

## 4.1. ¿QUÉ SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?

Los *métodos anticonceptivos* (MAC) son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo. Pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona. El uso del preservativo, que también protege de las infecciones de transmisión sexual (ITS)<sup>1</sup>, si es usado de forma correcta, es recomendable para toda la vida sexualmente activa. Todas las personas con capacidad de gestar tienen derecho a recibir asesoramiento sobre métodos anticonceptivos si no tienen intención de embarazarse.

### 4.1.1. Doble protección

El único método que previene las infecciones de transmisión sexual es el preservativo. Cuando la usuaria o el usuario está usando otro método anticonceptivo y elige protección también para las ITS, se recomienda una combinación de métodos. A esto se lo denomina *“doble protección.”*

La doble protección consiste en el empleo de métodos de prevención del embarazo y de las ITS, a través del uso simultáneo de preservativo con otro MAC.

*Los preservativos vaginales o peneanos son los únicos métodos anticonceptivos que, además, previenen las ITS, incluido el VIH. Para la prevención de ITS también se recomienda el uso del campo de látex.*

1. Para prácticas de sexo oral-vaginal u oral-anal se recomienda utilizar el campo de látex.

## 4.2. HISTORIA DE LOS MAC

Existen diferentes métodos que disminuyen las posibilidades de embarazos y que actúan impidiendo la fecundación o inhibiendo la ovulación.

Los pueblos han utilizado formas de regular la natalidad desde la antigüedad. En América, los pueblos originarios desarrollaron un amplio conocimiento sobre el uso de hierbas medicinales con este fin.

El desarrollo de la ciencia occidental sobre métodos de prevención en relación a la vida sexual se remonta a fines del siglo XIX, con el uso del látex para la fabricación de **preservativos** con el objetivo de evitar las denominadas, durante mucho tiempo, “enfermedades venéreas.”<sup>2</sup>

En 1960 se aprobó el uso de la primera **píldora** anticonceptiva en Estados Unidos<sup>3</sup>. Posteriores avances en la investigación permitieron descubrir nuevas formulaciones hormonales que disminuyen al mínimo los riesgos y efectos desfavorables de su uso. En esa misma década se desarrolló el primer **dispositivo intrauterino (DIU)**<sup>4</sup> de plástico médicamente aceptado, que en los '70 incorporó el cobre con el objetivo de mejorar las características anticonceptivas, al utilizar mecanismos que actúan antes de la fecundación del óvulo. En la década del '80 se creó el DIU con liberación de levonorgestrel.

Históricamente, la disponibilidad de métodos anticonceptivos en la Argentina estuvo condicionada por diferentes restricciones del marco legal<sup>5</sup>. Con el advenimiento de la democracia comenzó a facilitarse su uso<sup>6</sup>. A partir de la sanción de la **Ley Nacional 25.673**

de 2002, en el año 2003 se creó el **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable** en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación –actualmente Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación–, y se estableció la gratuidad de una canasta de métodos, tanto en el sistema público como en obras sociales y prepagas.

Con la sanción en el año 2006 de la **Ley Nacional 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica** se reconoció a la ligadura tubaria y a la vasectomía como métodos anticonceptivos y se legalizó su práctica en forma gratuita para personas mayores de edad.

*En la actualidad, la anticoncepción no se plantea como forma de regulación de la natalidad, sino como una manera que tienen las personas de poder elegir si tener o no hijas/os, cuántas/os y cuándo tenerlas/os. Y así, ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.*

En el año 2009, con la sanción de la **Ley Nacional 26.485** se estableció que obstaculizar el acceso a los métodos anticonceptivos es una forma de violencia contra la libertad reproductiva y su negativa conlleva responsabilidad profesional y para la institución.

El acceso a información y a métodos anticonceptivos es un derecho de todas las personas. Si bien solemos referirnos a mujeres como principales usuarias de MAC, es importante que los equipos de salud contemplen las necesidades de todas las personas con capacidad de gestar que mantenga relaciones sexuales que permitan la reproducción.

2. El término “venéreas” ya no se utiliza. Surgió por “Venus” y se lo utilizaba en el sentido de proteger al hombre de las enfermedades “causadas por mujeres” en el encuentro sexual. El término adecuado para denominarlas es infecciones de transmisión sexual (ITS).

