

RESOLUCION 769 DE 2008

(marzo 3)

por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000.

El Ministro de la Protección Social, en uso de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993 y

CONSIDERANDO:

Que con base en el "Estudio sobre el ajuste y costeo de la oferta anticonceptiva en el Plan Obligatorio de Salud" presentado por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social, el Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología encontró que la inclusión en el Plan Obligatorio de Salud de medicamentos anticonceptivos hormonales, desde el punto de vista médico y económico contribuye al desarrollo de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y ahorra costos al Sistema, por lo cual el Comité recomendó al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, aprobar su inclusión en el Plan de Beneficios del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado sin incrementar la UPC;

Que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante Acuerdo 380 de diciembre 14 de 2007, aprobó la inclusión de algunos métodos temporales de anticoncepción en el Plan de Beneficios del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado;

Que por lo tanto se hace necesario actualizar los contenidos técnicos de la norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, ante los cambios en las tecnologías disponibles en el país y en el Plan Obligatorio de Salud para la anticoncepción con métodos temporales;

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Adóptese la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, la cual tiene por objetivo brindar a estos y a las parejas en edad fértil, la información educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos y ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para sus necesidades y preferencias, así como contribuir a la disminución de gestaciones no deseadas, la cual hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 2°. La actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, que se adopta a través de la presente resolución establece las actividades, procedimientos e intervenciones costo-efectivas de obligatorio cumplimiento a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada. Igualmente, determina las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de las mismas.

Artículos 3°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 3 de marzo de 2008.

El Ministro de la Protección Social,

Diego Palacio Betancourt.

Anexo Técnico

1. Justificación

Colombia ha sido considerado uno de los países latinoamericanos más exitosos en lograr un descenso rápido de su fecundidad. A este hecho han contribuido entre otros: la rápida urbanización, el aumento de la escolaridad y la gran aceptación de la planificación familiar por parte de la comunidad. Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia en el uso de métodos mostrada en la última Encuesta de Demografía y Salud (ENDS 2005)¹, existe una gran demanda insatisfecha, especialmente en las poblaciones rurales y en las urbanas menos favorecidas.

En el año 2003 se lanzó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en la cual se hacen explícitas las estrategias y acciones en cuanto a planificación familiar, las cuales tienen como propósito proporcionar el acceso de toda la población a métodos diversos, seguros, asequibles, aceptables y confiables para la planificación familiar mediante la consejería de calidad, el suministro oportuno del método elegido y la garantía de seguimiento a la utilización del mismo mediante los controles necesarios para la óptima utilización y adaptación a cada usuario/a. De igual forma menciona que se deben desarrollar competencias para decidir el número de hijos/as que se quieran tener y el espaciamiento entre ellos, como decisión que compete a ambos miembros de la pareja. Igualmente, debe enfatizarse que la utilización o no de métodos de planificación familiar es una decisión que se mueve en el ámbito de la autonomía y la responsabilidad personal y social, en el contexto del proyecto de vida que cada cual escoge para sí².

La ENDS 2005 con respecto a la planificación familiar encontró que el conocimiento de los métodos es universal, independiente del estado de exposición. Los métodos más conocidos son el condón, la píldora, la inyección y la esterilización femenina. El 81% de las mujeres participantes de la encuesta, alguna vez en su vida ha usado un método anticonceptivo; siendo los más usados la píldora, el condón, el retiro y la inyección.

El porcentaje de uso alguna vez en la vida, tanto en mujeres casadas y unidas como las que no lo son pero tienen actividad sexual es alto, siendo para el 2005 de 96 y 97% respectivamente. Los métodos de planificación familiar tienen un uso diferencial por regiones y departamentos del país.

Para dar cumplimiento a lo estipulado en la Política Nacional de SSR y en el [Decreto 3039 de 2007](#), que adopta el Plan Nacional de Salud Pública e incluye dentro de sus estrategias la promoción del uso de métodos anticonceptivos modernos, mediante la inducción de la demanda, la eliminación de barreras de acceso y el seguimiento de su uso por parte de los servicios de salud, de acuerdo con las características y necesidades de la población en edad fértil; se hace necesaria la actualización de la norma técnica de planificación familiar para fortalecer la oferta anticonceptiva y mejorar el acceso efectivo a la información y a los métodos modernos, en un marco de equidad y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos para hombres y mujeres.

2. Objetivos

- Ofrecer a hombres, mujeres y parejas en edad fértil la información, educación y opciones anticonceptivas apropiadas para una elección y uso informado del método que más se ajuste a sus necesidades y preferencias, contribuyendo a la disminución de gestaciones no deseadas, mortalidad materna y demás complicaciones.
- Dar una respuesta apropiada a hombres y mujeres a sus derechos reproductivos, y en consecuencia, aportar a una mejor calidad de vida.

3. Población beneficiaria

Los (las) beneficiarios(as) de esta norma son todos los hombres y mujeres en edad fértil afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado. Esta norma podrá servir de marco de referencia y aplicación de métodos de planificación para aquellos proveedores que dispensen atención a la población no asegurada.

4. Definición

Esta norma técnica se refiere al conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería en anticoncepción y el suministro del método, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos.

5. Características de la atención

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las normas básicas mínimas que deben ser realizadas por las instituciones responsables de la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, las cuales deben tener capacidad resolutoria y un equipo de salud capacitado para brindar atención integral humanizada y de calidad, que garantice la información, educación, consejería y oferta anticonceptiva a libre elección informada al hombre, mujer o pareja, así como su seguimiento.

Además de la obligación administrativa y técnica, estas normas implican por parte de sus ejecutores, un compromiso ético para garantizar los derechos reproductivos y la protección anticonceptiva de hombres y mujeres en edad reproductiva.

Las actividades, procedimientos e intervenciones incluidos son:

- Consulta de primera vez de planificación familiar.
- Elección y suministro de métodos de planificación familiar.
- Consulta de control o seguimiento en planificación familiar.

5.1 Consulta de planificación familiar

Esta consulta debe ser realizada, de acuerdo al método seleccionado y el grado de complejidad del servicio, por un médico(a) o enfermero(a) debidamente capacitados en planificación familiar. En el caso del procedimiento de inserción del DIU o de Implante subdérmico, debe hacerlo un profesional de medicina o enfermería con capacitación y experiencia acumulada de dos años en el transcurso de los últimos 4 años.

Los pasos que se deben seguir en la consulta son:

- Informar sobre los métodos disponibles (sin exclusión alguna), sus mecanismos de acción, ventajas, desventajas, riesgos, signos de alarma y consecuencias del uso de cada uno de ellos. Se debe siempre evaluar el riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) e informar sobre la necesidad de usar siempre doble protección.
- Responder a las necesidades y dudas del hombre, de la mujer o de la pareja, en un lenguaje sencillo y apropiado. Este proceso, debe realizarse en forma individual, además permite al profesional de salud asegurarse si el (la) usuario(a) ha entendido todo lo que se le ha explicado sobre el método que desea elegir.
- Realizar anamnesis completa haciendo énfasis en Salud Sexual y Reproductiva (incluir información sobre ITS y citología cervicovaginal), condiciones de salud, hábitos y uso de medicamentos. Se deben incluir preguntas para evidenciar si hay violencia de género como ¿ha sido usted alguna vez víctima de maltrato? ¿Se siente en riesgo con la persona que la maltrata? ¿Está siendo maltratada actualmente? ¿Desea ayuda? (Referirse a las normas y guías relacionadas con estos eventos).
- Examen físico general y genital (toma de citología cérvico uterina si es pertinente de acuerdo con lo establecido en la norma técnica de cáncer de cuello uterino).
- Brindar apoyo al usuario(a) para la elección del método, aplicando los criterios de elegibilidad para iniciar el uso de métodos anticonceptivos.

