si no se sienten respetados y escuchados de verdad.

1.8. 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. Para mayor información, se sugiere consultar el capítulo sobre servicios amigables para adolescentes en el documento Situación Actual del Embarazo Adolescente en Chile⁽⁴⁶⁸⁾.

El personal debe estar entrenado en aspectos técnicos, de comunicación y en educación sexual y es importante la capacitación y reflexión frecuente sobre los estereotipos presentes y los principios bioéticos y aspectos legales involucrados. 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, la actuación de las/los profesionales se debe basar en el respeto a la persona, en su integridad, en un marco de derechos. También son esenciales las actitudes que favorecen el diálogo, la empatía 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, respetando la agenda de los y las adolescentes, sin tratar de dar más información de la que puede ser asimilada, permitiendo la reflexión y 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 les ayuda a 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⁽⁴⁶⁹⁾.

2. ANTICONCEPCIÓN PARA MUJERES EN EL PERIODO POSPARTO

La OMS define la planificación familiar posparto, como la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del 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 ⁽³⁵⁶⁾⁽³⁵⁷⁾⁽⁴⁴³⁾⁽⁴⁴⁴⁾⁽⁴⁷⁰⁾⁽⁴⁷¹⁾⁽⁴⁷²⁾⁽⁴⁷³⁾⁽⁴⁷⁴⁾⁽⁴⁷⁵⁾.

La anticoncepción posparto 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.

Para que las intervenciones de regulación de la fertilidad después del parto sean satisfactorias es necesario implementar programas integrales y basados en la evidencia que refuercen la calidad de atención en los sistemas de salud. En la atención posparto inmediata intrahospitalaria, los esfuerzos deben enfocarse especialmente en aquellas mujeres que presentan condiciones de vulnerabilidad que aumentan su riesgo reproductivo, tales como: adolescentes menores de 15 años; adolescentes de 15 a 19 años con riesgo psicosocial (deserción escolar, falta de apoyo social); mujeres que presentan adicción a drogas ilícitas o alcohol; mujeres con alta ruralidad y dificultad de acceso a servicios regulares de regulación de la fertilidad; mujeres que presentan alta vulnerabilidad psicosocial; y mujeres que han completado su paridad y solicitan esterilización quirúrgica. Otras condiciones particulares deben ser analizadas caso a caso en los distintos niveles de atención (primaria, secundaria o terciaria). Es importante considerar la pesquisa de mujeres sin protección anticonceptiva durante los controles de salud infantil.

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 ⁽³⁴²⁾⁽³⁴³⁾⁽³⁴⁴⁾⁽⁴⁷⁶⁾. 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 ⁽¹⁾⁽⁵⁾ para este grupo de mujeres son los siguientes:

Anticonceptivos orales combinados

Para evitar riesgo de trombosis, sólo pueden iniciarse después de las 3 semanas posparto en mujeres sin factores de riesgo para enfermedad tromboembólica pero, entre el día 21 y 42 están en categoría 3 en mujeres con factores de riesgo para esta condición para evitar riesgo de trombosis.

Métodos de progestágeno solo

Píldoras, inyecciones o implantes no tienen este problema y pueden iniciarse en cualquier momento.

Dispositivos intrauterinos

Pueden insertarse después de las cuatro semanas posparto, teniendo precauciones especiales por la condición del útero en esta etapa de involución. La inserción en el posparto inmediato, apenas se ha expulsado la placenta, es un procedimiento seguro si lo practica personal debidamente entrenado pero tiene una tasa más alta de expulsión que las inserciones en intervalo⁽²⁹⁶⁾. El DIU no debe insertarse entre las 48 horas y las 4 semanas posparto. Deben seguirse las recomendaciones generales (categorías 3 y 4) descritas en el capítulo sobre DIU.

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.

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.

Esterilización quirúrgica de la mujer

Es un procedimiento más simple en el posparto 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.

2.2.1. 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 posparto (ver capítulo sobre MELA). Los/as prestadores/as de servicios deben tener claro que:

- La eficacia anticonceptiva disminuye rápidamente después del primer sangrado posparto, con la introducción de alimentación suplementaria y cuando se cumplen seis meses posparto. 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 posparto, si está en amenorrea, también permite postergar el inicio de la anticoncepción hormonal. Así se evita el paso de esteroides al/la 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 (ver capítulo sobre DIU), 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 posparto, cuando se ha completado la involución uterina, durante la amenorrea de lactancia o en las primeras menstruaciones posparto. No es necesario esperar la primera menstruación. También puede hacerse en el posparto inmediato, teniendo en cuenta las mismas consideraciones que en la mujer que no amamanta ⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁵⁾⁽⁴⁷⁷⁾.
- 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 el capítulo 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 ⁽⁴⁷⁸⁾⁽⁴⁷⁹⁾.

Esterilización quirúrgica: La esterilización quirúrgica de la mujer en el posparto es muy efectiva y no tiene consecuencias negativas para la lactancia, si se evita la separación prolongada de la madre y el/la lactante ⁽³⁸⁸⁾⁽⁴⁸⁰⁾. El posparto 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 posparto. 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 ⁽³⁶⁹⁾⁽³⁷⁰⁾.

2.2.2. Métodos hormonales

Métodos de progestágeno solo: Estos métodos no tienen efectos negativos sobre la lactancia, ni sobre el crecimiento y el desarrollo temprano de las/los lactantes ⁽¹¹²⁾⁽¹¹³⁾⁽¹¹⁴⁾⁽¹¹⁵⁾⁽¹¹⁶⁾⁽¹¹⁷⁾⁽¹¹⁸⁾⁽¹¹⁹⁾⁽⁴⁸¹⁾⁽⁴⁸²⁾⁽⁴⁸³⁾⁽⁴⁸⁴⁾⁽⁴⁸⁵⁾. 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 ⁽¹¹⁸⁾.

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 D.1) ⁽⁷⁷⁾⁽¹¹²⁾⁽¹²²⁾⁽¹²³⁾⁽¹²⁴⁾⁽¹²⁵⁾⁽¹²⁶⁾. 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 (486). Por eso, en general, en mujeres con lactancia exclusiva sin condiciones de vulnerabilidad asociada, se recomienda comenzar su uso después de las 4 semanas (píldoras e implantes) o 6 semanas (inyectable) posparto. Ello, con la finalidad de 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.

Progestinas sintéticas: Las píldoras e implantes pueden ser administrados dentro las primeras 4 semanas posparto ya que están en categoría 2 de la OMS. El DIU con levonorgestrel también está en categoría 2, y se puede insertar, ya sea en el posparto inmediato o después de las 4 semanas posparto. En cambio, los inyectables están en categoría 3 de la OMS hasta las 6 semanas posparto por contener una dosis más alta del esteroide ⁽⁵⁾ (Ver capítulo correspondiente). Se debe informar a la mujer sobre el paso de esteroides a través de la leche materna en la consejería.

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 con fines anticonceptivos a través de anillos vaginales, iniciando su uso a las seis semanas posparto. 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 posparto, por lo que actuaría reforzando los mecanismos naturales de la infertilidad asociada a la lactancia ⁽¹¹²⁾⁽¹⁸⁵⁾⁽⁴⁸⁷⁾. Están clasificados en categoría 1 de la OMS en mujeres lactando desde las 4 semanas posparto.

Tabla D.1. Dosis estimada del esteroide que ingieren niños/as en lactancia exclusiva cuyas madres usan métodos de progestágenos solos

Método (dosis)	Ingesta diaria del/la lactante*
Inyectables AMPD (150 mg / 3 meses) EN-NET (200 mg / 8 semanas)	1 - 13 mcg 0.5 - 2.4 mcg
Implantes Levonorgestrel, 100 mcg/día) 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 (115).

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 (78)(79)(80)(81)(488)(489)(490). Por estas razones, no se recomienda su uso en los primeros seis meses posparto 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 posparto 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.

2.3. Orientación a las usuarias

En los servicios de salud ofrecidos a las mujeres durante el embarazo y el posparto, debe considerarse la orientación integral, que incluya la lactancia, la infertilidad asociada a la amenorrea posparto, los anticonceptivos disponibles y sus efectos sobre la lactancia.

Cuando la duración de la amenorrea de lactancia es breve, como ocurre en la población chilena, el personal de los servicios de salud se debe esforzar por hacer educación en regulación de la fertilidad durante el embarazo y el posparto temprano para que las mujeres puedan tomar una decisión en los primeros meses posparto. La orientación durante el embarazo es particularmente importante cuando se considera la AQV femenina o la inserción de un DIU o implante en el posparto temprano.

Se debe considerar cuál es el momento más adecuado para iniciar el método según los Criterios Médicos de la OMS (Tabla D.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 posparto, de la introducción de alimentación suplementaria al /la lactante o del sexto mes posparto.

Los métodos de larga duración iniciados en el posparto temprano son una buena opción, en particular en mujeres con condiciones de riesgo médico o psicosocial, incluyendo la esterilización quirúrgica si la mujer ha sido informada y ha consentido durante el embarazo. La actual política pública del MINSAL señala que los métodos anticonceptivos de larga duración deben ofrecerse a toda mujer que presente condiciones de vulnerabilidad, desde la atención prenatal y posparto inmediato, de manera de procurar su inserción antes del alta hospitalaria.

Tabla D.2. Métodos anticonceptivos para el periodo posparto

Método Anticonceptivo		Amamantando	No Amamantando
Amenorrea de lactancia (1)		SÍ	-
Condón		SÍ	SÍ
DIU (2)		SÍ	SÍ
Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (3)		SÍ	SÍ
Diafragma (4)		Después de 6 semanas	Después de 6 semanas
Abstinencia periódica (5)		Con ciclos menstruales	Con ciclos menstruales
Progestágeno solo (6)	Oral	En las primeras 4 semanas	SÍ
	Inyectable	Después de 6 semanas	SÍ
	Implante	En las primeras 4 semanas	SÍ
	AV Progesterona	En las primeras 4 semanas	SÍ
Combinados de estrógeno y progestágeno (7)	Oral	Después de 6 meses	+ 3 semanas
	Inyectable / Anillo vaginal / Parche transdérmico	Después de 6 meses	+ 3 semanas

(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 período posparto. La inserción se puede hacer en los siguientes momentos:

a.- Para T-Cu (categoría 1) y DIU-LNG (categoría 2): inserción inmediata después de la expulsión de la placenta o en las primeras 48 horas del puerperio.

b.- Para T-Cu y DIU-LNG: inserción después de las 4 semanas posparto, ya sea con el primer sangrado o en los primeros 6 meses de amenorrea

(3) AQV: La AQV femenina solo se puede hacer 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) Los métodos de abstinencia periódica son más difíciles de usar en el posparto inmediato, por la irregularidad de los ciclos menstruales y la dificultad de reconocer los signos que acompañan a la ovulación.

(6) Métodos hormonales de progestágeno solo: Su uso es seguro en el período posparto. No causan disminución de la leche materna. Se pueden administrar desde el posparto inmediato en la mujer que no está amamantando (categoría 1) y en la mujer que está amamantando (categoría 2), salvo el inyectable que esta en categoría 3 hasta las 6 semanas posparto.

(7) Métodos hormonales combinados de estrógeno y progestágeno: Pueden producir trastornos de coagulación por lo que no se deben usar antes de la tercera semana posparto. No se deben usar antes del sexto mes posparto si la mujer está amamantando porque disminuyen la producción de leche y la duración de la lactancia.

3. ANTICONCEPCIÓN PARA 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⁽⁴⁹³⁾⁽⁴⁹⁴⁾. Además de la mortalidad materna que ocasiona, sus complicaciones pueden tener efectos negativos sobre la salud física y mental de las mujeres⁽¹⁸⁸⁾⁽¹⁸⁹⁾. En Chile, el 2012, los egresos hospitalarios por aborto fueron 31.943, con una razón de mortalidad materna por esta causa de 1,64 por 100.000 nacidos vivos (MINSAL-DEIS, 2016).

Las mujeres que se han sometido a un aborto pueden presentar problemas médicos inmediatos, agudos, con riesgo de su vida, por lo que necesitan atención médica inmediata. 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 posaborto 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⁽⁴⁹⁵⁾⁽⁴⁹⁶⁾.

El 2011 se publican las "Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas", mediante Resolución Exenta N° 264 de 03.05.2011. En este documento, se describen los principios que orientan la atención a mujeres que presentan una pérdida reproductiva: respeto a la autonomía y el derecho de las personas a tomar decisiones en salud sexual y reproductiva; respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad que requiere todo acto médico; derecho a una atención profesional en que exista competencia técnica de los y las proveedores/as de servicio; la atención debe ser oportuna, integral y multidisciplinaria; condiciones de infraestructura y tiempo que permitan entregar la atención⁽⁴⁹⁵⁾.

Es importante considerar el inicio inmediato de un método anticonceptivo antes del alta hospitalaria de la mujer. Los métodos de larga duración iniciados en el posaborto temprano son una buena opción, en particular en mujeres con condiciones de riesgo médico o psicosocial. 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.

3.1. Aborto sin complicaciones

Durante el período posaborto, 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, inyectables, anillos vaginales o parches), 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. Se debe esperar seis semanas para el uso de diafragma o capuchón cervical⁽¹⁾⁽⁵⁾.

En el caso de un aborto de segundo trimestre sin complicaciones, existe mayor riesgo de expulsión de un DIU si la inserción se hace inmediatamente después. 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.

3.2. Aborto con complicaciones

Es necesario tener precauciones para el uso de ciertos métodos cuando la mujer ha presentado complicaciones después de un aborto⁽¹⁾⁽⁵⁾:

- **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⁽⁴⁹⁹⁾. 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.

3.3. 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⁽⁴⁹⁷⁾⁽⁴⁹⁸⁾.

4. ANTICONCEPCIÓN PARA MUJERES DESPUÉS DE LOS 35 AÑOS

Las mujeres mayores de 35 años constituyen un grupo de especial importancia, particularmente ahora, ya que se ha postergado la edad del primer embarazo y más del 16% de los partos que ocurren en Chile son en mujeres de 35 años y más.

En esta etapa de la vida de la mujer se producen numerosos cambios: la reserva ovárica disminuye, lo que se traduce en disminución progresiva de la fertilidad (a los 40 años la probabilidad de embarazo es de 8% por mes, versus 20-25% a los 20 años)⁽⁵⁰⁰⁾, cambios en el patrón de sangrado y sintomatología derivada del hiperestrogenismo y luego del hipoestrogenismo. En el inicio de la transición a la menopausia puede ocurrir un aumento de FSH con aumento de reclutamiento folicular e insuficiencia lútea, lo que produce un aumento en la producción de estrógenos que se traduce en síntomas típicos como son mastalgia y metrorragia. Se puede producir un acortamiento del ciclo debido a la disminución de la fase folicular. En una etapa posterior, con el agotamiento de la reserva ovárica, el aumento de FSH se acompaña de disminución de estrógeno, lo que produce síntomas vasomotores, anímicos y articulares y signos como atrofia urogenital. La menopausia corresponde a la última menstruación y se diagnostica en forma retrospectiva cuando ha pasado un año sin menstruaciones. En la mujer chilena ocurre en promedio a los 50 años.

Este grupo de mujeres, aún con fertilidad disminuida, requiere anticoncepción, para cuyo uso se deben considerar los cambios en el perfil metabólico y las posibles patologías crónicas concomitantes. Estas condiciones, junto con el aumento de la edad, representan un riesgo adicional al embarazo, mayor riesgo de aborto espontáneo, morbilidad materna, anomalías congénitas y morbilidad perinatal⁽⁴⁰⁾⁽²³⁹⁾, lo que se refleja en el aumento de muertes maternas por causas obstétricas indirectas, alcanzando a ser en Chile la primera causa a partir del 2013.

Con la edad aumenta la incidencia de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, cáncer y enfermedades metabólicas. Según la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, el 33.6% de las mujeres estaban sobrepeso y un 30.7% obesas, aumentando con la edad, situándose el máximo en la población mayor de 45 años. Esto concuerda con el dato de diabetes que muestra aumento progresivo de la prevalencia según aumenta la edad, alcanzando un 19.3% en mujeres entre 45 y 64 años.

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⁽⁵⁰¹⁾⁽⁵⁰²⁾⁽⁵⁰³⁾.

4.1. 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 (1)(5). La aplicación de los Criterios Médicos de Elegibilidad 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 ⁽¹⁾⁽⁵⁾. 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 (Tabla D.3), 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 Médicos de Elegibilidad de la OMS).
- 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 ⁽⁴⁷⁾.
- El riesgo de enfermedad tromboembólica aumenta a partir de los 40 años y con la obesidad, por lo que es recomendable el uso de píldoras combinadas con levonorgestrel (que tienen menor riesgo de tromboembolismo) que los preparados con desogestrel o gestodeno ⁽⁵⁶⁾. El riesgo relativo de tromboembolismo venoso puede disminuir al bajar la dosis de estradiol de 30 a 20 µg ⁽⁵⁹⁾.
- 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 ⁽⁶⁰⁾.

Tabla D.3. 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	Usuaría	No usuaria	Usuaría
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

ETV : Enfermedad Tromboembólica Venosa

Fuente: ⁽⁵¹⁾

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, el cáncer endometrial y el cáncer colorectal ⁽⁴⁵⁾, la osteoporosis, los síntomas de la peri-menopausia, los quistes ováricos funcionales, los nódulos benignos de la mama, y la reducción de la tensión premenstrual, de la dismenorrea y del sangrado abundante (Ver capítulo de anticoncepción hormonal combinada). En cuanto al beneficio óseo, una revisión Cochrane señala que el uso de los anticonceptivos orales combinados no parece afectar la salud ósea y otras revisiones sistemáticas sugieren que pueden tener un efecto positivo en la densidad mineral ósea (DMO) ⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾.

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⁽³⁸⁾.

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.

4.2. 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

Si bien en la mayoría de las mujeres el cese de la función reproductiva ocurre alrededor de los 50 años, existe un grupo que persiste fértil sobre esta edad, estimándose que el 96% de las mujeres ha llegado a la menopausia a la edad de 55 años⁽⁵⁰⁴⁾. Por otra parte, en mujeres perimenopáusicas pueden ocurrir síntomas vasomotores que no son un indicador válido de falla reproductiva. Estas consideraciones obligan a realizar un análisis caso a caso para poder ofrecer la mejor orientación.

En usuarias de anticoncepción no hormonal, existe consenso en indicar suspender el método anticonceptivo en el momento del diagnóstico de la menopausia en mujeres mayores de 50 años, es decir, luego de 1 año de amenorrea. Asimismo se aconseja, en mujeres menores de 50 años, esperar 2 años de amenorrea para indicar la suspensión de anticoncepción debido a que persiste el riesgo de ovulación⁽⁵⁰⁵⁾⁽⁵⁰⁶⁾, lo que ha sido estimado por la OMS en 2 a 10% en mujeres menores de 45 años en el primer año de amenorrea⁽⁵⁰⁴⁾. Es importante destacar que la terapia de reemplazo hormonal no tiene efecto anticonceptivo⁽⁵⁰⁷⁾.

En el caso de las mujeres usuarias de anticoncepción hormonal combinada, el diagnóstico de menopausia o falla reproductiva constituye un desafío para los/as prestadores/as, puesto que se alteran los patrones de sangrado, de modo que la amenorrea no es un indicador confiable de falla ovárica y, además, la anticoncepción puede enmascarar los síntomas menopáusicos o pueden presentarse en el intervalo libre de anticoncepción. Se ha investigado la utilidad de la FSH para diagnosticar menopausia, puesto que el alza de esta hormona se asocia con la disminución de la reserva ovárica. Al estudiar los valores de FSH en el periodo libre en usuarias de ACO, se observa una importante dispersión de los valores que están ubicados en rango pre y post menopáusicos. Esto determina que un valor aislado de FSH sea un mal predictor de falla ovárica en usuarias de anticoncepción hormonal combinada⁽⁵⁰⁸⁾⁽⁵⁰⁹⁾⁽⁵¹⁰⁾. Se ha propuesto, para el diagnóstico de menopausia en estas mujeres, la determinación de FSH luego de 6 o más semanas de suspender el método hormonal (sugiriendo cambio

de método en el intervalo), si el valor está sobre 30 UI/l en 2 o más mediciones separadas al menos por 2 meses, asociado a amenorrea correspondería a falla ovárica y podría suspender la anticoncepción luego de 1 año si es mayor de 50 o de 2 si es menor de 50 años⁽⁵⁰⁴⁾.

Por otro lado, estudios muestran que la determinación de FSH es útil en mujeres usuarias de anticoncepción con píldoras de progestina sola, (con excepción del desogestrel) DMPA, implantes y DIU con LNG⁽⁵¹¹⁾⁽⁵¹²⁾. En estos casos, que pueden asociarse con amenorrea, se sugiere 2 mediciones de FSH, separadas por 1-2 meses⁽⁵⁰⁴⁾. Si el valor está sobre 30 UI/l, suspender anticoncepción luego de 1 o 2 años según si es mayor o menor de 50 años.

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, caso a caso, de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS.

5. ANTICONCEPCIÓN EN PERSONAS EN RIESGO DE ADQUIRIR, CURSANDO O VIVIENDO CON ITS Y VIH/SIDA

La salud sexual y reproductiva implica que las personas tienen el derecho de evitar al mismo tiempo los embarazos no planeados - mediante el uso de métodos anticonceptivos eficaces - y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Por ello, debe considerarse siempre la necesidad de una "doble protección" o "doble método"⁽⁵¹³⁾⁽⁵¹⁴⁾⁽⁵¹⁵⁾.

La "doble protección" es la protección simultánea para el embarazo no planeado 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⁽²⁹²⁾. 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"⁽⁵¹⁴⁾.

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⁽¹⁾⁽⁵⁾.

5.1. Orientación y consejería

Los y las proveedores/as de salud deben integrar información y educación sobre prevención de ITS y VIH en los procesos educativos sobre regulación de la fertilidad. 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⁽⁴⁵⁵⁾.

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 personas que tienen actividad sexual, es importante la identificación de quienes están expuestas/os a un mayor riesgo y tienen mayor necesidad de “doble protección”, para orientar la consejería en ese sentido ⁽⁵¹⁴⁾⁽⁵¹⁵⁾. Las condiciones que están asociadas a que una persona tenga un riesgo más alto de contraer una ITS/VIH son las siguientes:

- Edad 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, previa o en curso, o de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).
- Síntomas o signos que sugieran ITS en la mujer o su pareja: secreción/flujo vaginal; irritación o úlceras genitales; dispareunia; sangrado poscoital; 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.

5.2. 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 las 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 de estas infecciones. 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 ⁽⁵¹⁶⁾.

Condón femenino: 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 si se usa en forma correcta y sistemática, pero aún existen pocos datos de estudios clínicos acerca de su eficacia para prevenir el VIH. Representa una alternativa cuando la mujer no puede negociar el uso del condón masculino o su uso está contraindicado (alergia al látex) o en los casos en que la mujer desea usar y controlar ella el método anticonceptivo ⁽²⁹⁸⁾⁽⁵¹⁶⁾.

Espermicidas: El uso frecuente de espermicidas que contienen Nonoxinol-9 se asocia a un mayor riesgo de adquirir VIH porque produce lesiones en la mucosa vaginal, por lo que no deben usarlos en forma frecuente las mujeres en alto riesgo de infección. Además, estudios recientes mostraron que no protegen contra la transmisión de ITS bacterianas como la gonorrea y la clamidia. Las usuarias deben ser orientadas a usar el condón si están en riesgo de adquirir una ITS/VIH ⁽³¹³⁾⁽³²⁹⁾⁽³³⁰⁾.

Diafragma: El diafragma y el capuchón cervical no ofrecen protección contra el VIH, por lo que las usuarias de diafragma deben ser orientadas a cambiar el método y usar el condón si están expuestas al riesgo de adquirir una ITS/VIH ⁽³²³⁾.

Anticonceptivos Hormonales: Tendrían un posible efecto protector contra enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) sintomática. 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 ⁽³²⁶⁾⁽⁵¹⁷⁾.

Dispositivos Intrauterinos: La inserción de DIU en mujeres con clamidia y gonorrea está asociada con un aumento de enfermedades pelvianas inflamatorias (EPI). Este riesgo se observa especialmente durante el primer mes después de la inserción del DIU, por lo que los procedimientos para evaluar la presencia o no de ITS son esenciales, como también realizar una técnica de inserción aséptica y correcta. Los DIU no tienen efecto protector contra las ITS virales incluyendo VIH. La inserción de un DIU está en Categoría 2 a 3 de los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS cuando hay un alto riesgo de ITS y en Categoría 4 cuando hay una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) o una ITS en curso con cervicitis purulenta, clamidia o gonorrea. Si la mujer tiene SIDA, la inserción de un DIU está en Categoría 3 y si está en terapia antirretroviral (TARV) está en Categoría 2 a 3. Las usuarias de DIU que estén en riesgo de adquirir una ITS/VIH, deben ser orientadas a usar el condón (doble método) ⁽¹⁾⁽⁵⁾⁽²⁵⁶⁾.

Otros métodos: la esterilización quirúrgica femenina y la vasectomía, los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, 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 ⁽¹⁾⁽⁵⁾.

5.3. Métodos anticonceptivos e ITS/VIH en curso

Las personas con ITS en curso (actuales), inclusive el VIH, pueden utilizar la mayoría de los métodos anticonceptivos. Son importantes, las siguientes consideraciones ⁽¹⁾⁽⁵⁾:

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 EPI o una cervicitis purulenta por gonococo o clamidia. Si se diagnostica una EPI o una 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 si la mujer tiene SIDA y no está recibiendo 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 PARA HOMBRES

Introducción

Los hombres tienen una larga historia de participación en el control de su propia fertilidad mediante el uso de anticonceptivos. El condón y el coito interrumpido se han usado por siglos. Hasta mediados de la década de 1950 el uso de métodos anticonceptivos era compartido en proporciones semejantes entre hombres y mujeres. Por ejemplo, el año 1955 en Estados Unidos, un 32% de las parejas casadas de raza blanca usaba condón o coito interrumpido y un 21% usaba abstinencia periódica, métodos que requieren la participación del hombre⁽⁵¹⁸⁾⁽⁵¹⁹⁾.