3. En el proceso de creación de la píldora tuvieron un rol fundamental no sólo científicos sino activistas feministas. Para más información ver el artículo “Historia y Anticoncepción” de Lucía Katabian, en Anticoncepción del siglo XXI. AMADA, 2005.

4. Ya en la Antigüedad existían conocimientos acerca de la utilización de cuerpos extraños en el interior del útero para prevenir embarazos.

5. Ver Decreto 650/74 durante el ejercicio de José López Rega como ministro de Bienestar Social y Decreto 3938/77 de la última Dictadura Cívico Militar (1976-1983).

6. Ver Decreto 2274 de 1986 durante la presidencia de Raúl Alfonsín que deroga los Decretos 650/74 y 3938/77.

Es por eso que a lo largo de esta Guía referimos a *mujeres y a personas para nombrar a quienes consultan y demandan MAC*.

### 4.3. CLASIFICACIÓN DE LOS MAC

**Según su mecanismo de acción, los métodos anticonceptivos se pueden clasificar en:**

#### 4.3.1. Anticonceptivos de barrera

A través de un mecanismo físico, impiden el acceso de los espermatozoides evitando su unión con el óvulo.

- Preservativo “masculino” o peneano.
- Preservativo “femenino” o vaginal.
- Diafragma.

#### 4.3.2. Anticonceptivos hormonales

Impiden la concepción mediante acciones sobre el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, o por acción local inhibiendo el ascenso de espermatozoides. Existen distintas maneras de clasificarlos.

Según su **composición** se clasifican en:

- *Anticonceptivos hormonales combinados*: compuestos por hormonas que derivan de los estrógenos y de la progesterona (progestágenos).
- *Anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos*: compuestos por un derivado de la progesterona o progestágeno, similar a la hormona producida naturalmente por la mujer.

Según su **mecanismo anticonceptivo** se clasifican en:

- *Anovulatorios*: inhiben la ovulación incidiendo sobre el eje de regulación hormonal del ciclo.
- *NO Anovulatorios*: actúan produciendo cambios en el moco cervical.

Según su **vía de administración** se clasifican en:

- Orales

- Inyectables
- Dérmicos
- Subdérmicos
- Vaginales
- Intrauterinos

#### 4.3.3. Métodos intrauterinos

Dispositivos flexibles que se colocan dentro de la cavidad uterina y actúan por mecanismos locales de alteración del medio uterino que lo hacen desfavorable para el ascenso de los espermatozoides.

**Hay dos tipos:**

- Dispositivo intrauterino con cobre (DIU Cu).
- Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU-LNG).

Cuadro 4.1. Clasificación de métodos hormonales

| Composición hormonal     | Tipo   | Vía administración  | Principal mecanismo anticonceptivo                  |
|--------------------------|--|---|---|
| Estrógeno + Progestágeno | Anticonceptivos hormonales combinados            | -Anticonceptivos combinados orales (ACO)<br>-Anticonceptivo combinado inyectable mensual (ACI)<br>-Anillos vaginales<br>-Parches dérmicos | Anovulación   |
|                          |  | - Oral (levonorgestrel/linestrenol)   | Alteración moco cervical                            |
| Sólo Progestágeno        | Anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos | - Oral (desogestrel)<br>- Inyectable trimestral<br>- Implantes subdérmicos (AMPD)   | Anovulación   |
|                          |  | -DIU con levonorgestrel   | Alteración moco cervical/<br>Inhibición espermática |
|                          |  | Anticoncepción hormonal de emergencia   | - Oral  |

#### 4.3.4. Anticoncepción Quirúrgica

Son los únicos métodos prácticamente irreversibles.

- Ligadura de las Trompas uterinas.
- Vasectomía.

#### 4.3.5. Anticonceptivos Químicos

Actúan como espermicidas.

- Cremas / Jaleas / Tabletas / Óvulos
- Esponjas

#### 4.3.6. Método de la Lactancia Amenorrea (MELA)

Consiste en usar como método anticonceptivo durante los primeros seis meses de vida del/de la bebé la lactancia exclusiva, mientras continúe la amenorrea.