- De acuerdo con los hallazgos y teniendo como guía los criterios de elegibilidad para iniciar anticonceptivos y los procedimientos seleccionados para proveer métodos de planificación familiar, se debe entregar el método seleccionado.

El (la) profesional de enfermería está autorizado (a) legalmente para hacer la consejería, la consulta y la provisión del método incluida la fórmula.

- Orientar, informar y educar al usuario sobre:

- Signos de alarma por los que debe consultar.

- Importancia de los controles y su frecuencia: las usuarias(os) deben ser informados sobre la importancia de asistir a consulta para sus controles periódicos, en caso de complicaciones o cuando se requiera cambio del método temporal.

- Prevención de ITS (uso de condón como método de protección adicional).

- En cumplimiento de las normas vigentes, es obligatorio informar anticipadamente al usuario, sobre los riesgos y consecuencias de los procedimientos médicos o quirúrgicos, que puedan afectarlo física o psíquicamente y a solicitar la firma del consentimiento, donde certifique que fue informado(a). Por ende cuando se elijan métodos que requieran algún tipo de procedimiento (DIU, implantes subdérmicos, vasectomía, ligadura tubaria), es preciso obtener consentimiento individual informado escrito, que incluya firma o huella dactilar.

- En caso de vasectomía se debe programar para el procedimiento y entregar un método temporal hasta que se practique la cirugía y durante el posoperatorio para los primeros tres meses luego del procedimiento y dar la orden para recuento espermático de control a los tres meses.

- Consignar en la historia clínica y en el registro estadístico, en forma clara, los datos obtenidos en la valoración, los procedimientos realizados y el

método suministrado. Si se trata de un método como: DIU, implantes subdérmicos, vasectomía, ligadura tubaria, debe incluirse en la historia clínica el consentimiento informado, debidamente firmado por el paciente, la descripción del procedimiento y descripción quirúrgica en caso de método permanente.

- En casos de Anticoncepción Posevento Obstétrico (por ejemplo: DIU, oclusión tubaria bilateral), se debe brindar consejería en el Control Prenatal, (la cual es una acción obligatoria de educación individual) sobre cada uno de los métodos independientemente si son o no permanentes. Si la mujer solicita un método permanente, se debe obtener la firma del consentimiento informado en el último control. Durante la hospitalización se debe reforzar la consejería y brindar el método seleccionado por la usuaria, antes de su egreso de la institución en donde se atiende el parto o aborto. Para aplicar un método anticonceptivo posevento obstétrico se debe tener en cuenta:

- El DIU posparto vaginal se debe colocar entre 10 minutos a 48 horas después del alumbramiento y el DIU intracésarea se debe colocar antes de la histerorrafia.

- La Oclusión Tubárica bilateral se debe realizar antes del alta, preferiblemente dentro de las primeras 48 horas posteriores al parto o intracésarea.

Los responsables de esta norma, tienen la obligación de garantizar los mecanismos efectivos, ágiles, óptimos, integrales y pertinentes que aseguren la integralidad e integridad de las acciones de salud sexual y reproductiva en las usuarias y en los usuarios.

5.2. Elección y suministro de métodos de planificación familiar

El mejor método anticonceptivo será el que se elija después de una verdadera elección informada, por lo tanto, se debe garantizar que los usuarios y las usuarias, una vez hayan elegido el método que se ajusta a sus necesidades, entiendan adecuadamente su uso, conozcan en qué situaciones se considera se está haciendo un uso incorrecto y cuáles son las medidas para lograr la efectividad y la adherencia buscadas.

En relación con los criterios médicos de elegibilidad para el inicio del uso de métodos anticonceptivos, la Organización Mundial de la Salud resumió en un documento final las recomendaciones principales para el adecuado uso de los Criterios Médicos de Elegibilidad en cuatro categorías (cuadro 1) del Grupo de Trabajo de la OMS reunido en Ginebra los días 21-24 de octubre de 2003 1.

Cuadro 1. Categorías para Métodos temporales	
Categoría 1	Una condición para la que no hay ninguna restricción en el uso del método anticonceptivo
Categoría 2	Una condición donde las ventajas de usar el método pesan más que los riesgos teóricos o probados
Categoría 3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados normalmente pesan más que las ventajas de usar el método
Categoría 4	Una condición que representa un riesgo de salud inaceptable si el método anticonceptivo se usa

En el caso de métodos permanentes, ninguna condición médica descarta la opción de realizarse una vasectomía o una esterilización femenina. Algunas condiciones o afecciones pueden requerir que se aplase el procedimiento o que se efectúe con precaución bajo ciertas condiciones.

Cuadro 2. Categorías para anticoncepción quirúrgica masculina y femenina –OMS		
A	Aceptar	No hay razones médicas para negar la esterilización a una persona en esta condición.
C	Cuidado	El procedimiento normalmente se realiza en facilidades de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales.
R	Retrasar	El procedimiento debe retrasarse hasta que la condición sea evaluada y/o corregida. Deben proveerse métodos temporales alternativos de anticoncepción.
E	Especial	El procedimiento debe llevarse a cabo en lugares que cuenten con cirujanos/as y personal experimentados, y el equipo necesario para proveer anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. Estas condiciones requieren además la

		capacidad de decidir sobre el procedimiento más apropiado y el régimen de anestesia. Se deben ofrecer métodos temporales alternos de anticoncepción, si es necesario referir al paciente o si hay cualquier otro retraso.
--	--	---

En el anexo 1, se presenta la tabla con los criterios médicos de elegibilidad para los métodos de planificación familiar.

El Grupo de Trabajo de OMS, determinó el criterio médico para la iniciación y continuación del uso de todos los métodos evaluados. El problema del criterio de continuación es clínicamente pertinente siempre que una mujer desarrolle la condición mientras ella está usando el método. Se determinó que cuando las categorías para la iniciación y continuación eran diferentes, estas diferencias se nombraron en las casillas 'I=Iniciación' y 'C=Continuación'. Donde I y C no es señalada, la categoría es la misma para la iniciación y la continuación respecto de su uso.

En cuanto a los procedimientos (pruebas clínicas y paraclínicos) seleccionados OMS para iniciar métodos de planificación familiar la clasificación utiliza 4 clases: A, B, C y D de acuerdo a la siguiente tabla:

Clase A: Esencial y requerido o de otro modo importante para uso seguro de método de planificación familiar.
Clase B: Tiene sentido médico en algunos casos para uso seguro de planificación familiar, pero no puede ser apropiado para todos los clientes en todos los casos.
Clase C: Puede ser apropiado como una acción preventiva en salud, pero no está relacionado directamente con el uso seguro de métodos de planificación familiar.
Clase D: No está realmente relacionado con el uso de métodos de planificación familiar.

