



ARTICULOS ORIGINALES

ORIGINAL PAPERS

ANÁLISIS DE LA OFERTA DE ANTICONCEPTIVOS EN EL PERÚ

Resumen

Objetivo. Realizar búsqueda bibliográfica sobre anticoncepción, analizar la gama de métodos anticonceptivos ofrecida por el Ministerio de Salud (MINSA) y el sector privado, verificar el listado de anticonceptivos disponibles en el mercado, examinar la doble protección y recomendar qué nuevos métodos deben ser incluidos en la oferta.

Metodología. Revisión de la literatura científica, análisis de las ENDES y de los reportes del MINSA, revisión del listado de anticonceptivos en el mercado, de las ventajas y satisfacción de las usuarias con las nuevas metodologías, entrevista con funcionarios del MINSA y profesionales que entregan anticonceptivos en el sector privado y sistematización de hallazgos.

Hallazgos. Existe una verdadera diversidad de métodos anticonceptivos. La planificación familiar mejora la salud y la supervivencia de las mujeres y los niños, contribuye a la sostenibilidad del medio ambiente y a la reducción de la pobreza. Los anticonceptivos son muy variados y su efectividad también es variable. La variedad contribuye a un mayor uso de métodos y mayor satisfacción de usuarios/as. La prestación del servicio de anticoncepción debe desarrollar actividades de información, orientada a los/as usuarias/os a adoptar las conductas de doble protección, que representa una excelente intervención para reducir la frecuencia de ITS/VIH y de embarazos no deseados. Las ENDES reportan que la tasa global de fecundidad no se ha reducido a pesar de los deseos de las mujeres de tener menos hijos, la tasa específica de fecundidad de las adolescentes tiene una tendencia a elevarse y el uso de anticonceptivos, si bien aumentó en los últimos años, ha sido a expensas de la abstinencia periódica. La tasa de discontinuación durante el primer año de uso es de 50% de las mujeres en edad fértil. El principal proveedor de anticonceptivos es el Ministerio de Salud, que cuenta con una mezcla reducida de insumos, en tanto que en el sector privado la oferta es significativamente más variada.

Conclusiones. En el Perú, la tasa de fecundidad no se ha modificado sustancialmente y en gran medida se debe a las deficiencias del programa de planificación familiar, que no satisface la oferta y presenta una mezcla de anticonceptivos reducida.

Palabras clave: Oferta de anticonceptivos, Anticoncepción en Perú, Análisis de oferta de anticonceptivos.

Luis Távora-Orozco¹

¹ Presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, SPOG

¹ Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG

Trabajo recibido el 15 de julio de 2010 y aceptado para publicación el 18 de julio de 2010.

Correspondencia:
Dr. Luis Távora Orozco
Correo-e: luis.tavara@gmail.com

Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56:120-136.

Analysis of contraceptives supply in Peru

ABSTRACT

Objectives. To perform bibliography search on contraception, to analyze contraceptive methods range offered by both the Ministry of Health (MINSA) and the private sector, to verify contraceptives available in the market, to examine double protection and to recommend what new methods should be included in the offer.

Methods. Review of the scientific literature, analysis of ENDES and MINSA reports, review of contraceptives list in the market,

advantages and users' satisfaction with new methods, interview with MINSA officials and professionals that deliver contraceptives in the private sector and systematization of findings.

Findings. There is a diversity of contraceptive methods. Family planning improves women and children's health and survival, contributes to environment support and reduction of poverty. Contraceptives are varied and effectiveness is also varied. Variety contributes to more method use and more satisfaction of

users. Provision of contraceptives should develop information activities oriented to users to adopt conducts of double protection that represents an excellent intervention to reduce STI/HIV frequency and unwished pregnancies. ENDES report fecundity global rate has not decreased notwithstanding women's wishes to have fewer children, adolescents' fecundity specific rate has a tendency to increase and contraceptive use, even increasing in the past years, has been at the expense of periodic abstinence. Discontinuation



rate during the first year of use e 50% in women in fertile age. Main contraceptive provider is the Ministry of Health that has a reduced mixture of products, more diverse in the private sector.

Conclusions. In Peru, fecundity rate has not changed substantially and this is greatly due to deficiencies of the family planning program that does not satisfy offer and presents a reduced mixture of contraceptives.

Key words: Contraceptives offer, Contraception in Peru, Analysis of contraceptives offer.

INTRODUCCIÓN

Desde la Conferencia de El Cairo, la salud sexual y reproductiva tiene un enfoque integral y abarca todo el ciclo de vida de las personas: niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Para mantener o conservar la salud sexual y reproductiva se requiere de múltiples acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, que sean específicas en cada una de las etapas del ciclo de vida, de acuerdo a las necesidades cambiantes de las personas.

La salud sexual consiste en disfrutar la sexualidad sin el riesgo de padecer violencia o adquirir alguna enfermedad o de tener un embarazo que no se ha planeado o no se ha deseado. La salud reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria y reproducirse de acuerdo a su libertad para decidir cuándo, cómo, con quién y con qué frecuencia hacerlo.

Preservar la salud sexual y reproductiva requiere la existencia de servicios de atención integral que se basen en el pleno respeto de los derechos humanos, con enfoque de género e interculturalidad. Esto significa, además, que los servicios debieran garantizar

información y educación sobre salud sexual y reproductiva, acceso a la metodología anticonceptiva y planificación familiar, detección y manejo de las infecciones de transmisión sexual/VIH/sida, atención prenatal, atención calificada del parto y posparto, cuidados del recién nacido, prevención del aborto inseguro, atención humanizada del aborto y atención de la infertilidad. Es dentro de este panorama que las actividades de anticoncepción y planificación familiar deben cumplir su cometido, de ayudar a las personas a alcanzar su fecundidad deseada y contribuir a su desarrollo dentro de una sociedad cada vez más exigente y competitiva.

BREVES NOTAS HISTÓRICAS DE LA ANTICONCEPCIÓN

La regulación de la fecundidad tiene muchos siglos de evolución, y empezó dentro de aspectos tradicionales y sin fundamento científico, alcanzando finalmente el desarrollo de métodos caracterizados por su efectividad, hasta los días actuales en los cuales las personas pueden decidir qué método escoger. Tal vez lo más valioso en la regulación de la fecundidad es el deseo de planificar los embarazos y por lo tanto evitarlos cuando no se los ha planificado, dentro de una práctica de derechos sexuales y reproductivos⁽¹⁾.

El primer texto médico sobre anticoncepción se encontró en los papiros egipcios denominados Petri o Kahun, que datan de 1 850 años A.C. Allí se encuentran consejos y prescripciones ginecológicas, como el empleo del estiércol de cocodrilo mezclado con una pasta que actuaría a modo de vehículo, el mismo que era insertado en la vagina de la

mujer; la irrigación con sustancias como el carbonato de sodio y el empleo de una sustancia semejante a la goma que se insertaba también en la vagina. Las mujeres egipcias usaban tampones hechos de lino impregnados de zumo de limón o se colocaban cáscaras de limón sobre el cérvix. Las chinas ingerían 14 renacuajos vivos 3 días después de la menstruación. Más adelante, en la edad media, se preparaba pociones de hojas de sauce, óxido de hierro, barro o riñones de mula con propósitos anticonceptivos⁽²⁾.

Los anticonceptivos hormonales orales aparecen en la década de los 50 y, en 1959, Openheimer, en Israel, lanzó el dispositivo intrauterino como un avance importante en materia anticonceptiva, aunque ya años antes Ota había hecho lo mismo en Japón⁽³⁾.