#### 4.3.7. Métodos basados en el Conocimiento de la Fertilidad (MBCF)

- Calendario
- Moco cervical
- Temperatura basal
- Sintotérmico

#### Métodos anticonceptivos de Larga Duración.

Se llama anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC por sus siglas en inglés: Long Acting Reversible Contraception) a aquellos métodos que **permiten prevenir un embarazo durante un período prolongado sin requerir de la intervención activa de la persona usuaria.**

Se incluyen dentro de estos métodos a los *dispositivos intrauterinos* (DIU con cobre y con levonogestrel) y a los *implantes subdérmicos*.

La eficacia real durante el uso típico de los métodos reversibles de larga duración es la misma que la eficacia teórica de su uso correcto (ver Cuadro 4.2.).

- Los LARC tienen mayor efectividad anticonceptiva que el resto de los métodos reversibles.
- Luego de la colocación requieren de pocas consultas al sistema de salud.
- Son reversibles de forma inmediata.

## 4.4. INFORMACIÓN NECESARIA PARA ELEGIR LOS MAC

En el acompañamiento de la elección y la toma de decisiones es fundamental la información que brinden las y los profesionales del equipo de salud.<sup>7</sup> Para una adecuada **elección autónoma**, el/ la profesional debe lograr en la comunicación con la usuaria o el usuario estos ocho objetivos:

1. Compartir la información sobre *cómo funciona* el método.
2. Clarificar cuál es *su eficacia*.
3. Transmitir cuál es el *uso correcto* del método, *qué esfuerzos implica* y *qué facilidades* tiene su uso.
4. Explicar cuáles son los *efectos secundarios comunes* y *qué puede hacerse ante su aparición*.
5. Dar cuenta de los *riesgos y beneficios* para la salud inherentes al método.
6. Clarificar cuáles son los *signos, síntomas o situaciones de alarma* que requieren una nueva consulta y cómo acceder a la misma.

7. Ver "Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación". (DSSyR, 2019).

7. Explicar cuáles son las *posibilidades de retorno a la fertilidad* después de la interrupción del método.

8. Informar cómo *protegerse de las ITS*, incluyendo el *VIH*.

Para lograr estos objetivos, la herramienta con que cuentan las y los profesionales del equipo de salud es la comunicación.

#### *Durante la consulta, es importante:*

- Utilizar términos adecuados y permitir que surjan preguntas.
- Facilitar que las personas puedan expresar sus dudas y temores.
- Fortalecer la comunicación con el uso de materiales didácticos y en formatos accesibles para todas las personas, incluyendo a las personas con discapacidad.
- Durante toda la consulta, el eje es alcanzar el cumplimiento de los ocho objetivos sobre información necesaria para elegir un MAC.

## 4.5. EFICACIA DE LOS MAC

La eficacia de los distintos métodos anticonceptivos se determina por el Índice de Pearl, que se mide por el número de embarazos por cada cien mujeres al año que utilizan un determinado método.

*La eficacia anticonceptiva de los distintos métodos puede variar enormemente de una persona a otra debido a que, según la forma de administración del método, hay variaciones que son operador dependiente. La eficacia está relacionada con el uso correcto y consistente del método anticonceptivo elegido.*

La eficacia de los MAC depende no sólo de la protección del método en sí, sino también de la **continuidad y consistencia** con la que se los usa (OMS, 2018). Otro aspecto que incide en el uso correcto del método es la calidad del asesoramiento recibido. Las personas usuarias presentan mayor adherencia<sup>8</sup> y continuidad<sup>9</sup> en el uso del método cuando lo eligen luego de recibir información completa.

La mayoría de las usuarias y de los usuarios tienden a hacer más efectivo el método a medida que adquieren mayor experiencia en su uso. En estudios para medir la eficacia anticonceptiva se denomina:

**Uso habitual:** gestaciones que se producen en todos los meses o ciclos con exposición, más allá de cómo se utilizó el método.

**Uso correcto:** gestaciones producidas con el uso perfecto del método.

8. Adherencia: el grado en el que la conducta de un/a paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el/la profesional sanitario/a. Requiere el consentimiento del/de la paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre profesional sanitario y paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud (World Health Organization. Adherence to long term therapies: evidence for action. 2003).

9. Continuidad: tiempo durante el cual el/la paciente continúa con el tratamiento, es decir, la cantidad de tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción. (Cramer J et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions Value Health, 11 (2008), pp. 44-47 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x> Medline)