En la siguiente tabla se resumen los procedimientos seleccionados en la columna inicial y en la primera fila cada uno de los métodos. Al interior de la tabla las clases A, B, C, D, según corresponda. En algunos casos hay anotaciones que se explican al final de la tabla.

Procedimientos	Hormonales Combinados (anovulatorios orales e	Inyectables Trimestrales (AMPD)	Implantes Subdérmicos o minipíldora	Esterilización Femenina	Esterilización Masculina	Métodos de Barrera	DIU-Cu
----------------	---	---------------------------------	-------------------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------	--------

	inyectables mensuales)						
Examen pélvico (con espéculo y bimanual) para mujeres; examen genital para hombres	C	C	C	A	A	C1	A
Tensión Arterial	B A	B A	C A	A	C A	C	C
Examen mamario	B	B	B	C	NA	C	C
Búsqueda de ITS por medio de prueba de laboratorio (para personas asintomáticas)	C	C	C	C A	C	C	A B2
Citología cérvico-vaginal	C	C	C	C	NA	C	B C
Pruebas de laboratorio de rutina y obligatorias (por ej. Colesterol, glucosa, pruebas de función hepática)	D	D	D	C3	D	D	D
Procedimientos adecuados para la prevención de infecciones	D/A9	A	A	A	A	C4	A
Puntos generales para la orientación sobre el uso de los métodos de planificación familiar	A5	A	A	A6	A6	B7	A8
La orientación relativa a los cambios en la menstruación, incluso el sangrado ausente o irregular	A	A	A	-	NA	-	A
_ : No relevante. - NA: No aplica.							

1. Clase A para diafragmas.

2. Búsqueda de antecedentes de ITS. Por antecedentes es Clase A.

3. Pruebas para determinar Hemoglobina, así como Glucosuria, son clase B.

4. Clase A es para ajuste del diafragma.

5. Incluye instrucciones para píldoras olvidadas.

6. Puntos a incluir: Método permanente, antes de la operación y recuperación e instrucciones para después de la cirugía.

7. La consulta es una buena idea, pero no siempre puede ser posible con ventas libres de condones y espermicidas. Sin embargo, Clase A para diafragmas.

8. Puntos a incluir: comportamiento con alto riesgo; uso de condones para doble protección.

9. Para orales D e inyectables A.

5.3. Métodos de planificación familiar

5.3.1. Métodos temporales hormonales orales e inyectables

Los métodos temporales hormonales orales e inyectables son altamente efectivos, aunque requieren un uso correcto y consistente que significan para la usuaria un gran compromiso y participación. Su composición va desde los métodos hormonales de progestágeno combinado con un estrógeno hasta los métodos hormonales de solo progestágeno.

Algunos de los aspectos a informar para los diferentes métodos son:

a) Anovulatorios orales combinados (monofásicos)

– Mecanismo de acción: principalmente inhibición de la secreción de gonadotrofinas en la hipófisis, aumento en la densidad y celularidad del moco cervical por el componente progestágeno.

– Forma correcta y consistente de uso.

– Efectos benéficos no anticonceptivos como la prevención de anemia en usuarias con hipermenorrea, mejoría de dismenorrea y mejoría de quistes benignos de ovario.

– Efectos secundarios esperados.

– Resolución de situaciones como:

- Olvido de 1 o 2 píldoras activas.

- Olvido de 3 o más píldoras activas.
- Comienzo de un paquete 1 o 2 días tarde.
- Vómito dentro de las 2 horas posteriores a la toma de una píldora activa.
- Vómito o diarrea intensa durante más de 24 horas.

– Los anticonceptivos orales monofásicos con concentración de 50 µg de etinilestradiol, no se deben usar como método temporal de planificación, excepto en condiciones médicas que lo ameriten como casos severos de hipermenorrea que requieren un adecuado control del ciclo;

b) Anticonceptivo oral de solo progestágeno

– Mecanismo de acción: principalmente disminución en la cantidad del moco cervical y aumento en su densidad y celularidad.

– Forma de uso continuo, aclarando que no hay sangrado cíclico para evitar falta de adherencia al método.

– Se prefiere su uso en mujeres mayores de 35 años, en quienes se ha documentado mayor eficacia, y en mujeres que tienen alguna contraindicación para el uso de estrógenos (por ejemplo, lactancia materna, condiciones que favorecen los trastornos tromboembólicos, etc.).

– Efectos secundarios esperados.

– Resolución de situaciones como:

- Olvido de 1 píldora activa.
- Vómito dentro de las 2 horas posteriores a la toma de una píldora activa.
- Vómito o diarrea intensa durante más de 24 horas;

c) Inyectables mensuales combinados

– Mecanismo de acción: principalmente inhibición de la secreción de gonadotrofinas en la hipófisis, aumento en la densidad y celularidad del moco cervical por el componente progestágeno.

– Forma correcta y consistente de uso.

– Se prefiere su uso en que pueden tener o han tenido dificultades para el uso correcto y consistente del método oral combinado.

– Efectos benéficos no anticonceptivos.

– Efectos secundarios esperados.

– Resolución de situaciones como:

- Aplicación de la inyección fuera de los 3 primeros días del ciclo;

d) Anticoncepción inyectable trimestral

- Mecanismo de acción: principalmente inhibición de la ovulación por efecto sobre los niveles de la Hormona Folículo Estimulante (FSH) y Hormona Luteinizante (LH), con aumento en la densidad del moco cervical.

- Forma correcta y consistente de uso.

- Se prefiere su uso en mujeres que tienen alguna contraindicación para el uso de estrógenos (por ejemplo, lactancia materna, condiciones que favorecen los trastornos tromboembólicos, etc.) y que pueden tener o han tenido dificultades para el uso correcto y consistente del método oral de solo progestágeno.

- Efectos benéficos no anticonceptivos como la seguridad en las usuarias con diagnóstico de anemia de células falciformes.

- Efectos secundarios esperados.

5.3.2. Aplicación de DIU (inserción de Dispositivo Intrauterino DIU 69.7.1.00)

5.3.2.1. DIU de Intervalo

Técnica realizada por un profesional de la medicina o la enfermería debidamente capacitados, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y teniendo en cuenta los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. Se deben dar instrucciones a las usuarias luego de la aplicación.

El DIU es un método de alta costo-efectividad, con una tasa acumulativa de embarazos de 0.5% al año y solamente de 1.9 después de 4 años de uso. Además, su acción se acepta hoy día hasta por 12 años, siempre y cuando se cumplan los criterios de elegibilidad para su uso:

- Aunque es preferible usarlo en mujeres multíparas, aquellas que son nulíparas pueden usarlo luego de un examen ginecológico adecuado.
- Se puede usar en mujeres que se encuentran en lactancia materna, tienen antecedentes médicos que contraindiquen el uso de estrógenos.
- Es una buena elección en mujeres que tienen dificultades para asistir regularmente a la renovación de la formulación del método.
- No debe iniciarse su uso si la mujer presenta previamente un sangrado genital inexplicado, si al momento de la consejería se encuentra en tratamiento para Enfermedad Pélvica Inflamatoria o una Infección de Transmisión Sexual o si al momento de la consejería se identifican conductas sexuales de riesgo que aumentan la exposición a Infecciones de Transmisión Sexual.