Esta situación cambia radicalmente a partir de la década de los 60 con la introducción de los anticonceptivos hormonales para mujeres y de los DIU modernos⁽³⁷³⁾. Muchos factores influyen en este cambio. Entre otros, la alta efectividad anticonceptiva de los métodos modernos, que permitió a las mujeres acceder a nuevos roles en la sociedad y en el trabajo, y el deseo subsiguiente de mantener el control de la natalidad regulando su propia fertilidad. La investigación médica y la industria farmacéutica han centrado sus esfuerzos en el desarrollo de métodos anticonceptivos para mujeres. A su vez, los servicios de salud necesarios para impartir estos métodos modernos se enfocan en la salud reproductiva de la mujer y habitualmente, los hombres no son incentivados a participar de las prestaciones disponibles para ellos.

Al cabo de algunos años aparece la demanda tanto de hombres como de mujeres de métodos anticonceptivos modernos y efectivos para los hombres. Muchos de ellos quieren regular su propia fertilidad y las parejas quieren compartir la responsabilidad de la planificación de sus hijos, como lo han manifestado en el interés por participar en investigaciones diseñadas para desarrollar anticoncepción hormonal para hombres⁽⁴⁸⁹⁾. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo⁽⁴⁷⁵⁾ 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” (Objetivo 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” (Objetivo 7.8).

Las investigaciones recientes constatan que para los hombres, en general, la experiencia de los/as hijos/as y la paternidad es una de las más satisfactorias, sino la más, en la que encuentran gratificaciones y sentido para sus vidas⁽⁵²¹⁾⁽⁵²²⁾⁽⁵²³⁾⁽⁵²⁴⁾⁽⁵²⁵⁾. Los hombres están, progresivamente, asumiendo su propia capacidad reproductiva. 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. 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 par-

ticipación 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/as 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 anticoncepción, 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/as 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, anticoncepción, 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/as, 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

A partir de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, 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 ⁽⁵²⁵⁾. 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 cuáles son los servicios que los hombres necesitan y cuál es la mejor forma de proveérselos ⁽⁵²⁶⁾⁽⁵²⁷⁾. 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 ⁽⁵²⁵⁾. 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 ⁽⁵²⁸⁾⁽⁵²⁹⁾.

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. 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. Hay otros aspectos a tener presente al instalar servicios que ofrezcan prestaciones a los hombres como 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 ⁽⁵²⁸⁾⁽⁵²⁹⁾.

Lecciones aprendidas

- Es necesario diseñar servicios de salud sexual y reproductiva que respondan a las demandas de los hombres y que sean sustentables en el tiempo.
- 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.
- Para lograr esta adhesión, los servicios deben considerar a los hombres como protagonistas plenos e 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.
- Es preciso proveer un ambiente acogedor y establecer horarios apropiados.
- 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/a 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 dé oportunidad de hacer preguntas confidenciales.

- 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 anti-concepción, 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.

Métodos anticonceptivos para hombres

La disponibilidad de métodos anticonceptivos para hombres se reduce a tres; dos de ellos, el condón y el coito interrumpido, son de muy baja efectividad en el uso habitual; el tercero, la vasectomía, tiene alta eficacia pero es difícil de revertir, de manera que su uso preferente es para una esterilización permanente. Los hombres demandan cada vez más métodos anticonceptivos efectivos y reversibles, que les permiten controlar su fertilidad. Por otro lado, las mujeres cada vez tienen más confianza en los hombres y buscan compartir con ellos la responsabilidad y los riesgos de la planificación familiar. La falta de métodos para hombres contribuye a desestimar su participación en los servicios de salud reproductiva.

En los años 2012 y 2013, los hombres en Chile recibieron menos del 1% (0,71% y 0,76% respectivamente) del total de métodos anticonceptivos administrados en el sistema público de salud. El único método disponible para los hombres es el preservativo masculino. Son los hombres adolescentes quienes más utilizan el condón como método anticonceptivo (38,9%) en comparación al total de la población masculina atendida (19,6%) (MINSAL-DEIS, 2016).

Condón Masculino: El condón masculino y la técnica para su uso correcto se describen en el capítulo sobre métodos de barrera de estas Normas. El uso del condón varía según el país y sector social. En España el método anticonceptivo más usado es el condón masculino (24%). En Centroamérica, el uso del condón masculino varía entre el 15% en Panamá y el 23% en Costa Rica. Las estadísticas del MINSAL muestran que en Chile, el año 2012, el 4,64 % de las personas que accedió a métodos de planificación familiar en el Sistema Nacional de Servicios de Salud - de las cuales sólo el 19,6% eran hombres - optó por condones masculinos como método anticonceptivo (MINSAL-DEIS, 2016).

Coito interrumpido: A pesar de ser un método de muy baja efectividad anticonceptiva es usado con frecuencia en algunos países; en Italia es usado por un 22% de las parejas. En Chile no hay estadísticas de uso de este método.

Vasectomía: La vasectomía, las técnicas empleadas y la regulación vigente para la esterilización masculina se describen en el capítulo sobre anticoncepción quirúrgica voluntaria de estas Normas. La técnica de vasectomía sin bisturí, a pesar de sus ventajas costo/beneficio, no se ha implementado en la salud pública. Es uno de los métodos con mayor eficacia anticonceptiva y es más simple, de menos costo y más segura que la esterilización femenina. Aun así es un método que casi no se usa en el sistema público de salud chileno. El año 2001 se practicaron 134 vasectomías y 16.344 ligaduras de las trompas (122 veces más) habiéndose realizado el 76% de estas vasectomías en Servicio de Salud de Valparaíso y Metropolitana Norte. El año 2006, se hicieron 18.750 esterilizaciones femeninas y sólo 75 vasectomías (250 veces menos) (MINSAL-DEIS, 2016). Para los años 2011 y 2012, esta situación no es diferente: 17.157 esterilizaciones femeninas y sólo 64 vasectomías, y 16.752 esterilizaciones femeninas y sólo 26 vasectomías, respectivamente⁽⁵³⁰⁾. Cabe destacar que hay 5 países en donde la vasectomía se practica con mayor frecuencia que la ligadura tubaria: Bután, Canadá, Holanda, Nueva Zelanda y Gran Bretaña. En Bután la vasectomía es 8 veces más frecuente que la esterilización femenina⁽⁵³¹⁾.

Nuevas tecnologías

El acceso a métodos modernos, que sean seguros, aceptables, efectivos y reversibles es una demanda no satisfecha para los hombres y es un desafío para la ciencia y la industria farmacéutica.

Métodos hormonales: Los anticonceptivos hormonales masculinos han demostrado ser efectivos y reversibles. Los estudios se encuentran en Fase II y III siendo en la actualidad los mejores candidatos para lograr un método anticonceptivo moderno para hombres⁽⁵⁰²⁾. El mecanismo de la anticoncepción hormonal masculina consiste en suprimir las gonadotropinas, la LH, que estimula la producción de testosterona (T) en las células de Leydig, y la FSH, que junto con T regulan la espermatogénesis normal en las células de Sertoli. La concentración de T dentro de los testículos es por lo menos 50 veces mayor que en la sangre periférica. Por lo tanto, las hormonas utilizadas como anticonceptivos tienen que equilibrar la concentración de T para suprimir la producción de espermatozoides en el testículo, pero a la vez permitir las acciones periféricas de T que mantienen las características propias de los hombres. Muchos regímenes hormonales se han ensayado para suprimir la espermatogénesis. Unos pocos estudios fase 2 y fase 3, usando derivados de T solos o combinados con progestinas, han mostrado que estos tratamientos son efectivos y reversibles y que alcanzan tasas de eficacia anticonceptiva de 1,0 a 1,5 embarazos por 100 hombres año. A pesar de los buenos resultados, las fases más avanzadas de estos estudios, que permitirían su comercialización, han encontrado poca acogida en la industria farmacéutica⁽⁵³²⁾.

Métodos no hormonales: Se ha investigado numerosos compuestos que podrían inhibir o suprimir la espermatogénesis en distintas etapas del proceso, la mayoría de ellos están en fase toxicológica o preclínica. También se ha investigado un compuesto que está en etapas avanzadas de investigación en la India es RISUG (acrónimo de "inhibición reversible de espermatozoides bajo guía"). Consiste en la inyección de un polímero (un gel) en el conducto deferente, el cual se solidifica bloqueando el paso de los espermatozoides, produciendo además un efecto tóxico que impide la sobrevivencia de éstos. Su acción es similar a la vasectomía, pero con la ventaja que sería más fácil de revertir.

7. ANTICONCEPCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Con la publicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en el 2001, se amplía y enriquece el concepto de continuo salud-enfermedad, incorporando el concepto de funcionamiento humano como un indicador del estado de salud de la población y la discapacidad como las dificultades de este funcionamiento. En este marco, la discapacidad se define como el resultado de la interacción negativa entre una persona, con una condición de salud, y sus factores contextuales, tanto ambientales como personales. Es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación (CIF-IA, página 221). Al ser dinámicos todos los factores que determinan la discapacidad, ésta también es dinámica y posible de modificar, constituyéndose como situación y no como condición estática.

Según el Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISC II) del año 2015 (MIDESO-SENADIS), un 16,7% de la población chilena mayor de 2 años presenta discapacidad, es decir 2.836.818 personas, cifra coherente con el Informe Mundial de Discapacidad (OMS, 2011) que proyectó entre un 15,6% y un 19,4% de personas de 15 años o más viven con alguna discapacidad en el mundo.

En vinculación con la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU y de su Protocolo Facultativo, firmados y ratificados por Chile en 2008, el Estado de Chile renueva su marco legal referente a discapacidad con la entrada en vigencia en el año 2010 de la Ley 20.422 que Establece Normas Sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social Sobre Personas con Discapacidad. Ésta, en coherencia con el contexto internacional, define persona con discapacidad a “aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”⁵. Según la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, estas personas deben tener acceso a todas las formas de cuidado en su salud sexual y reproductiva (Artículo 25), lo que comprende el derecho al matrimonio, a fundar una familia y a mantener su fertilidad (Artículo 23).

No siempre se han respetado los derechos de las personas con discapacidad. Con el fin de garantizar los derechos de las personas con enfermedad mental, el Decreto N° 570 que aprueba el Reglamento para la Internación de las Personas Afectadas de Enfermedad Mental y de los Establecimientos que las proporcionan, publicado el año 2000, consagra los derechos básicos, civiles, sociales y culturales. Dentro del derecho a salud destaca el acceso a asistencia oportuna y de calidad, la voluntariedad de la hospitalización, el consentimiento informado para los tratamientos, la regulación de los tratamientos complejos de efectos irreversibles. Dentro de los tratamientos irreversibles se incluye a la esterilización quirúrgica, haciéndose cargo de una práctica histórica e institucionalizada de esterilizaciones involuntarias y forzadas. En continuidad con este reglamento, el Ministerio de Salud publicó las Normas de Esterilización Quirúrgica en Personas con Enfermedad Mental, aprobadas mediante Resolución Exenta N° 1110 de diciembre del 2004 y publicadas el año 2005⁶. Esta normativa establece la igualdad de derechos de las personas afectadas de enfermedad mental y la población general en torno a decidir voluntariamente, previa información y consejería, la realización de la esterilización quirúrgica. Para aquellas personas que, producto de su enfermedad mental, no tengan capacidad de dar consentimiento y estén afectadas en su capacidad para ejercer la maternidad y la crianza, en protección de sus derechos, se establece la participación de la comisión Nacional de Pro-

5 Ley 20.422, Art. 5°.

6 A la fecha de dictación de la presente norma dicho reglamento se encuentra en proceso de actualización.

tección de las Personas Afectadas de Enfermedad Mental en la toma de decisión. Todo lo cual debe entenderse en concordancia con el Párrafo VII de la Ley N° 20.584, en el cual se regulan los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual.

Las/los prestadores de salud suelen no ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, en el malentendido que son personas sin sexualidad activa. Sin embargo estas prestaciones son esenciales y requieren considerar, para decidir la mejor alternativa, las preferencias de la persona, la naturaleza de la discapacidad y los aspectos específicos de los diferentes métodos anticonceptivos que son hoy en día, variados, seguros, efectivos y disponibles. En todos los casos las decisiones deben tomarse con la adecuada orientación e información. Cuando la discapacidad no permita consentir, debiera realizarse un proceso de toma de decisión que garantice el ejercicio de sus derechos, a través de la participación de sus cuidadores y equipo de salud, en la lógica de tomar la decisión que sea consistente con el deseo y preferencia de la persona.

El uso de los distintos métodos requiere algunas consideraciones ⁽⁵⁾:

Anticonceptivos reversibles de larga acción: (conocidos como LARC por su sigla en inglés) son una de las primeras líneas para la prevención efectiva del embarazo en mujeres con discapacidad, particularmente en personas con problemas para recordar el uso diario del método o el uso durante el coito. Además facilitan la labor de los cuidadores. Los LARC comprenden los implantes subdérmicos y los DIU, métodos anticonceptivos seguros para la salud de las mujeres, de larga acción (3 a 10 años) y altamente eficaces.

Anticoncepción hormonal combinada: Estos métodos son muy efectivos pero pueden no ser la opción más apropiada para personas con alteración de la circulación o inmovilidad de extremidades por el riesgo de enfermedad tromboembólica. La píldora requiere uso diario lo que puede ser una limitación. Las inyecciones mensuales pueden producir sangrados irregulares.

Inyectables de progestágeno solo: Son una buena opción por su eficacia y duración y porque producen amenorrea que puede ser conveniente para facilitar la higiene en algunas mujeres con discapacidad. Están en categoría 2 para las mujeres menores de 18 años por el impacto en la masa ósea, lo que no constituye una contraindicación absoluta frente al riesgo de embarazo.

Anticoncepción de emergencia: Las personas con discapacidad se encuentran en mayor riesgo de relaciones sexuales no planificadas y no consentidas, y en estos casos puede ser necesaria la AE.

Métodos de barrera: su uso puede ser dificultoso para algunas personas dado la limitación manual. Es necesario considerar que tienen una menor eficacia anticonceptiva que los otros métodos reversibles ya mencionados.

Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria: la esterilización quirúrgica es un procedimiento invasivo e irreversible, con cambios anatómicos y funcionales definitivos, como el control permanente de la capacidad de reproducción. Por esto deber recurrirse a ella cuando no es posible el uso de métodos anticonceptivos reversibles o cuando es el método elegido por una persona con capacidad de consentir. Toda esterilización quirúrgica en una persona con discapacidad psíquica, deberá ser solicitada según los procedimientos descritos en la Ley N° 20.584 y en las Normas de Esterilización Quirúrgica en Personas con Enfermedad Mental: el Comité de Ética Hospitalaria es responsable del proceso, recibe la solicitud de antecedentes, convoca a Comité interdisciplinario y resuelve enviar los antecedentes a la Comisión Nacional de Protección de las Personas con Enfermedad Mental para su resolución final.



SECCIÓN E: PROVISIÓN DE SERVICIOS DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD

1. CONSEJERÍA EN REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD

Definición: Es la atención individual proporcionada a las personas, con el fin de entregar información clara, completa y oportuna, que les permita tomar sus propias decisiones en relación a salud reproductiva, regulación de la fertilidad y métodos anticonceptivos.

Objetivos:

- Orientar mediante técnicas de participación activa, acerca de salud reproductiva, regulación de la fertilidad y métodos anticonceptivos.
- Evaluar los factores de riesgo para la adquisición de ITS y VIH y considerarlos para la elección del método más adecuado y su correcto uso.
- Informar acerca de cómo acceder a los servicios de regulación de fecundidad disponibles.
- Contribuir a la prevención del embarazo no deseado y sus posibles consecuencias (aborto inducido, rechazo materno, abandono y maltrato infantil, violencia, deserción escolar).
- Pesquisar y referir alteraciones de la fertilidad.
- Promover el uso del doble método.

Acciones:

- Crear un clima de confianza y empatía para ayudar a la o el consultante (es) a considerar su(s) situación (es) personal (es), su(s) sentimientos y preocupaciones con respecto a la práctica de regulación de su fecundidad. Diálogo activo en un marco de respeto, privacidad y confidencialidad.
- Comprender y respetar los valores y actitudes de la mujer y/o pareja en relación con su sexualidad y uso de métodos anticonceptivos.
- Analizar en conjunto, sentimientos y actitudes de la(s) consultante (s) sobre regulación de fecundidad y métodos anticonceptivos.
- Informar de los beneficios de la regulación de la fertilidad: satisfacción de necesidades básicas, vida afectiva, sexualidad, relación familiar (padres e hijos).
- Evaluar riesgo de exposición para las ITS incluido el VIH.
- Orientación sobre métodos anticonceptivos: demostración de métodos anticonceptivos y su correcto uso, mecanismo de acción, eficacia, disponibilidad, costos, contraindicaciones, manejo de efectos secundarios, mecanismos de control. Con esta orientación las personas reciben información y deciden, de forma voluntaria, que método de regulación de fertilidad utilizar, con los fundamentos necesarios para ello.
- Evaluación: devolución por parte de la persona de la información que recibió.
- Citar o ingresar a la actividad de Control de Regulación de Fecundidad e iniciar método de forma inmediata.
- Registro de la actividad.

Cobertura	Lo observado
Concentración	1
Instrumento	Hora matrona
Rendimiento	2 por hora

2. CONTROL DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD

Definición: Es la atención integral proporcionada en forma oportuna a mujeres/hombres en edad fértil que desean regular su fertilidad, en el contexto de sus características biomédicas, económicas, sociales y culturales.

Objetivos:

- Informar a la persona, y/o su pareja sobre tipos, características y disponibilidad de los métodos de regulación de la fertilidad y los aspectos relacionados con estos.
- Permitir que la mujer y/o su pareja decidan libre e informadamente sobre la práctica de la regulación de la fecundidad y el método a usar.
- Entregar y controlar el uso del método de regulación de la fecundidad elegido por usuarias.
- Asegurar a las usuarias la continuidad de la atención y el suministro de insumos de regulación de la fertilidad.
- Dar atención en regulación de fertilidad a poblaciones con necesidades específicas.
- Favorecer la detección y/o seguimiento del riesgo psicosocial (depresión, violencia y otras).

Acciones:

Primer Control de Ingreso:

- Anamnesis: antecedentes mórbidos personales, identificando factores de riesgo preferentemente cardiovascular e ITS y VIH, antecedentes gineco-obstétricos, uso previo de métodos anticonceptivos.
- Toma de presión arterial.
- Examen ginecológico (si procede).
- Entrega de información sobre el método elegido y signos y síntomas relacionados con el uso del método.
- Solicitud de exámenes de laboratorio según caso.
- Plan de controles según método iniciado.
- Derivación y referencia según normas ministeriales para las condiciones de salud.
- Indicaciones de autocuidado y promoción de estilos de vida saludable.
- Registro de la actividad

Controles siguientes:

- Anamnesis con énfasis en características de las menstruaciones, aceptabilidad del método, efectos colaterales, conducta sexual. Pesquisar y/o realizar seguimiento de factores de riesgo psicosocial

- Toma de presión arterial.
- Examen ginecológico si procede.
- Diagnóstico y manejo de efectos secundarios.
- Derivación o referencia si corresponde.
- Reforzar información a la usuaria en relación al método usado.
- Citar al próximo control según método iniciado.
- Registro de la actividad.

Cobertura	100% de la demanda espontánea (ingresos) 100% población bajo control
Concentración	3 controles en el primer año de uso 1 control anual después de un año de uso
Instrumento	Hora médico ginecólogo Hora matrona/matrón
Rendimiento	Ingreso 2 por hora Control 3 por hora

3. CONSULTA ESPONTÁNEA DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD

Definición: Es la atención proporcionada a las personas que consultan espontáneamente por presentar morbilidad asociada al uso de un método de regulación de la fertilidad o por dudas respecto al uso del mismo.

Objetivos:

- Disminuir los riesgos y efectuar tratamiento oportuno para evitar complicaciones.

Acciones:

- Anamnesis.
- Toma de presión arterial.
- Formulación de hipótesis diagnóstica.
- Exámen ginecológico (si procede).
- Indicación de exámenes de laboratorio y complementarios específicos según necesidad.
- Indicación terapéutica según morbilidad.
- Derivación al nivel adecuado de atención, cuando procede, según normas.
- Registro de la actividad.

Cobertura	100% de la demanda
Concentración	Lo observado
Instrumento	Hora médico ginecólogo Hora matrona
Rendimiento	3 por hora

4. CONSULTA POR ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Definición: es la atención impostergable, en cualquier centro de salud, a personas que solicitan anticoncepción de emergencia.

Objetivos:

- Evaluar la necesidad de uso de anticoncepción de emergencia considerando la fecha de la última relación sexual sin protección.
- Indicar y entregar la anticoncepción de emergencia en caso que proceda.
- Entregar información respecto a eficacia de la anticoncepción de emergencia y efectos secundarios.
- Incentivar el uso de un método anticonceptivo de uso regular.

Acciones:

- Anamnesis orientada a determinar riesgo de embarazo.
- Si usa algún método evaluar adherencia a método.
- Indicar anticoncepción de emergencia si corresponde.
- De preferencia utilizar la presentación de 1500 mcg de levonorgestrel. Si no está disponible, recomendar tomar las dos píldoras de 750 mcg de levonorgestrel de una vez para eliminar el riesgo de olvido en la segunda dosis o tomarla después de las 12 horas.
- Incentivar el uso de un método anticonceptivo de uso regular. Si la consulta se realiza en APS promover el inicio inmediato de método anticonceptivo y entregar cita para control en ese momento. Si se está en un servicio de urgencia, derivar al centro de atención primaria.
- Si la persona solicitante es menor de 14 años, entregar el método de emergencia e indicar que regrese, posteriormente, con un adulto responsable para informar la indicación del método.
- Entregar preservativos para doble protección.

Cobertura	100% de la demanda
Concentración	Lo observado
Instrumento	Hora médico Hora matrona
Rendimiento	3 por hora

5. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL (VDI) PARA LA PREVENCIÓN DEL SEGUNDO EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Definición: Es la atención integral de salud proporcionada en el hogar a adolescentes embarazadas, considerándolas en su entorno familiar a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Objetivos:

- Evaluar las condiciones del entorno familiar y la factibilidad de modificar los factores de riesgo biosociales detectados.

- Evaluar la evolución del embarazo fomentar la adhesividad al control en el Centro de Salud.
- Fortalecer los factores protectores personales y familiares identificados.
- Coordinar con redes de apoyo existentes.
- Fomentar el uso de métodos anticonceptivos seguros y efectivos para adolescentes.

Acciones:

- Ejecución de acciones específicas, según sean los objetivos específicos planteados para la visita.
- Examen físico y/u obstétrico de la embarazada, puérpera y recién nacido según corresponda.
- Evaluar el cumplimiento de indicaciones y tratamiento, cuando corresponda.
- Identificar situaciones de riesgo sicosocial familiar.
- Observación de la técnica de amamantamiento, según sea el caso.
- Reforzar asistencia al sistema escolar y conexión con redes existentes.
- Fomentar el inicio inmediato de métodos anticonceptivos efectivos para adolescentes.
- Controlar la adherencia a método anticonceptivo elegido.

Cobertura	100% de las adolescentes embarazadas y puérperas menores de 15 años 50% de las adolescentes embarazadas y puérperas de 15 - 19 años con riesgo psicosocial
Concentración	4 VDI durante la gestación 1 VDI a los 10 días posparto 1 VDI a los 30 días posparto 1 VDI a los 3 meses posparto 1 VDI a los 12 meses posparto
Instrumento	Hora matrona Hora otro profesional de acuerdo a los objetivos planteados para la VDI
Rendimiento	1 VDI por hora

6. CONTROL PRECONCEPCIONAL

Control preconcepcional y riesgo reproductivo

El riesgo reproductivo pre concepcional se encuentra asociado a la vulnerabilidad que presentan algunas personas. Por ello, es importante conocer este aspecto, para orientar el trabajo preventivo desde el nivel primario de atención.

Los esfuerzos deben estar orientados a la identificación y pesquisa de factores de riesgo pre concepcional y entregar acciones de promoción y prevención de la salud, encaminadas a la detección precoz de mujeres con riesgo y su control y compensación efectiva⁽⁵³³⁾. La gran mayoría de las mujeres, en edad reproductiva, presentan riesgo múltiple o multifactorial, entendiéndose que el abordaje de los mismos no debe ser de forma aislada, siendo absolutamente necesario valorar la presencia, en la misma persona, de los distintos riesgos.

Teniendo en cuenta que existen condiciones que obviamente se verán favorecidas con una intervención pre concepcional es que, los esfuerzos deben ser encaminados hacia la detección de mujeres en control por regulación de la fertilidad que presenten riesgo reproductivo. Estas mujeres requerirán un manejo más periódico e intensivo, con prestaciones específicas con el fin de minimizar estos factores de riesgo, aun cuando la mujer no manifieste el deseo de embarazo en el corto plazo.

Control Pre Concepcional

El modelo de control pre concepcional propuesto se basa en la pesquisa de mujeres con riesgo pre concepcional durante el control de regulación de fertilidad y su derivación oportuna para iniciar evaluación pre concepcional.

Definición: es la atención integral proporcionada por matrona o matrn en el Centro de Salud a mujeres, hombres o parejas, para iniciar o posponer una gestación.

La recomendación es realizar control pre concepcional a toda mujer en control por regulación de fertilidad, que manifieste idea de embarazo, enfatizando en aquellas mujeres que presenten riesgo cardiovascular o riesgo psicosocial

Objetivos específicos:

- Identificar oportunamente factores de riesgo reproductivo pre concepcional, tanto en el ámbito familiar como materno perinatal, posibilitando su intervención y procurando las condiciones más favorables para el desarrollo del proceso reproductivo.
- Pesquisar oportunamente mujeres con enfermedades crónicas y/o intercurrentes tales como: cardiopatías, hipertensión, diabetes, dislipidemias, epilepsia, anemias, TBC, énfasis en cáncer de cuello uterino y de mama, isoimmunización por factor RH, entre otras.
- Identificar factores de riesgo presentes en embarazos y partos anteriores (peso de nacimiento, prematuridad, abortos).
- Derivar a aquellas mujeres con sospecha de enfermedad crónica /o intercurrentes.
- Fortalecer adherencia a método de regulación de la fertilidad.
- Propiciar el uso de doble método como protección para la adquisición del VIH y las ITS.
- Identificar e intervenir riesgos de enfermedades de transmisión sexual, incluido VIH SIDA.
- Identificar e intervenir problemas de infertilidad.
- Identificar e intervenir riesgos de embarazo precoz en población adolescente.
- Identificar e intervenir estilos de vida no saludables: mal nutrición (por déficit o por exceso), sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Identificar e intervenir condiciones que puedan afectar la salud psicosocial.
- Identificar factores sociales, ambientales y laborales y ambientales adversos e intervención y/o derivación a redes de apoyo.
- Fomentar y favorecer el inicio de control de embarazo antes de las 14 semanas de gestación.