La anticoncepción (AC), y con ella la planificación familiar (PF), tuvo sus orígenes en una concepción demográfica, la misma que dio un vuelco muy grande luego de las Conferencias Internacionales de Cairo y de Beijing, en 1994 y 1995, respectivamente, transformándose en una concepción basada eminentemente en el respeto por los Derechos de la Personas, esto es los Derechos Sexuales y Reproductivos^(4,5).

En Perú, los pasos iniciales que se dieron en AC y PF aparecen en la década de los 60, cuando se fundó el Centro de Población y Desarrollo, institución que puso de relieve los aspectos demográficos de la población. A mediados de esa misma década de fundó también la Asociación Peruana de Planificación Familiar (APPF) y el Instituto Marcelino, instituciones ambas



dedicadas a la prestación de servicios de PF y actividades de investigación en el campo reproductivo. Es durante el gobierno militar de aquel entonces, y luego de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1974, que el Gobierno aprobó los Lineamientos de Política de Población, en 1976, que fueron la base de las disposiciones políticas sobre AC y de la Ley de Población, aprobada en julio de 1985. En el año 1989, se aprobó formalmente un Programa de PF desde el MINSA, lo que dio inicio a actividades de entrega de servicios a nivel nacional en el sector público. Durante la década de los 90, las actividades de PF fueron fortalecidas y se diversificó la metodología AC, aunque no infrecuentemente, afectando los derechos de las mujeres en su capacidad de decidir.

Infortunadamente, la recuperación de la Democracia en el Perú, a inicios de la presente década, trajo consigo la desactivación de los Programas existentes hasta la fecha y con ellos el Programa de PF y desde entonces el país ha enfrentado diversos problemas relacionados al escaso entendimiento que hay respecto de la importancia de políticas que aborden de una manera integral la salud sexual y reproductiva (SSyR), que incluya la PF que contribuya a la disminución de los embarazos no deseados, los abortos inseguros y consecuentemente la mortalidad materna. En el mundo existen evidencias de que las barreras de acceso a los métodos AC afectan negativamente las cifras de mortalidad materna, además de atentar contra los derechos reproductivos de las personas en relación a su decisión de regular su propia fecundidad.

Si a lo anterior le sumamos la reducción o el estancamiento en la variedad de métodos anticonceptivos ofertados desde el sector público, el panorama se complica en el país por el limitado acceso a la anticoncepción, que permita la satisfacción desde las usuarias.

El presente análisis tiene los siguientes objetivos:

- Realizar una búsqueda de la investigación científica llevada a cabo para el desarrollo de metodología anticonceptiva
- Realizar un análisis de la actual gama de métodos anticonceptivos ofrecida por el Ministerio de Salud (MINSA) y por el sector privado
- Verificar el listado de insumos anticonceptivos disponibles en el mercado nacional
- Examinar los nuevos métodos de anticoncepción y el uso de la doble protección
- Recomendar qué nuevas intervenciones y qué nuevos métodos debieran ser incluidos en la oferta de métodos anticonceptivos, para mejorar la satisfacción de las/os usuarias/os.

METODOLOGÍA

Para poder construir este análisis y elaborar algunas recomendaciones, se ha seguido la siguiente metodología de trabajo:

1. Revisión de la más reciente literatura científica que contiene los avances en el campo de la AC
2. Análisis de las ENDES y de los reportes elaborados en el MINSA
3. Revisión del listado de insumos

anticonceptivos disponibles en el mercado nacional, publicado por los laboratorios farmacéuticos

4. Análisis de las nuevas metodologías anticonceptivas desde las ventajas y satisfacción que ofrecen a las usuarias
5. Entrevista con funcionarios del MINSA
6. Entrevista con profesionales que entregan metodología anticonceptiva en el sector privado sin fines de lucro y con fines de lucro
7. Sistematización de los hallazgos
8. Discusión y comentario de los hallazgos
9. Elaboración de recomendaciones.

RESULTADOS

Revisión de la Literatura Científica

Las investigaciones orientadas al estudio de la SSyR y de las intervenciones para protegerla se han incrementado en las últimas décadas.

La diversidad de las conductas sexuales exige el desarrollo de un conjunto de estrategias preventivas para proteger la salud sexual, particularmente en las poblaciones más desprotegidas. Las intervenciones deben estar encaminadas a la reducción de los riesgos, y las mismas deben ir más allá de la mera información, cuidando la existencia de servicios integrales de atención a la SSyR.

En ese sentido, los servicios de AC y PF deberán estar estrechamente relacionados con los cambios de la conducta sexual, con el claro propósito de reducir o controlar las ITS/VIH/sida, vinculados a



los hábitos de las personas, que en los últimos años han devenido en un repunte del VIH/sida en las mujeres, principalmente a través de relaciones heterosexuales. La prestación del servicio de AC debe desarrollar entonces actividades de información muy claras, orientando a los/as usuarias/os a adoptar las conductas de la doble protección, que representan una excelente intervención para reducir la frecuencia de ITS/VIH.

Doble protección significa el ejercicio de la sexualidad cuidando de evitar un embarazo que no se planea o que no se desea y una ITS/VIH, dado de que el sida está cambiando la perspectiva sobre la sexualidad, la conducta sexual y la procreación. La intervención más segura para la doble protección es el uso de condones, masculinos o femeninos, que utilizados solos o en combinación con otro método anticonceptivo (MAC) de uso regular van a proteger a las personas del embarazo no planeado y del contagio de una ITS/VIH. Irónicamente, esta es una de las estrategias más difíciles de introducir en los servicios de SSyR.

Beneficios de la Planificación Familiar

- La promoción de la PF en países con altos índices de natalidad tiene el potencial de evitar 32% de las muertes maternas (MM) y 10% de las muertes infantiles ⁽⁶⁾. En América Latina, las medidas impulsadas arrojaron la evidencia de una reducción de los abortos ilegales realizados en condiciones de riesgo ^(7,8).
- Beneficios para la salud de la madre y los niños. En el año 2000,

alrededor de 90% de la mortalidad y morbilidad global relacionada con el aborto y 20% de las vinculadas con causas obstétricas podrían haber sido evitadas si las mujeres que deseaban posponer o evitar la maternidad hubieran usado AC de manera efectiva. Un total de 150 000 MM en el mundo, que representan el 32% de todas las MM, podrían haberse evitado con una alta relación costo-efectividad; este beneficio habría sido más evidente en África y Asia ⁽⁹⁾.

- La PF trae beneficios a los niños, puesto que los intervalos más largos entre gestaciones disminuyen la mortalidad infantil de menores de 5 años, desnutrición, peso bajo al nacer y prematuridad ⁽⁶⁾.
- Las recomendaciones de la CIPD de El Cairo sustituyeron el fundamento demográfico-económico de los programas de PF hasta entonces dominantes, por una agenda más amplia, que incluyó el empoderamiento de las mujeres y la salud y derechos reproductivos (DR) ⁽⁴⁾.
- La PF debe asentar en la equidad de género, el respeto por los DH y mejoramiento de la educación de las mujeres. También la PF contribuye a la sostenibilidad ambiental, debido a que se sabe que el aumento de la población reduce la disponibilidad de tierras cultivables y la producción de alimentos; reduce, además, los hábitats naturales y la biodiversidad. La creciente demanda de agua es otro efecto del crecimiento poblacional ⁽⁶⁾.

Encarar las necesidades insatisfechas (NI) del uso de AC y asegurar la

prevención de las ITS, incluyendo el VIH, es una medida útil y sólida de progreso hacia el ideal, en el que todas las personas que están expuestas al riesgo de un embarazo no deseado (END) están utilizando MAC. En América Latina, las NI en el quintil más pobre de la población son poco más del doble que aquellas para el quintil más próspero (20% versus 8%). Debe reconocerse también que las NI de AC de las personas solteras sexualmente activas requieren una alta prioridad ⁽⁶⁾.

Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos utilizados en planificación familiar son muy variados y su efectividad también es variable. En un intento de clasificarlos según su temporalidad, podemos tener dos grandes grupos (6):

a) Métodos temporales

b) Métodos definitivos

- Entre los métodos temporales tenemos:
 - Métodos tradicionales, de abstinencia periódica
 - Métodos de barrera: mecánicos y químicos
 - Métodos hormonales: píldoras, inyectables, implantes, DIUs medicados, parches y anillos vaginales
 - Dispositivos intrauterinos

Entre los métodos definitivos tenemos:

- Métodos de esterilización femenina o anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) o ligadura de trompas
- Métodos de esterilización masculina, o anticoncepción



quirúrgica voluntaria masculina o vasectomía

-Métodos de esterilización no quirúrgica.

La efectividad de los AC va a depender del mecanismo de acción, así como del grado de adhesión de las usuarias. Cuando una pareja discontinúa la AC por alguna razón, es imprescindible cambiar rápidamente a uno nuevo para evitar un embarazo no deseado; esto significa disponer de una amplia gama de MAC para satisfacer la demanda. El hecho de agregar un método nuevo a un programa de PF suele atraer nuevos/as usuarios/as y aumentar la frecuencia de uso de anticonceptivos en general. Pero, para poder cumplir este requisito será necesario conseguir el medicamento o el insumo indicado, cumplir con el seguimiento indicado y poder ejecutar las modificaciones a que haya lugar. Las nuevas tecnologías AC deben ayudar a que las personas ejerzan su sexualidad plenamente y con responsabilidad. La vida sexual es y debe ser satisfactoria, pero se debe tener en cuenta que las consecuencias de una relación sexual no protegida puede ser el embarazo no deseado, así como una ITS/VIH/sida ^(10, 11, 12, 13).

Efectividad de los métodos anticonceptivos

Antes de describir brevemente los diferentes MAC, queremos presentar una tabla extraída de la referencia 14, en la que se especifica la tasa de falla y de continuación de cada uno ⁽¹⁴⁾.

Tabla 1. Porcentaje de mujeres que experimentan embarazos dentro del primer año de uso y porcentaje que continúa usando el MAC al final del primer año. EE UU.

Método anticonceptivo	% de mujeres que tienen un embarazo el primer año		% de mujeres que continúan usando el MAC
	Uso típico	Uso perfecto	
Ningún método	85	85	
Espermicida	49	18	42
Coitus interruptus	27	4	43
Abstinencia periódica	25		51
Calendario		9	
Método de ovulación		3	
Método sintotérmico		2	
Método postovulación		1	
Capuchón cervical			
Múltiparas	32	26	46
Nulíparas	16	9	57
Diafragma	16	6	57
Condón			
Femenino	21	5	49
Masculino	15	2	53
Píldoras combinadas y minipíldoras	8	0,3	68
Parche hormonal combinado	8	0,3	68
Inyectables trimestrales	3	0,3	56
Inyectables combinados	3	0,05	56
DIU			
T de cobre	0,8	0,6	78
Levonorgestrel	0,1	0,1	81

La abstinencia periódica requiere de una gran motivación de la pareja y conocimiento del método, teniendo como inconveniente la tasa alta de falla. Estos métodos se basan en evitar las relaciones sexuales (RS) en los días del ciclo potencialmente fértiles, claramente establecidos en el estudio de Wilcox ⁽¹⁵⁾.

El método del calendario es conocido desde Oghino (1930) y Knaus (1929). Hoy se sabe que la posibilidad de embarazo se puede dar con RS desde 5 días antes de la ovulación hasta el día de la ovulación. Este conocimiento debe ser complementado con la información de que la cronología de la ovulación es variable y depende de factores endógenos y exógenos.

El método de la temperatura corporal se basa en el efecto

calorígeno de la progesterona. La abstinencia sexual debe mantenerse hasta 72 horas después del inicio del pico térmico.

Por el método del moco cervical (Billings), se recomienda evitar las RS durante la menstruación y en los días húmedos, y reiniciar las RS 4 días después de aparecido 'el pico' de humedad.

El método sintotérmico es la conjunción de los tres anteriores.

En nuestro país se está, además, utilizando el método del collar, que es realmente una variante del método del calendario, pero ayudado por las cuentas de un collar, que mantienen la atención de la mujer sobre sus días potencialmente fértiles.

Para mejorar la eficacia de los métodos de abstinencia periódica



se ha ensayado la medición de metabolitos hormonales en la orina, se ha medido progesterona en la saliva y otros indicadores de ovulación en el flujo sanguíneo de la pared vaginal, se ha medido el electropotencial de la piel y la temperatura de los senos. Se ha inventado termómetros electrónicos cuidadosamente sistematizados que registran las temperaturas basales previas y calculan el día de la ovulación, mostrando a la usuaria una luz roja en caso de peligro y una luz verde si no hay riesgo.

Aunque el método de la lactancia materna-amenorrea (LM) no es un método de abstinencia periódica, sí es un método natural. La LM asegura el buen crecimiento y desarrollo del niño. Adicionalmente, aumenta la supervivencia infantil, al ejercer un efecto AC, espaciando el intervalo entre los nacimientos, especialmente en los países en desarrollo. Cuando se usa la LM exclusiva o casi exclusiva y las mujeres permanecen en amenorrea, el amamantamiento proporciona una protección contra el embarazo mayor del 98% en los primeros 6 meses posparto⁽¹⁶⁾. Hoy en día se sabe que la LM es un método de AC que proporciona eficaz protección temporal en los primeros 6 meses posparto cuando se la usa exclusivamente o casi exclusivamente, aún en mujeres HIV positivas⁽¹⁷⁾.

Métodos anticonceptivos de barrera

Son aquellos que impiden la fecundación del óvulo, mediante acción mecánica o química sobre los espermatozoides. Entre los métodos de barrera se encuentra el condón, que tiene la ventaja adicional de reducir las ITS; es el caso del virus del herpes simple, el VIH, la clamidia y el gonococo⁽¹⁴⁾.

El diafragma está hecho de caucho delgado, aunque ahora se está desarrollando diafragmas de colágeno. Viene en varios tamaños.

En nuestro medio, este método es muy poco utilizado⁽¹⁸⁾.

Con relación al condón masculino, aunque muchas personas creen que este método debe ser usado solo cuando existe riesgo de contraer una ITS o durante relaciones sexuales ocasionales, en el Japón es el método anticonceptivo más usado. Es un excelente método que brinda doble protección, porque protege contra las ITS/VIH y el embarazo que no se planea. El más difundido a nivel comercial es el de látex, aunque los hay de poliuretano, que los hace más resistentes al calor. Son lo suficientemente delgados que no disminuyen la sensibilidad durante el coito⁽¹⁹⁾.

El condón femenino consiste en una funda de poliuretano con dos anillos; uno va contra el cérvix y el otro sobre la vulva. Protege a la mujer de las ITS más que el condón masculino, porque recubre la vulva. Tiene además la ventaja de que le otorga a la mujer el control de la RS⁽²⁰⁾. El condón femenino es aún pobremente utilizado. Ha probado ser seguro y aceptable en el corto plazo y para ello la participación del varón es importante⁽²¹⁾.

El capuchón o copa cervical tiene forma de dedal, que permite ocluir el cérvix y se puede usar por mayor tiempo que el diafragma. Se ha desarrollado dos métodos de silicona, ambos para usar con espermicidas y se les puede dejar in situ por dos días. Uno de ellos, por disponer de un sistema de válvula, permite el paso unidireccional de secreciones endocervicales hacia afuera, pero no permite el acceso de los espermatozoides^(14,22).