5.3.2.2. DIU Postevento Obstétrico (posparto y posaborto)

Técnica realizada por médico(a) debidamente entrenado, previa Consejería⁴, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y de acuerdo a los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. El dispositivo puede aplicarse intracavaria, posparto en las primeras 48 horas o posaborto.

Se deben dar instrucciones postaplicación y en la cita de puerperio visualizar si los hilos han descendido para recortarlos. Dar nueva cita para los tres meses postaplicación para terminar de recortar los hilos.

Se debe insistir a la usuaria que el DIU no protege de infecciones de transmisión sexual. Siempre enfatizar sobre la doble protección.

5.3.2. Aplicación del implante subdérmico (inserción de anticonceptivos subdérmicos 86.1.8.01)

La técnica debe ser realizada por un profesional de la medicina debidamente capacitado, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y teniendo en cuenta los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. Se deben dar instrucciones a las usuarias luego de la aplicación.

Se debe informar sobre los siguientes aspectos:

- Mecanismo de acción: principalmente inhibición de la ovulación por efecto sobre los niveles de Hormona Folículo Estimulante (FSH) y Hormona Luteinizante (LH), con aumento en la densidad del moco cervical, cambios endometriales y disminución de la motilidad tubárica.

- Este método se prefiere en mujeres que tienen paridad satisfecha pero que no desean planificar con métodos irreversibles o que aún no están listas para tomar la decisión final. Otras condiciones para su indicación son la lactancia materna o antecedentes médicos que favorecen los eventos tromboembólicos.

- Efectos benéficos no anticonceptivos.

- Efectos secundarios esperados.

- Técnica de aplicación.

5.3.3. Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia se refiere a los métodos de planificación familiar que pueden usar las mujeres como medida de emergencia para prevenir un embarazo no deseado, después de una relación sexual sin protección y está destinada para una sola vez o solo un uso ocasional.

Este no es un método de uso regular y si se llegase a utilizar varias veces en un año, el riesgo acumulativo de embarazo sería mayor que si se utilizara consistentemente un método anticonceptivo temporal^{5, 6}. Por esta razón, la prescripción de este tipo de método debe ir acompañada de una consejería en anticoncepción de calidad, que promueva el uso correcto y consistente de un método regular ajustado a las necesidades de las y los usuarios.

Se ha discutido sobre el impacto negativo que puedan tener las políticas que facilitan el acceso a la anticoncepción de emergencia, específicamente sobre el aumento en la ocurrencia de relaciones sexuales de riesgo (relaciones sexuales no protegidas); sin embargo, los estudios existentes no muestran evidencia al respecto e incluso no se encuentra aumento en la incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) entre las usuarias de este tipo de anticoncepción, como un indicador de conductas de riesgo^{7, 8}.

La Anticoncepción de Emergencia debe indicarse, como evento POS o POS-S y con cargo a los recursos de la UPC o UPC-S, en las siguientes situaciones en las que exista una relación sexual sin protección:

a) Violencia sexual contra la mujer con violación;

b) Relación sexual sin protección en población adolescente vulnerable, garantizando el acceso al uso de un método temporal regular que se adapta a sus necesidades. Se considera como población adolescente vulnerable a aquella en condición de desplazamiento o en zonas marginales y a aquella en riesgo por el conjunto de condiciones sociales, personales y culturales en las que se desarrolla.

En el grupo de adolescentes, se debe informar y educar sobre métodos regulares anticonceptivos, enfatizando siempre la doble protección.

Los esquemas de Anticoncepción de Emergencia disponibles son^{9, 10}.

– Régimen Combinado

También conocido como de "Yuzpe" consiste en la toma vía oral de dos tabletas de anticoncepción de altas dosis (cada una conteniendo 250 µg de Levonorgestrel y 50 µg de Etinilestradiol) dentro de las 72 horas (tres días) siguientes de una relación sexual sin protección, seguidas de dos tabletas 12 horas más tarde. También se pueden utilizar anticonceptivos hormonales de menores dosis-30-35 µg de Etinilestradiol (usualmente 4 tabletas iniciales y 4 a las 12 horas).

Lo importante es asegurar una dosis inicial de 100 µg de etinilestradiol y 500 µg de Levonorgestrel seguida por una dosis igual 12 horas después.

- Régimen de solo progestinas

Requiere 1.500 µg de levonorgestrel que se logran con la toma de dos tabletas de 750 µg de levonorgestrel, dentro de las primeras 72 horas de una relación sexual sin protección. La dosis total se puede lograr con la toma de las dos tabletas en una sola dosis o se puede utilizar una primera dosis de 750 µg de levonorgestrel, seguida de una dosis igual 12 horas después.

El inicio del tratamiento no debe sobrepasar las 72 horas debido a que la eficacia disminuye con el tiempo. Si al momento en que la mujer acude en busca de consejería para el método de AE, han transcurrido más de 72 horas pero menos de 5 días luego de la relación sin protección, se puede insertar un DIU tipo T Cu 380 A, previa prueba que descarte un embarazo, y se recomienda como un método adecuado para aquellas mujeres que puedan y deseen continuar su uso.

Términos como "la píldora del día siguiente", no deben ser utilizados, pues crean confusión respecto al momento apropiado para su uso y no aclaran que este tipo de intervenciones solo debe emplearse en caso de emergencia.

Respecto al mecanismo de acción de la Anticoncepción de Emergencia con levonorgestrel y por DIU, se resalta que no es un método abortivo por cuanto su acción ocurre antes de la implantación del óvulo en el endometrio^{11, 6}.

- Dispositivo Intrauterino (DIU)

El dispositivo intrauterino (tipo T Cu 380 A) tiene buena efectividad si se utiliza en los primeros 5 días posteriores a la relación sexual sin protección y se recomienda como un método adecuado para aquellas mujeres que deseen continuar su uso³.

Como con cualquier método anticonceptivo, la AE se debe proveer de una manera respetuosa y que responda a las necesidades de información y consejería. En general, dando la adecuada información y consejería, ayuda a mejorar el cumplimiento y afianza las bases para que la usuaria en un futuro utilice los servicios de los programas de planificación familiar.

Las usuarias que soliciten AE deberán recibir información sobre como utilizar el método, así como también su efectividad, efectos adversos más comunes y las necesidades de seguimiento. Cuando sea posible, las pacientes que utilicen AE deberán recibir instrucciones simples por escrito para llevar a casa.

Debido a la naturaleza urgente de la AE, se debe aplicar un número de consideraciones durante la consejería:

- Muchas de las mujeres u hombres que consultan en búsqueda de la anticoncepción de emergencia pueden estar apenadas por no utilizar ningún método o por haber tenido un "accidente" con el método anticonceptivo que ella o él utiliza (uno de los accidentes frecuentes es la ruptura del preservativo, por inadecuada postura). Debido a esto, es necesario que el proveedor(a) atienda respetuosa y abiertamente las inquietudes y experiencias de la paciente, y evite aparecer como un juez mientras discute la AE.