Acciones:

- Acogida a la mujer y o a la pareja.
- Anamnesis dirigida a historia de salud, historia de pareja, ciclo vital, (identificando enfermedades crónicas, problemas en las relaciones familiares, abuso de drogas, presencia de violencia, presencia o riesgo de exposición a ITS y VIH, etc.).
- Detección de riesgos psicosociales personales y familiares, antecedentes reproductivos.
- Evaluación Física General (Índice de masa corporal, presión arterial, examen físico segmentario, examen físico de mama).
- Evaluación ginecológica.
- Indicación de exámenes: hematocrito-hemoglobina; grupo y Rh; VDRL; glicemia; orina completa, test para detección de VIH, perfil lipídico, pruebas tiroideas.
- Toma de PAP si corresponde.
- Valoración del progenitor, en su condición de salud general y conductas de riesgo. Realización del Examen de Medicina Preventiva si no lo tiene. Si lo tiene, evaluación de los riesgos encontrados en éste.
- Indicación de ácido fólico.
- Educación de estilos de vida saludables, asociado a optimizar su condición para la gestación.
- Referencia según corresponda.
- Citación con resultados de exámenes para diagnóstico definitivo y o referencia a especialidad según corresponda.

Las acciones contenidas en una primera consulta dependen de las condiciones específicas de cada mujer y/o pareja, aunque es posible determinar un mínimo de acciones comunes. La conducta se debe adaptar a los problemas identificados y a los que preocupan a la mujer y/o pareja que planifica su embarazo.

Cobertura	Lo observado
Concentración	2 controles
Instrumento	Hora médico Hora matrona
Rendimiento	2 por hora

7. ANTICONCEPCIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA Y DESASTRES

El acceso a los métodos de regulación de la fertilidad es particularmente importante en contextos de crisis, emergencias y/o desastres cuando las personas se encuentran afectadas por la pérdida de las estructuras de apoyo social y cuando pueden estar interrumpidos los sistemas basados en los establecimientos y en la comunidad para brindar la información y los servicios relacionados⁽⁵³⁴⁾.

7.1. Recomendaciones Generales

Se recomienda abordar todas las necesidades urgentes de salud reproductiva durante situaciones de crisis, tales como acceso a métodos de regulación de fertilidad, maternidad sin riesgos, protección contra la violencia sexual; prevención y tratamiento de ITS incluido el VIH/SIDA.

Las actividades para la atención de salud sexual y salud reproductiva, en situación de emergencia, deben incluir información y acceso a todos los métodos de regulación de la fertilidad disponibles, incluyendo la anticoncepción de emergencia. Se debe contar con una variedad de métodos anticonceptivos durante la fase aguda de una emergencia para responder a la demanda inmediata, para lo cual se debe contar con una provisión anticipada. Dado que las personas en contexto de emergencias y/o desastres, pueden involucrarse en prácticas sexuales riesgosas que los ponen en peligro de contraer ITS o VIH/SIDA, deben ser informados sobre la importancia de utilizar condones, promoviendo su utilización como método único o como “doble protección”.

Los servicios deben ser de fácil acceso y los establecimientos provisorios deben ser montados de manera de asegurar la intimidad y la confidencialidad de las personas.

7.2. Acciones claves

Se debe incorporar el enfoque de salud sexual y salud reproductiva en las acciones del comité de emergencia para facilitar la coordinación y velar por que se designe y ponga en funciones un responsable de salud reproductiva (matrona/ón) dentro del sector o el grupo sectorial de salud. Sus funciones deben incluir estimar la población en riesgo de embarazo y evaluar la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud de baja, mediana y alta complejidad, considerando las condiciones de funcionamiento seguro, situación del recurso humano, equipamiento e insumos, métodos anticonceptivos disponibles y otros.

7.3. Atención en la fase aguda

Al interrumpirse los sistemas de provisión regular de métodos anticonceptivos, durante la fase aguda de la emergencia, se recomienda la preparación y distribución de anticonceptivos y otros elementos necesarios para la atención de salud sexual y reproductiva, a toda mujer en edad fértil, independiente de si antes de la emergencia estaba adscrita o no a un programa de regulación de la fertilidad. El paquete mínimo debiera incluir anticonceptivos orales o inyectables, anticoncepción de emergencia, condones, toallas higiénicas y alcohol gel. Para los hombres se considera la distribución libre de condones masculinos.

Estos insumos deben ser entregados por miembros del equipo de salud, junto con la debida información a las usuarias (instructivo) que estén en albergues o se encuentren desplazados de sus hogares.

7.4. Funciones de respuesta en atención en salud sexual y salud reproductiva

SEREMI de Salud

- Identificar una persona responsable del tema salud sexual y salud reproductiva que participará del comité de emergencias y desastres.
- Coordinar las acciones sectoriales e intersectoriales de apoyo.

- Implementar medidas para reducir el riesgo de violencia sexual, en coordinación con otros sectores o grupos sectoriales pertinentes, con especial énfasis en personas en situación de discapacidad.
- Realizar acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva.

Servicios de Salud

- Identificar una persona responsable del tema salud sexual y salud reproductiva que participará del comité de emergencias y desastres.
- Identificar necesidades, condiciones actuales y disponibilidad de insumos anticonceptivos por tipo y cantidad.
- Gestionar recursos para el traslado y distribución de insumos anticonceptivos, desde las bodegas a los establecimientos.
- Gestionar la disponibilidad de métodos anticonceptivos y condones masculinos y adecuarlos a las necesidades de su población y coordinar su distribución.

Equipo de atención primaria de salud

- Identificar la población de mujeres bajo control por métodos de regulación de la fertilidad de corta duración.
- Distribuir anticoncepción entre las mujeres en edad fértil según sus necesidades.
- Promover la utilización del condón distribuyendo 30 preservativos, por persona, entre la población afectada.

Equipo de apoyo en albergue

- Realizar, en los albergues temporales y refugios, así como en otros lugares públicos, sesiones de información y educación dirigidos a mujeres y hombres en edad reproductiva respecto a sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, así como responsabilidad compartida de la prevención de embarazos no deseados.
- Implementar control de regulación de fertilidad.
- Distribuir anticoncepción incluyendo anticoncepción de emergencia y condones masculinos. Considerar la provisión de métodos anticonceptivos y condones masculinos para varias semanas.
- Prevenir, identificar y atender situaciones de violencia sexual.

8. FARMACOVIGILANCIA

La gestión o manejo de riesgos es una parte integral del campo de acción de la farmacovigilancia, ya que contribuye a la prevención de los riesgos de los medicamentos una vez que ellos han sido comercializados.

Las estrategias de prevención de riesgo pueden ser variadas, teniendo en cuenta que las reacciones adversas a medicamentos pueden ser causadas tanto por errores en la fabricación, suministro, prescripción, dispensación o administración de medicamento (reacciones adversas extrínsecas) como por las mismas propiedades farmacológicas inherentes al fármaco (reacciones adversas intrínsecas).

La reacción adversa al medicamento (RAM) es la reacción nociva y no intencionada que se produce a dosis utilizadas normalmente en el ser humano⁽⁵⁴⁴⁾.

Todos los medicamentos pueden producir reacciones adversas, aún si se utilizan en las dosis terapéuticas e indicación correcta. Ante una sospecha de algún efecto no deseado o nocivo, consultar a la brevedad con un profesional de la salud para recibir orientación.

El método de Farmacovigilancia utilizado por el Programa Nacional de Farmacovigilancia es la notificación espontánea, la que consiste en comunicar al ISP, por parte de un profesional de la salud, o de otra entidad, las sospechas de reacciones adversas a medicamentos de las que éste toma conocimiento, incluidos la dependencia, el abuso, el mal uso y la falta de eficacia, en un formulario expresamente creado para tal fin. La información de cómo realizar esta actividad se encuentra disponible en: <http://www.ispch.cl/anamed>. Alerta de productos Sanitarios - Farmacovigilancia - Reacciones adversas a medicamentos: Instructivo para completar formulario RAM y Formulario de notificación de reacción adversa a medicamentos (RAM).

SECCIÓN F: BIBLIOGRAFÍA

1. Sección A: Políticas y Programas de Regulación de la Fertilidad en Chile

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe: Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Montevideo (2013)
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de los derechos humanos, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69 7 junio 2010, Washington D.C. 2010
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de los derechos humanos, OEA/Ser.L/V/II.Doc.61, 22 noviembre 2011, Washington, D.C. 2011
- Comité de los Derechos del Niño, Observación general N° 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013.
- Instituto Nacional de Estadísticas. Anuario de Estadísticas Vitales 2013
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Decreto Supremo N°48 del 03 de febrero del 2007 Aprueba Texto Que Establece Las Normas Nacionales Sobre Regulacion De La Fertilidad
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), 2016. Base de Datos REM. Santiago de Chile. Recuperado a partir de: www.deis.cl
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2013). Documento de Actualización: Situación de Salud Actual del Embarazo Adolescente en Chile. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Departamento de Ciclo Vital. Recuperado a partir de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c908a2010f2e7dafa040010164010db3.pdf>
- Organización de Estados Americanos (1999). Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.
- Organización Internacional del Trabajo (1989). Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes.
- Organización de las Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP).
- Organización de las Naciones Unidas. (1968). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Organización de las Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (8 de diciembre de 1979)
- Organización de las Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Aprobado por Asamblea General el 20 de noviembre de 1989.
- Organización de las Naciones Unidas. (1994). Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo, 1994 (Report of the International Conference on Population and Development, El Cairo, 1994). Recuperado a partir de: www.unfpa.org/cipd.
- Organización de las Naciones Unidas. (1995). Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing). Recuperado a partir de: www.un.org/womenwatch.
- Organización de las Naciones Unidas. (2000). Metas del Milenio.
- Organización de las Naciones Unidas. (2007). Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad.

- Organización de las Naciones Unidas. (2013) Objetivos de Desarrollo del Milenio y más allá de 2015. Objetivo 5: Mejorar la salud materna. [website]. (<http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal>)
- Organización Mundial de la Salud (2002). Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA 55.19
- Organización Mundial de la Salud (2004). 57 Asamblea Mundial de la Salud. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_REC1-sp.pdf (pág.78)
- Tribunal Constitucional de Chile, Sentencia Rol 740-07, 18 de abril de 2007

2. Sección B: Marco Conceptual

Ética y derechos

- Casas, L., y Dides, C. (2007). Objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile: dos casos paradigmáticos. *Acta bioeth.* [online], vol.13, n.2, pp. 199-206. ISSN 1726-569X. doi: 10.4067/S1726-569X2007000200007.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Los pueblos indígenas en América Latina: avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos", aporte regional a la Conferencia Mundial de Pueblos Indígenas. Noviembre de 2014.
- CEPAL/CELADE/OPS. (2010). Salud materno infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: Una relectura desde el enfoque de derechos. Documentos de Proyectos (LC/W.346), Santiago de Chile,
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2010). Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de los derechos humanos, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69 7 junio 2010, Washington D.C.
- Conde Agudelo, A., Rosas-Bermúdez, A., Kafury-Goeta, AC. (2006). Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis.; 295(15):1809-23. Conde-Agudelo, A.,
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2012). "Artavia Murillo con Costa Rica" (fertilización in vitro). (Excepciones preliminares, fondo y reparaciones)
- Díaz, S. (2004). Ética en la regulación de la fertilidad. En: *Bioética, Fundamentos y Clínica.* (eds) M. Pérez, A. Ecríbar, R. Villarroel. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile; pp. 195-209.
- Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (International Federation of Obstetrics and Gynecology, FIGO). (2003). Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology by the FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. London.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia. (International Planned Parenthood Federation (IPPF). (1996). Carta de IPPF de derechos sexuales y reproductivos. Visión Año 2000, Londres.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia. (International Planned Parenthood Federation (IPPF). (2012). Declaración del IMAP sobre derechos sexuales y servicios de salud sexual. Boletín Médico de la IPPF.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), División de Información y Relaciones Externas. (2012). El Estado de la Población Mundial 2012. Sí a la opción, no al azar: planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo. Recuperado a partir de: www.unfpa.org.
- Guzmán, JM., Hakkert, R., Contreras, JM. y cols. (2001). Diagnóstico de la salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. Fondo de Población de las Naciones Unidas, México.

- Hill, K., AbouZahr, C., Wardlaw, T. (2001). Estimates of maternal mortality for 1995. Bull WHO 79:182-193.
- Ley 19.628 Sobre protección de la vida privada. Promulgada el 18 de agosto de 1999.
- Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Promulgada el 13 de abril de 2012.
- Ministerio de Salud. Ordinario N° 3229 del 11 de julio del 2008 que garantiza la atención en salud a la población migrante, focalizando en menores de edad, mujeres embarazadas y en la atención de urgencia.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2011). Código Sanitario 14ª edición oficial D.F.L. 725/96. Recuperado a partir de: www.minsal.cl.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2011). Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2012). Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud. Recuperado a partir de: www.minsal.cl.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). MINSAL Serie Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile. Años 2006 al 2014.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2012). Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud. Recuperado a partir de: www.minsal.cl.
- Mundigo, Al., Indriso, C. (1999). Abortion in the Developing World. World Health Organization. Vistaar Publications. New Delhi, India.
- Organización de las Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)
- Organización de las Naciones Unidas. (1968). Pacto de derechos económicos, sociales y culturales, Ley 74.
- Organización de las Naciones Unidas. Comité CEDAW, Observación General 24 (Artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer-La mujer y la salud), 2 de febrero de 1999, en: http://www.tsjyuc.gob.mx/publicaciones/Convencionalidad/Archivos2/Observaciones_Mujer/24.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (1987). Consejo Económico y Social. Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, ratificada por Chile en 1988. www.unhcr.ch.
- Organización de las Naciones Unidas. (1989). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Adolescent reproductive behavior: Evidence from developing countries. Population Studies N° 109/Add.1. United Nations, New York.
- Organización de las Naciones Unidas. (1990). Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Recuperado a partir de: www.unicef.org.
- Organización de las Naciones Unidas. (1993). Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Recuperado a partir de: www.un.org/es/development.
- Organización de las Naciones Unidas. (1995). Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. Recuperado a partir de: www.un.org/spanish/esa/socdev.

- Organización de las Naciones Unidas. Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación General No. 14: el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, E.C./12/2000/4.
- Organización de las Naciones Unidas. (2012). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Population Division. World Contraceptive Use. Recuperado a partir de: www.un.org/desa
- Organización Internacional del Trabajo (1989). Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes.
- Organización Mundial de la Salud (World Health Organization). (1994). Health, Population and Development). Position Paper for the International Conference on Population and Development, El Cairo. WHO/FHE/94.2. Geneva.
- Organización Mundial de la Salud (World Health Organization). (1995). Health benefits of family planning. Family Planning and Population, Division of Family Health, WHO. Geneva.
- Organización Mundial de la Salud (World Health Organization). (1995). Womens Health. Position Paper for the IV World Conference on Women, Beijing, China. WHO/FHE/95.8. Geneva.
- Organización Mundial de la Salud. (World Health Organization). (2002). Resolución WHA 55.19 de la Asamblea Mundial de la Salud, sobre las Metas del Milenio.
- Organización Mundial de la Salud (World Health Organization). (2011). Family and Reproductive Health. Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Sixth edition.
- Organización Mundial de la Salud. (World Health Organization). (2014). Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: Orientaciones y recomendaciones.
- 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.
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (World Health Organization). Programa Regional de Bioética OPS/OMS. (2003). Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas. (eds) F. Lolas, S. Quezada. Santiago, Chile.
- Organización Panamericana de la Salud. Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Montevideo, agosto 2013.
- Robey, B., Rutstein, SO., Morris, L., Blackburn, R. (1992). The reproductive revolution: New survey findings. Population Reports Series M:11.
- Rosas-Bermudez, A., Castaño, F., Norton, MH. (2012). Effects of birth spacing on maternal, perinatal, infant, and child health: a systematic review of causal mechanisms. Stud Fam Plann.; 43(2):93-114.
- Sánchez, S., Salazar, G., Tijero, M., Díaz, S. (2001). Informed consent procedures: Responsibilities of researchers in developing countries. Bioethics 15:398-412.
- Singh, S., Wulf, D. (1994). Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. International Family Planning Perspectives 20:4-13.
- Valdés, T., Gysling, J. (1996). Fecundidad, cultura y derechos reproductivos. En: Cultura y Población en América Latina, FLACSO, FNUAP. (eds) I. Hernández, E. Gomáriz. San José Costa Rica, pp. 163-189.

- Valdés, T. (2002). 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.
- Viel, B., Pereda, C. (1991). El embarazo no deseado. *Boletín de la Asociación Chilena de Protección de la Familia* 1:12 Diciembre.

Género

- Barnett, B., Stein, S. (1998). *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning*. Family Health International.
- Berer, M. (1997). Dual protection: Making sex safer for women. In: *Beyond Acceptability: Users' Perspectives on Contraception*. WHO and Reproductive Health Matters, pp. 109–21.
- Berer, M. (1993). Population and family planning policies: Women-centered perspectives. *Reproductive Health Matters* 1:4–12.
- Díaz S. Salud Sexual y Reproductiva. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). Santiago de Chile. www.icmer.org/saludyderechossexualesyreproductivos.
- Family Health International. (1992). Los hombres y la planificación familiar. *Network* 7(3).
- Matamala, MI (ed). (1995). *Calidad de la Atención, Género, Salud Reproductiva de las Mujeres*. Reproducciones América, Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2000). *Transversalización de la Perspectiva de Género en las Políticas de Reforma de Salud en Chile*. Santiago de Chile. Recuperado a partir de: www.minsal.cl.
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (1994). *Convención de Violencia de Belem do Pará*. Recuperado a partir de: www.oas.org/juridico/spanish/tratados.
- Organización de las Naciones Unidas. (1986–2012). *Consejo Económico y Social, Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer*. Recuperado a partir de: www.unwomen.org.
- Organización de las Naciones Unidas. (1979). *Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)*; ratificada por Chile en 1989.
- Organización de las Naciones Unidas. (1994). *Comisión de Derechos Humanos. Relatoría Especial sobre la Violencia Contra la Mujer*. Recuperado a partir de: www.unhcr.ch.
- Organización de las Naciones Unidas. (1994). *Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (United Nations. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo)*.
- Organización de las Naciones Unidas Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (1995). *Male Involvement in Reproductive Health, including Family Planning and Sexual Health*. Technical report No 28, New York.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). (1991). *Estableciendo Objetivos Comunes: Perspectiva de la Mujer sobre la Selección e Introducción de Tecnologías de Regulación de la Fertilidad*. Ginebra.
- Ringheim, K. (1996). Wither methods for men? Emerging gender issues in contraception. *Reproductive Health Matters* 7:79–89.
- Snow, R., García, S., Kureshy, N. y cols. (1997). Attributes of contraceptive technology: Women preferences in seven countries. In: *Beyond Acceptability: Users' Perspectives on Contraception*. WHO and Reproductive Health Matters 36–49.

Calidad de Atención

- AVSC International. (1995). Manual COPE: Client-oriented, provider-efficient services: a process and tools for quality improvement in family planning and other reproductive health services. New York.
- Bruce, J. (1990). Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. *Stud Fam Plann* 21:61-91.
- Casas, L., Dides, C., Isla, P. (eds). (2002). Confidencialidad de la Información y Consentimiento Informado en Salud Sexual y Reproductiva. Corporación de Salud y Políticas Sociales CORSAPS, Santiago de Chile, 2002.
- DiPrete, B., Miller, F., Rafeh, N. (2013). Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. Wisconsin, consulta 29.04.2013 [pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnach089.pdf]
- Federación Internacional de Planificación de la Familia. Panel Médico Asesor (1996). (International Planned Parenthood Federation, IPPF, Medical Advisory Panel). Declaración sobre calidad de atención. *IPPF Med Bull* 30(4):1-2.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia (International Planned Parenthood Federation, IPPF). (2004). Medical and Service Delivery Guidelines.
- Huezco, C., Díaz, S. (1993). Quality of care in family planning: Clients' rights and providers' needs. *Adv Contracept* 9:129-39.
- Huezco, C., Díaz, S. (1993). Quality of care in family planning: Clients' rights and providers' needs. *Adv Contracept* 9:129-39.
- Jain, A. (1989). Fertility reduction and the quality of family planning services. *Stud Fam Plann* 20:1-16.
- Lettenmaier, Ch., Gallen, ME. (1987). El porqué de la importancia de la orientación individual. *Popul Rep, J*, No. 36.
- Matamala, MI. (ed). (1995). Calidad de la atención, Género, Salud reproductiva de las mujeres. Reproducciones América, Santiago, Chile.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (1995). 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.
- Schiappacasse, V., Casado, M. E., Miranda, P., Díaz, S. Calidad de Atención. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). Santiago de Chile. www.icmer.org/saludyderechossexuales-yreproductivos.
- Simmons, R., Elias, Ch. (1994). The study of client-provider interactions: A review of methodological issues. *Stud Fam Plann* 25:1-17.
- Simmons, R., Simmons, G. (1992). 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. (1994). Contraceptive Introduction Reconsidered: A Review and Conceptual Framework. WHO/HRP. Geneva.
- Vera, H. (1993). The client's view of high-quality care in Santiago, Chile. *Stud Fam Plann* 24:40-4.

3. Sección C: Tecnología Anticonceptiva

Propiedades de los anticonceptivos

1. World Health Organization (WHO). (2004) Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning: Medical eligibility criteria for contraceptive use. 3ª edición. Recuperado a partir de: www.who.int/reproductive-health.
2. World Health Organization (WHO). (2009). Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use (Organización Mundial de la Salud. Mejorando el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar: Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos). Ginebra, 4ª edición. [Internet]. Recuperado a partir de: www.who.int/reproductive-health.
3. World Health Organization (WHO). (2005). Reproductive Health and Research. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use (Recomendaciones Sobre Prácticas Seleccionadas para el Uso de Anticonceptivos). Ginebra, 3ª edición. Actualizadas 2008 [Internet]. Recuperado a partir de: www.who.int/reproductive-health
4. World Health Organization (WHO). (2011). Family Planning: A Global Handbook for Providers. Evidence-based guidance developed through worldwide collaboration. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9780978856373_eng.pdf.
5. World Health Organization (WHO). (2015). Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition - Executive Summary. [www.who.int/guidelines/WHO guidelines on maternal, reproductive and women's health](http://www.who.int/guidelines/WHO_guidelines_on_maternal_reproductive_and_women's_health).
6. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Faculty of sexual & reproductive healthcare. Clinical Guidance- Quick Starting Contraception. Clinical Effectiveness Unit. (2010).
7. Culwell K., Iniciación inmediata de los anticonceptivos hormonales para la anticoncepción: Comentario de la BSR (última revisión: 2 de febrero de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud
8. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care, Clinical Effectiveness Unit. UK Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. (2002) <http://www.fsrh.org/admin/uploads/SelectedPractice>.

Métodos anticonceptivos combinados de estrógeno y progestágeno

9. Peralta O, Díaz S. Anticoncepción hormonal combinada. En Ginecología, 4ta Edición. (ed.) A. Pérez Sánchez. Editorial Mediterráneo Ltda. Santiago, Chile. Pp. 809-826. 2014.10.
10. Ahrendt, H-J, Nisand, I., Bastianelli, C., Gómez, MA, Gemzell-Danielsson, K., Urdl, W., et al. (2006). Efficacy, acceptability and tolerability of the combined contraceptive ring, NuvaRing, compared with an oral contraceptive containing 30 microg of ethinyl estradiol and 3 mg of drospirenone. *Contraception*; 74(6):451-7.
11. Lopez, LM., Grimes, DA., Gallo, MF., Schulz, KF. (2010). Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*;(3):CD003552.
12. Oddsson, K., Leifels-Fisher, B., De Melo, N. y cols. (2005). Efficacy and safety of a contraceptive vaginal ring compared with a combined oral contraceptive: a year randomized trial. *Contraception*, 71:176.
13. Rinehart, W., Piotrow, P. (1979). Anticonceptivos orales. Actualización sobre su uso, seguridad y efectos secundarios. *Popul Rep A*;5.

14. Dinger, JC., Cronin, M., Möhner, S., Schellschmidt, I., Minh, TD., Westhoff, C. (2009). Oral contraceptive effectiveness according to body mass index, weight, age, and other factors. *Am J Obstet Gynecol*;201(3):263.e1-9.
15. Westhoff, CL., Hait, HI., Reape, KZ. (2012). Body weight does not impact pregnancy rates during use of a low-dose extended-regimen 91-day oral contraceptive. *Contraception*; 85(3):235-9.
16. Kols, M., Rinehart, W., Piotrow, PT., Coucette, L., Quillin, WF. (1982). Oral contraceptives in the 1980s. *Popul Rep A*;(6):189-222.
17. Lande, R. (1995). Injectable contraceptives. *Popul Rep.* ;23(2).
18. Garza-Flores, J., Hall, P. (1987). *Anticonceptivos inyectables mensuales*. México: Editorial Piensa, S.A de C.V.
19. Garza-Flores, J. (2000). Pharmacokinetics of injectable contraceptives. *Gynaecol Forum*;5:7.
20. Kerns, J., Darney, P. (2011). Vaginal ring contraception. *Contraception*;83(2):107-15.
21. United Nations. (2011). *World Contraceptive Use 2010 POP/DB/CP/Rev2010*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. www.unpopulation.org
22. International Planned Parenthood Federation. (2002). International Medical Advisory Panel (IMAP). Statement on steroidal oral contraception (Declaración sobre los Métodos Anticonceptivos Hormonales). *IPPF Med Bull.* ;36(5):1-8.
23. Cancer and Steroid Hormone Study (CASH). (1987a). Combination oral contraceptive use and the risk of endometrial cancer. *JAMA*, 257:796.
24. World Health Organization (WHO). (1992). *Oral contraceptives and neoplasia*. Geneva; 1992.
25. Vessey, M., Painter, R. (2006). Oral contraceptive use and cancer. Findings in a large cohort study, 1968-2004. *Br J Cancer*;95(3):385-9.
26. Cibula, D., Gompel, A., Mueck, AO., La Vecchia, C., Hannaford, PC., Skouby, SO., et al. (2010). Hormonal contraception and risk of cancer. *Hum Reprod Update*;16(6):631-50.
27. Cancer and Steroid Hormone Study (CASH). (1987b). The reduction in the risk of ovarian cancer associated with oral contraceptive use. *N Engl J Med*, 316:650.
28. Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer, Beral, V., Doll, R., Hermon, C., Peto, R., Reeves, G. (2008). Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23,257 women with ovarian cancer and 87,303 controls. *The Lancet*;371(9609):303-14.
29. Blackburn, R., Cunkelman, J., Zlidar, V. (2000). Los anticonceptivos orales hoy día. *Popul Rep A*;;9:1-39.
30. Grimes, D. (1991). Other health benefits of oral contraception. *Adv Contracept.*;(1):39-48.
31. Drife, J. (2001). Riesgos y beneficios de los anticonceptivos orales de altas y bajas dosis. *Gynecology Forum 2001*, 3(3):16.
32. Milsom, I., Sundell, G., Andersch, B. (1990). The influence of different combined oral contraceptives on the prevalence and severity of dysmenorrhea. *Contraception*;42(5):497-506.
33. Ory, H. (1974). Functional ovarian cysts and oral contraceptives. Negative association confirmed surgically. A cooperative study. *JAMA J Am Med Assoc.*;228(1):68-9.