Los espermicidas son productos químicos que se presentan en forma de jaleas, cremas, tabletas espumantes, óvulos espumantes, óvulos que se derriten y películas solubles. Contienen ingredientes, como nonoxinol 9, fenilmercurio, octoxinol 9, clorohexidina, docusato

sódico y el menfegol, como los más utilizados. No reducen el riesgo de ITS/VIH y, de fallar en su acción anticonceptiva y ocurrir un embarazo, no producen malformaciones fetales. En este grupo de anticonceptivos se está estudiando, además, productos de plantas que tienen acción espermicida y antiviral. Cuando se usa geles para la suspensión del fármaco espermaticida parece que la hidropropilmetilcelulosa y metilcelulosa son los que producen una mejor distribución en la mucosa vaginal^(14,23,24).

La esponja vaginal es elaborada de poliuretano e impregnada con 1 mg de nonoxinol 9. Tiene tres efectos: bloqueo mecánico, atrapa a los espermatozoides y acción espermaticida. Puede dejarse in situ por 24 horas, aunque se ha reportado shock tóxico cuando se deja en forma prolongada^(14,24).

Dispositivos intrauterinos

Hoy en día los más usados son los llamados bioactivos, cuyo prototipo en el Perú es la TCU 380 A, que es el de más costo-beneficio, al ser su duración hasta de 12 años, con una alta eficacia y a un costo reducido. Una variante importante de los dispositivos intrauterinos, utilizada en el Perú, es la Nova T, también con contenido de cobre. Algunos suponen que el DIU impide la implantación del huevo fecundado; sin embargo, ninguna investigación ha probado este efecto; por el contrario el DIU impide que los espermatozoides fecunden al óvulo. Se ha efectuado mediciones de factores tempranos de la gestación, que son hormonas producidas por el blastocisto antes de la implantación, las cuales no han evidenciado positividad^(14,25).

Recientes estudios confirman que hoy en día la inserción del DIU tiene escaso riesgo de producir más enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), aún en mujeres portadoras de infección por VIH⁽²⁰⁾.



Anticonceptivos hormonales combinados

Estos anticonceptivos han sido ampliamente investigados y se tiene muy claro sus mecanismos de acción:

- Impiden la ovulación, por lo que son anovulatorios
- Alteran el moco cervical, haciéndolo más denso y hostil a los espermatozoides
- Alteran el transporte del óvulo a nivel de la trompa de Falopio.

Anticonceptivos hormonales orales combinados.

Son combinaciones de estrógenos y progestágenos (EyP), cuyo componente estrogénico utilizado es el etinil estradiol y el componente progestacional es muy variado: acetato de noretisterona, etinodiol, norgestrel, levonorgestrel, desogestrel, gestodeno, norgestimato, clormadinona, ciproterona, nomegestrol, nestorona, trimegestona, promegestona, drospirenona. Entre los anticonceptivos orales combinados (AOC), hay monofásicos (que tienen la misma composición y dosis durante todo el ciclo de administración) o trifásicos (que tienen tres diferentes dosis de sus componentes en diferentes momentos del ciclo). La tendencia ha sido disminuir la dosis de los componentes hormonales para minimizar los efectos colaterales; sin embargo, los nuevos AOC de dosis más bajas (15 a 20 ug de EE) tienen mayor tasa de abandono, por sangrado genital^(14, 27-30). Los AOC han sido administrados siempre en forma cíclica (quiere decir con intervalos, para que ocurra sangrado). Hoy en día, cada vez más las mujeres prefieren el uso continuo y prolongado, aunque la amenorrea se incrementa con la administración continua. La dismenorrea, la cefalea, el acné, la náusea y el aumento del apetito mejoran significativamente en el

grupo con terapia continua, aunque la mastalgia y el edema son menores en el grupo de uso cíclico⁽³¹⁾.

La AOC proporciona otros efectos beneficiosos: prevención del cáncer de ovario y endometrio, protección contra el embarazo ectópico, reducen la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), alivian la dismenorrea primaria, reducen la frecuencia de enfermedad mamaria benigna, protegen contra la anemia⁽¹⁴⁾.

Inyectables mensuales.

Contienen estrógeno y progestágeno. Uno de ellos contiene 50 mg de enantato de noretisterona y 5 mg de valerato de estradiol y el otro contiene 25 mg de medroxiprogesterona y 5 mg de cipionato de estradiol. En ambos, el estrógeno es natural y no sintético. Esta característica hace que el estrógeno produzca menos efectos sobre el metabolismo de las grasas y sobre la función cardiovascular y por tanto tiene menos efectos adversos^(14,32).

Anticonceptivos transdérmicos (parches).

El parche de AC puede ser aplicado por la misma usuaria: 1 parche semanal por 3 semanas y 1 semana sin uso. Contiene 6 mg de norelgestromina y 0,60 mg de EE. Su mecanismo de acción es el mismo de las AOC⁽³³⁾.

Anillo vaginal AC combinado.

Algunos estudios refieren que la mayor parte de mujeres prefieren AC de uso mensual, en lugar de aquellos de uso diario. El anillo vaginal libera 15 ug de EE y 120 ug de etonorgestrel diario y está diseñado para tres semanas y 1 semana de período libre sin anillo. La propia usuaria lo puede insertar y retirar; es tan eficaz como cualquier MAC combinado y presenta alta satisfacción de parte de las usuarias⁽³⁴⁾.

Anticoncepción hormonal con solo progestágenos

Anticoncepción inyectable trimestral.

Contiene acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) 150 mg en suspensión acuosa, para aplicar cada tres meses. Es muy eficaz. Tiene algunos beneficios no anticonceptivos: protege contra la anemia ferropénica, disminuye el cáncer endometrial, disminuye el riesgo de embarazo ectópico y de EPI. Da excelentes resultados en la anemia de células falciformes. Reduce la incidencia de miomas, así como la necesidad de histerectomía por esta causa. Mejora la dismenorrea, la cefalea durante la menstruación, el dolor asociado a endometriosis y el dolor pélvico o dispareunia de origen ovárico en mujeres histerectomizadas⁽³⁵⁾.

Siempre se ha dicho que la AMPD debe ser aplicada cada 12 semanas, con una tolerancia de 1 semana de retraso. Sin embargo, ahora se tiene evidencia que puede ser administrada hasta con 4 semanas de retraso sin que exista riesgo de embarazo⁽³⁶⁾. Además, debe decirse que se aprobó el preparado para uso subcutáneo, que contiene 30% menos de progestágeno que el anterior inyectable (104 mg vs. 150 mg). La eficacia es la misma, pero tiene menos efectos adversos. La inyección viene ya cargada en jeringa de aguja corta y por tanto la misma mujer se la puede aplicar.

Implantes subdérmicos.

Es uno de los más grandes avances tecnológicos en anticoncepción. Como ventajas se tiene: larga duración, alta efectividad, bajas dosis de progestinas, ausencia de estrógenos, confidencialidad y pronta reversibilidad, no son necesarios los exámenes clínicos frecuentes y su eficacia no depende del cumplimiento de la usuaria. Requiere de técnica quirúrgica



para aplicarlos y retirarlos. Pueden ser usados por mujeres que tienen alguna contraindicación para el uso de estrógenos y son excelente elección durante la lactancia, porque no la alteran. Pueden producir alteraciones del ciclo menstrual, especialmente en el primer año de uso. Los implantes no biodegradables requieren ser retirados, vienen en 2 y 6 barras y contienen LNG, aunque ahora los implantes de etonorgestrel son únicos, contienen 68 mg de 3 ceto-desogestrel (etonorgestrel) y duran 3 años. Existen también implantes eficaces por 1 año. Existen otros implantes biodegradables que no requieren procedimientos de extracción^(37, 38).