- Algunas pacientes creen que la AE se puede utilizar como un método regular. La AE está destinada para un solo uso ocasional y se deberá explicar que el uso regular podrá incrementar el riesgo de un embarazo en comparación con el uso sistemático de otro método anticonceptivo. Se debe dar consejería completa para que la mujer adolescente o su compañero elijan el método sistemático de su elección. **Este tipo de consejería y el**

inicio de un método regular de anticoncepción de libre elección que se ajuste a sus necesidades, deben ser prerrequisitos para recibir la AE.

- Las mujeres que tuvieron una relación sexual sin protección pueden estar preocupadas sobre su exposición a ITS/VIH/SIDA; por ende se le debe explicar a la usuaria claramente y que entienda que la AE no ofrece protección contra ITS/VIH/SIDA y se debe remitir o administrar a la paciente los medios diagnósticos o el tratamiento que sea necesario. Adicionalmente, toda mujer que sea víctima de violencia sexual, tal y como lo expresa la Guía Nacional de atención a la Mujer Maltratada "tiene derecho a que se le realice diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual – ETS".

- Existe un gran número de mitos y conceptos errados que deberán ser resueltos durante la consejería. Por ejemplo:

- Algunas mujeres piensan que al usar anticoncepción de emergencia la menstruación les iniciará inmediatamente; la mayoría de las mujeres inician su menstruación en el tiempo o dentro de los días cercanos a la fecha esperada.

- También tienen la creencia de que la AE provee protección anticonceptiva durante el tiempo restante del ciclo; esta no tiene esa función y se deberá utilizar otro método anticonceptivo (excepto que haya escogido el DIU).

- Se debe dar información sobre como actuar ante situaciones específicas como la presencia de vómito después de tomar el método de emergencia. Se considera que un periodo de 2 horas es suficiente para la absorción de la hormona y que no requiere tomar medidas si la mujer vomita después de ese tiempo.

- Posterior al uso de anticoncepción de emergencia, cada institución debe reforzar la consejería, suministrar un método regular y advertir que a partir de este suministro no se entregará más anticoncepción de emergencia. Es necesario hacer un seguimiento especial a la población adolescente vulnerable, respecto a la adherencia al método regular libremente elegido y garantizar la asistencia a las consultas de seguimiento requeridas según sea el caso.

● Eficacia de la AE

La eficacia comparativa de los dos regímenes hormonales (combinado y de solo progestinas) ha mostrado que el uso de Levonorgestrel solo evitó el 85% de los embarazos que hubieran ocurrido sin AE, mientras que el régimen de Yuzpe solo había evitado el 57%¹⁰.

La mayor eficacia de la AE se da especialmente cuando esta se utiliza en las primeras 24 horas. Por lo tanto, **la recomendación es usarla inmediatamente posterior al coito sin protección para aumentar la eficacia**; es por eso que no se debe denominar a la AE como "píldora del día siguiente" pues le da la falsa seguridad a la mujer que debe esperarse hasta el otro día.

La inserción del Dispositivo Intrauterino es mucho más efectiva que el uso de anticoncepción hormonal de emergencia, porque reduce en más de un 99% el riesgo de embarazo como consecuencia de las relaciones sexuales sin protección. Además, el dispositivo intrauterino se puede dejar en su lugar para proporcionar un efecto anticonceptivo continuo hasta por 10 años. Sin embargo, la decisión sobre el método de AE a usar, la tomará la mujer luego de brindarle todas las opciones mostrando ventajas, desventajas, duración, eficacia, etc.; es decir, luego de una verdadera elección informada¹².

5.3.3.1. Mecanismos para la provisión de la anticoncepción de emergencia con levonorgestrel

Al igual que en la provisión de métodos anticonceptivos temporales, la provisión de la Anticoncepción de Emergencia de Levonorgestrel requiere una consejería que responda a las necesidades de información de la usuaria y que cree el primer contacto entre el proveedor y la mujer, para posteriormente inducir hacia el uso de un método anticonceptivo regular.

Debido a que el método no tiene riesgos conocidos para la salud a corto o a largo plazo y no requiere exámenes o laboratorios para su formulación, la consejería puede ser dada en el nivel I de atención, por médicos generales debidamente capacitados en planificación familiar.

Está demostrado que la eficacia del método de levonorgestrel depende considerablemente del tiempo transcurrido entre la relación sexual sin protección y el inicio de toma del método. La eficacia del método es mayor si se toma dentro de las 72 horas después de la exposición al riesgo. Por esta razón la atención debe darse en la consulta prioritaria que ofrecen las aseguradoras e IPS de las respectivas redes. No es pertinente hacer la atención en los servicios de urgencias, pues si bien su indicación no se debe demorar innecesariamente, no es una condición que ponga en riesgo la vida.

Lo anterior aplica para todas las situaciones en las que está indicado el uso del método, excepto para las mujeres víctimas de violación, quienes deben ser atendidas por el servicio de urgencias pues demandan otro tipo de abordaje y otro tipo de intervenciones específicas.

5.3.3.2 Criterios médicos para el uso de la AEcon levonorgestrel

Para su formulación es necesario seguir los criterios de elegibilidad de la OMS3,5; sin embargo, no se conocen riesgos para la salud a corto o largo plazo. La única limitación para su uso en los casos especificados previamente (casos de violación y relación sexual sin protección en población adolescente vulnerable), es la confirmación de un embarazo en curso.

El diagnóstico de embarazo es importante para las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual y de acuerdo con lo estipulado en la normativa que reglamenta la atención a las mujeres víctimas de violencia sexual, se debe efectuar prueba de embarazo y comprobar su negatividad, antes de suministrar la AE.

5.3.3.3. Categorías OMS para Anticoncepción de Emergencia (AE) Hormonal

ANTICONCEPCION HORMONAL DE EMERGENCIA	
(Incluye píldoras de levonorgestrel y anticonceptivos orales combinados)	
CONDICION	CATEGORIA
EMBARAZO *	NA

LACTANCIA	1
ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTOPICO	1
HISTORIA DE COMPLICACIONES CARDIACAS SEVERAS (enfermedad isquémica cardíaca, acv, otras condiciones tromboembólicas)	2
ANGINA DE PECHO	2
MIGRAÑA	2
ENFERMEDAD HEPÁTICA SEVERA (INCLUYE ICTERICIA)	2
USO REPETITIVO DE AE **	1
VIOLACION	1

* Aunque este método no se indica para una mujer con un embarazo conocido o con sospecha, no hay ningún daño conocido a la mujer, el curso del embarazo, o el feto si se usan AE accidentalmente.

** El uso de AE repetitivamente es una indicación para llevar a cabo una adecuada consejería y recurrir a otras opciones anticoncepcionales. El uso de AE frecuentemente puede ser dañino para las mujeres con condiciones clasificadas como 2, 3 ó 4 para anticoncepción hormonal.

5.3.4 Esterilización Quirúrgica

5.3.4.1 Esterilización Quirúrgica Masculina (Vasectomía 63.7.3.00)

- Técnica realizada por médico(a) debidamente entrenado, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración del usuario y de acuerdo a los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad.
- Se deben entregar instrucciones posoperatorias y proporcionar métodos de barrera durante los primeros tres meses posprocedimiento, por ser el tiempo requerido para que el recuento espermático sea negativo.
- Los controles deben realizarse a la semana del procedimiento y luego a los tres meses con recuento espermático.