34. Vessey, M., Metcalfe, A., Wells, C., McPherson, K., Westhoff, C., Yeates, D. (1987). Ovarian neoplasms, functional ovarian cysts, and oral contraceptives. *Br Med J Clin Res Ed*. ;294(6586):1518-20.
35. Wong, M., Singh, K. (2003). Uso de anticonceptivos orales y enfermedad inflamatoria pélvica. *Gynaecol Forum*.;6(1):23.
36. Meirik, O. (2007). Intrauterine devices - upper and lower genital tract infections. *Contraception*;75(6 Suppl):S41-47.
37. Petitti, DB., Piaggio, G., Mehta, S., Cravioto, MC., Meirik, O. (2000). Steroid hormone contraception and bone mineral density: a cross-sectional study in an international population. *The WHO Study of Hormonal Contraception and Bone Health. Obstet Gynecol.*;95(5):736-44.
38. Martins SL, Curtis KM, Glasier AF. Combined hormonal contraception and bone health: a systematic review. *Contraception* 2006;73:445-469
39. World Health Organization (WHO). (2007). Technical consultation on the effects of hormonal contraception on bone health. Summary report. [Internet]. Geneva. Recuperado a partir de: www.who.int/reproductive-health.
40. Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Curtis KM. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;2:CD006033;
41. Cromer, BA., Stager, M., Bonny, A., Lazebnik, R., Rome, E., Ziegler, J., et al. (2004). Depot medroxyprogesterone acetate, oral contraceptives and bone mineral density in a cohort of adolescent girls. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*.;35(6):434-41.
42. Odlind, V. (2003). Uso de los anticonceptivos orales en el tratamiento del acné. *Gynaecol Forum*.;6(1):3.
43. Bitzer, J., Simon, JA. (2011). Current issues and available options in combined hormonal contraception. *Contraception*;84(4):342-56.
44. Arowojolu, AO., Gallo, MF., Lopez, LM., Grimes, DA. (2012). Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database Syst Rev*.;7:CD004425.
45. E Fernandez, C La Vecchia, A Balducci, L Chatenoud, S Franceschi, and E Negri. Oral contraceptives and colorectal cancer risk: a meta-analysis. *Br J Cancer*. 2001 Mar; 84(5): 722-727. doi: 10.1054/bjoc.2000.1622
46. Beral, V., Hermon, C., Kay, C., Hannaford, P., Darby, S., Reeves, G. (1999). Mortality associated with oral contraceptive use: 25 year follow up of cohort of 46 000 women from Royal College of General Practitioners' oral contraception study. *BMJ*; 318(7176):96-100.
47. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. (1996). Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. *The Lancet*;348(9026):498-505.
48. World Health Organization. (WHO). (1996). Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception Haemorrhagic stroke, overall stroke risk, and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. *The Lancet*;348(9026):505-10.
49. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. (1997). Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. *The Lancet*; 349(9060):1202-9.

50. Cardiovascular disease and steroid hormone contraception. (1998). Report of a WHO Scientific Group. World Health Organ Tech Rep Ser. ;877:i-vii, 1-89.
51. Farley, TM., Collins, J., Schlesselman, JJ. (1998). Hormonal contraception and risk of cardiovascular disease. An international perspective. *Contraception*;57(3):211-30.
52. Tanis, BC., Van den Bosch, MA., Kemmeren, JM., Cats, VM., Helmerhorst, FM., Algra, A., et al. (2001). Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med*;345(25):1787-93.
53. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. (2008). Hormonal contraception: recent advances and controversies. *Fertil Steril*;90(5 Suppl):S103-113.
54. Tzourio, C., Tehindrazanarivelo, A., Iglésias, S., Alpérovitch, A., Chedru, F., d'Anglejan-Chatillon, J., et al. (1995). Case-control study of migraine and risk of ischaemic stroke in young women. *BMJ*;310(6983):830-3.
55. Chang, CL., Donaghy, M., Poulter, N. (1999). Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *BMJ*;318(7175):13-8.
56. World Health Organization. (1995). Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *The Lancet*;346(8990):1575-82.
57. Van Hylckama Vlieg, A., Helmerhorst, FM., Vandenbroucke, JP., Doggen, CJ., Rosendaal, FR. (2009). The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ*;339:b2921.
58. Dunn, N. (2011). The risk of deep venous thrombosis with oral contraceptives containing drospirenone. *BMJ*;342:d2519.
59. Lidegaard, O., Lokkegaard, E., Svendsen, AL., Agger, C. (2009). Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ*;339:b2890.
60. Lidegaard, O., Nielsen, LH., Skovlund, CW., Skjeldestad, FE., Lokkegaard, E. (2011). Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9. *BMJ*;343:d6423.
61. Jick, SS., Hernandez, RK. (2011). Risk of non-fatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives containing drospirenone compared with women using oral contraceptives containing levonorgestrel: case-control study using United States claims data. *BMJ*;342:d2151.
62. Parkin, L., Sharples, K., Hernandez, RK., Jick, SS. (2011). Risk of venous thromboembolism in users of oral contraceptives containing drospirenone or levonorgestrel: nested case-control study based on UK General Practice Research Database. *BMJ*;342:d2139.
63. Lidegaard P, Npllegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ* 2009;339:b2890.
64. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (1996). 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. *The Lancet*;347(9017):1713-27.

65. Althuis, MD., Brogan, DR., Coates, RJ., Daling, JR., Gammon, MD., Malone, KE., et al. (2003). Hormonal content and potency of oral contraceptives and breast cancer risk among young women. *Br J Cancer*;88(1):50-7.
66. Kahlenborn, C., Modugno, F., Potter, DM., Severs, WB. (2006). Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis. *Proc Mayo Clin*.;81(10):1290-302.
67. Hunter, DJ., Colditz, GA., Hankinson, SE., Malspeis, S., Spiegelman, D., Chen, W., et al. (2010). Oral contraceptive use and breast cancer: a prospective study of young women. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol*.;19(10):2496-502.
68. Marchbanks, PA., McDonald, JA., Wilson, HG., Folger, SG., Mandel, MG., Daling, JR., et al. (2002). Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*.;346(26):2025-32.
69. Moreno, V., Bosch, FX., Muñoz, N., Meijer, CJ., Shah, KV., Walboomers, JM., et al. (2002). Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *The Lancet*;359(9312):1085-92.
70. Appleby, P., Beral, V., Berrington de González, A., Colin, D., Franceschi, S., et al. (2007). International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *The Lancet*;370(9599):1609-21.
71. La Vecchia, C., Tavani, A. (2006). Female hormones and benign liver tumours. *Dig Liver Dis Off J Ital Soc Gastroenterol Ital Assoc Study Liver* ;38(8):535-6.
72. Culwell, KR., Curtis, KM., del Carmen Cravioto, M. (2009). Safety of contraceptive method use among women with systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Obstet Gynecol*.;114(2 Pt 1):341-53.
73. Mansour, D., Gemzell-Danielsson, K., Inki, P., Jensen, JT. (2011). Fertility after discontinuation of contraception: a comprehensive review of the literature. *Contraception*;84(5):465-77.
74. Dunn, N. (2009). Oral contraceptives and venous thromboembolism. *BMJ* ;339:b3164.
75. Helmerhorst, FM., Rosendaal, FR. (2013). Is an EMA review on hormonal contraception and thrombosis needed? *BMJ*.;346:f1464.
76. Reid, RL., Westhoff, C., Mansour, D., de Vries, C., Verhaeghe, J., Boschitsch, E., et al. (2010). Oral contraceptives and venous thromboembolism consensus opinion from an international workshop held in Berlin, Germany in December 2009. *J Fam Plan Reprod Health Care Fac Fam Plan Reprod Health Care R Coll Obstet Gynaecol*.;36(3):117-22.
77. Díaz, S., Croxatto, HB. (1993). Contraception in lactating women. *Curr Opin Obstet Gynecol*.;5(6):815-22.
78. Díaz, S., Peralta, O., Juez, G., Herreros, C., Casado, ME., Salvatierra, AM., et al. (1983). Fertility regulation in nursing women: III. Short-term influence of a low-dose combined oral contraceptive upon lactation and infant growth. *Contraception*.; 27(1):1-11.
79. Croxatto, HB., Díaz, S., Peralta, O., Juez, G., Herreros, C., Casado, ME., et al. (1983). 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(1):13-25.

80. Peralta, O., Díaz, S., Juez, G., Herreros, C., Casado, ME., Salvatierra, AM., et al. (1983). Fertility regulation in nursing women: V. Long-term influence of a low-dose combined oral contraceptive initiated at day 90 postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception*; 27(1):27-38.
81. World Health Organization (WHO) Task Force on Oral Contraceptives. (1988a). Effects of hormonal contraceptives on breast milk composition and infant growth. *Stud Fam Plann.* 19(6 Pt 1):361-9.
82. Peralta, O. (2000). Injectable hormonal contraceptives: an overview. *Gynecol Forum.*;5(1):3.
83. World Health Organization (WHO). (1989). A multicentred phase III comparative study of two hormonal contraceptive preparations given once-a-month by intramuscular injection. II. The comparison of bleeding patterns. World Health Organization Task Force on Long-Acting Systemic Agents for Fertility Regulation. *Contraception* ;40(5):531-51.
84. Bahamondes, L. (2000). Metabolic effects of injectable contraceptives. *Gynaecol Forum.* ;5(1):16.
85. Koetsawang, S. (1994). Once-a-month injectable contraceptives: efficacy and reasons for discontinuation. *Contraception* ;49(4):387-98.
86. Newton, JR., D'arcangues, C., Hall, PE. (1994). A review of "once-a-month" combined injectable contraceptives. *J Obstet Gynaecol.* ;4 Suppl 1:S1-34.
87. Weisberg, E., Fraser, I. (2000). Efficacy, safety and bleeding patterns with injectable contraceptives. *Gynaecol Forum.* ;5(1):10.
88. Bassol, S. (2000). Return of ovulation and fertility after discontinuation of injectable contraceptives. *Gynaecol Forum.* ;5(1):18.
89. Roumen, FJ., Apter, D., Mulders, TM., Dieben, TO. (2001). Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasing etonogestrel and ethinyl oestradiol. *Hum Reprod Oxf Engl.* ;16(3):469-75.
90. Johansson, ED., Sitruk-Ware, R. (2004). New delivery systems in contraception: vaginal rings. *Am J Obstet Gynecol.* ;190(4 Suppl):S54-59.
91. Killick, S. (2002). Complete and robust ovulation inhibition with NuvaRing. *Eur J Contracept Reprod Health Care*;7 Suppl 2:13-18; discussion 37-39.
92. Veres, S., Miller, L., Burington, B. (2004). A comparison between the vaginal ring and oral contraceptives. *Obstet Gynecol.*;104(3):555-63.
93. Roumen, FJ. (2007). The contraceptive vaginal ring compared with the combined oral contraceptive pill: a comprehensive review of randomized controlled trials. *Contraception*;75(6):420-9.
94. Lidegaard, O., Nielsen, LH., Skovlund, CW., Løkkegaard, E. (2012). Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study, Denmark 2001-10. *BMJ*;344:e2990.
95. Burkman, RT. (2004). The transdermal contraceptive system. *Am J Obstet Gynecol.*;190(4 Suppl):S49-53.

96. Zieman, M., Guillebaud, J., Weisberg, E., Shangold, GA., Fisher, AC., Creasy, GW. (2002). Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal system: the analysis of pooled data. *Fertil Steril.* ;77(2 Suppl 2):S13-18.
97. Cole, JA., Norman, H., Doherty, M., Walker, AM. (2007). Venous thromboembolism, myocardial infarction, and stroke among transdermal contraceptive system users. *Obstet Gynecol.* ;109(2 Pt 1):339-46.
98. Dore, DD., Norman, H., Loughlin, J., Seeger, JD. (2010). Extended case-control study results on thromboembolic outcomes among transdermal contraceptive users. *Contraception*;81(5):408-13.

Métodos anticonceptivos de progestágeno solo

99. Díaz S, Peralta O. Anticoncepción con progestágenos solos. En *Ginecología*, 4ta Edición. (ed.) A. Pérez Sánchez. Editorial Mediterráneo Ltda. Santiago, Chile. Pp. 852-863. 2014 96.
100. Díaz, S. (2001). Progestogen-only contraceptive methods: comparison of the options. *IPPF Med Bull.*;35(1).
101. King, RJ., Whitehead, MI. (1986). Assessment of the potency of orally administered progestins in women. *Fertil Steril.* ;46(6):1062-6.
102. Phillips, A., Hahn, DW., Klimek, S., McGuire, JL. (1987). A comparison of the potencies and activities of progestogens used in contraceptives. *Contraception*;36(2):181-92.
103. Chez, RA. (1989). Clinical aspects of three new progestogens: desogestrel, gestodene, and norgestimate. *Am J Obstet Gynecol.* ;160(5 Pt 2):1296-300.
104. Schindler, AE., Campagnoli, C., Druckmann, R., Huber, J., Pasqualini, JR., Schweppe, KW., et al. (2008). Classification and pharmacology of progestins. *Maturitas.* ;61(1-2):171-80.
105. Burkman, RT., Bell, C., Serfaty, D. (2011). The evolution of combined oral contraception: improving the risk-to-benefit ratio. *Contraception*, 84:19.
106. Croxatto, HB. (2002). Mechanisms that explain the contraceptive action of progestin implants for women. *Contraception*;65(1):21-7.
107. Steiner, MJ., Lopez, LM., Grimes, DA., Cheng, L., Shelton, J., Trussell, J., Farley, TM., Dorflinger, L. (2010). Sino-implant (II)--a levonorgestrel-releasing two-rod implant: systematic review of the randomized controlled trials. *Contraception*;81(3):197-201.
108. Fotherby, K. (1982). The progestogen-only contraceptive pill. *Br J Fam Plann.* ;8(1):7-10.
109. Vessey, M., Lawless, M., Yeates, D. y cols. (1985). Progestogen-only oral contraception. *Br J Fam Plann.* ;10:117.
110. Croxatto, HB., Diaz, S., Pavez, M., Miranda, P., Brandeis, A. (1982). Plasma progesterone levels during long-term treatment with levonorgestrel silastic implants. *Acta Endocrinol (Copenh)*;101(2):307-11.
111. Liskin, L., Blackburn, R. (1987). Hormonal contraception: new long-acting methods. *Popul Rep K.*; (3):K57-87.
112. Díaz, S., Jackanicz, TM., Herreros, C., Juez, G., Peralta, O., Miranda, P., et al. (1985). Fertility regulation in nursing women: VIII. Progesterone plasma levels and contraceptive efficacy of a progesterone-releasing vaginal ring. *Contraception*; 32(6):603-22.

113. Chi, IC., Robbins, M., Balogh, S. (1992). The progestin-only oral contraceptive--its place in postpartum contraception. *Adv Contracept Off J Soc Adv Contracept.*; 8(2):93-103.
114. Dunson, TR., McLaurin, VL., Grubb, GS., Rosman, AW. (1993). A multicenter clinical trial of a progestin-only oral contraceptive in lactating women. *Contraception*; 47(1):23-35.
115. Díaz, S. (2002). Contraceptive implants and lactation. *Contraception*;65(1):39-46.
116. World Health Organization (WHO). (1994a). Task Force for Epidemiological Research on Reproductive Health. Progestogen-only contraceptives during lactation: I. Infant growth. *Contraception*;50:35.
117. World Health Organization (WHO). (1994b). Task Force for Epidemiological Research on Reproductive Health: Progestogen-only contraceptives during lactation: II. Infant development. *Contraception*; 50:55.
118. Díaz, S., Zepeda, A., Maturana, X., y cols. (1997a). 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 Cooper T 380-A intrauterine devices. *Contraception*; 56:223.
119. Reinprayoon, D., Taneepanichskul, S., Bunyavejchevin, S., Thaithumyanon, P., Punnahitananda, S., Tosukhowong, P., et al. (2000). Effects of the etonogestrel-releasing contraceptive implant (Implanon) on parameters of breastfeeding compared to those of an intrauterine device. *Contraception*;62(5):239-46.
120. Schiappacasse ,V., Díaz, S., Zepeda, A., Alvarado, R., Herreros, C. (2002). Health and growth of infants breastfed by Norplant contraceptive implants users: a six-year follow-up study. *Contraception*. julio de 2002;66(1):57-65.
121. Taneepanichskul, S., Reinprayoon, D., Thaithumyanon, P., Praisuwanna, P., Tosukhowong, P., Dieben, T. (2006). Effects of the etonogestrel-releasing implant Implanon and a nonmedicated intrauterine device on the growth of breast-fed infants. *Contraception*;73(4):368-71.
122. Koetsawang, S., Nukularn,P., Fotherby, K., Shrimanker, K., Mangalam, M., Towobola, K. (1982). Transfer of contraceptive steroids in milk of women using long-acting gestagens. *Contraception*;25(4):321-31.
123. Abdulla, KA., Elwan, SI., Salem, HS., Shaaban, MM. (1985). Effect of early postpartum use of the contraceptive implants, NORPLANT, on the serum levels of immunoglobulins of the mothers and their breastfed infants. *Contraception*;32(3):261-6.
124. Shaaban, M., Odind, V., Salem, H., y cols. (1986). Levonorgestrel concentrations in maternal and infant serum during use of subdermal levonorgestrel contraceptive implants, NorplantR, by nursing mothers. *Contraception*;33:357.
125. Shikary, ZK., Betrabet, SS., Toddywala, WS., Patel, DM., Datey, S., Saxena, BN. (1986). Pharmacodynamic effects of levonorgestrel (LNG) administered either orally or subdermally to early postpartum lactating mothers on the urinary levels of follicle stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH) and testosterone (T) in their breast-fed male infants. *Contraception*;34(4):403-12.
126. Shikary, ZK., Betrabet, SS., Patel, ZM., Patel, S., Joshi, JV., Toddywala, VS., et al. (1987). ICMR task force study on hormonal contraception. Transfer of levonorgestrel (LNG) administered through different drug delivery systems from the maternal circulation into the newborn infant's circulation via breast milk. *Contraception*;35(5):477-86.

127. Caird, LE., Reid-Thomas, V., Hannan, WJ., Gow, S., Glasier, AF. (1994). Oral progestogen-only contraception may protect against loss of bone mass in breast-feeding women. *Clin Endocrinol (Oxf)*;41(6):739-45.
128. Díaz, S., Reyes, MV., Zepeda, A., González, GB., López, JM., Campino, C., et al. (1999). Norplant((R)) implants and progesterone vaginal rings do not affect maternal bone turnover and density during lactation and after weaning. *Hum Reprod Oxf Engl*.;14(10):2499-505.
129. Costa, ML., Cecatti, JG., Krupa, FG., Rehder, PM., Sousa, MH., Costa-Paiva, L. (2012). Progestin-only contraception prevents bone loss in postpartum breastfeeding women. *Contraception*;85(4):374-80.
130. International Collaborative Post-Marketing Surveillance of Norplant, WHO. (2001a). Post-marketing surveillance of Norplant contraceptive implants: I. Contraceptive efficacy and reproductive health. *Contraception*; 63(4):167-86.
131. International Collaborative Post-Marketing Surveillance of Norplant. WHO. (2001b). Post-marketing surveillance of Norplant((R)) contraceptive implants: II. Non-reproductive health(1). *Contraception*; 63(4):187-209. 2001b
132. Johannisson, E., Landgren, BM., Diczfalusy, E. (1982). Endometrial morphology and peripheral steroid levels in women with and without intermenstrual bleeding during contraception with the 300 microgram norethisterone (NET) minipill. *Contraception*;25(1):13-30.
133. Odlind, V., Fraser, I. Contraception and menstrual bleeding disturbances: a clinical overview. *Contraception and mechanisms of endometrial bleeding*. Great Britain: Cambridge Univ Press; 1990. p. 5-32.
134. Díaz, S., Pavez, M., Miranda, P., Johansson, ED., Croxatto, HB. (1987a). Long-term follow-up of women treated with Norplant implants. *Contraception*;35(6):551-67.
135. Fraser, IS., Tiitinen, A., Affandi, B., Brache, V., Croxatto, HB., Diaz, S., et al. (1998). Norplant consensus statement and background review. *Contraception*;57(1):1-9.
136. D' Arcangues, C. (2000). Management of vaginal bleeding irregularities induced by progestin-only contraceptives. *Hum Reprod Oxf Engl*.;15 Suppl 3:24-9.
137. Hickey, M., D' Arcangues, C. (2002). Vaginal bleeding disturbances and implantable contraceptives. *Contraception*;65(1):75-84.
138. Affandi, B. (1998). An integrated analysis of vaginal bleeding patterns in clinical trials of Implanon. *Contraception*; 58(6 Suppl):99S-107S.
139. Sheth, A., Jain, U., Sharma, S., Adatia, A., Patankar, S., Andolsek, L., et al. (1982). A randomized, double-blind study of two combined and two progestogen-only oral contraceptives. *Contraception*; 25(3):243-52.
140. Collaborative Study Group on the Desogestrel-containing Progestogen-only Pill. A double-blind study comparing the contraceptive efficacy, acceptability and safety of two progestogen-only pills containing desogestrel 75 micrograms/day or levonorgestrel 30 micrograms/day. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*; 3(4):169-78.
141. Bergsjö, P., Langengen, H., Aas, J. (1974). Tubal pregnancies in women using progestagen-only contraception. *Acta Obstet Gynecol Scand*.; 53(4):377-8.
142. Blum, M., Werchow, M., Gelernter, I. (1983). Effect of oral contraception by progesterone pill on lipids and glucose metabolism. *Contracept Deliv Syst*.; 4(1):55-9.

143. Tayob, Y., Adams, J., Jacobs, HS., Guillebaud, J. (1985). Ultrasound demonstration of increased frequency of functional ovarian cysts in women using progestogen-only oral contraception. *Br J Obstet Gynaecol*; 92(10):1003-9.
144. Said, S., Omar, K., Koetsawang, S., Kiriwat, O., Srisatayapan, Y., Kazi, A., et al. (1986). A multi-centred phase III comparative clinical trial of depot-medroxyprogesterone acetate given three-monthly at doses of 100 mg or 150 mg: 1. Contraceptive efficacy and side effects. World Health Organization Task Force on Long-Acting Systemic Agents for Fertility Regulation. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. *Contraception*; 34(3):223-35.
145. Molina, R. (2000). Use of injectable contraceptives and cancer risk. *Gynaecol Forum*; 5(1):13.
146. Fraser, IS. (1983). Plasma lipid changes and medroxyprogesterone acetate. *Contracept Deliv Syst*; 4(1):1-7.
147. Liew, DF., Ng, CS., Yong, YM., Ratnam, SS. (1985). Long-term effects of Depo-Provera on carbohydrate and lipid metabolism. *Contraception*; 31(1):51-64.
148. Scholes, D., Lacroix, AZ., Ott, SM., Ichikawa, LE., Barlowm, WE. (1999). Bone mineral density in women using depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *Obstet Gynecol*; 93(2):233-8.
149. Scholes, D., LaCroix, AZ., Ichikawa, LE., Barlow, WE., Ott, SM. (2002). Injectable hormone contraception and bone density: results from a prospective study. *Epidemiol Camb Mass*; 13(5):581-7.
150. Paul, C., Skegg, DC., Spears, GF. (1989). Depot medroxyprogesterone (Depo-Provera) and risk of breast cancer. *BMJ*; 299(6702):759-62.
151. World Health Organization (WHO). (1991). Breast cancer and depot-medroxyprogesterone acetate: a multinational study. WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *The Lancet*; 338(8771):833-8.
152. Peralta, O. (1998). Hormonal contraception and the normal breast: a review. *Senol Int Congr*; 10th:129-36.
153. Urban, M., Banks, E., Egger, S., Canfell, K., O'Connell, D., Beral, V., et al. (2012). Injectable and oral contraceptive use and cancers of the breast, cervix, ovary, and endometrium in black South African women: case-control study. *PLoS Med*; 9(3):e1001182.
154. World Health Organization (WHO), Reproductive Health and Research. (2012). La anticoncepción hormonal y el VIH. Informe técnico. [Internet]. Recuperado a partir de: www.who.int/reproductive-health.
155. Pardthaisong, T., Gray, RH., McDaniel, EB. (1980). Return of fertility after discontinuation of depot medroxyprogesterone acetate and intra-uterine devices in Northern Thailand. *The Lancet*; 1(8167):509-12.
156. Díaz, S., Pavez, M., Miranda, P., Robertson, DN., Sivin, I., Croxatto, HB. (1982). A five-year clinical trial of levonorgestrel silastic implants (Norplant TM). *Contraception*; 25(5):447-56.
157. Sivin, I., Campodonico, I., Kiriwat, O., Holma, P., Diaz, S., Wan, L., et al. (1998). The performance of levonorgestrel rod and Norplant contraceptive implants: a 5 year randomized study. *Hum Reprod Oxf Engl*; 13(12):3371-8.