Píldoras de solo progestina.

Son llamadas minipíldoras por su bajo contenido hormonal. Se las toma 1 vez al día. Deben ser tomadas continuamente y no producen sangrado por privación hormonal. Son de excelente aplicación en el posparto y lactancia, a partir de la tercera semana. Hay preparados con LNG y desogestrel y se está estudiando la posibilidad de introducir drospirenona. Existe evidencia de que el desogestrel es más eficaz, pero produce algunos problemas de sangrado⁽³⁹⁾.

DIU con contenido hormonal.

Es el DIU que libera 20 ug de LNG diario y dura en promedio 5 años, aunque hay evidencia de que puede durar más tiempo. Produce gran satisfacción en las mujeres, debido a la reducción del sangrado menstrual y elevadas tasas de eficacia. Tiene otros efectos protectores: puede ser usado en mujeres con trastornos del ciclo, reducen la EPI y los miomas^(40, 41).

Esterilización quirúrgica femenina

A nivel global es uno de los métodos más utilizados en el mundo. No solo protege del embarazo, sino que reduce también la incidencia de EPI y cáncer

de ovario en las usuarias⁽¹⁴⁾.

Puede realizarse mediante minilaparotomía, histeroscopia que usa criocirugía, radiofrecuencia, láser o cualquier fuente de energía. Recientemente se ha desarrollado un muelle de titanio de 4 cm, el mismo que al ser aplicado induce a la fibrosis de la trompa. La aplicación de métodos químicos consiste en introducir a través de una cánula sustancias que producen daño en la trompa, como fenol, quinacrina y el metil-ciano-acrilato. Con el uso de quinacrina se ha observado algunos efectos adversos en usuarias de Vietnam, por lo que se ha limitado su uso. Además, se ha desarrollado prótesis de silicona en animales, a nivel de las fimbrias, que son aplicadas y retiradas por minilaparotomía; este método sería reversible^(14, 42, 43).

Anticoncepción masculina

La vasectomía es un método simple, seguro, económico, que produce pocas complicaciones y pocos efectos secundarios; no altera la libido, la capacidad de erección ni la eyaculación. Esta cirugía es mínimamente invasiva⁽⁴⁴⁾.

Las posibilidades de desarrollar otras formas de anticoncepción masculina son más difíciles que en las mujeres. Al respecto se puede mencionar algunas investigaciones⁽¹⁴⁾: inhibición selectiva de la FSH con el uso de inhibina o anticuerpos; inhibición del eje hipofiso-gonadal con esteroides, como la testosterona, combinación progestágeno-testosterona, análogos de GNRH con o sin testosterona; inhibición selectiva de la espermatogénesis con gossypol, aceite de neem, *trypterigium wilfordi*.

Se ha ensayado además nifedipino, por afectar la capacidad fecundante del espermatozoide; mifepristona, por inmovilizar temporalmente los espermatozoides; implantes de cobre en el deferente, epidídimo y vesículas

seminales o escroto, para afectar la motilidad espermática; aumento de la temperatura testicular, por su acción contra los espermatozoides; immunoanticoncepción mediante el uso de vacunas para neutralizar las hormonas que regulan la producción o maduración espermática. Estos estudios están en sus inicios. Otra forma es la inmunización pasiva contra el péptido inhibina prostática, que en el hámster produce alteraciones en la FSH, disminución de la espermatogénesis e infertilidad.

Se ha investigado la nestorona transdérmica en gel sola y se ha visto que tiene actividad de supresión de gonadotropina; es segura y efectiva y por ello justifica un estudio a más largo plazo para la supresión de la espermatogénesis⁽⁴⁵⁾.

Anticoncepción oral de emergencia (AOE)

A pesar de que en el mundo aumenta la prevalencia de uso de MAC, siempre habrá situaciones especiales que ameritan la opción de la AOE, cuando hay RS sin protección. La AOE está destinada para una sola vez o uso ocasional. Si una mujer utiliza la AOE varias veces durante 1 año, el riesgo acumulado de embarazo sería mayor que si utiliza constantemente un método moderno^(46,47).

Anticoncepción posparto

Así como la anticoncepción postaborto ofrece grandes ventajas logísticas, para evitar las oportunidades perdidas, gracias a la facilidad en la aproximación entre las usuarias y los proveedores y la gran motivación de las pacientes interesadas en espaciar sus embarazos. La aplicación del DIU inmediatamente después del nacimiento es una inserción tan segura como aquella que se hace 6 semanas después. Las tasas de perforación y de infección no son significativamente diferentes. Sin



embargo, la tasa de expulsión sí es más elevada ⁽⁴⁸⁾.

Anticoncepción postaborto

Se puede utilizar todos los MAC, teniendo en consideración los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Encontramos que la inserción de un DIU inmediatamente después de un aborto es segura y práctica, aunque la tasa de expulsión parece ser más alta que después de la inserción de intervalo ^(11, 12, 49).

Anticoncepción en adolescentes

En el Perú, este grupo poblacional ocupa un lugar importante en la sociedad. La AC en la adolescencia se ha caracterizado por un relativo desconocimiento, especialmente en lo referente a AC hormonal y DIU. Tener en cuenta que la MM en adolescentes es más frecuente que entre las mujeres adultas y que la anticoncepción es una medida que previene esta tragedia ⁽⁵⁰⁾.

Siempre ha existido recelo para aplicar el DIU en adolescentes; sin embargo, hoy se sabe que la anticoncepción intrauterina se les puede proveer como método de largo plazo. Ellas toleran más el DIU con LNG ⁽⁵¹⁾. Otros anticonceptivos en este grupo humano pueden ser administrados de acuerdo a los criterios de elegibilidad de la OMS ⁽¹¹⁾.

Uso de anticonceptivos por las mujeres en el Perú

Algunos indicadores de fecundidad y uso de anticonceptivos

De acuerdo a las ENDES 2009 y 2007-2008 se dispone como datos importantes los siguientes ^(52, 53):

Fecundidad: La tasa global de fecundidad (TGF) de las mujeres peruanas a nivel nacional es 2,6, siendo 2,3 en el área urbana y 3,6 a nivel rural; la tasa específica de fecundidad en las adolescentes es 63 por cada 1 000 mujeres de este grupo humano. Del total de adolescentes

peruanas, 11% ya es madre y 3% está gestando por primera vez; esto significa un total de 14%. En el área urbana, la cifra es 10,6 y en el área rural 22,2. La fecundidad deseada es 1,6 hijos por cada mujer peruana.

Anticoncepción: Del total de mujeres en edad fértil unidas (MEFU), 73,2% usa algún MAC; 50% usa un método moderno y 23,2 un método tradicional. De acuerdo a su lugar de residencia, en la zona urbana 74,6% usa algún método, 53,3% usa método moderno y 21,3 tradicional; mientras que en la zona rural 70% usa algún método, 42,3% usa un método moderno y 27,8% un método tradicional. Solo el 53% de las mujeres que usa el método de abstinencia periódica conoce que su período fértil se encuentra en la mitad del ciclo. Son usuarias de AQV femenina 9,4% de las MEFU, usuarias de AQV masculina 0,4% de las MEFU, usuarias de píldoras anticonceptivas 7,6%, de DIU 3,8%, de anticonceptivos inyectables 18,1%, de condón 10%, de anticonceptivos vaginales 0,3% y usuarias del método de lactancia amenorrea 0,1%.

La tasa de discontinuación de los métodos anticonceptivos al cabo de un año de uso es de 50% en promedio, siendo la píldora el método que más se discontinúa (59,6%) y el DIU el que menos tasa de discontinuación tiene (14,5%).