- Es necesario informar al usuario que la cirugía no protege contra las Infecciones de transmisión sexual. Siempre enfatizar sobre la doble protección.

Es necesario que el usuario reciba información y consejería clara y apropiada. Debe firmarse el consentimiento informado (artículo 15, [Ley 23 de 1981](#) del Código de Ética Médica).

- Al solicitante se le practicará valoración médica previa a la operación para saber su estado de salud y quienes tengan alguna alteración como Hidrocele grande, Elefantiasis, Hernias grandes, infección escrotal, anemia grave o trastornos hemorrágicos, deben ser tratados previamente o referidos a un centro de mayor complejidad. Muchas de estas afecciones una vez tratadas permitirán que se practique la vasectomía (ver categorías de elegibilidad descritas anteriormente).

- Los (las) médico(a)s que realicen la vasectomía sin bisturí deben estar capacitados y poseer el entrenamiento adecuado, debidamente certificado y haber efectuado bajo supervisión un número suficiente de casos que le permitan realizarla sin dificultad.

- De 3 a 5 días después de la cirugía y si no presenta dolor, podrá reanudar sus actividades normales y tener relaciones sexuales, utilizando un método anticonceptivo temporal por 12 semanas, hasta que se demuestre azoospermia en el recuento espermático, el cual debe realizarse a los 3 meses.

5.3.4.2 Esterilización Quirúrgica Femenina (Esterilización femenina 66.3.9.10)

Técnica realizada por médico(a) debidamente entrenado, previa Consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y de acuerdo a los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad.

El procedimiento se puede realizar en intervalo, posaborto, posparto o intracésarea y siempre deben utilizarse materiales de sutura absorbibles.

Es preciso entregar instrucciones posoperatorias e informar a la usuaria que la cirugía no protege contra las Infecciones de transmisión sexual. Siempre enfatizar sobre la doble protección.

5.5. Consulta de control en planificación familiar (Consulta de control o seguimiento de programa por medicina general 89.0.3.01, consulta de control o seguimiento de programa por enfermería 89.0.3.05)

El propósito de la consulta de control o seguimiento en planificación es evaluar la satisfacción de la pareja con el método elegido libremente. Para el caso de los métodos anticonceptivos temporales, se debe verificar además, el uso correcto y consistente del método por parte de los usuarios e indagar sobre condiciones personales o de salud que puedan estar afectando la adherencia al método iniciado.

Para los métodos temporales de tipo hormonal que requieren la participación y compromiso de la usuaria para lograr su máxima efectividad (anticonceptivos orales combinados monofásicos, anticonceptivos de solo progestágeno, inyectables mensuales e inyectables trimestrales), es deseable una consulta de control a los tres meses y posteriormente al año.

En las usuarias del Implante Subdérmico, también es deseable una consulta de control antes de completar el primer año de uso. Por tratarse de un método cuya efectividad no depende del cumplimiento de la mujer, este seguimiento puede darse a los seis meses.

El control realizado por un profesional de la medicina o la enfermería, debidamente capacitados en planificación familiar, debe seguir los siguientes pasos:

- Verificar el correcto uso del método.

- Anamnesis sobre situación de salud y posibles molestias o efectos colaterales. En caso de vasectomía revisar el recuento espermático de control.

- Examen físico general y genital.

- De acuerdo con los hallazgos y la decisión de la usuaria(o), cambiar el método o reforzar las indicaciones sobre su uso correcto.

- En caso de métodos hormonales, se debe entregar la orden de suministro hasta cuando tenga que volver a control. Se recuerda que el (la) profesional de enfermería está autorizado (a) legalmente para hacer la consejería, la consulta y la provisión del método incluida la fórmula.

- En DIU posparto o Intraceseárea, en los controles del mes y los tres meses se deben recortar los hilos, si están visibles.

- Brindar Orientación, información y educación individual sobre:

- Signos de alarma por los que debe consultar.

- Importancia de los controles y su frecuencia: las(los) usuarias(os) deben ser informados(as) sobre la importancia de asistir a consulta para sus controles periódicos, en caso de complicaciones o cuando se requiera cambio del método temporal.

- Para prevención de ITS se recomienda usar el condón como método de protección adicional.

- Consignar en la Historia Clínica en forma clara, los datos obtenidos en la valoración, los procedimientos realizados y el método suministrado, así como también diligenciar correctamente el registro diario de consulta.

Una vez realizada la consejería por el médico(a) o enfermero(a) profesional y una vez realizada la libre elección del método por parte del hombre, la mujer o la pareja, se debe proceder a hacer la fórmula y explicar los mecanismos para el suministro del método elegido.

En caso de métodos hormonales, se debe entregar la orden de suministro hasta cuando tenga que volver al control de los tres (3) primeros meses de uso; posteriormente, se realizará la entrega de la renovación de la fórmula por periodos mínimos de 3 meses, por el personal asignado por las IPS para tal efecto.

En el caso de que el método sea el DIU, se debe hacer énfasis en el consentimiento informado, previo a la programación del procedimiento de aplicación por parte de un profesional de medicina o enfermería con capacitación y experiencia acumulada de dos años en los últimos 4 años. El DIU es un método muy costo-efectivo y siguiendo los criterios de elegibilidad de la OMS, se permite su uso en mujeres con condiciones médicas en las que no es recomendable la elección de métodos hormonales combinados o de solo progestágeno. Hoy en día se acepta su uso hasta por 12 años y es una buena opción en mujeres que tienen dificultades para asistir regularmente a la renovación de la formulación del método.

Si el método elegido es el Implante Subdérmico, también es necesario el consentimiento informado de las usuarias y el procedimiento de inserción estará a cargo un profesional de medicina con capacitación y experiencia acumulada de dos años en los últimos 4 años.

En el siguiente cuadro se presenta la periodicidad que requieren los diferentes métodos para su control:

Periodicidad de los controles según método anticonceptivo	
METODO	PERIODICIDAD
Naturales	Cada año
Amenorrea de la lactancia:	A los tres meses posparto
Hormonales	A los tres meses y luego cada año
Implante Subdérmico	Al mes y luego cada año
DIU de Intervalo:	Al mes y luego cada año
DIU Intracavárea o Posparto inmediato	En la consulta de puerperio, al tercer mes del posparto, y luego cada año
DIU Posaborto:	Al mes y luego cada año

Esterilización quirúrgica masculina: (vasectomía)	A la semana y luego a los tres meses con recuento espermático
Esterilización quirúrgica femenina (oclusión tubárica bilateral)	A la semana

La provisión de métodos que requieren entrega periódica para cada usuaria debe brindarse de la siguiente manera:

METODO	PERIODICIDAD
Anovulatorios orales e Inyectables mensuales	Mínimo cada tres meses
Inyectable trimestral	Mínimo cada seis meses

NOTA: Ninguna usuaria o usuario debe salir de la consulta, sin haber recibido un método de protección anticonceptiva.

5.6. Otros aspectos de la atención

5.6.1 La Consejería en Planificación Familiar^{13, 14}

La consejería es un proceso de comunicación interpersonal y directa, mediante la cual un miembro del equipo de salud orienta, asesora, apoya, a otra persona, pareja, a identificar sus necesidades, a tomar decisiones, informadas, libres, responsables y voluntarias acerca de sus vidas reproductivas.