158. Croxatto, HB., Urbancsek, J., Massai, R., Coelingh Bennink, H., Van Beek, A. (1999). A multicentre efficacy and safety study of the single contraceptive implant Implanon. Implanon Study Group. *Hum Reprod Oxf Engl.*; 14(4):976-81.
159. Meirik, O., Farley, TM., Sivin, I. (2001). Safety and efficacy of levonorgestrel implant, intrauterine device, and sterilization. *Obstet Gynecol.*; 97(4):539-47.
160. Croxatto, H. (2000). Clinical profile of Implanon: a single-rod etonogestrel contraceptive implant". *Eur J Contracept Reprod Health Care* 5 Suppl 2:21-8.
161. Glasier, A. (2002). Implantable contraceptives for women: effectiveness, discontinuation rates, return of fertility, and outcome of pregnancies. *Contraception*; 65(1):29-37.
162. Graesslin, O., Korver, T. (2008). The contraceptive efficacy of Implanon: a review of clinical trials and marketing experience. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept.*; 13 Suppl 1:4-12.
163. Konje, JC., Otolorin, EO., Ladipo, OA. (1991). Changes in carbohydrate metabolism during 30 months on Norplant. *Contraception*; 44(2):163-72.
164. Dorflinger, LJ. (2002). Metabolic effects of implantable steroid contraceptives for women. *Contraception*; 65(1):47-62.
165. Biswas, A., Viegas, OA., Roy, AC. (2003). Effect of Implanon and Norplant subdermal contraceptive implants on serum lipids--a randomized comparative study. *Contraception*; 68(3):189-93.
166. Biswas, A., Biswas, S., Viegas, OA. (2004). Effect of etonogestrel subdermal contraceptive implant (Implanon) on liver function tests -- a randomized comparative study with Norplant implants. *Contraception*; 70(5):379-82.
167. Vanderjagt, DJ., Sagay, AS., Imade, GE., Farmer, SE., Glew, RH. (2005). Effect of Norplant contraceptive on the bones of Nigerian women as assessed by quantitative ultrasound and serum markers of bone turnover. *Contraception*; 72(3):212-6.
168. Monteiro-Dantas, C., Espejo-Arce, X., Lui-Filho, JF., Fernandes, AM., Monteiro, I., Bahamondes, L. (2007). A three-year longitudinal evaluation of the forearm bone density of users of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants. *Reprod Health.*; 4:11.
169. Curtis, KM. (2002). Safety of implantable contraceptives for women: data from observational studies. *Contraception*; 65(1):85-96.
170. Díaz, S., Meirik, O. (2003). Safety and efficacy of long-term contraceptive methods for women. *IPPF Med Bull.*; 37(2):4.
171. Urbancsek, J. (1998). An integrated analysis of nonmenstrual adverse events with Implanon. *Contraception*; 58(6 Suppl):109S-115S.
172. Brache, V., Faundes, A., Alvarez, F., Cochon, L. (2002). Nonmenstrual adverse events during use of implantable contraceptives for women: data from clinical trials. *Contraception*; 65(1):63-74.
173. Peralta, O., Pavez, M., Díaz, S. y cols. (1990). Patología anexial no inflamatoria durante el uso de implantes de levonorgestrel (NorplantR) o dispositivos intrauterinos. *Rev Chil Obstet Ginecol.*; 55:231.
174. Hidalgo, MM., Lisondo, C., Juliato, CT., Espejo-Arce, X., Monteiro, I., Bahamondes, L. (2006). Ovarian cysts in users of Implanon and Jadelle subdermal contraceptive implants. *Contraception*; 73(5):532-6.

175. Naessen, T., Olsson, SE., Gudmundson, J. (1995). Differential effects on bone density of progestogen-only methods for contraception in premenopausal women. *Contraception*; 52(1):35-9.
176. Cromer, BA., Blair, JM., Mahan, JD., Zibners, L., Naumovski, Z. (1996). A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *J Pediatr.*;129(5):671-6.
177. Intaraprasert, S., Taneepanichskul, S., Theppisai, U., Chaturachinda, K. (1997). Bone density in women receiving Norplant implants for contraception. *J Med Assoc Thai Chotmaiht Than-gphaet*; 80(11):738-41.
178. Beerthuizen R, van BA, Massai R et al. Bone mineral density during long-term use of the progestagen contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception. *Hum Reprod*, 2000, 15:118-122.
179. Bahamondes L, Monteiro-Dantas C, Espejo-Arce X et al. A prospective study of the forearm bone density of users of etonorgestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants. *Hum Reprod*, 2006, 21:466-470.
180. Monteiro-Dantas C, Espejo-Arce X, Lui-Filho J et al. A three-year longitudinal evaluation of the forearm bone density of users of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants. *Reprod Health*, 2007, 4:11.
181. Díaz, S., Pavez, M., Cárdenas, H., Croxatto, HB. (1987b). Recovery of fertility and outcome of planned pregnancies after the removal of Norplant subdermal implants or Copper-T IUDs. *Contraception*; 35(6):569-79.
182. Sivin, I., Stern, J., Díaz, S., Pavéz, M., Alvarez, F., Brache, V., et al. (1992). 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(4):1208-13.
183. Croxatto, H., Díaz, S. (1991). *Progesterone vaginal rings for contraception during breastfeeding*. The Parthenon Publishing Group. New Jersey; p. 135.
184. Díaz, S., Herreros, C., Juez, G., Casado, ME., Salvatierra, AM., Miranda, P., et al. (1985). Fertility regulation in nursing women: VII. Influence of NORPLANT levonorgestrel implants upon lactation and infant growth. *Contraception*; 32(1):53-74.
185. Sivin, I., Díaz, S., Croxatto, HB., Miranda, P., Shaaban, M., Sayed, EH., et al. (1997) Contraceptives for lactating women: a comparative trial of a progesterone-releasing vaginal ring and the copper T 380A IUD. *Contraception*; 55(4):225-32.
186. Massai, R., Miranda, P., Valdés, P., Lavín, P., Zepeda, A., Casado, ME., et al. (1999) Preregistration study on the safety and contraceptive efficacy of a progesterone-releasing vaginal ring in Chilean nursing women. *Contraception*; 60(1):9-14.
187. Díaz, S., Miranda, P., Brandeis, A., Cárdenas, H., Croxatto, HB. (1991). Mechanism of action of progesterone as contraceptive for lactating women. *Ann N Y Acad Sci.*; 626:11-21.

Anticoncepción de Emergencia

188. Viel, B., Pereda, C. (1991). El embarazo no deseado. *Boletín de la Asociación Chilena de Protección de la Familia*; 1991;12.
189. Mundigo, A., Indriso, C. (1999). *Abortion in the Developing World*. World Health Organization. New Delhi, India: Vistaar Publications.

190. Luengo, X. (2003). Hijos de madres adolescentes. En *Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia*. Chile: Editorial Mediterráneo; p. 525-35.
191. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). (2011). Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años. Lima, Perú.
192. Díaz S, Noé G, Croxatto HB. Anticoncepción de Emergencia. En *Ginecología*, 4ta Edición. (ed.) A. Pérez Sánchez. Editorial Mediterráneo Ltda. Santiago, Chile. Pp. 827-839. 2014.
193. World Health Organization. (WHO). (1998). Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *The Lancet* ;352:428-33.
194. International Planned Parenthood Federation IPPF. (1994). International Medical Advisory Panel IMAP. IMAP statement on emergency contraception. *IPPF Med Bull.* ;28(6):1-2.
195. International Consortium for Emergency Contraception (ICEC). (2012). Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines. www.emergencycontraception.org.
196. World Health Organization. (WHO). (2012) Emergency contraception [Internet]. Recuperado a partir de: www.who.int/reproductive-health
197. Von Hertzen, H., Piaggio, G., Ding, J., Chen, J., Song, S., Bártfai, G., et al. (2002). Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multi-centre randomised trial. *The Lancet*; 360(9348):1803-10.
198. Arowojolu, AO., Okewole, IA., Adekunle, AO. (2002). Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. *Contraception*; 66(4):269-73.
199. Ngai, SW., Fan, S., Li, S., Cheng, L., Ding, J., Jing, X., et al. (2005). A randomized trial to compare 24 h versus 12 h double dose regimen of levonorgestrel for emergency contraception. *Hum Reprod Oxf Engl.*; 20(1):307-11.
200. Piaggio, G., Von Hertzen, H. (2003). Effect of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception; 2003.
201. Ellertson, C., Evans, M., Ferden, S., Leadbetter, C., Spears, A., Johnstone, K., et al. (2003). Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstet Gynecol.*; 101(6):1168-71.
202. Piaggio, G., Kapp, N., Von Hertzen, H. (2011). Effect on pregnancy rates of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials. *Contraception*; 84(1):35-9.
203. Wilcox, AJ., Weinberg, CR., Baird, DD. (1995). Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. *N Engl J Med.* ;333(23):1517-21.
204. Ho, PC., Kwan, MS. (1993). A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Hum Reprod Oxf Engl.*; 8(3):389-92.
205. Wu, S., Wang, C., Wang, Y. (1999). A randomized, double-blind, multicentre study on comparing levonorgestrel and mifepristone for emergency contraception. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* ; 34(6):327-30.

206. Hamoda, H., Ashok, PW., Stalder, C., Flett, GM., Kennedy, E., Templeton, A. (2004) A randomized trial of mifepristone (10 mg) and levonorgestrel for emergency contraception. *Obstet Gynecol.*; 104(6):1307-13.
207. Creinin, MD., Schlaff, W., Archer, DF., Wan, L., Frezieres, R., Thomas, M., et al. Progesterone receptor modulator for emergency contraception: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.*; 108(5):1089-97.
208. Farajkhoda, T., Khoshbin, A., Enjezab, B., Bokaei, M., Karimi, Z. (2009). Assessment of two emergency contraceptive regimens in Iran: levonorgestrel versus the Yuzpe. *Niger J Clin Pract.*; 12(4):450-2.
209. Glasier, AF., Cameron, ST., Fine, PM., Logan, SJ., Casale, W., Van Horn, J., et al. (2010). Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *The Lancet*; 375(9714):555-62.
210. Dada, OA., Godfrey, EM., Piaggio, G., Von Hertzen, H. (2010). Nigerian Network for Reproductive Health Research and Training. A randomized, double-blind, noninferiority study to compare two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigeria. *Contraception*; 82(4):373-8.
211. Trussell, J., Rodríguez, G., Ellertson, C. (1998). New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception*; 57(6):363-9.
212. Rodrigues, I., Grou, F., Joly, J. (2001). Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol.*; 184(4):531-7.
213. International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO) IC for EC (ICEC). (2012). Mechanism of Action. How do levonorgestrel-only emergency contraceptive pills (LNG ECPs) prevent pregnancy? www.emergencycontraception.org.
214. Croxatto, HB., Devoto, L., Durand, M., Ezcurra, E., Larrea, F., Nagle, C, et al. (2001). Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception*; 63(3):111-21.
215. Marions, L., Hultenby, K., Lindell, I., Sun, X., Ståbi, B., Gemzell Danielsson, K. (2002). Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol.*; 100(1):65-71.
216. Durand, M., Del Carmen Cravioto, M., Raymond, EG., Durán-Sánchez, O., De la Luz Cruz-Hinojosa, M., Castell-Rodríguez, A., et al. (2001). On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception*; 64(4):227-34.
217. Hapangama, D., Glasier, AF., Baird, DT. (2001). The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception*; 63(3):123-9.
218. Marions, L., Cekan, SZ., Bygdeman, M., Gemzell-Danielsson, K. (2004). Effect of emergency contraception with levonorgestrel or mifepristone on ovarian function. *Contraception*; 69(5):373-7.
219. Croxatto, HB., Brache, V., Pavez, M., Cochon, L., Forcelledo, ML., Alvarez, F., et al. (2004). Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75-mg dose given on the days preceding ovulation. *Contraception*; 70(6):442-50.

220. Okewole, IA., Arowojolu, AO., Odusoga, OL., Oloyede, OA., Adeleye, OA., Salu, J. et al. (2007). Effect of single administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception*; 75(5):372-7.
221. Novikova, N., Weisberg, E., Stanczyk, FZ., Croxatto, HB., Fraser, IS. (2007) Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation--a pilot study. *Contraception*; 75(2):112-8.
222. Noé, G., Croxatto, HB., Salvatierra, AM., Reyes, V., Villarroel, C., Muñoz, C., et al. (2011). Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception*; 84(5):486-92.
223. Durand, M., Seppala, M., Cravioto, M., y cols. (2005). Late follicular phase administration of levonorgestrel as an emergency contraceptive changes the secretory pattern of glycodeclin in serum and endometrium during the luteal phase of the menstrual cycle. *Contraception*; 71(6):451-7.
224. Meng, C., Marions, L., Byström, B., Gemzell-Danielsson, K. (2010). Effects of oral and vaginal administration of levonorgestrel emergency contraception on markers of endometrial receptivity. *Hum Reprod Oxf Engl*; 25(4):874-83.
225. Meng, C., Andersson, KL., Bentin-Ley, U., Gemzell-Danielsson, K., Lalitkumar, P. (2009). Effect of levonorgestrel and mifepristone on endometrial receptivity markers in a three-dimensional human endometrial cell culture model. *Fertil Steril*; 91(1):256-64.
226. Palomino, WA., Kohen, P., Devoto, L. (2010). A single midcycle dose of levonorgestrel similar to emergency contraceptive does not alter the expression of the L-selectin ligand or molecular markers of endometrial receptivity. *Fertil Steril*; 94(5):1589-94.
227. Müller, AL., Lladós, CM., Croxatto, HB. (2003). Postcoital treatment with levonorgestrel does not disrupt postfertilization events in the rat. *Contraception*; 67(5):415-9.
228. Ortiz, ME., Ortiz, RE., Fuentes, MA., Parraguez, VH., Croxatto, HB. (2004). Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey *Cebus apella*. *Hum Reprod Oxf Engl*; 19(6):1352-6.
229. Kesserü, E., Garmendia, F., Westphal, N., Parada, J. (1974). The hormonal and peripheral effects of d-norgestrel in postcoital contraception. *Contraception*; 10(4):411-24.
230. Kesserü, E., Camacho-Ortega, P., Laudahn, G., Schopflin, G. (1975). In vitro action of progestogens on sperm migration in human cervical mucus; *Fertil Steril*; 26(1):57-61.
231. Yeung, WS., Chiu, PC., Wang, CH., Yao, YQ., Ho, P. (2002). The effects of levonorgestrel on various sperm functions. *Contraception*; 66(6):453-7.
232. Brito, KS., Bahamondes, L., Nascimento, JA., de Santis, L., Munuce, MJ. (2005). The in vitro effect of emergency contraception doses of levonorgestrel on the acrosome reaction of human spermatozoa. *Contraception*; 72(3):225-8.
233. Do Nascimento, JA., Seppalla, M., Perdigo, A. y cols. (2007). In vivo assessment of the human sperm acrosome reaction and the expression of glycodeclin-A in human endometrium after levonorgestrel-emergency contraceptive pill administration. *Hum Reprod*; 22(8):2190-5.
234. De Santis, M., Cavaliere, A., Straface, G., Carducci, B., Caruso, A. (2005). Failure of the emergency contraceptive levonorgestrel and the risk of adverse effects in pregnancy and on fetal development: an observational cohort study. *Fertil Steril*; 84:296-9.

235. Zhang, L., Chen, J., Wang, Y., Ren, F., Yu, W., Cheng, L. (2009). Pregnancy outcome after levonorgestrel-only emergency contraception failure: a prospective cohort study. *Hum Reprod Oxf Engl.*; 24(7):1605-11.
236. Swahn, ML., Westlund, P., Johannisson, E., Bygdeman, M. (1996). Effect of post-coital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle. *Acta Obstet Gynecol Scand.*; 75(8):738-44.
237. Croxatto, HB., Fuentealba, B., Brache, V., Salvatierra, AM., Alvarez, F., Massai, R., et al. (2002). Effects of the Yuzpe regimen, given during the follicular phase, on ovarian function. *Contraception*; 65(2):121-8.
238. Vasilakis, C., Jick, SS., Jick, H. (1999). The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills. *Contraception*; 59(2):79-83.
239. Glasier, A. (1998). Safety of emergency contraception. *J Am Med Womens Assoc.*; 53(5 Suppl 2):219-21.
240. Norris Turner, A., Ellertson, C. (2002). How safe is emergency contraception? *Drug Saf Int J Med Toxicol Drug Exp.*; 25(10):695-706.
241. Harper, CC., Rocca, CH., Darney, PD., Von Hertzen, H., Raine, TR. (2004). Tolerability of levonorgestrel emergency contraception in adolescents. *Am J Obstet Gynecol.*; 191(4):1158-63.
242. Raine, TR., Ricciotti, N., Sokoloff, A., Brown, BA., Hummel, A., Harper, CC. (2012). An over-the-counter simulation study of a single-tablet emergency contraceptive in young females. *Obstet Gynecol.*; 119(4):772-9.
243. Gold, MA., Sucato, GS., Conard, LA., Hillard, PJ. (2004) Society for Adolescent Medicine. Provision of emergency contraception to adolescents. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.*; 35(1):67-70.
244. Gainer, E., Massai, R., Lillo, S., Reyes, V., Forcelledo, ML., Caviedes, R., et al. (2007). Levonorgestrel pharmacokinetics in plasma and milk of lactating women who take 1.5 mg for emergency contraception. *Hum Reprod Oxf Engl.*; 22(6):1578-84.
245. Grohskopf, L. et al. (2005). Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention (CDC, USA)
246. Cleland, K., Raymond, E., Trussell, J., Cheng, L., Zhu, H. (2010). Ectopic pregnancy and emergency contraceptive pills: a systematic review. *Obstet Gynecol.*; 115(6):1263-6.
247. Raymond, EG., Halpern, V., Lopez, LM. (2011). Pericoital oral contraception with levonorgestrel: a systematic review. *Obstet Gynecol.*; 117(3):673-81.
248. Raine T, Harper C, Leon K, Darney P. Emergency contraception: advance provision in a young, high-risk clinic population. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 1.
249. Jackson RA, Schwarz EB, Freedman L, Darney P. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception--a randomized trial. *Obstet Gynecol.* 2003; 102(1): 8.
250. Gold MA, Wolford JE, Smith KA, Parker AM. The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviors. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2004; 17(2): 87.

251. Lo SST, Fan SYS, Ho PC, Glasier AF. Effect of advanced provision of emergency contraception on women's contraceptive behaviour: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2004; 19: 2404.
252. Brahmi D, Kapp N. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention: RHL commentary (last revised: 1 August 2010). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization. www.who.int.

Dispositivos Intrauterinos

253. D' Arcangues, C. (2007). Worldwide use of intrauterine devices for contraception. *Contraception*; 75(6 Suppl):S2-7.
254. Díaz S, Pizarro E. Dispositivos intrauterinos. En *Ginecología*, 4ta Edición. (ed.) A. Pérez Sánchez. Editorial Mediterráneo Ltda. Santiago, Chile. Pp. 840-851. 2014.
255. World Health Organization (WHO). (1997). Long-term reversible contraception. Twelve years of experience with the TCu380A and TCu220C. *Contraception*; 56(6):341-52.
256. International Planned Parenthood Federation IPPF. (2003). International Medical Advisory Panel IMAP. Declaración sobre Dispositivos Intrauterinos. *IPPF Med Bull.*; 37(2):1.
257. Rowe, PJ. (1994). Clinical Performance of Copper IUDs. En: Bardin WC & Mishell DR Jr (eds): *Proceedings of the Fourth International Conference on IUDs*. Butterworth-Heinemann. Boston, pp 13.
258. Sivin, I. (2007). Utility and drawbacks of continuous use of a copper T IUD for 20 years. *Contraception*; 75(6 Suppl):S70-75.
259. World Health Organization (WHO). (1987). Mechanism of action, safety and efficacy of intrauterine devices. Report of a WHO Scientific Group. Geneva.
260. Sivin, I., Stern, J., Coutinho, E., Mattos, CE., el Mahgoub, S., Diaz, S., et al. (1991). Prolonged intrauterine contraception: a seven-year randomized study of the levonorgestrel 20 mcg/day (LNg 20) and the Copper T380 Ag IUDs. *Contraception*; 44(5):473-80.
261. Ortiz, ME., Croxatto, HB. (1987). The mode of action of IUDs. *Contraception*; 36(1):37-53.
262. Ortiz, ME., Croxatto, HB. (2007). Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. *Contraception*; 75(6 Suppl):S16-30.
263. Alvarez, F., Brache, V., Fernandez, E., Guerrero, B., Guiloff, E., Hess, R., et al. (1988). New insights on the mode of action of intrauterine contraceptive devices in women. *Fertil Steril.*; 49(5):768-73.
264. Croxatto, H., Ortiz, M., Valdez, E. (1994). IUD mechanism of action. *Proceedings from the Fourth International Conference on IUDs*. Boston: Butterworth-Heinemann; p. 44.
265. Doll, H., Vessey, M., Painter, R. (2001). Return of fertility in nulliparous women after discontinuation of the intrauterine device: comparison with women discontinuing other methods of contraception. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.*; 108(3):304-14.
266. Sivin, I., Stern, J. (1994). Health during prolonged use of levonorgestrel 20 micrograms/d and the copper TCu 380Ag intrauterine contraceptive devices: a multicenter study. *International Committee for Contraception Research (ICCR). Fertil Steril.*; 61(1):70-7.
267. Curtis, KM., Marchbanks, PA., Peterson, HB. (2007). Neoplasia with use of intrauterine devices. *Contraception*; 75(6 Suppl):S60-69.

268. Farley, TM., Rosenberg, MJ., Rowe, PJ., Chen, JH., Meirik, O. (1992). Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *The Lancet*; 339(8796):785-8.
269. Grimes, DA. (2000). Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *The Lancet*; 356(9234):1013-9.
270. Rybo, G. (1978). The IUD and endometrial bleeding. *J Reprod Med*; 20(3):175-82.
271. Shaw, ST., Andrade, AT., Paixão de Souza, J., Macaulay, LK., Rowe, PJ. (1980). Quantitative menstrual and intermenstrual blood loss in women using Lippes Loop and Copper T intrauterine devices. *Contraception*; 21(4):343-52.
272. Andrade, AT., Pizarro Orchard, E. (1987). Quantitative studies on menstrual blood loss in IUD users. *Contraception*; 36(1):129-44.
273. Andrade, AT., Pizarro, E., Shaw, ST., Souza, JP., Belsey, EM., Rowe, PJ. (1988). Consequences of uterine blood loss caused by various intrauterine contraceptive devices in South American women. World Health Organization Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. *Contraception*; 38(1):1-18.
274. Luukkainen, T., Allonen, H., Haukkamaa, M., Lähteenmäki, P., Nilsson, CG., Toivonen, J. (1986). Five years' experience with levonorgestrel-releasing IUDs. *Contraception*; 33(2):139-48.
275. Sivin, I., Alvarez, F., Diaz, J., Diaz, S., El Mahgoub, S., Coutinho, E., et al. (1984). Intrauterine contraception with copper and with levonorgestrel: a randomized study of the TCU 380Ag and levonorgestrel 20 mcg/day devices. *Contraception*; 30(5):443-56.
276. Chi, IC. (1991). An evaluation of the levonorgestrel-releasing IUD: its advantages and disadvantages when compared to the copper-releasing IUDs. *Contraception*; 44(6):573-88.
277. Andersson, K., Odland, V., Rybo, G. (1994). Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial. *Contraception*; 49(1):56-72.
278. Andersson, K. (1998). Intrauterine release of levonorgestrel - a contraceptive and therapeutic system. *Gynaecol Forum*; 3(3):3.
279. Odland, V. (1998). Contraceptive efficacy and side effects of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Gynaecol Forum*; 3(3):14.
280. French, R., Van Vliet, H., Cowan, F., Mansour, D., Morris, S., Hughes, D., et al. (2004). Hormonally impregnated intrauterine systems (IUSs) versus other forms of reversible contraceptives as effective methods of preventing pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*; (3):CD001776.
281. Bilian, X., Liying, Z., Xuling, Z. (1990). Pharmacokinetic and pharmacodynamic studies of levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Contraception*; 41(4):353-62.
282. Nilsson, C. (1998). Mechanism of action of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Gynaecol Forum*; 3(3):9.
283. Nilsson, CG. (1982). Fertility after discontinuation of levonorgestrel-releasing intrauterine devices. *Contraception*; 25(3):273-8.
284. Andersson, K., Batar, I., Rybo, G. (1992). Return to fertility after removal of a levonorgestrel-releasing intrauterine device and Nova-T. *Contraception*; 46(6):575-84.
285. Tang, GW., Lo, SS. (1995). Levonorgestrel intrauterine device in the treatment of menorrhagia in Chinese women: efficacy versus acceptability. *Contraception*; 51(4):231-5.

286. Luukkainen, T. (2000). The levonorgestrel intrauterine system: therapeutic aspects. *Steroids*; 65(10-11):699-702.
287. Fraser, IS. (2007). The promise and reality of the intrauterine route for hormone delivery for prevention and therapy of gynecological disease. *Contraception*; 75(6 Suppl):S112-117.
288. Bahamondes, L., Petta, CA., Fernandes, A., Monteiro, I. (2007). Use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in women with endometriosis, chronic pelvic pain and dysmenorrhea. *Contraception*; 75(6 Suppl):S134-139.
289. Milsom, I. (2007). The levonorgestrel-releasing intrauterine system as an alternative to hysterectomy in peri-menopausal women. *Contraception*; 75(6 Suppl):S152-154.
290. Kadir, RA., Chi, C. (2007). Levonorgestrel intrauterine system: bleeding disorders and anti-coagulant therapy. *Contraception*; 75(6 Suppl):S123-129.
291. Pakarinen, P., Luukkainen, T. (2007). Treatment of menorrhagia with an LNG-IUS. *Contraception*; 75(6 Suppl):S118-122.
292. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. (1992). Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*; 304(6830):809-13.
293. Castaño, PM. (2007). Use of intrauterine devices and systems by HIV-infected women. *Contraception*; 75(6 Suppl):S51-54.
294. Farr, G., Rivera, R. (1992). Interactions between intrauterine contraceptive device use and breast-feeding status at time of intrauterine contraceptive device insertion: analysis of TCU-380A acceptors in developing countries. *Am J Obstet Gynecol*; 167(1):144-51.
295. World Health Organization (WHO). (1980). Comparative multicentre trial of three IUDs inserted immediately following delivery of the placenta. *Contraception*; 22(1):9-18.
296. Eroğlu, K., Akkuzu, G., Vural, G., Dilbaz, B., Akin, A., Taşkin, L, et al. (2006). Comparison of efficacy and complications of IUD insertion in immediate postplacental/early postpartum period with interval period: 1 year follow-up. *Contraception*; 74(5):376-81.