La tasa de necesidades insatisfechas de anticoncepción es 7,2% a nivel nacional, siendo 6,5% a nivel urbano y 8,7% a nivel rural.

En cuanto al suministro de anticonceptivos, 68,4% de las MEFU lo reciben en el sector público, 30,5% lo recibe en el sector privado, con un predominio franco de las farmacias; de otra fuente privada lo recibe 0,5% y de otras fuentes 0,5%.

Es notorio encontrar la información que, del total de mujeres interrogadas sobre su último embarazo, 31,8% lo quería tener más tarde y 34,9%

no lo quería tener. Esto habla de la frecuencia importante que tiene aún el embarazo no planeado/no deseado entre nuestras mujeres.

Oferta de anticonceptivos en el ministerio de salud (MINSA)

Para desarrollar este ítem recurrimos a la entrevista sostenida con las funcionarias de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y la revisión conjunta de su documentación.

De acuerdo a las ENDES consultadas, el sector público es el mayor proveedor, pues hace entrega de anticonceptivos casi al 70% de las MEFU. Del sector público, la institución más activa es el Ministerio de Salud, que durante el año 2009 tiene en su registro 1 228 277 parejas protegidas.

Métodos anticonceptivos que ofertan los establecimientos de salud del MINSA:

- Abstinencia periódica, incluye el uso del collar
- Condón masculino
- Dispositivo intrauterino, TCu 380
- Anticonceptivos orales
- Inyectable hormonal de depósito trimestral
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina.

Adquisición de anticonceptivos

El MINSA adquiere los insumos anticonceptivos mediante compra nacional, para lo cual primero estudia el mercado, hace licitación y luego compra directamente. Para esta compra, durante el año 2010 el MINSA ha previsto un presupuesto



de 15 millones de soles, el mismo que se financia con fondos del tesoro público.

Entrega de anticonceptivos a las usuarias

El método moderno más demandado en los establecimientos de salud del MINSA es el inyectable trimestral, seguido del condón, la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina, la píldora y el DIU apenas aparece con 4%. La esterilización masculina casi no aparece.

Planes para expandir la oferta de AC

El MINSA espera poder incorporar el condón femenino dentro de la oferta y así mismo planea ampliar el uso del DIU y la esterilización, realizando acciones de sensibilización y capacitación a los proveedores.

Oferta de anticonceptivos en el sector privado sin fines de lucro

Para resolver este ítem se recurrió a la entrevista con los profesionales de una ONG que entrega anticonceptivos sin fines de lucro. Esta institución presta diversos servicios de salud sexual y reproductiva y atiende en Lima y otras regiones del país.

Métodos anticonceptivos que oferta la ONG

- Anticonceptivos hormonales orales combinados
- Píldoras con progestágeno puro
- Inyectable mensual combinado
- Inyectable trimestral con solo progestágeno
- DIU TCu 380
- Nova T

- Condón masculino
- Espermaticidas
- Anillo vaginal
- Implantes subdérmicos
- AQP masculina.

Adquisición de anticonceptivos

Esta organización adquiere los insumos directamente en el mercado y hace una compra, previa negociación con los laboratorios, aunque adquiere también los insumos a través de IPPF. El presupuesto disponible para adquirir AC en el año 2010 es de 1 672 167 soles, que se financia con fondos institucionales, donación desde IPPF y procedentes de las propias usuarias.

Entrega de anticonceptivos a las usuarias

El método de lejos más demandado por las usuarias es el inyectable combinado mensual (50%), porque les resulta muy discreto, difícil de olvidar y más barato. Es seguido por las píldoras anticonceptivas combinadas (15%) y el condón masculino (10 a 12%). Llama la atención la poca demanda del DIU (2 a 3%). La AQP masculina representa una frecuencia de demanda de 2%.

Durante la entrevista, se pudo obtener que el condón es utilizado con criterio de doble protección, en el sentido de que cuando se utiliza solo permite proteger a la usuaria de un posible embarazo y de una ITS/VIH; sin embargo, si la mujer usa otro anticonceptivo, también se le informa de que puede usar además el condón eventualmente para protegerse de una ITS/VIH.

Planes para expandir la oferta de AC

Esta institución hace mercadeo social con otros profesionales de la salud no médicos y está a la espera de la obtención de licencia para poder hacer entrega de AQP femenina.

Oferta de anticonceptivos en el sector privado con fines de lucro

Para resolver este ítem se recurrió a la entrevista con profesionales de tres clínicas privadas que entregan anticonceptivos, además de otros servicios de salud sexual y reproductiva. En estas clínicas, los profesionales entregan anticonceptivos entre el 20 y 40% de sus usuarias de los servicios de Ginecología y Obstetricia.

Métodos anticonceptivos que ofertan las clínicas

Estas instituciones ofertan

- Anticonceptivos hormonales orales combinados
- Píldoras con progestágeno solo
- Inyectable mensual combinado
- Inyectable trimestral con solo progestágeno
- DIU TCu 380
- DIU con progestágeno
- Condón masculino
- Espermaticidas
- Anillo vaginal
- Parches transdérmicos
- Implantes subdérmicos
- AQP femenina
- AQP masculina
- Abstinencia periódica, incluye el collar.



Adquisición de anticonceptivos

Los anticonceptivos son adquiridos por las propias usuarias.

Entrega de anticonceptivos a las usuarias

De todos los métodos anticonceptivos ofertados en estas clínicas, está muy claro que los DIU medicados con progestágeno o con cobre y las píldoras anticonceptivas combinadas son los más demandados y fluctúa entre 12 y 37% de las usuarias para el primero y entre 12 y 40% para el segundo. Las píldoras de progestágeno puro ocupan también un lugar importante en la demanda (8 a 20%), así como el condón masculino (5 a 20%) y el inyectable mensual (4 a 10%).

En dos de estas tres clínicas se pudo obtener que el condón es claramente usado con criterio de doble protección.

Planes para expandir la oferta de AC

En estas instituciones se planea aumentar el uso del DIU medicado con progestágeno, debido a la satisfacción de las usuarias y porque reduce la pérdida de flujo menstrual. Además, se planea hacer oferta de esterilización femenina utilizando la vía transcervical, por ser menos invasiva, la misma que se viene administrando en otros países, pero en el Perú aún no se ha iniciado su entrega.

Disponibilidad de anticonceptivos en el mercado peruano

Para responder a este requerimiento, se consultó el registro nacional de insumos farmacéuticos, publicado por los laboratorios farmacéuticos⁽⁵⁴⁾. En este registro aparecen dentro

del mercado nacional los siguientes productos:

- Anticonceptivos orales combinados, de diferentes marcas, composiciones y dosis
- Anticonceptivos orales con solo progestinas
- Inyectables combinados
- Inyectables de solo progestágeno
- DIU con cobre
- DIU medicado con progestágeno
- Implantes subdérmicos
- Parches
- Espermaticidas.

Hay otros anticonceptivos que son utilizados por las usuarias y que no aparecen en este listado farmacéutico, entendiéndose que los laboratorios los comercializan directamente, o los insumos son adquiridos de diferente manera.

Discusión y comentarios

El presente trabajo nos ha permitido realizar un análisis de la oferta de AC por parte de las diferentes instituciones que prestan servicios de SSyR; compara lo que ocurre en estos sectores no solo con la oferta sino con la demanda y de los resultados obtenidos elaborar un conjunto de recomendaciones encaminadas a reducir las brechas que el país aún mantiene en lo referente al derecho de las mujeres a la regulación de su fecundidad.