Es necesaria en diferentes momentos o situaciones de la vida con alto, mediano o bajo riesgo.

Es importante resaltar que cada individuo tiene diferentes necesidades, diferentes circunstancias, diferentes condiciones económicas y socioculturales para tomar una decisión; por lo tanto el personal de salud brindará una atención individualizada.

La consejería tiene dos componentes fundamentales: la comunicación (que incluye la información y la educación a los usuarios) y los derechos sexuales y reproductivos.

5.6.2. Derechos

Los derechos sexuales y reproductivos están basados en los derechos humanos que se describen a continuación.

- **Información:** Todas las personas tienen derecho a solicitar, recibir e impartir información. En el caso de planificación familiar, la usuaria(o) tiene derecho a recibir información completa sobre todos los métodos de planificación familiar.
- **Libertad:** Es la capacidad de hacer elecciones básicas sobre la vida y la atención en salud en general, la que incluye la salud sexual y reproductiva.
- **Privacidad:** En la vida personal y familiar. Las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva incluida el tamaño de la familia son de carácter privado, pues estas se toman teniendo en cuenta los valores, las necesidades, la familia, el bienestar social, la religión y las circunstancias personales relacionadas con la salud.
- **Vida libre de daño:** Vivir exento de daño proviene del derecho a la seguridad que tiene la usuaria(o) en todos los procedimientos que se le realicen como el caso de los métodos de planificación familiar definitivos sin excluir los demás métodos.
- **Igualdad:** Sin discriminación de raza, color, sexo, idioma, religión, política, opiniones, origen nacional, origen geográfico, nivel socioeconómico u otra condición, es decir, se le brinda un trato digno. Los métodos de planificación familiar deben ser dados a conocer en todos los ámbitos para que de esta manera sean accesibles a todas las personas que los soliciten.

- **Justicia sanitaria:** Se garantiza el derecho al nivel más alto de salud física y mental que se pueda obtener. La usuaria(o) ejerce este derecho cuando puede acceder a un paquete básico de servicios y de opciones integrales en salud, donde la oferta es confiable y además tiene continuidad de la misma.

5.6.3. Elección Informada y consentimiento informado

La elección informada es una decisión voluntaria e individual que se toma con base en la información, el entendimiento, la comprensión y verificación de lo que se está informando sobre las diferentes opciones que existen en salud sexual y reproductiva. Las opciones que se ofrecen deben estar disponibles y deben ser accesibles.

El consentimiento informado es la manifestación de la elección informada hecha por la usuaria(o) sobre un procedimiento específico a realizarle, mediante documento escrito (artículo 15, [Ley 23 de 1981](#)); el cual tiene validez si la usuaria(o).

- Dispone de una información suficiente.
- Comprende la información adecuadamente.
- Se encuentra libre para decidir de acuerdo a sus propios valores.
- Es competente para tomar la decisión.
- Deja la decisión por escrito y firmada o con huella digital si no puede firmar.

Por lo tanto el **Consentimiento Informado** solo se logra como resultado del proceso de diálogo y de colaboración en el que se deben tener en cuenta los anteriores puntos. De esta manera, es evidente que el Consentimiento

Informado no puede reducirse a la recitación mecánica de los hechos estadísticos, ni a la firma de un formulario de autorización.

El formato de Consentimiento informado para esterilización masculina y femenina debe decir que a la persona se le ha explicado y entiende:

1. Que hay métodos anticonceptivos temporales que puede utilizar en lugar de la cirugía para planificar la familia.

2. Que el procedimiento seleccionado es quirúrgico y el personal de la Institución le ha explicado los detalles.

3. Que la intervención quirúrgica tiene riesgos, los cuales le han sido explicados.

4. Que si la operación tiene éxito, no podrá tener más hijos porque los efectos son permanentes.

5. Que puede cambiar de opinión en cualquier momento y decidir no operarse, sin que por ello pierda el derecho a recibir los servicios y la atención médica de la institución.

6. Que la determinación ha sido tomada libre y voluntariamente, sin coacción ni aliciente alguno.

● Capacidad del Menor Adulto para otorgar consentimiento para el acceso a métodos temporales de planificación familiar13.15

Dentro de la oferta de métodos temporales de planificación familiar, existen algunos que por las características necesarias para su suministro, requieren que la mujer otorgue su consentimiento informado por escrito. Este es el caso del dispositivo intrauterino, que se inserta mediante un procedimiento menor en consultorio y que conlleva unos riesgos que deben ser explicados

a la mujer de una forma sencilla y clara, para que ella pueda, en el ejercicio de su autonomía, autorizar la inserción del método. Igual sucede con el implante subdérmico.

Conociendo las implicaciones que para la salud de la mujer menor adolescente (14 a 18 años), tendría un embarazo no deseado y que existen los métodos para prevenirlo, la mujer en el ejercicio de su autonomía en desarrollo, podrá tomar decisiones sobre métodos de planificación familiar no definitivos.

El Estado debe garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las/los adolescentes, a partir de la interpretación de la Convención sobre los Derechos del Niño - [Ley 12 de 1991](#) - que se refiere entre otros, al reconocimiento y garantía de la no discriminación, a la libertad de expresión, a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, a la protección de la vida privada, al acceso a una información adecuada, a la educación. **El eje fundamental de interpretación es el criterio de interés superior del niño, desarrollado por la Corte Constitucional en diferentes sentencias².**

El derecho a la salud, establecido en el artículo 24, literal f) de la Convención, contempla como obligación del Estado: "Desarrollar la atención preventiva de la salud ... y la educación y servicios en materia de planificación de la familia". El Estado debe garantizar el acceso a la información, educación y a la aplicación de los métodos temporales de planificación a las y a los adolescentes sin más restricción que la solicitud libre y el consentimiento informado del o la menor de edad.

Los y las adolescentes tienen la posibilidad de tomar decisiones que no pongan en riesgo su vida sobre su cuerpo y su salud, es importante resaltar que incluso pueden decidir una situación tan compleja como dar a su hijo en adopción. El ejercicio de la sexualidad es un acto autónomo de las personas.

Las/los adolescentes pueden tomar la decisión de ejercer su sexualidad y también pueden tomarla sobre la forma de hacerlo para que sea de una manera placentera, responsable y libre de riesgo de un embarazo no deseado.

5.7. Criterios y mecanismos para el suministro del condón masculino de látex como método de doble protección para la prevención de embarazos y de ITS/VIH/SIDA

La exposición a una ITS, incluido el VIH/SIDA, merece una consideración especial por ser un tema tan relevante como la importancia de prevenir un embarazo no deseado.

Cuando existe el riesgo de transmisión de ITS/VIH/SIDA, es importante recomendar enfáticamente la doble protección a todas las personas en condiciones de vulnerabilidad. Se debe recordar siempre la importancia del uso del condón para prevenir la transmisión de ITS/VIH y facilitar su uso en estas circunstancias, pues está comprobado que los condones masculinos de látex son efectivos tanto para prevenir el embarazo como las ITS/VIH/SIDA, cuando se usan de manera correcta y consistente.