Métodos de Barrera

297. Schiappacasse, V. Anticonceptivos de Barrera. En *Ginecología*, 4ta Edición. (ed.) A. Pérez Sánchez. Editorial Mediterráneo Ltda. Santiago, Chile. Pp. 792-808. 2014.278.
298. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, EEUU). (2011). Los condones y las ETS: Hoja informativa para el personal de salud pública. <http://www.cdc.gov/condomeffectiveness/latex.htm>.
299. World Health Organization (WHO). (2011). Sexually transmitted infections. Fact sheet N°110. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/index.html>.
300. United Nations Population Fund (UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas). (2012). Estado de la Población Mundial. Recuperado a partir de: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp/2012/SP_SWOP2012_Report.pdf
301. Freziers, RG., Walsh, TL., Nelson, AL., Clark, VA., Coulson, AH. (1999). Evaluation of the efficacy of a polyurethane condom: results from a randomized, controlled clinical trial. *Fam Plann Perspect.*; 31(2):81-7.
302. Gallo, M., Grimes, D., Lopez, L., Schulz, K. (2008). Preservativos masculinos sin látex versus preservativos masculinos con látex como método anticonceptivo. [Internet]. La Biblioteca Cochrane Plus. Recuperado a partir de: <http://www.update-software.com/pdf/CD003550.pdf>

303. Gallo, M. F., Kilbourne-Brook, M., & Coffey, P. S. (2012). A review of the effectiveness and acceptability of the female condom for dual protection. *Sexual Health*, 9(1), 18-26
304. Barrantes, L. F., Sánchez, A., Ruiz, A., & Bejarano, M. J. (2012). Estudio de aceptabilidad del condón femenino en población transfronteriza habitante de Upala y población urbana de San José.
305. Chen, M. P., Macaluso, M., Blackwell, R., Galvao, L., Kulczycki, A., Diaz, J.,... Duerr, A. (2007). Self-reported mechanical problems during condom use and semen exposure. Comparison of two randomized trials in the United States of America and Brazil. *Sexually Transmitted Diseases*, 34(8), 557-62
306. Rosenberg, MJ., Waugh, MS., Solomon, HM., Lyszkowski, AD. (1996). The male polyurethane condom: a review of current knowledge. *Contraception*; 53(3):141-6.
307. Valappil, T., Kelaghan, J., Macaluso, M., Artz, L., Austin, H., Fleenor, M. E., ... Hook, E. W. (2005). Female condom and male condom failure among women at high risk of sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(1), 35 -43.
308. Condomunity.com. (2008). Polyisoprene New Promising Condom Material. <http://condomunity.com/polyisoprene-skyn-lifestyles-condoms/2008/11/21/>.
309. World Health Organization (WHO). (2006). Reproductive choices and family planning for people living with HIV: counseling tool. Recuperado a partir de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241595132_eng.pdf.
310. Grimes, D., Raymond, E., López, L., Spermicide used alone for contraception. Cochrane Fertility Regulation Group. (2013)
311. Saracco, A., Musicco, M., Nicolosi, A., Angarano, G., Arici, C., Gavazzeni, G., et al. (1993). Man-to-woman sexual transmission of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 6(5):497-502.
312. De Vincenzi, I. (1994). A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. *N Engl J Med*; 331(6):341-6.
313. Wasserheit, J. (1992). Epidemiologic synergy: Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis*; 9:61-77.
314. Steen, R., Wi, TE., Kamali, A., Ndowa, F. (2009). Control of sexually transmitted infections and prevention of HIV transmission: mending a fractured paradigm. *Bull World Health Organ*; 87(11):858-65.
315. World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), Family Health International (FHI). (2012). Use and procurement of additional lubricants for male and condoms. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76580/1/WHO_RHR_12.33_eng.pdf.
316. World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), Family Health International (FHI). (2010). Male latex condom. Specification, prequalification and guidelines for procurement. Recuperado a partir de: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/procurement/07_resources/malecondoms_specs_procurement_2010.pdf.
317. World Health Organization (WHO). (2007). Female Condom Technical Review. Committee Summary report on FC2. Recuperado a partir de: http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.19_eng.pdf.

318. Vijayakumar, G., Mabude, Z., Smit, J., Beksinska, M., Lurie, M. (2006). A review of female-contraception effectiveness: patterns of use and impact on protected sex acts and STI incidence. *Int J STD AIDS.* ;17(10):652-9.
319. World Health Organization (WHO). (2002). Considerations regarding reuse of the Female Condom. Recuperado a partir de: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/reuse_FC2_info_update.pdf.
320. World Health Organization/RHR, United Nations Population Fund y Family Health International. (2012). Female condom technical review committee report. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/female_condom_specification.pdf.
321. Hatcher, R., Trussell, J., Nelson, A., y cols. (2009). *Contraceptive Technology*.
322. Program for Appropriate Technology in Health (PATH). (2013). A new kind of diaphragm. Recuperado a partir de: <http://sites.path.org/rhtech/silcs-diaphragm/>.
323. Ramjee, G., Van der Straten, A., Chipato, T., de Bruyn, G., Blanchard, K., Shiboski, S., et al. (2008). The diaphragm and lubricant gel for prevention of cervical sexually transmitted infections: results of a randomized controlled trial. *PloS One.*; 3(10):e3488.
324. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, EEUU). (2010). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guideline. Recuperado a partir de: <http://www.cdc.gov/condomeffectiveness/latex.htm>.
325. Kelaghan, J., Rubin, GL., Ory, HW., Layde, PM. (1982). Barrier-method contraceptives and pelvic inflammatory disease. *JAMA J Am Med Assoc.*; 248(2):184-7.
326. Cramer, DW., Goldman, MB., Schiff, I., Belisle, S., Albrecht, B., Stadel, B., et al. (1987). The relationship of tubal infertility to barrier method and oral contraceptive use. *JAMA J Am Med Assoc.*; 257(18):2446-50.
327. Padian, NS., Van der Straten, A., Ramjee, G., Chipato, T., De Bruyn, G., Blanchard, K., et al. (2007). Diaphragm and lubricant gel for prevention of HIV acquisition in southern African women: a randomised controlled trial. *The Lancet.*; 370(9583):251-61.
328. De Bruyn, G., Shiboski, S., Van der Straten, A., Blanchard, K., Chipato, T., Ramjee, G., et al. (2011). The effect of the vaginal diaphragm and lubricant gel on acquisition of HSV-2. *Sex Transm Infect.*; 87(4):301-5.
329. Forbes, A., Heise, L. (2000). What's up with nonoxynol-9? *Reprod Health Matters.*; 8(16):156-9.
330. Richardson, BA., Lavreys, L., Martin, HL., Stevens, CE., Ngugi, E., Mandaliya, K., et al. (2001). Evaluation of a low-dose nonoxynol-9 gel for the prevention of sexually transmitted diseases: a randomized clinical trial. *Sex Transm Dis.*; 28(7):394-400.

Método de la Amenorrea de lactancia

331. Bellagio Consensus Statement. (1988). Breastfeeding as a family planning method. *The Lancet*; 2(8621):1204-5.
332. Kennedy, KI., Rivera, R., McNeilly, AS. (1989). Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception*; 39(5):477-96.
333. Zacharias, S., Aguilera, E., Assenzo, JR., Zanartu, J. (1986). Effects of hormonal and nonhormonal contraceptives on lactation and incidence of pregnancy. *Contraception*; 33(3):203-13.

334. Díaz, S., Rodríguez, G., Peralta, O., Miranda, P., Casado, ME., Salvatierra, AM., et al. (1988). Lactational amenorrhea and the recovery of ovulation and fertility in fully nursing Chilean women. *Contraception*; 38(1):53-67.
335. Díaz, S., Aravena, R., Cárdenas, H., Casado, ME., Miranda, P., Schiappacasse, V., et al. (1991). Contraceptive efficacy of lactational amenorrhea in urban Chilean women. *Contraception*; 43(4):335-52.
336. Short, RV., Lewis, PR., Renfree, MB., Shaw, G. (1991). Contraceptive effects of extended lactational amenorrhoea: beyond the Bellagio Consensus. *The Lancet*; 337(8743):715-7.
337. Kennedy, KI., Visness, CM. (1992). Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. *The Lancet*;339(8787):227-30.
338. Pérez, A., Labbok, MH., Queenan, JT. (1992). Clinical study of the lactational amenorrhoea method for family planning. *The Lancet*; 339(8799):968-70.
339. Benitez, I., De la Cruz, J., Suplido, A., Oblepias, V., Kennedy, K., Visness, C. (1992). Extending lactational amenorrhoea in Manila: a successful breast-feeding education programme. *J Biosoc Sci.*; 24(2):211-31.
340. Labbok, MH., Perez, A., Valdes, V., Sevilla, F., Wade, K., Laukaran, VH., et al. (1994). The Lactational Amenorrhea Method (LAM): a postpartum introductory family planning method with policy and program implications. *Adv Contracept Off J Soc Adv Contracept.*; 10(2):93-109.
341. World Health Organization. (1999). Multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding. World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. *Fertil Steril.*; 72(3):431-40.
342. Díaz, S., Seron-Ferre, M., Croxatto, HB., Veldhuis, J. (1995). Neuroendocrine mechanisms of lactational infertility in women. *Biol Res.*; 28(2):155-63.
343. Perez, A., Vela, P., Masnick, GS., Potter, RG. (1972). First ovulation after childbirth: the effect of breast-feeding. *Am J Obstet Gynecol.*; 114(8):1041-7.
344. Howie, PW., McNeilly, AS., Houston, MJ., Cook, A., Boyle, H. (1982). Fertility after childbirth: infant feeding patterns, basal PRL levels and post-partum ovulation. *Clin Endocrinol (Oxf).*; 17(4):315-22.
345. Rivera, R., Kennedy, KI., Ortiz, E., Barrera, M., Bhiwandiwalla, PP. (1988). Breast-feeding and the return to ovulation in Durango, Mexico. *Fertil Steril.*; 49(5):780-7.
346. Shaaban, MM., Kennedy, KI., Sayed, GH., Ghaneimah, SA., Abdel-Alem, AM. (1990). The recovery of fertility during breast-feeding in Assiut, Egypt. *J Biosoc Sci.*; 22(1):19-32.
347. Gray, RH., Campbell, OM., Apelo, R., Eslami, SS., Zacur, H., Ramos, RM., et al. (1990). Risk of ovulation during lactation. *The Lancet*; 335(8680):25-9.
348. Díaz, S., Cárdenas, H., Brandeis, A., Miranda, P., Salvatierra, AM., Croxatto, HB. (1992). Relative contributions of anovulation and luteal phase defect to the reduced pregnancy rate of breastfeeding women. *Fertil Steril.*; 58(3):498-503.
349. McNeilly, AS., Howie, PW., Houston, MJ., Cook, A., Boyle, H. (1982). Fertility after childbirth: adequacy of post-partum luteal phases. *Clin Endocrinol (Oxf).* ;17(6):609-15.
350. Díaz, S. (1989). Determinants of lactational amenorrhea. *Suppl Int J Gynecol Obstet.*; 1:83-9.

351. Rodríguez, G., Díaz, S. (1993). Breastfeeding and the length of post-partum amenorrhoea: A hazards model approach. *Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction*. New York: Gray R, Leridon H, Spira A. Oxford University Press; 413-27.
352. World Health Organization (WHO). (1998b). Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. The World Health Organization Multinational Study of Breastfeeding and Lactational Amenorrhea. II, Factors associated with the length of amenorrhea. *Fertil Steril* 1998b, 70: 461.
353. Howie, PW., McNeilly, AS., Houston, MJ., Cook, A., Boyle, H. (1981). Effect of supplementary food on suckling patterns and ovarian activity during lactation. *Br Med J Clin Res Ed*; 283(6294):757-9.
354. Howie, PW., McNeilly, AS., Houston, MJ., Cook, A., Boyle, H. (1982). Fertility after childbirth: post-partum ovulation and menstruation in bottle and breast feeding mothers. *Clin Endocrinol (Oxf)*. ;17(4):323-32.
355. Van Ginneken, J. (1977). The chance of conception during breastfeeding. *J Biosoc Sci Suppl*; 4:41.
356. American Academy of Pediatrics. (1984). Report of the Task Force on the Assessment of the Scientific Evidence Relating to Infant-Feeding Practices and Infant Health. *Pediatrics*; 74(4 Pt 2):579-762.
357. World Health Organization (WHO), UNICEF. (1990). Innocenti declaration: Breast feeding in the 1990s: A global initiative. [Internet]. Recuperado a partir de: www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm.
358. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2010). Manual de Lactancia Materna. 2da Edición. Santiago, Chile; 238 p.

Métodos de Abstinencia Periódica

359. Knaus, H. (1929). Eine neue methode zur bestimmung des ovulationstermites. *Zentralbl Gynakol*; 53:2193.
360. Ogino, K. (1930). Ovulationstermin und konzeptionstermin. *Zentralbl Gynakol*; 54:464.
361. Ferin, J. (1947). Determination de la période sterile premenstruelle par la courbe thermique. *Brux Medica*; 27:2786-93.
362. Billings, EL., Brown, JB., Billings, JJ., Burger, HG. (1972). Symptoms and hormonal changes accompanying ovulation. *The Lancet*; 1(7745):282-4.
363. Parenteau-Carreau, S. (1981). The sympto-thermal methods. *Int J Fertil*; 26(3):170-81.
364. Martinez, AR., Zinaman, MJ., Jennings, VH., Lamprecht, VM. (1995). Prediction and detection of the fertile period: the markers. *Int J Fertil Menopausal Stud*; 40(3):139-55.
365. Díaz, S. (1997b). Métodos naturales de planificación familiar. *Rev Iber Fertil Reprod Hum*, XIV:29-36.
366. Pérez, A. (2003). Métodos naturales de planificación familiar. *Ginecología*. 3a edición. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo; p. 1002-22.
367. Wilcox, AJ., Dunson, D., Baird, DD. (2000). The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ*; 321(7271):1259-62.
368. Trussell, J., Grummer-Strawn, L. (1990). Contraceptive failure of the ovulation method of periodic abstinence. *Fam Plann Perspect*; 22(2):65-75.

369. Labbok, MH., Stallings, RY., Shah, F., Pérez, A., Klaus, H., Jacobson, M., et al. (1991). Ovulation method use during breastfeeding: is there increased risk of unplanned pregnancy? *Am J Obstet Gynecol.*; 165(6 Pt 2):2031-6.
370. Zinaman, M., Stevenson, W. (1991). Efficacy of the symptothermal method of natural family planning in lactating women after the return of menses. *Am J Obstet Gynecol.*; 165(6 Pt 2):2037-9.
371. Billing, E., Billings, J., Catarinich, M. (1974). *Atlas of the Ovulation Method*. 3ra edición. Melbourne, Australia: Advocate Press, Pty. Ltd.
372. World Health Organization. (1981). A prospective multicentric trial of the ovulation method of natural family planning. II. The effectiveness phase. *Fertil Steril*, 36:591.
373. Marshall, J. (1968). A field trial of the basal-body-temperature method of regulating births. *The Lancet.*;2(7558):8-10.
374. Moghissi, KS. (1976). Accuracy of basal body temperature for ovulation detection. *Fertil Steril*; 27(12):1415-21.
375. Frank-Herrmann, P, Freundl, G., Baur, S., Bremme, M., Döring, GK., Godehardt, EA., et al. (1991). Effectiveness and acceptability of the symptothermal method of natural family planning in Germany. *Am J Obstet Gynecol.*; 165(6 Pt 2):2052-4.
376. Freundl, G. (1993). Prospective European multi-center study of natural family planning (1989-1992): interim results. The European Natural Family Planning Study Groups. *Adv Contracept Off J Soc Adv Contracept.*; 9(4):269-83.
377. Arévalo, M., Sinai, I., Jennings, V. (1999). A fixed formula to define the fertile window of the menstrual cycle as the basis of a simple method of natural family planning. *Contraception*; 60(6):357-60.

Esterilización Quirúrgica Voluntaria

378. United Nations (UN). (2009). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Word contraceptive use . www.unpopulation.org
379. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2000) Resolución N°2326 sobre Métodos Anticonceptivos Irreversibles o Esterilización.
380. Pati, S., Cullins, V. (2000). Female sterilization. Evidence. *Obstet Gynecol Clin North Am.*; 27(4):859-99.
381. Engender Health. (2002). *Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends*. www.engenderhealth.org/pubs/sterilization.
382. Engender Health. (2003). *Minilaparotomy for Females Sterilization. An Illustrated Guide for Service Providers*. www.engenderhealth.org.
383. Eisenberg, D., Sciarra, J. (2008). *Surgical Procedures for Tubal Sterilization*. *Glob libr women's med*. www.engenderhealth.org.
384. Sanket, S., Joseph, S., Aileen, M. Revisiting Essure - Toward safe and effective sterilization. *The New England Journal of Medicine* 373;15, 2014
385. Peterson, HB., Xia, Z., Hughes, JM., Wilcox, LS., Tylor, LR., Trussell, J. (1996). The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Am J Obstet Gynecol.*;174(4):1161-1168; discussion 1168-1170.

386. Díaz, S., Meirik, O. (2003). Safety and efficacy of long-term contraceptive methods for women. *IPPF Med Bull.*; 37(2):4.
387. Gentile, GP, Kaufman, SC., Helbig, DW. (1998). Is there any evidence for a post-tubal sterilization syndrome? *Fertil Steril.*; 69(2):179-86.
388. Amatayakul, K., Wongsawasdi, L., Munglapruks, A., Imong, SM., Jackson, DA., Tansuhaj, A, et al. (1991). Successful sustained lactation following postpartum tubal ligation. *Adv Contracept Off J Soc Adv Contracept.*; 7(4):363-70.
389. Hankinson, SE., Hunter, DJ., Colditz, GA., Willett, WC., Stampfer, MJ., Rosner, B., et al. (1993). Tubal ligation, hysterectomy, and risk of ovarian cancer. A prospective study. *JAMA J Am Med Assoc.*; 270(23):2813-8.
390. Miracle-McMahill, HL., Calle, EE., Kosinski, AS., Rodriguez, C., Wingo, PA., Thun, MJ., et al. (1997). Tubal ligation and fatal ovarian cancer in a large prospective cohort study. *Am J Epidemiol.*; 145(4):349-57.
391. Peterson, HB., Xia, Z., Hughes, JM., Wilcox, LS., Tylor, LR., Trussell, J. (1997). The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization. U.S. Collaborative Review of Sterilization Working Group. *N Engl J Med.*; 336(11):762-7.
392. Engender Health. (2003). No-Scalpel Vasectomy: An Illustrated guide For Surgeons. <http://www.engenderhealth.org/files/pubs/family-planning.pdf>.
393. Engender Health. (2007). No-Scalpel Vasectomy Curriculum. 2nd Edition [Internet]. Recuperado a partir de: <http://www.engenderhealth.org/files/pubs/family-planning.pdf>
394. De Knijff, DW., Vrijhof, HJ., Arends, J., Janknegt, RA. (1997). Persistence or reappearance of nonmotile sperm after vasectomy: does it have clinical consequences? *Fertil Steril.* 67:332-5.
395. Hillis, SD., Marchbanks, PA., Tylor, LR., Peterson, HB. (1999). Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstet Gynecol.*;93(6):889-95.
396. Silber SJ: (1989). Pregnancy after vasovasostomy for vasectomy reversal: a study of factors affecting long-term return of fertility in 282 patients followed for 10 years. *Hum Reprod.*; 4: 318-322
397. Palma, C., Sarquella, J., Fernández, M. (2011). Vasovasostomía microquirúrgica posvasectomía: una técnica efectiva y segura. *Rev Chil Urol.*, 76(4):249-254.
398. Labrecque, M., St-Hilaire, K., Turcot, L. (2005). Delayed vasectomy success in men with a first postvasectomy semen analysis showing motile sperm. *Fertil Steril.* 83:1435-41.
399. Korthorst, R., Consten, D., Van Rooijen, JH. (2009). Clearance after vasectomy with a single semen sample containing < than 100 000 immotile sperm/mL: analysis of 1073 patients. *BJU.* 105:1572-5.
400. Hama Attar, K., Gurung, P., Holden, S., Peters, J., Philip, T. (2010). Clearance after vasectomy: Has the time come to modify the current practice?. *Scand J Urol Nephrol.* 44:147-50.
401. Dohle, GR., Diemer, T., Kopa, Z., Krausz, C., Giwercman, A., Jungwirth, A. (2012). European Association of Urology Guidelines on Vasectomy. *Eur Urol.*, 61:159-63.
402. Viladoms, JM., Li, PS. (1991). Vasectomía sin bisturí. *Arch Esp Urol.*;47:659-701

403. Horovitz D, Tjong V, Domes T, Kirk Lo, Grober ED, Jarvi K. Vasectomy Reversal Provides Long-Term Pain Relief for Men With the Post-Vasectomy Pain Syndrome. *J of Urol* 2012, Vol. 187, 613-617.
404. Tu XA, Zhao L, Zhao LY. Microsurgical vasovasostomy for the treatment of intractable chronic scrotal pain after vasectomy; *Asian J Androl* 2013, Jul 8. doi: 10.1038/aja.2013.76. [Epub ahead of print]
405. Potts, JM., Pasqualotto, FF., Nelson, D., y cols. (1999). Patient characteristics associated with vasectomy reversal. *J Urol.*, 161: 1835-1839.
406. Engelmann, UH., Schramek, P., Tomamichel, G., Deindl, F., Senge, T. (1990). Vasectomy reversal in Central Europe: results of a questionnaire of urologists in Austria, Germany and Switzerland. *J Urol.*, 41: 64
407. Belker, AM., Thomas, AJ., Fuchs, EF., et al. (1991). Results of 1464 microsurgical vasectomy reversals by the vasovasostomy study group. *J Urol.*, 145: 505-511.
408. Silber, SJ. (1989). Pregnancy after vasovasostomy for vasectomy reversal: a study of factors affecting long-term return of fertility in 282 patients followed for 10 years. *Hum Reprod.*, 4: 318-322.
409. Palma, C., Sarquella, J., Fernández, M. (2011). Vasovasostomía microquirúrgica posvasectomía: una técnica efectiva y segura. *Rev Chil Urol.*, 76(4):249-254.
410. Fenster, H., McLoughlin, MG. (1981). Vasovasostomy: microscopic versus macroscopic techniques. *Arch Androl.*, 7: 201-204.
411. Kolettis, PN., Thomas, AJ. (1997). Vasoepididymostomy for vasectomy reversal: a critical assessment in the era of intracytoplasmatic sperm injection. *J Urol.*, 158: 467-470.

4. Sección D: Anticoncepción para Poblaciones Específicas: Referencias

Anticoncepción para Adolescentes

412. World Health Organization (WHO). (1986). Young people health- a challenge for society. (Organización Mundial de la Salud. La salud de los Jóvenes: Un desafío para la Sociedad). Informe de un Grupo de estudio de la OMS acerca de Jóvenes y la Salud para todos en el año 2000 [Internet]. p. 12. Report No.: 731. Recuperado a partir de: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_spa.pdf
413. Eccles, MP, Grimshaw, JM., Shekelle, P., Schünemann, HJ., Woolf, S. (2012). Developing clinical practice guidelines: target audiences, identifying topics for guidelines, guideline group composition and functioning and conflicts of interest. *Implement Sci* 7:60.
414. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2013). Situación Actual del Embarazo Adolescente en Chile [Internet]. Recuperado a partir de: www.minsal.cl/portal/url/item/c908a2010f2e-7d4fe040010164010db3.pdf
415. Darroch, JE., Frost, JJ., Singh, S. (2001). Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries: Can more progress be made? The Alan Guttmacher Institute; 2 Report No.: 3.
416. Apter, D., Molina, Cartes. (2012). Sexuality education: Finnish and Chilean experiences. *Endocr Dev*; 22:332-56. doi: 10.1159/000331669.
417. Fisher, J., McTaggart, J. (2008). Review of sex and relationships education (SRE) in Schools; Chapter 3, Section 14, www.teachernet.gov.uk/_doc/13030/SRE%20_nal.pdf <http://uk-youthparliament.org.uk/sre>
418. World Health Organization (WHO). (2012). Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. WHO guidelines. (Organización Mundial de la Salud, Directrices de la OMS para la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de los países en desarrollo).
419. Vivo, S., López-Peña, P., Saric, D. (2012). Salud Sexual y Reproductiva para Jóvenes: Revisión de evidencia para la prevención. Washington, D.C: BID, División de Protección Social y Salud.
420. Molina, R., Castro, J., Luengo, X., Toledo, V., González, E., Molina, C. (1996). Liceo Unidad Operativa de educación y Capacitación UNOPEC: Una experiencia Innovadora. *Rev Ch Obstet Ginecol Infant Adolesc.*; 3:10.
421. Mendes, L., Cardoso, E., Barbieri, A., Falbo, A. (2006). Prevención de la reincidencia del embarazo en adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*; 19(2):196-200.
422. Templeman, CL., Cook, V., Goldsmith, LJ., Powell, J., Hertweck, SP. (2000). Postpartum contraceptive use among adolescent mothers. *Obstet Gynecol.*; 95(5):770-6.
423. Tribunal Constitucional Sentencia Rol 740-07, 18 de abril de 2008, considerando XVI.
424. Luengo, X., Escribar, A., Perez, M., Villarroel, R. (2004). Aspectos éticos en la atención de adolescentes y en la prevención del embarazo no deseado. *Bioética Fundamentos y Dimensión Práctica*. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo; p. 210-23.
425. INJUV. (2010). 6ta Encuesta Nacional de la Juventud. Instituto Nacional de la Juventud, Ministerio de Desarrollo Social, Santiago, Chile.
426. González, E., Molina, B., Montero, A., Martínez, V., Molina, R. (2009). Factors associated with maintenance of contraception among adolescents. *Rev Médica Chile*; 137(9):1187-92.