Lo primero que aparece en la búsqueda bibliográfica es el evidente avance que ha existido en todos los MAC, empezando por los llamados métodos de abstinencia periódica. En este campo puede apreciarse que, luego de las investigaciones de Wilcox⁽¹⁵⁾, se ha entendido muy bien que la ovulación en la mujer en edad reproductiva es variable en su

cronología y que su período fértil es también amplio durante el ciclo menstrual. Para asegurar la eficacia de los métodos de abstinencia se han creado técnicas más sofisticadas, como las mediciones químicas en orina, saliva y paredes vaginales. Igualmente, se creó el collar y los termómetros electrónicos.

Los métodos de barrera cuentan hoy en día entre ellos al condón femenino que permite a la mujer tomar el control de la anticoncepción y le ofrece una mejor protección contra las ITS, por cuanto el insumo utilizado cubre además la vulva.

Es importante destacar que el condón masculino y femenino constituye el método de doble protección por excelencia; por un lado, protege de los embarazos no planeados/no deseados y por otro lado protege contra las infecciones de transmisión sexual, como el herpes virus, el gonococo y la clamidia, además del VIH/sida. Adicionalmente al uso único de este método de barrera como insumo de doble protección, eventualmente se puede utilizar cualquiera de ambos, junto con algún otro método anticonceptivo que usa la mujer, con el propósito de realizar protección contra las ITS. Lamentablemente, este concepto no ha calado aún bien entre los/as profesionales que prestan los servicios ni en los/as propios/as usuarios/as.

En relación a los dispositivos intrauterinos, es clara su alta eficacia y su largo periodo de duración, que los convierte en insumos con una excelente relación costo-beneficio. Además, está claro que su mecanismo de acción tiene que ver predominantemente con



la incapacidad del espermatozoide para su acción fecundante, sin afectar la implantación del huevo fecundado.

De otro lado, hemos podido apreciar que en relación a los anticonceptivos hormonales ha continuado el avance, no solo en la utilización de nuevas progestinas y en la reducción de las dosis, sino además en las diversas formas de administración -oral, inyectables intramusculares y subcutáneos, implantes cada vez más simplificados, parches para adherirlos a la piel y aplicación de anillos vaginales-, lo que necesariamente ha traído por consecuencia brindar a las mujeres otras diferentes opciones para el uso y una mejor satisfacción en sus demandas de anticoncepción.

La esterilización voluntaria en las mujeres es tal vez el método más utilizado o uno de los más utilizados en el mundo, debido a que es un método definitivo, fácil de realizar, eficaz y debido a lo prolongado de su acción resulta muy económico para las personas y las instituciones que lo ofertan. En este campo, ha habido evidentes progresos que hacen más variadas las opciones quirúrgicas y proporcionan mayor satisfacción a las usuarias.

En el hombre no han sido fáciles las investigaciones para incorporar nuevas medidas anticoncepcionales; sin embargo, es prometedor el interés que se viene poniendo en el tema de la anticoncepción masculina, lo cual representa un importante avance y mejores oportunidades para ir en búsqueda de equidad en las responsabilidades de la regulación de la fecundidad.

La oferta y entrega de MAC debe ser procurada durante las diferentes

oportunidades de atención de la SSyR; y en ese sentido el posparto y el postaborto constituyen valiosas oportunidades para hacerlo como parte de una atención integral, con los consiguientes beneficios que de ello se desprenden.

La anticoncepción en adolescentes merece una atención especial. Este grupo humano representa en el mundo y particularmente en el Perú una proporción importante de la población, siendo su actividad sexual un hecho real que trae aparejado una frecuencia mayor de embarazos, cuyas consecuencias médicas y sociales son bien conocidas, particularmente en los grupos marginados, con mayores índices de pobreza y de educación, o que viven en zonas rurales. En el Perú, el 14% de las adolescentes ya es madre o está embarazada, lo que es más frecuente en la selva peruana, y la morbilidad y mortalidad materna que en ellas ocurre se da en mayor proporción que en las mujeres embarazadas adultas; de allí entonces la necesidad de operar un cambio importante en su atención. La educación sexual desde edades tempranas y la prestación de servicios de SSyR que tengan algunas características propias, como ser diferenciados, con respeto a la privacidad y muy amigables, indiscutiblemente contribuirán a mejorar los resultados, conforme se ha observado en otros países.

Las encuestas ENDES llevadas a cabo en el Perú nos presentan avances importantes en la atención obstétrica, como es el aumento de la atención prenatal, la atención del parto institucionalizado y por profesionales de la salud, lo que ha traído conjuntamente el mejoramiento de la atención de las emergencias obstétricas, la reducción de la anemia

durante el embarazo y otras variables importantes que han contribuido a reducir las muertes maternas. Sin embargo, estas mismas ENDES nos entregan resultados preocupantes en materia de anticoncepción: la tasa global de fecundidad no se ha modificado a pesar de los deseos de regularla de parte de las mujeres y por el contrario diríamos que existe una ligera tendencia al aumento; las necesidades insatisfechas en anticoncepción aparentemente se han reducido en el tiempo, pero si se tiene en cuenta la alta frecuencia de uso de anticonceptivos tradicionales, la necesidad de uso de anticonceptivos eficaces es mayor. Este último hecho trae como consecuencia la tasa alta de abortos que mantiene el país y un retraso aún mayor para alcanzar la reducción de las muertes maternas. La frecuencia total de uso de anticonceptivos aparentemente ha subido un poco; sin embargo, los anticonceptivos modernos o eficaces se mantienen en una proporción que no va más allá del 50% de las MEF unidas y, por el contrario, los métodos tradicionales son los que acusan un alza en su frecuencia de uso. De otro lado, la tasa de abandono del método anticonceptivo dentro del primer año de uso es del orden del 50%, lo que revela un alto grado de insatisfacción de las mujeres peruanas con los métodos que le ofrecen hasta ahora. Finalmente, debemos subrayar la tendencia a la elevación de la tasa específica de fecundidad entre las adolescentes, que es un indicador que debe obligar a trabajar más decididamente con este grupo poblacional.

Cuando examinamos comparativamente los diferentes tipos de anticoncepción que se ofrece y entrega en el sector público y privado observamos las diferencias que aparecen en la tabla 2.



Tabla 2. Métodos anticonceptivos que se ofertan en el sector público y privado en el Perú.

Método	Ministerio de Salud	Sector privado sin fines de lucro	Sector privado con fines de lucro
Ritmo	X	X	X
Píldoras anticonceptivas	X	X	X
Píldoras de solo progestágeno	X	X	X
Inyectable trimestral	X	X	X
Inyectable mensual	---	X	X
DIU de cobre	X	X	X
DIU medicado	---	X	X
Tabletas vaginales	---	X	---
Condón masculino	X	X	X
Condón femenino	---	---	X
AQV femenina	X	---	X
AQV masculina	X	X	X
Implantes subdérmicos	---	X	X
Parches	---	---	X
Anillo vaginal	---	X	X
AOE	X	X	X

AQV = anticoncepción quirúrgica voluntaria.

AOE = anticoncepción oral de emergencia

Claramente puede apreciarse que los métodos anticonceptivos son ofertados con mayor variedad en el sector privado. Dentro de los establecimientos de salud del MINSA, la oferta no solo es restringida, sino que existen métodos que están retrocediendo ostensiblemente a pesar de su eficacia o métodos que ya no se ofertan; tal es el caso de la anticoncepción quirúrgica femenina, del DIU TCu 380 y de los espermaticidas. Conviene aclarar también que, dentro de

los anticonceptivos hormonales combinados, la oferta es sobre el mismo fármaco (EE+LNG), no habiendo incorporado aún ninguno de los compuestos de generaciones de fármacos más actual.