5.7.1. Indicaciones para la entrega del condón masculino de látex para la prevención de ITS/VIH/SIDA

El condón masculino de látex debe recomendarse y proveerse, como evento POS o POS-S y con cargo a los recursos UPC o UPC-S, para prevenir un embarazo y la transmisión de ITS/VIH/SIDA en las siguientes situaciones:

- a) Parejas sexualmente activas con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA al menos en uno de sus miembros;

- b) Parejas sexualmente activas con diagnóstico confirmado de Hepatitis B o Hepatitis C al menos en uno de sus miembros;

- c) Parejas sexualmente activas con diagnóstico confirmado de Hepatitis C al menos en uno de sus miembros;

- d) Parejas sexualmente activas a quienes se haga diagnóstico y se inicie tratamiento de ITS.

5.7.2. Mecanismos para la provisión del condón masculino de látex para la prevención de ITS/VIH/SIDA

El uso consistente del condón masculino de látex en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, hepatitis B o hepatitis C; ofrece protección a la pareja cuando esta es serodiscordante y previene la reinfección por otras cepas virales y la exposición a otras ITS, cuando ambos miembros de la pareja son seropositivos.

La consulta de consejería debe ser realizada, con criterios de respeto, privacidad e igualdad, por un médico(a) o enfermero(a) debidamente capacitados en el uso del método y en el diagnóstico y prevención de las ITS/VIH/SIDA. Se suministrarán 10 unidades por mes, por periodos mínimos de 3 meses^{11,15}, por el personal asignado por las IPS para tal efecto.

Para la provisión del condón masculino de látex, para prevenir la transmisión de ITS/VIH/SIDA a las parejas con los diagnósticos mencionados previamente, se requiere una consejería que contemple información personalizada con énfasis en otras acciones específicas que reducen el riesgo de transmisión como son el ejercicio sexual responsable, la limitación en el número de parejas sexuales, la modificación de algunas conductas sexuales de riesgo y la vacunación. En lo posible, se debe invitar a la pareja a participar en la consejería.

Es importante hacer énfasis en las siguientes recomendaciones para hacer un uso correcto del método:

- Usar un nuevo condón en cada acto sexual (oral, vaginal o anal).
- Evitar abrirlo con los dientes u objetos punzantes.
- Revisar la fecha máxima de uso antes de abrirlo.

- Almacenar los condones en un lugar seco y fresco.
- Poner el condón antes de cada relación sexual penetrativa. Hacer énfasis en las condiciones para su postura, retiro y desecho.
- Usar únicamente lubricantes acuosos o glicerina.
- La protección que brinda el método frente a una ITS/VIH/SIDA disminuye si no se usa en cada relación sexual; por lo tanto exige no solo el uso correcto del método, sino también consistente.

Para el suministro del condón masculino de látex ante el diagnóstico de ITS diferente a VIH/SIDA, Hepatitis B o Hepatitis C; el médico indicará el tratamiento farmacológico y realizará el suministro durante el tiempo total de manejo. En ese momento, los pacientes y en lo posible sus parejas, deben asistir a la consejería anteriormente descrita, para indagar sobre conductas sexuales de riesgo y reforzar la forma de uso del condón masculino de látex.

Se suministrará el método según la ITS diagnosticada y la duración del tratamiento; aunque en estos casos siempre se debe preferir la abstinencia.

6. Organización administrativa y responsabilidad de los actores

Para una atención integral, estas actividades, procedimientos e intervenciones deben realizarse en todos los niveles de atención, de acuerdo al grado de complejidad. Los niveles mayores podrán brindarlas en su totalidad.

Los responsables de la atención deben garantizar los mecanismos administrativos y organizacionales en su red de prestadores para una efectiva, ágil, e integral atención de las usuarias y los usuarios. Esto incluye la disponibilidad inmediata y permanente de los métodos elegidos, sin barreras de acceso.

En lo posible y ante la elección de las usuarias, no se debe postergar la anticoncepción posevento obstétrico.

En todo caso, las acciones previstas en esta norma se soportan en la garantía de una red de servicios competente en planificación familiar y atención individual y de pareja. La disponibilidad real de métodos es uno de los elementos más importantes en el logro de los resultados esperados de esta norma técnica.

7. Resultados esperados y metas

Con la aplicación de esta norma se espera aumentar la cobertura de métodos de planificación familiar, y mejorar el uso de los mismos; disminuyendo la proporción de embarazos no deseados y los riesgos que significan para la salud de las mujeres y hombres.

La meta definida para esta norma técnica reconoce la prevalencia actual del uso de métodos de planificación familiar e incluye en la programación a las mujeres y hombres que ya optaron por métodos definitivos en la población a cargo de cada responsable de la atención.

8. Indicadores de seguimiento

Los indicadores definidos para el monitoreo de esta norma técnica son:

- Cobertura de la consulta de planificación de primera vez para hombres y mujeres.

- Cumplimiento de la consulta de control de planificación familiar según método elegido.

- Cumplimiento en la realización de esterilización femenina.
- Cumplimiento en la realización de esterilización masculina.
- Prevalencias de uso según método escogido y suministrado por población beneficiaria según sexo y edad.

FlujogramaN° 1

Anticoncepción temporal y definitiva

Nota Ver tabla en el Diario Oficial No. 46.923

FlujogramaN° 2

Anticoncepción de Emergencia

Nota Ver tabla en el Diario Oficial No. 46.923

Bibliografía

1 Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Profamilia. Ed: Printex impresores. Bogotá, Colombia. 2000: 53-70.

2 Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Minprotección Social. Colombia, 2003.

3 World Health Organization. Medical eligibility Criteria for contraceptive use. 3d Edition. Geneva, 2004.

4 Gómez PI. Capítulo 165: Anticoncepción de Emergencia. En Texto de Obstetricia y Ginecología. Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Primera Edición. Ed. Distribuna. 2004: 844-847.

5 Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Segunda Edición. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Suiza. 2005.

6 Gómez Sánchez PI. Autonomía de los Cuerpos. Anticoncepción, una herramienta. Bogotá D. C. Colombia. 2007.

7 Raymond E, Trussell J, Polis C. Population effect of increased access to emergency contraceptive pills. A systematic review. *Obstetrics and Gynecology*. 2007; 109: 181-188.

8 Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC, Grimes DA. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention (full review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD005497. DOI: 10. 1002/14651858.CD0054497.pub2.

9 Profamilia, Oficina Asesora Derechos Sexuales y Reproductivos. Octubre 26 de 2005.

10 World Health Organization. Randomized controlled trail of levonorgestrel versus yuzpe regimen of combined oral contraceptive for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352:428-33.

11 Medical and service delivery guidelines for sexual and reproductive health services. Third edition. International Planned Parenthood Federation. United Kingdom. 2004.

12 Guía para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres. Ministerio de la Protección Social. Mayo de 2007. Colombia. 2007. pp. 524-535.

13 EngenderHealth. Currículo de Consejería. New York, 2004.

14 EngenderHealth. Elección Informada. New York, 2002.

15 Lisann Redimo A, Pinkerton S, Cohen D, Farley T. Condom distribution: a cost-utility analysis. *International Journal of STD & AIDS*. 2002; 13: 384-392.