427. Romero L., Pazol, K. Trends in Use of Long-Acting Reversible Contraception Among Teens Aged 15-19 Years Seeking Contraceptive Services — United States, 2005-2013. Centers of Disease Control and Prevención. April 10, 2015 / 64(13):363-369. Recuperado de <http://www.cdc.gov/mmwr>
428. American College of Obstetricians and Gynecologist. Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. Practice Bulletin Number 121, July 2011. Reaffirmed 2015. Recuperado a partir de <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Gynecology/Long-Acting-Reversible-Contraception-Implants-and-Intrauterine-Devices>
429. AAP Updates Recommendations on Teen Pregnancy Prevention. American Academy of Pediatric. 2014. Recuperado de <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/pages/AAP-Updates-Recommendations-on-Teen-Pregnancy-Prevention.aspx#sthash.LQGb5fyj.dpuf>
430. McNicholas, C., Peipert, JF. (2012). Long-acting reversible contraception for adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol.*; 24(5):293-8.
431. Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. Mestad et al, *Contraception* 84 (2011):493-498
432. Continuation and Satisfaction of Reversible Contraception. Peipert et al. *Obstet Gynecol* 2011; 117:1105-13
433. Hubacher, D. (2007). Copper intrauterine device use by nulliparous women: review of side effects. *Contraception*; 75(6 Suppl):S8-11.
434. Weiner, E., Berg, A., Johansson, I. (1978). Copper intrauterine contraceptive devices in adolescent nulliparae. *Br J Obstet Gynaecol.*; 85(3):204-6.
435. Kulig, JW., Rauh, JL., Burket, RL., Cabot, HM., Brookman, RR. (1980). Experience with the copper 7 intrauterine device in an adolescent population. *J Pediatr.*; 96(4):746-50.
436. Díaz, J., Pinto Neto, AM., Bahamondes, L., Díaz, M., Arce, XE., Castro, S. (1993). Performance of the copper T 200 in parous adolescents: are copper IUDs suitable for these women? *Contraception*; 48(1):23-8.
437. Rasheed, SM., Abdelmonem, AM. (2011). Complications among adolescents using copper intrauterine contraceptive devices. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.*; 115(3):269-72.
438. Bell, TA., Holmes, KK. (1984). Age-specific risks of syphilis, gonorrhea, and hospitalized pelvic inflammatory disease in sexually experienced U. S. women. *Sex Transm Dis.*; 11(4):291-5.
439. Beyeza-Kashesya, J., Kaharuza, F., Ekström, AM., Neema, S., Kulane, A., Mirembe, F. (2011). To use or not to use a condom: a prospective cohort study comparing contraceptive practices among HIV-infected and HIV-negative youth in Uganda. *BMC Infect Dis.*; 11:144.
440. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2000). Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. [Internet]. Recuperado a partir de: www.minsal.cl/portal/url/item/85381414c60111a9e04001011e015920.pdf
441. Molina, RC., Sandoval, JZ., Montero, AV., Oyarzún, PG., Molina, TG., González, EA. (2009). Comparative performance of a combined injectable contraceptive (50 mg norethisterone enanthate plus 5mg estradiol valerate) and a combined oral contraceptive (0.15 mg levonorgestrel plus 0.03 mg ethinyl estradiol) in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.*; 22(1):25-31.

442. Theintz, G., Buchs, B., Rizzoli, R., Slosman, D., Clavien, H., Sizonenko, PC., et al. (1992). Longitudinal monitoring of bone mass accumulation in healthy adolescents: evidence for a marked reduction after 16 years of age at the levels of lumbar spine and femoral neck in female subjects. *J Clin Endocrinol Metab.*; 75(4):1060-5.
443. Scholes, D., LaCroix, AZ., Ichikawa, LE., Barlow, WE., Ott, SM. (2005). Change in bone mineral density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Arch Pediatr Adolesc Med.*; 159(2):139-44.
444. Meirik, O. (2000). Hormonal contraceptives and bone mass. *IPPF Med Bull.*; 34(5):1-3.
445. Lara-Torre, E., Edwards, CP., Perlman, S., Hertweck, SP. (2004). Bone mineral density in adolescent females using depot medroxyprogesterone acetate. *J Pediatr Adolesc Gynecol.*; 17(1):17-21.
446. Beksinska, ME., Kleinschmidt, I., Smit, JA., Farley, TM. (2007). Bone mineral density in adolescents using norethisterone enanthate, depot-medroxyprogesterone acetate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception.*; 75(6):438-43.
447. Rey-Stocker, I., Zufferey, M., Lemarchand, M., Rais, M. (1981). The sensibility of the hypophysis, the gonads and the thyroid of adolescents before and after the administration of oral contraceptives. A resume. *Pediatr Ann.*; 10:480.
448. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2010). Ley 20418 y Reglamento Decreto 49. Fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad
449. Molina, R. (2013). Ley 20.418: historia de una ley por la dignidad de la mujer chilena. Recuperado a partir de <http://www.revistasochog.cl/articulos/ver/613>.
450. Alanen, A., Laurikainen, E. (1999). Second-trimester abortion caused by *Capnocytophaga sputigena*: case report. *Am J Perinatol.*; 16(4):181-3.
451. Bearfield, C., Davenport, ES., Sivapathasundaram, V., Allaker, RP. (2002). Possible association between amniotic fluid micro-organism infection and microflora in the mouth. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.*; 109(5):527-33.
452. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2008). Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Washington, D.C.
453. García, R., Cortés, A., Vila, L., et al. (2006). Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.*; 22(No1).
454. Tena, O., Hickman, H. (2006). Supuestos morales que favorecen u obstaculizan la negociación sexual y reproductiva en la soltería. *Anales de Psicología.* México.
455. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2012) Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Santiago.
456. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2011). Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes. Orientaciones generales, dirigida a los equipos de Atención Primaria. Gobierno de Chile.
457. Luengo, X., Millán, T., Zepeda, A., Tijero, M. (2012). Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva. *Rev Chil Pediatría.*; 83:540.

458. World Health Organization (WHO). (1993). Adolescent Health Programme, Division of Family Health. Counselling Skills Training in Adolescent Sexuality and Reproductive Health. A Facilitator's Guide. Geneva.
459. Global Consultation on adolescent-friendly health services. A consensus statement. Geneva, World Health Organization, 2002
460. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2015). Guía Práctica. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes. Orientaciones para los equipos de Atención Primaria. Santiago.
461. Connell, R. Adolescencia en la construcción de masculinidades contemporáneas. [aut. libro] J. et al., Olavarría. Varones adolescentes: Género, identidades y sexualidad en América Latina. . Santiago : Flacso, 2003.
462. J, Olavarría. Y todos querían ser (buenos) padres. Santiago de Chile : Flacso, 2001.
463. Olavarría, J. y Valdés, T. Ser hombre en Santiago de Chile: a pesar de todo, un mismo modelo. [aut. libro] T. y Olavarría, J, et al., Valdés. Masculinidades y equidad de género en América Latina. Santiago de Chile : Flacso, 1998.
464. Aguayo, F. Santiago (2013) USACH. Masculinidades y Adolescencia. Postítulo Salud sexual y Reproductiva de Adolescentes con énfasis en Consejería.
465. Olavarría, J. y Madrid, S. Sexualidad, Fecundidad y Paternidad en Varones Adolescentes. MEXICO : UNFPA/FLACSO Chile, 2005.
466. Palma, I. Paternidades entre los Adolescentes: Respuestas, crisis y preguntas emergentes. [aut. libro] Flacso. Conferencia Regional Varones adolescentes: Construcción de identidades de Género en América Latina. Santiago de Chile : Flacso, 2002.
467. Benavente, MC. Construyendo Derechos. Talleres de conservación para adolescentes. Santiago de Chile: Flacso, 2007.
468. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Situación actual del embarazo adolescente en Chile (2013).
469. Lehrer, J., Pantell, R., Tebb, K., Shafer, M., (2007) "Forgone Health Care Among U.S. Adolescents: Associations Between Risk Characteristics and Confidentiality Concern" J of Adolescent Health 40 218-26.

Anticoncepción para Mujeres en período posparto

470. Organización Mundial de la Salud (OMS) Estrategias para la programación de la planificación familiar en el posparto (2014).
471. Victora, CG., Smith, PG., Vaughan, JP., Nobre, LC., Lombardi, C., Teixeira, AM., et al. (1987). Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. The Lancet; 2(8554):319-22.
472. Victora, CG., Smith, PG., Vaughan, JP., Nobre, LC., Lombardi, C., Teixeira, AM., et al. (1989). Infant feeding and deaths due to diarrhea. A case-control study. Am J Epidemiol; 129(5):1032-41.
473. Dewey, KG., Heinig, MJ., Nommsen, LA., Peerson, JM., Lönnerdal, B. (1992). Growth of breast-fed and formula-fed infants from 0 to 18 months: the DARLING Study. Pediatrics; 89(6 Pt 1):1035-41.

474. Conde-Agudelo, A., Rosas-Bermúdez, A., Kafury-Goeta, AC. (2006). Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *JAMA J Am Med Assoc.*; 295(15):1809-23.
475. Conde-Agudelo, A., Rosas-Bermudez, A., Castaño, F., Norton, MH. (2012). Effects of birth spacing on maternal, perinatal, infant, and child health: a systematic review of causal mechanisms. *Stud Fam Plann*; 43(2):93-114.
476. Gray, RH., Campbell, OM., Zacur, HA., Labbok, MH., MacRae, SL. (1987). Postpartum return of ovarian activity in nonbreastfeeding women monitored by urinary assays. *J Clin Endocrinol Metab.*; 64(4):645-50.
477. Xu, JX., Connell, C., Chi, IC. (1992). Immediate postpartum intrauterine device insertion--a report on the Chinese experience. *Adv Contracept Off J Soc Adv Contracept.*; 8(4):281-90.
478. Chi, IC., Potts, M., Wilkens, LR., Champion, CB. (1989). Performance of the copper T-380A intrauterine device in breastfeeding women. *Contraception*; 39(6):603-18.
479. Chi, IC., Wilkens, LR., Champion, CB., Macheimer, RE., Rivera, R. (1989). Insertional pain and other IUD insertion-related rare events for breastfeeding and non-breastfeeding women--a decade's experience in developing countries. *Adv Contracept Off J Soc Adv Contracept.*; 5(2):101-19.
480. American College of Obstetricians and Gynecologists. (1998). ACOG Committee Opinion: Tubal ligation with cesarean delivery. Number 205, august 1998
481. Jimenez, J., Ochoa, M., Soler, MP., Portales, P. (1984). Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception.*; 30(6):523-33.
482. Shaaban, MM., Salem, HT., Abdullah, KA. (1985). Influence of levonorgestrel contraceptive implants, NORPLANT, initiated early postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception*; 32(6):623-35.
483. Canto, TE., Vera, L., Polanco, LE., Colven, CE. (1989). Mini-pill in lactating women. *Contraception*; 39(6):589-601.
484. McCann, MF., Moggia, AV., Higgins, JE., Potts, M., Becker, C. (1989). The effects of a progestin-only oral contraceptive (levonorgestrel 0.03 mg) on breast-feeding. *Contraception.*; 40(6):635-48.
485. Moggia, AV., Harris, GS., Dunson, TR., Diaz, R., Moggia, MS., Ferrer, MA., et al. (1991). A comparative study of a progestin-only oral contraceptive versus non-hormonal methods in lactating women in Buenos Aires, Argentina. *Contraception*; 44(1):31-43.
486. Harlap, S. (1987). Exposure to contraceptive hormones through breast milk - are there long-term health and behavioral consequences? *Int J Gynaecol Obstet*, 25, Supl:47,.
487. Massai, R, Díaz, S., Jackanicz, T., Croxatto, HB. (2000). Vaginal rings for contraception in lactating women. *Steroids.*; 65(10-11):703-7.
488. Hull, VJ. (1981). The effects of hormonal contraceptives on lactation: current findings, methodological considerations, and future priorities. *Stud Fam Plann.*; 12(4):134-55.
489. Tankeyoon, M., Dusitsin, N., Chalapati, S., Koetsawang, S., Saibiang, S., Sas, M., et al. (1984). Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth. WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction Task force on oral contraceptives. *Contraception*; 30(6):505-22.

490. Sas, M., Gellen, JJ., Dusitsin, N., Tunkeyoon, M., Chalapati, S., Crawford, MA., et al. (1986). An investigation on the influence of steroidal contraceptives on milk lipid and fatty acids in Hungary and Thailand. WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on oral contraceptives. *Contraception*; 33(2):159-78.

Anticoncepción para Mujeres posaborto

491. Singh, S., Wulf, D. (1994). Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *Int Fam Plann Perspect.*; 20(4).
492. Sedgh, G., Singh, S., Shah, I., Ahman, E., Henshaw, SK., Bankole, A. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*; 379(9816):625-32.
493. Lavin, P. y cols. (1994). Informe preliminar sobre la caracterización de los casos y costos del tratamiento del aborto hospitalizado en Santiago de Chile.
494. Maira, G., Santana, P., Molina, S. (2008). Violencia sexual y aborto, Conexiones necesarias. *Red Chil Contra Violencia Doméstica Sex.*
495. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2012). Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas [Internet]. Recuperado a partir de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf>
496. Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1994). Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, El Cairo 1994). www.unfpa.or.cr/cipd.
497. Billings, D., Vernon, R. (2007). Avances en la atención posaborto en América Latina y el Caribe: Investigando, aplicando y expandiendo, IPAS y Population Concil. www.ipas.org.
498. World Health Organization (WHO). (2012). Family and Reproductive Health. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. www.who.int/reproductive-health.
499. Grimes, D., Schulz, K., Stanwood, N. (2004). Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev.*; (4):CD001777.

Anticoncepción para Mujeres después de los 35 años

500. Crosignani et al. Female Contraception over 40. The ESHRE Workshop Group. *Human Reproduction Update* 2009;15 (6): 599-612
501. Fraser, I. (1987). Contraception for the over 35s. In: *The Control of Human Fertility*. 2da edición. J.F. Porter. Oxford. Blackwell Scientific; 156-165 p.
502. Weisberg, E. (2001). Contraception after age 35. *IPPF Med Bull.*; 35(6):2.
503. Castracane, VD., Gimpel, T., Goldzieher, JW. (1995). When is it safe to switch from oral contraceptives to hormonal replacement therapy? *Contraception.*; 52(6):371-6.
504. Guidance FFPRHC. (January 2005) contraception for women aged over 40 years. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2005;31 (January (1)):51-63
505. Bhatena RK, Guillebaud J. Contraception for the older woman: an update. *Climacteric* 2006;9:264-276.
506. Baldwin, M., Jensen, J., Contraception during the perimenopause. *Maturitas* 76 (2013): 235-242

507. Gebbie, A., Glasier, A., Sweeting, V. Incidence of ovulation in perimenopausal women before and during hormone replacement therapy. *Contraception* 1995; 52:221-22
508. Castracane, V., Gimpel, T., Golzieder J., When is it safe to switch from oral contraceptives to hormonal replacement therapy. *Contraception* 1995;52:371-376
509. Klein, J., Sauer, M., Assessing fertility in women of advanced reproductive age. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185:758-70
510. Creinin MD. Laboratory criteria for menopause in women using oral contraceptives. *Volumen 66, Issue 1, Pages 101-104*
511. Beksinska, M., Smit, J., Kleinschmidt., Detection of raised FSH levels among older women using depot medroxy acetate and norethisterone enanthate. *Contraception* 68 (2003) 339-343.
512. Uliato, C., T., Fernandes, A., Marchi, N., Usefulness of FSH measurements for determining menopause in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate over 40 years of age. *Contraception* (2007) 282-286

Anticoncepción e Infecciones de Transmisión Sexual

513. Berer, M. (1997). Dual Protection: Making Sex Safer for Women. In: *Beyond acceptability: Users' Perspectives on Contraception*. *Reprod Health Matters*; 109-21.
514. International Planned Parenthood Federation (IPPF). (2000). Medical Advisory Panel. Statement on dual protection against unwanted pregnancy and Sexually Transmitted Infections, including HIV. *IPPF Med Bull.*; 34(4):1.
515. International Planned Parenthood Federation (IPPF). (2006). International Medical Advisory Panel IMAP. Statement on contraception for young people in the era of HIV and AIDS. *IPPF Med Bull.*; 40(2):1.
516. International Planned Parenthood Federation (IPPF). (2001) International Medical Advisory Panel. Statement on barrier methods of contraception. *IPPF Med Bull.*; 35(1).
517. Ness, RB., Soper, DE., Holley, RL., Peipert, J., Randall, H., Sweet, RL., et al. (2001). Hormonal and barrier contraception and risk of upper genital tract disease in the PID Evaluation and Clinical Health (PEACH) study. *Am J Obstet Gynecol.*; 185(1):121-7.

Anticoncepción para Hombres

518. Whelpton, PK., Campbell, AA., Patterson, JE. (1966). *Fertility and Family Planning in the United States*. Princeton, NJ: Editorial Princeton University Press.
519. Darroch, JE. (2008). Male fertility control--where are the men? *Contraception.*; 78(4 Suppl):S7-17.
520. Noé, G. (2012). Anticoncepción Masculina. Recuperado a partir de: www.icmer.org/anticoncepcion.
521. Lyra, J. (1997). Adolescent Fatherhood: a proposal for intervention. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brazil.
522. Fuller, N. (2000). Significados y prácticas de paternidad entre varones urbanos del Perú. *Paternidades en América Latina*. Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; p. 35-90.

523. Viveros, M. (2002). De quebradores y cumplidores. Sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia, CES. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional, Fundación Ford, Profamilia Colombia.
524. Olavarría, J. (2001). Y todos querían ser (buenos) padres. FLACSO-Chile.
525. Barker, G. (2002). La formación de hombres jóvenes "géneros equitativos": reflexiones de la investigación y desarrollo de programas en Rio de Janeiro, Brasil.
526. Organización de las Naciones Unidas (ONU), UNFPA. (1995). Male Involvement in Reproductive Health, including Family Planning and Sexual Health. Technical Report.; (28).
527. Ringheim, K. (1996). Wither methods for men? Emerging gender issues in contraception. *Reprod Health Matters.*; 7:79-89.
528. The Alan Guttmacher Institute. (2003). Informe sobre necesidades de salud sexual y reproductiva de los hombres en el mundo. New York.
529. Pantelides, E., Manzelli, H. (2005). 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. OPS.
530. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2012). Programa de Salud de la Mujer. Diagnóstico de situación sobre esterilizaciones voluntarias.
531. Pile, JM., Barone, MA. (2009). Demografía de la vasectomía en EE. UU. y en el resto del mundo. *Urol Clin N Am.*; 36:295-305.
532. Wang, C., Swerdloff, RS. (2010). Hormonal approaches to male contraception. *Curr Opin Urol.*; 20(6):520-4.

ANEXOS

Anexo N°1



Gobierno de Chile

GABINETE DE LA MINISTRA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO
ESTRATÉGICOS
DIVISIÓN JURÍDICA
MEDIANOS DE RESOLUCIÓN JURISDICCIONAL



CIRCULAR A 15/ 06

SANTIAGO, 09 JUN. 2015

ATENCIÓN DE SALUD DE PERSONAS INMIGRANTES

Debido al aumento en el país de personas inmigrantes carentes de documentos oficiales, que presentan problemas de salud que requieren de atención, este Ministerio cumple con emitir las siguientes instrucciones en materia de su atención:

Es el caso que, de conformidad a la estimación del Departamento de Extranjería del Ministerio del Interior, el año 2014 había 441.592 extranjeros residentes en el país, lo que corresponde a un 2,5% de la población total. Consciente de esta situación, el programa de gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet 2014-2018 destaca la importancia que han tenido las migraciones internacionales durante los últimos años y plantea impulsar el desarrollo de una Política y Cultura Migratoria basada en la promoción y aplicación de los Instrumentos internacionales ratificados por Chile sobre Derechos Humanos y de las Personas Migrantes.

Las presentes instrucciones, a diferencia de aquellas que han estado vigentes hasta ahora, desligan la atención de salud de la tramitación de permisos de residencia, situación que ha operado como barrera de acceso para que los derechos que hemos asegurado se puedan ejercer en los casos de la atención de embarazadas, niños y niñas menores de 18 años y atenciones de urgencia.

Para el enfrentamiento de esta situación se ha tenido en consideración el tenor de las siguientes normas legales:

- artículo 19 N° 9 de la Constitución Política que consagra el derecho a la protección a la salud,
- artículo 131 del DFL N° 1 de 2005, de este Ministerio, que dispone que el derecho a la atención de salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo,
- artículo 132 del DFL aludido el cual establece que los establecimientos del Sistema Público de Salud no pueden negar la atención a quienes la requieran ni condicionarla a pagos previos,
- artículo 133 de dicho DFL que encomienda a los organismos del Sistema Público de Salud la ejecución de las acciones que tiendan a asegurar la salud de los habitantes de la República,
- artículo 136 letra e) del DFL N° 1 de 2005, que declara como beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud a las personas indigentes o carentes de recursos,
- el convenio de las Naciones Unidas sobre derechos de los migrantes, establece la obligación de los Estados de respetar los derechos fundamentales de estas personas, y
- el convenio sobre los derechos del niño que propugna la atención de salud de éstos y la atención sanitaria pre y post natal a las madres.

- el dictamen N° 34.638, de 2013, de la Contraloría General que establece la obligación de los organismos del Sistema Público de Salud de atender a los extranjeros, sin cobrar por las prestaciones en el evento que sean carentes de recursos.

Sobre la base de las disposiciones citadas y considerando la necesidad de entregar una respuesta institucional a las necesidades de salud de las personas migrantes, este Ministerio cumple con establecer que:

Los establecimientos integrantes del Sistema Público de Salud brindarán las atenciones y prestaciones de salud que sean necesarias a los extranjeros que estén en el país en calidad de inmigrantes y no cuenten con otro derecho a atención de salud, que carezcan de documentos o permisos de permanencia, en los siguientes casos:

1.- Mujeres durante el embarazo, el parto y post parto hasta los 12 meses desde éste. Todas las prestaciones de salud que requieran incluidas las del programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial (PADBP) y las del programa de apoyo al recién nacido (PARN).

2.- Niños hasta los 18 años de edad, todas las prestaciones de salud que requieran incluidas las del programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial (PADBP) y las del programa de apoyo al recién nacido (PARN).

3.- Casos de urgencia médica. Atención a todas las personas, sólo se podrán cobrar en los casos en que el afectado declare que le es posible pagar la prestación recibida.

4.- Prestaciones de salud pública: métodos de regulación de la fertilidad incluida la anticoncepción de emergencia, vacunas, atención de enfermedades transmisibles: TBC, VIH/SIDA, ITS, educación sanitaria.

Mediante decreto en tramitación se establece la presunción de carencia de recursos respecto de las personas a que se refiere esta circular, para el efecto de considerarlos en esa categoría. El Fondo Nacional de Salud indicará próximamente la manera de proceder a la inscripción en los establecimientos de atención primaria de estas personas.

Lo que informo a Ud. para los fines pertinentes y su aplicación en los establecimientos de su dependencia.

Saluda atentamente a Ud.



Distribución:

- Servicios de Salud del país
 - Establecimientos autogestionados
 - Subsecretaría de Redes Asistenciales
 - División Jurídica
 - Divap
 - Gabinete de la Ministra
 - Depto. Desarrollo Estratégico
 - Oficina de Partes
- 20/11/14

Anexo N°2

**REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD**

División Jurídica
BO/SC/SC/CP/PM/IGL/EAR/mmh.

**MINISTERIO DE HACIENDA
OFICINA DE PARTES**

RECIBIDO

**CONTRALORIA GENERAL
TOMA DE RAZON**

NUEVA RECEPCION

DEPART. JURIDICO	
DEPART. T. R. Y REGISTRO	
DEPART. CONTABIL.	
SUB. DEP. C. CENTRAL	
SUB. DEP. E. CUENTAS	
SUB. DEPTO. C. P. Y BIENES NAC.	
DEPART. AUDITORIA	
DEPART. V. O. P. U. Y T.	
SUB. DEPTO. MUNICIPI	

REFRENDACION

REF. POR \$ _____

IMPUTAC. _____

ANOT. POR \$ _____

IMPUTAC. _____

DEDUC. DTO. _____

MODIFICA DECRETO SUPREMO N° 49, DE 2011, REGLAMENTO PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A RECIBIR EDUCACION, INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN EN MATERIA DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD

N° 62

SANTIAGO, 07 SET. 2015

VISTOS: lo dispuesto en la ley N° 20.418 que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad; el decreto supremo N° 49 de 2011 de esta Cartera de Estado, que aprueba el reglamento para el ejercicio del derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad; en el artículo 4° del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y 18.469; lo dispuesto en el artículo 32, N° 6, de la Constitución Política de la República; y en la resolución N° 1.600 de 2008, de la Contraloría General de la República,

CONSIDERANDO: La función del Ministerio de Salud de fijar y controlar las políticas de salud, dicto el siguiente

DECRETO:

SUSTITUYESE el artículo 5° del decreto supremo N° 49 de 2011, del Ministerio de Salud, por el siguiente:

"Artículo 5°.- Corresponderá a los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud definido en el artículo 2°, inciso segundo, del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005 ya citado, de conformidad con los planes y programas correspondientes aprobados por el Ministerio de Salud, entregar a la población que lo requiera, los métodos de anticoncepción autorizados en el país de que dispongan, sean éstos hormonales como no hormonales, tales como, aquellos combinados de estrógeno y progestágeno, de progestágeno solo, hormonales de emergencia y no hormonales, naturales o artificiales, a excepción de aquellos cuyo objetivo o efecto directo sea provocar un aborto."

ANÓTESE, TÓMESE RAZÓN Y PUBLÍQUESE.-

Michelle Bachelet

**MICHELLE BACHELET JERIA
PRESIDENTA DE LA REPÚBLICA**

Carmen Castillo Taucher

**CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD**

Anexo N°3

Tipo Norma	:Decreto 49
Fecha Publicación	:28-03-2013
Fecha Promulgación	:07-10-2011
Organismo	:MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
Título	:APRUEBA REGLAMENTO PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A RECIBIR EDUCACIÓN, INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN EN MATERIA DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD
Tipo Versión	:Unica De : 28-05-2013
Inicio Vigencia	:28-05-2013
Id Norma	:1049694
URL	: http://www.leychile.cl/N?i=1049694&f=2013-05-28&p=

APRUEBA REGLAMENTO PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A RECIBIR EDUCACIÓN, INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN EN MATERIA DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD

Núm. 49.- Santiago, 7 de octubre de 2011.- Vistos: lo dispuesto en la ley N° 20.418 que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad; en el artículo 4° del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y 18.469; la resolución N° 1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República y,

Considerando: La función del Ministerio de Salud de fijar y controlar las políticas de salud, vengo en dictar el siguiente

Decreto:

Apruébase el reglamento para el ejercicio del derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad:

Artículo 1°.- Este reglamento tiene por objeto regular el ejercicio de los derechos sobre información y orientación en materia de regulación de la fertilidad que contempla la ley N° 20.418.

Artículo 2°.- Toda persona tiene derecho, de acuerdo a sus creencias o formación a recibir libremente, orientación acerca de la vida afectiva y sexual.

Artículo 3°.- Corresponderá a los establecimientos asistenciales del sector salud, definido en el artículo 2°, inciso primero del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, texto refundido, entre otros, del decreto ley N° 2.763 de 1979, entregar información completa y sin sesgo acerca de todas las alternativas autorizadas en el país en materia de métodos para la regulación de la fertilidad, la prevención del embarazo en la adolescencia, de las infecciones de transmisión sexual y de la violencia sexual, incluyendo mención del grado y porcentaje de efectividad con que cuenten tales métodos.

La información será otorgada claramente y por cualquier medio que resulte adecuado al caso, teniendo en especial consideración las circunstancias personales de quien la demanda, en términos de edad y madurez psicológica.

Artículo 4°.- Toda persona tiene derecho asimismo a elegir libremente, de acuerdo a sus creencias y formación, los métodos de regulación de la fertilidad femenina y masculina autorizados en el país.

Artículo 5°.- Corresponderá a los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud definido en el artículo 2°, inciso segundo, del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005 ya citado, de conformidad con los planes y programas correspondientes aprobados por el Ministerio de Salud, entregar a la población que lo requiera, los métodos de anticoncepción autorizados en el país de que dispongan conforme a la prescripción del profesional competente según situación particular, sean éstos hormonales como no hormonales, tales como, aquellos combinados de estrógeno y progestágeno, de progestágeno solo, hormonales de emergencia y no hormonales, naturales o artificiales, a excepción de aquellos cuyo objetivo o efecto

directo sea provocar un aborto.

Artículo 6°.- En el caso que se trate de un método anticonceptivo de emergencia, que sea solicitado por una persona menor de 14 años, el facultativo o funcionario que corresponda, tanto en el sector público o privado, procederá a la entrega de dicho medicamento, debiendo informar de este hecho con posterioridad, a su padre, madre o adulto responsable que la menor señale, para lo cual consignará los datos que sean precisos para dar cumplimiento a esta obligación.

Artículo 7°.- Sin perjuicio de lo expuesto en el artículo anterior, toda persona tiene derecho a la confidencialidad y privacidad sobre sus opciones y conductas sexuales, así como sobre los métodos y terapias escogidos para la regulación o planificación de su vida sexual, datos que serán considerados sensibles conforme a la ley N° 19.628.

Artículo 8°.- En el caso que, con motivo del cumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente reglamento, por parte de los establecimientos que integran el sector salud, fuere posible presumir la existencia de un delito sexual en la persona del solicitante, o de la persona para quien se solicita el ejercicio de estos derechos, el facultativo o funcionario deberá poner los antecedentes a disposición del Ministerio Público, sin perjuicio de las obligaciones contempladas en el artículo 198 del Código Procesal Penal.

Artículo 9°.- El presente decreto empezará a regir a contar de los dos meses siguientes de su publicación en el Diario Oficial.

Anótese, tómese razón y publíquese.- SEBASTIÁN PIÑERA ECHENIQUE,
Presidente de la República.- Jaime Mañalich Muxi, Ministro de Salud.

Transcribo para su conocimiento decreto afecto N° 49 de 07-10-2011.- Saluda atentamente a Ud., Jorge Díaz Anaiz, Subsecretario de Salud Pública.

Anexo N°4


 GOBIERNO DE CHILE
 MINISTERIO DE SALUD

Depto. de Asesoría Jurídica


ORD. A15/ 1675

ANT.: No hay

MAT.: Instruye directrices sobre asunto que indica

SANTIAGO, 24 ABR 2009

DE : MINISTRO DE SALUD

A : DIRECTORES DE SERVICIOS DE SALUD

El artículo 15° de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes establece que *"ninguna declaración que se demuestre que ha sido hecha como resultado de tortura pueda ser invocada como prueba en ningún procedimiento"*.

La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes fue ratificada por Chile el 30 de septiembre de 1988 y por ello es obligatoria para todos los habitantes de la República. En el ámbito de dicha obligación, es necesario recordar que no corresponde obtener confesiones bajo coerción.

Lo anterior es especialmente relevante en los casos de mujeres que requieren atención médica por complicaciones de salud asociadas a la realización de abortos. Dicha situación ha sido incluida dentro de las preocupaciones del Comité contra la Tortura de Naciones Unidas (previsto y creado en virtud del lo dispuesto en el artículo 17 de la Convención) respecto de Chile, lo cual ha significado incluirla en el informe del país, así como la formulación de recomendaciones relacionadas. Así, en el Tercer Informe Periódico de Chile respecto al cumplimiento de sus obligaciones como Estado parte, manifestó su preocupación por que se estaría condicionando *"la atención médica a las mujeres cuya vida está en peligro por las complicaciones derivadas de abortos clandestinos, a que las mismas proporcionen información sobre quienes practicaron dichos abortos. Esas confesiones se utilizarían posteriormente en causas instruidas contra ellas y terceras partes, contraviniendo así lo preceptuado por la Convención"* (CAT/C/CR/32/5.)

Aún cuando el aborto es una conducta ilegal y constitutiva un tipo penal en la legislación chilena (art. 342 Código Penal), no corresponde extraer confesiones a las mujeres que requieran atención médica como resultado de un aborto, sobre todo cuando dicha confesión se solicita como condición para la prestación de salud requerida, pues con ello se vulnera la norma contenida en el artículo 15° ya citado de la *Convención Contra la Tortura*, así como el derecho esencial a la

protección de la salud, asegurado tanto en el artículo 19 n°9 de nuestra Constitución Política, como en el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (art. 12 N° 1 y 2 letra d). Con ello también se afecta la garantía constitucional de un justo y racional proceso (art. 19 n°3).

En síntesis, la atención médica debe ser incondicional y cualquier confesión obtenida en el contexto descrito, es completamente ilegal.

En consecuencia y pese al tipo penal que describe como ilícito al aborto, los médicos y personal de salud no deben extraer confesiones sobre dicha conducta a las mujeres que requieran atención médica como resultado de dicho ilícito, cuando con ello se vulnera el secreto profesional derivado de la relación de confidencialidad médico-paciente. Dicha relación está especialmente protegida por la ley, cuando ésta establece la facultad de abstenerse de declarar en procesos penales por razones de secreto, tales como en los casos de médicos (art. 303 Código Procesal Penal). La ley también protege la relación médico-paciente y la convierte en un imperativo legal, cuando establece la obligación de guardar secreto en materias que por su naturaleza tengan dicho carácter (art. 61 letra h Estatuto Administrativo).

Todo lo anterior es coincidente con las políticas sanitarias del Gobierno de Chile, que ha suscrito el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994, el cual establece que *"en todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos"* (art. 8.25).

Esta Secretaría de Estado entiende que, pese a que la extracción de confesiones bajo coerción a mujeres con complicaciones de salud derivadas de la práctica de un aborto, no es una conducta habitual en el Sector Salud, es necesario explicitar nuestra política sobre la materia.

Sírvase, por lo tanto, instruir la observancia de las presentes directrices a todos los establecimientos y personas bajo su dependencia.

Saluda atentamente a usted,



DR. ÁLVARO ERAZO LATORRE
MINISTRO DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

- Directores de Servicios de Salud
- Jefe Departamento. de Estudios
- Depto. de Asesoría Jurídica Minsal
- Oficina de Partes

Anexo N°5



ORD. A 15 N° 1404

ANT.: ORD. A15/1675, de fecha 24 de abril de 2009, del Ministerio de Salud.

MAT.: Reitera directrices sobre materia que indica.

SANTIAGO, 20 MAYO 2014

DE: MINISTRO DE SALUD (S)

A: DIRECTORES DE SERVICIOS DE SALUD

Velando por la armónica y coordinada acción de los servicios de salud y de los establecimientos que integran sus respectivas redes asistenciales, en la aplicación de las políticas públicas en salud, es que resulta del todo necesario e imperioso reiterar la aplicación irrestricta de las directrices ya entregadas por el Ministerio de Salud tanto en el Ordinario A15 N° 1675, del 24 de abril de 2009, relativo a las atenciones médicas otorgadas a mujeres derivadas de complicaciones de salud asociadas a la realización de abortos, como en la Norma General Técnica N° 119, denominada "Orientaciones técnicas para la atención integral de las mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas" cuyo texto fue aprobado por Resolución Exenta N° 264, de 2011, de la Subsecretaría de Salud Pública.

En el contexto descrito, adquiere vital importancia la confidencialidad con que deben otorgarse este tipo de atenciones, velando por la debida relación médico-paciente que garantice la observancia del secreto profesional ante declaraciones que puedan emanar libre y espontáneamente de la paciente, y aún más, la observancia y respeto a los principios propugnados en la Convención ratificada por Chile contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, la cual establece en su Artículo 15° que: "*Ninguna declaración que demuestre que ha sido hecha como resultado de tortura pueda ser invocada como prueba en ningún procedimiento*", cuestión que implica rechazar toda forma de condicionamiento en la atención médica a mujeres cuya vida está en peligro por complicaciones derivadas de abortos clandestinos, a la entrega de información sobre los autores de los mismos.

Pese a contemplarse en nuestra legislación al aborto como una conducta ilícita tipificada en el artículo 342 y siguientes del Código Penal, no corresponde ni resulta legal condicionar la atención médica u obtener confesiones como las señaladas, pues constituye un riesgo cierto de configurar una transgresión a derechos constitucionalmente consagrados y ratificados en Pactos o Convenciones Internacionales aplicables plenamente en Chile, tales como el derecho a un racional y justo proceso y al libre e

igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, entre otros.

Finalmente, se reitera la necesidad de difundir estas directrices dentro de la red asistencial a su cargo, pues es vital que los usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud tengan plena confianza que, por parte de nuestros profesionales y técnicos no solo recibirán atención de salud sino trato acorde con la dignidad de persona.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.



Jaime Burrows
DR. JAIME BURROWS OYARZUN
MINISTRO DE SALUD (S)

Distribución:

- Directores de Servicios de Salud (29)
- Gabinete Ministra de Salud
- Subsecretaría de Salud Pública
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- División Jurídica
- Oficina de Partes

Anexo N°6



**NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE
REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS (RAM)**
(NOTA: LA IDENTIDAD DEL INFORMANTE Y DEL PACIENTE SON CONFIDENCIALES)
Completar todos los campos, si desconoce el dato señalar "desconocido"

Datos del Paciente											
Iniciales del paciente:		N° de Ficha:		Unidad/Servicio: (Ejemplo: Pediatría)							
Sexo:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Desconocido	Edad:	(N°)	(Unidad. Ejemplo: años)	Peso:	Kg	Talla:	cm	
Declara pueblo originario: (anote los dos dígitos correspondientes según el siguiente listado)											
00	Ninguno	03	Almara	06	Mapuche	09	Yámana (Yaoán)	12	No Responde		
01	Alcalufe (kawashkar)	04	Colla	07	Quechua	10	No Sabe				
02	Astacameño (Lickan Antav)	05	Araucana	08	Rapa Nui	11	Otro pueblo originario declarado:				
Descripción de la Reacción Adversa (incluyendo datos de laboratorio)											
FECHA INICIO RAM *:			Duración de la RAM:								
(dd/mm/aaaa)			(marque con X la unidad de tiempo)								
			minutos		horas		días		meses		años
DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN ADVERSA:											
Fármaco(s)											
Recibió Fármaco Concomitante				S = Fármaco Sospechoso							
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>				C = Fármaco Concomitante							
S	C	Fármaco(s)	Marca®	Lote (esencial para productos biológicos)	Dosis	Frecuencia	Vía de Adm.	Fecha Inicio	Fecha Término	Motivo de la Prescripción	
Tratamiento de la RAM											
Paciente recibió tratamiento de RAM (incluyendo suspensión de fármacos o ajustes de dosis):											
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>											
Describa:											
Resultado de la RAM											
Recuperado <input type="checkbox"/>		No Recuperado <input type="checkbox"/>		Muerte <input type="checkbox"/>		Fecha de muerte:					
Causa de muerte:											
¿Se suspendió el fármaco sospechoso luego de la aparición de la RAM?											
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>											
¿Tras disminuir o suspender el fármaco sospechoso disminuyó o desapareció la RAM?											
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>											
¿Se readministró el fármaco sospechoso luego de suspenderlo?											
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>											
¿Reapareció o se intensificó la RAM luego de la readministración del fármaco sospechoso?											
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>											
Consecuencia de la RAM											
Requirió hospitalización		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Prolongó hospitalización		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Señale días			
Secuelas		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Describa secuelas:							
Comentarios (Ej. Antecedentes Clínicos Relevantes, Patología de Base, Alergias, Exposición Previa al Fármaco y Evolución)											
Describa:											
Informado por											
Médico <input type="checkbox"/>		Químico Farmacéutico <input type="checkbox"/>		Enfermera <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> (Señalar):					
Nombre:											
Establecimiento (Donde se detecta la RAM):							Fecha de Reporte:				
Dirección:							Teléfono:				
E-Mail:							Ciudad:				
Reporte Inicial: <input type="checkbox"/>							Seguimiento: <input type="checkbox"/>				



INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA EL FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

DATOS DEL PACIENTE

- **Nombre y apellidos:** Puede indicar nombre con sus respectivos apellidos o iniciales. Se recuerda que la información es **absolutamente confidencial**.
- **Número de Ficha:** Información necesaria para confirmar datos o hacer un seguimiento.
- **Edad:** Expresar en años. Utilizar meses (M) si el paciente es menor de 1 año (Ej. 04 M) y días (D), si es menor de un mes (Ej. 15 D).
- **Peso:** Expresar en Kg. Esta información es particularmente importante en ancianos, niños y pacientes muy obesos. Si desconoce el peso exacto, por favor coloque el peso aproximado y entre paréntesis indique "aprox."
- **Talla:** Usar cm. De gran importancia en niños y en el reporte de sospecha de RAM de fármacos oncológicos
- **Unidad/Servicio:** Señalar la unidad o servicio en la que el paciente se encontraba al momento de presentar la RAM.
- **Pueblo indígena declarado:** Se debe consultar al paciente o al familiar responsable de la siguiente forma: ¿Pertenece usted (el paciente) a alguno de los siguientes pueblos indígenas: Alacalufe o Kawashkar, Atacameño o Lickan Antay, Aimara, Colla, Diaguita, Mapuche, Quechua, Rapa Nui, Yámana o Yagán? Luego de esto debe registrarse la respuesta en el formulario, utilizando el código de 2 dígitos correspondiente, según el siguiente esquema:
 - 00: El paciente no pertenece a ningún pueblo originario.
 - 01 a 09: El paciente pertenece a alguno de los pueblos originarios listados. El código específico se elige de acuerdo a la tabla de codificación que se encuentra en el formulario de notificación.
 - 10: El paciente no sabe si pertenece o no a algún pueblo originario, o a qué pueblo originario pertenece.
 - 11: El paciente pertenece a un pueblo originario que no está incluido en la lista de codificaciones. En este caso debe registrarse en el formulario el pueblo originario al que pertenece, a continuación de la frase "Otro pueblo originario declarado:".
 - 12: El paciente no responde.
 - 13: No es posible preguntar el dato. Esto puede ocurrir tanto porque el paciente no está presente al momento de efectuar el reporte como por otras circunstancias.

DESCRIPCIÓN DE LA RAM

Describa el evento o problema que considere pueda estar relacionado con la administración del medicamento. Describa el evento resumiendo toda la información clínica relevante.

FECHA DEL EVENTO

Es importante para la evaluación de causalidad, si no tiene la fecha exacta, es posible que nos señale mes, año, y seleccione las demás casillas relacionada con la fecha.

FÁRMACO(S) SOSPECHOSO(S) Y CONCOMITANTE(S)

Indicar en el casillero correspondiente con una letra **S** = Fármaco Sospechoso y con una letra **C** = Fármaco Concomitante.

Señale la marca comercial®; si la desconoce señale el nombre genérico y el laboratorio, señalar el número de serie o lote si es posible.

Si el fármaco sospechoso es un producto biológico, deberá señalar el número de serie o lote.

Indique todos los otros fármacos (incluyendo analgésicos, vitaminas, "productos naturales" y hierbas) recetados o automedicados que el paciente esté consumiendo con sus respectivas dosis, vía de administración, razón de uso y fecha de inicio y término del tratamiento. Si desconoce alguno de estos datos, indíquelo. Si el paciente no está consumiendo otros fármacos, señálelo explícitamente.



INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA EL FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN

Señale dosis administrada, unidad de medida y frecuencia de uso.
Ejemplos: 500 mg 3 veces al día, vía oral; 10 mg diarios infusión IV, bolus IV

FECHAS DE INICIO Y TÉRMINO DE LA TERAPIA

Señalar cuándo comenzó la administración del fármaco en sospecha y medicamentos concomitantes y la fecha en que ésta finalizó. Si el fármaco continúa siendo administrado especificarlo en el apartado correspondiente a Fecha de Término: CONT.

RAZÓN DE USO

Señalar la enfermedad o patología del paciente para la cual este medicamento fue prescrito.

TRATAMIENTO DE LA RAM

Señalar las medidas adoptadas frente al evento adverso (por ej. suspensión del tratamiento, administración de antídoto específico, etc.)

SUSPENSIÓN/READMINISTRACIÓN.

Indicar en el apartado si el fármaco fue suspendido a causa de la RAM. Si no es suspendido por esta causa marcar NO.

En el caso que el fármaco se suspenda, indicar si éste fue readministrado o no. Señalar en el apartado correspondiente si existe reaparición de la RAM posterior a la readministración. Detallar en el apartado "COMENTARIOS" el resultado de la readministración.

RESULTADO

Indicar el resultado obtenido en el casillero correspondiente. Es relevante saber si al momento del reporte el paciente está recuperado, no recuperado, en evolución o si se sospecha que la reacción adversa ha causado la muerte al paciente.

CONSECUENCIA

Indicar la consecuencia de la reacción adversa en el casillero correspondiente. Es relevante saber si ameritó hospitalización, o prolongó los días de hospitalización, Este dato permitirá evaluar la gravedad del evento.

COMENTARIOS

Incluir cualquier antecedente clínico relevante, tales como patología de base, alergias previas, enfermedades concomitantes, exposición previa a los medicamentos, datos de análisis de laboratorio, etc.
En este apartado puede complementar el caso y detallar el resultado de la suspensión y/o readministración del fármaco. Si necesita más espacio, agregar hoja anexa.

DATOS DEL INFORMANTE

Indique su nombre, profesión, ciudad, establecimiento a que pertenece, teléfono, FAX y correo electrónico.
Registrar la fecha de reporte. Es importante señalar en el casillero correspondiente si este reporte es inicial o es un seguimiento a un reporte anterior.
Esta información será de gran utilidad para obtener información adicional en el caso que sea necesario.

Anexo N°7

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA

Yo _____ de _____ años

(Nombre completo del o la solicitante)

RUT: _____, he solicitado libre y voluntariamente a los médicos del Hospital

_____ me realicen una esterilización quirúrgica como método irreversible para evitar el embarazo.

Dejo constancia que me han informado y explicado en qué consiste la esterilización quirúrgica, cómo se realiza, cuáles son sus beneficios, sus riesgos más frecuentes y los que pudieran afectarme por mi condición personal de salud. He informado a los profesionales todos mis antecedentes médicos. Mis consultas y dudas han sido respondidas a mi plena satisfacción quedándome claro que:

- Existen otros métodos que puedo usar temporalmente para planificar mi familia como los métodos hormonales orales (píldoras), inyectables e implantes subdérmicos, DIU (Dispositivos intra uterinos), métodos de barrera (condones y otros), abstinencia periódica y otros.
- La esterilización es una intervención quirúrgica y como tal tiene posibles riesgos y complicaciones debidos a la intervención misma y a la anestesia que se utiliza.
- Es un método definitivo (irreversible). En el caso de la esterilización quirúrgica femenina existe la posibilidad, de un 0.5% de que la operación falle y me embarace.
- Puedo cambiar de opinión y desistirme en cualquier momento, hasta en el pabellón quirúrgico previo a la anestesia y, decir que no se efectúe el procedimiento y la institución no me negará ningún tipo de atención médica cuando lo necesite.

Finalmente, mi decisión tomada libre, informada y consciente es:

- Sí autorizo la Esterilización Quirúrgica
 No autorizo la Esterilización Quirúrgica

Nota: Marque con una cruz en el casillero de su elección.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma Solicitante

Nombre, fecha y firma del Profesional responsable de la consejería

Nota:

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

Anexo N°8

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Yo _____ de _____ años

(Nombre completo del o la solicitante)

RUT: _____, he solicitado libre y voluntariamente al Centro de Salud _____ la inserción o extracción de un dispositivo intrauterino como método reversible para evitar el embarazo.

Dejo constancia que me han informado y explicado en qué consiste el procedimiento de inserción y extracción de dispositivos intrauterinos, cómo se realiza, cuáles son sus beneficios, sus riesgos más frecuentes y los que pudieran afectarme por mi condición personal de salud. He informado a los profesionales todos mis antecedentes médicos. Mis consultas y dudas han sido respondidas a mi plena satisfacción quedándome claro que:

- Existen otros métodos que puedo usar temporalmente para planificar mi familia como los métodos hormonales orales (píldoras), inyectables e implantes subdérmicos, métodos de barrera (condones y otros), abstinencia periódica, anticoncepción quirúrgica voluntaria y otros.
- Es un método reversible, esto quiere decir que recupero mi fertilidad cuando deje de utilizar el método.
- He sido informada de los efectos secundarios asociados a este método anticonceptivo, como el aumento en los sangrados menstruales y la posibilidad de dolor durante la menstruación, para el caso del dispositivo intrauterino con cobre.
- Puedo cambiar de opinión y desistirme en cualquier momento, decir que no se efectúe el procedimiento y la institución no me negará ningún tipo de atención médica cuando lo necesite.

Finalmente, mi decisión tomada libre, informada y consciente es:

- Sí autorizo el procedimiento
 No autorizo el procedimiento

Nota: Marque con una cruz en el casillero de su elección.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma Solicitante

Nombre, fecha y firma del Profesional responsable de la consejería

Nota:

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

Anexo N°9

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO

Yo _____ de _____ años

(Nombre completo del o la solicitante)

RUT: _____, he solicitado libre y voluntariamente al Centro de Salud _____ la inserción o extracción de un implante anticonceptivo subdérmico como método reversible para evitar el embarazo.

Dejo constancia que me han informado y explicado en qué consiste el procedimiento de inserción y extracción de implante anticonceptivo subdérmico, cómo se realiza, cuáles son sus beneficios, sus riesgos más frecuentes y los que pudieran afectarme por mi condición personal de salud. He informado a los profesionales todos mis antecedentes médicos. Mis consultas y dudas han sido respondidas a mi plena satisfacción quedándome claro que:

- Existen otros métodos que puedo usar temporalmente para planificar mi familia como los métodos hormonales orales (píldoras), inyectables, dispositivos intrauterinos, métodos de barrera (condones y otros), abstinencia periódica, anticoncepción quirúrgica voluntaria y otros.
- Es un método reversible, esto quiere decir que recupero mi fertilidad cuando deje de utilizar el método.
- He sido informada de los efectos secundarios asociados a este método anticonceptivo, como las alteraciones los sangrados menstruales.
- Puedo cambiar de opinión y desistirme en cualquier momento, decir que no se efectúe el procedimiento y la institución no me negará ningún tipo de atención médica cuando lo necesite.

Finalmente, mi decisión tomada libre, informada y consciente es:

- Sí autorizo el procedimiento
 No autorizo el procedimiento

Nota: Marque con una cruz en el casillero de su elección.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma Solicitante

Nombre, fecha y firma del Profesional responsable de la consejería

Nota:

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

Anexo N°10

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile



Legislación chilena



Tipo Norma	:Decreto 67
Fecha Publicación	:10-03-2016
Fecha Promulgación	:29-05-2015
Organismo	:MINISTERIO DE SALUD
Título	:MODIFICA DECRETO N° 110 DE 2004, DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE FIJA CIRCUNSTANCIAS Y MECANISMOS PARA ACREDITAR A LAS PERSONAS COMO CARENTES DE RECURSOS O INDIGENTES
Tipo Versión	:Unica De : 10-03-2016
Inicio Vigencia	:10-03-2016
Id Norma	:1088253
URL	: http://www.leychile.cl/N?i=1088253&f=2016-03-10&p=

MODIFICA DECRETO N° 110 DE 2004, DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE FIJA CIRCUNSTANCIAS Y MECANISMOS PARA ACREDITAR A LAS PERSONAS COMO CARENTES DE RECURSOS O INDIGENTES

Núm. 67.- Santiago, 29 de mayo de 2015.

Visto:

Lo dispuesto en los artículos 4°, 7°, 50, 131, 132, 133, 160, y 162 del DFL N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud; en la Convención de las Naciones Unidas sobre derechos de los migrantes; la Convención sobre los derechos del niño; el dictamen N° 34.638 de 2013 de la Contraloría General y teniendo presente las facultades que me confiere el artículo 32 N° 6 de la Constitución Política de la República, y

Considerando:

- El aumento de personas migrantes en el país, que aún no poseen documentos de inmigración.
- La indefensión en que se encuentran estas personas cuando presentan una enfermedad o situación de salud que requiere de asistencia profesional.
- La obligación legal de los organismos del Sistema Público de Salud de otorgar atención de salud a los habitantes.
- La necesidad de dar respuesta a las necesidades de prestaciones de salud que presentan las personas migrantes sin permiso oficial de residencia en el país,

Decreto:

Modifícase el decreto N° 110 de 2004, del Ministerio de Salud, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes, en la forma que a continuación se indica:

Agrégase en el artículo 2° la siguiente circunstancia N° 4, a continuación de la circunstancia N° 3:

"Circunstancia N° 4:

Tratarse de una persona inmigrante que carece de documentos o permisos de residencia, que suscribe un documento declarando su carencia de recursos."

Anótese, tómese razón y publíquese.- MICHELLE BACHELET JERIA, Presidenta de la República.- Carmen Castillo Taucher, Ministra de Salud.- Rodrigo Valdés Pulido, Ministro de Hacienda.

Transcribo para su conocimiento decreto afecto N° 67 de 29-05-2015.- Saluda atentamente a Ud., Jaime Burrows Oyarzún, Subsecretario de Salud Pública.