De la misma información recogida desde el MINSA y los establecimientos privados, se puede construir la tabla 3, en la que vamos a poder apreciar la frecuencia diferente con que se demanda los anticonceptivos modernos por las usuarias peruanas.

Tabla 3. Demanda de anticonceptivos modernos en el sector del MINSA y sector privado

Método	Frecuencia de uso		
	Ministerio de Salud	Sector privado sin fines de lucro	Sector privado con fines de lucro
Píldoras anticonceptivas	7,6%	15%	De 12 a 40%
Píldoras de solo progestágeno		<1%	De 8 a 20%
Inyectable trimestral	16,4%	1%	De 0 a 7%
Inyectable mensual		50%	De 4 a 10%
DIU de cobre	4%	2 a 3%	De 12 a 17%
DIU medicado		Excepcional	De 0 a 20%
Tabletas vaginales		Excepcional	
Condón masculino	9,9%	10 a 12%	De 5 a 20%
Condón femenino			De 0 a 1%
AQV femenina	9,8%		De 2 a 12%
AQV masculina	Casi no se hace	2%	De 0 a 2%
Implantes subdérmicos		Excepcional	De 2 a 20%
Parches			De 2 a 5%
Anillo vaginal		1 a 2%	De 1 a 15%

Puede observarse en líneas generales que la frecuencia de uso de métodos modernos en el sector privado sin fines de lucro y con fines de lucro es mayor que en el sector público, que nosotros atribuimos a tres variables: mayor educación, mayor capacidad adquisitiva y mayor capacidad de decidir por parte de las mujeres en ese sector. No dudamos que la mayor oferta de MAC en el sector privado tiene mucho que ver con el resultado, puesto que al abandonar un método escogido, las mujeres tienen una mayor posibilidad de reemplazarlo por otro método que se ajuste a sus demandas. Esta tabla destaca que, mientras en los establecimientos del MINSA existe una tendencia al uso cada vez menor del DIU y de la anticoncepción quirúrgica femenina, en el sector privado se mantiene alto el uso del DIU, a lo que se agrega la presencia del DIU medicado con progestágeno y la anticoncepción quirúrgica es también mayor. El sector privado revela además un uso de otros métodos que van ocupando espacio importante por su frecuencia: los parches, los implantes y los anillos vaginales, así como el uso de los inyectables mensuales combinados.

El Ministerio de Salud obtiene los recursos para la adquisición de insumos AC desde el tesoro público, en tanto el sector privado sin fines de lucro obtiene esos recursos de fondos institucionales, a partir de una organización internacional y desde las propias usuarias; mientras que en el sector privado con fines de lucro los recursos proceden directamente desde las propias usuarias. Llama la atención que el MINSA haya destinado 15 millones de soles para adquirir insumos AC el año 2010 para atender poco más



del 50% de las mujeres peruanas; en tanto la institución privada sin fines de lucro que atiende una población significativamente menor destine para los mismos fines 1 672 117 soles, que marca una diferencia importante.

Mientras en el sector público existen planes para recuperar métodos anticonceptivos que han ido en desuso, como son los casos del DIU y la AQV femenina mediante actividades de sensibilización y de capacitación a sus proveedores y la incorporación del condón femenino, en el sector privado se tiene planes para incorporar básicamente nuevas metodologías y mejorar la oferta.

La industria farmacéutica en el Perú ha ido agregando con el tiempo una mayor disponibilidad de insumos anticonceptivos: anticonceptivos orales combinados de diferentes marcas, composiciones y dosis, anticonceptivos orales con solo progestinas, inyectables combinados, inyectables de solo progestágeno, DIU con cobre, DIU medicado con progestágeno, implantes subdérmicos, parches, espermaticidas. Existen AC que, aunque no aparecen publicados en el listado oficial de los laboratorios, sin embargo se comercializan en el Perú, lo cual contribuye también a una mayor oferta de insumos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De la presente revisión efectuada no cabe duda que la oferta de MAC por el Ministerio de Salud en sus establecimientos resulta restringida, existiendo además el riesgo de que algunos métodos tan eficaces como la AQV y el DIU corran el riesgo de reducirse a la mínima expresión, en tanto la demanda de uso de

AC crece en el país. Se sabe que la incorporación de nuevos MAC dentro de la oferta de los servicios contribuye a la adhesión de las mujeres a la anticoncepción así como a la satisfacción de parte de las usuarias, trayendo un beneficio adicional que es la incorporación de otras nuevas usuarias.

Para efectos de mejorar la oferta y la demanda de MAC y contribuir a cerrar las brechas aún existentes, nos permitimos realizar las siguientes recomendaciones:

- 1.- Mantener una perspectiva amplia de salud sexual y reproductiva integral que facilite el acceso de las mujeres a todos los servicios a los que tiene derecho, y con ello tener acceso a la anticoncepción y planificación familiar que debe permitirles satisfacer sus expectativas reproductivas.
- 2.- No dissociar el abordaje de la anticoncepción de la prevención las ITS/VIH/sida, porque son parte de un mismo problema; esto es, relaciones sexuales desprotegidas. Se debe tomar en consideración el escaso uso del condón y su abandono en las parejas estables, lo que acarrea que las mujeres se infecten cada día con más frecuencia.
- 3.- La planificación familiar y la anticoncepción, que son necesarias para satisfacer las demandas de regulación de la fecundidad por parte de la población, son una responsabilidad del Estado.
- 4.- Mantener la motivación de las parejas y de las personas acerca de la planificación familiar y la anticoncepción a través de información y educación veraz.
- 5.- Promover la PF y la anticoncepción creando un clima de opinión favorable para el uso

de MAC eficaces, basados en las evidencias científicas y en el respeto por el derecho de las personas a tener una vida sexual saludable y a regular su fecundidad.

6.- Además de expandir el conocimiento de los MAC se hace necesario hacer accesibles y asequibles una gama de servicios y productos para PF.

7.- De lo anterior se desprende la necesidad de fortalecer las metodologías existentes y eficaces, como el DIU TCu 380 A, la AQV femenina y masculina.

8.- Igualmente, incorporar otras metodologías anticonceptivas eficaces y que cuentan con la satisfacción de las mujeres: el condón femenino, métodos hormonales orales con diferentes compuestos progestacionales, implantes subdérmicos, parches con contenidos hormonales, DIUs medicados con progestágenos, cuya disponibilidad financiera debe ser encontrada en los servicios que presta el sector público.

9.- Realizar un esfuerzo sostenido para hacer llegar los anticonceptivos a las mujeres más vulnerables y que presentan mayor riesgo de embarazos no deseados: mujeres de zonas marginales y rurales, con menor educación, menor capacidad adquisitiva y con menores posibilidades de decidir sobre su fecundidad.

10.- Fortalecer entre las/os usuarias/os y los/as profesionales de la salud el concepto de doble protección que ejercen el condón masculino y femenino, los cuales al ser utilizados protegen de un embarazo no planeado/no deseado y de ITSs/VIH/sida. En este caso, se contribuye así a una vida



sexual satisfactoria sin riesgos de embarazo y sin riesgo de contraer enfermedades.

11.- Contribuir al desarrollo de otras metodologías de anticoncepción masculina.

12.- Realizar intervenciones de motivación y capacitación en metodología anticonceptiva a nivel de los/as profesionales de la salud, a fin de diseminar el conocimiento actual, promover intercambio de experiencias y discusión sobre algunos mitos y prejuicios que aún persisten entre los proveedores de los servicios.

13.- Fortalecer las condiciones de calidad de los servicios y examinar alternativas para la recuperación de costos que demande la incorporación de nuevos métodos anticonceptivos.

14.- Realizar una movilización de apoyo y concientización, lo cual requiere crear una coalición de apoyo a la PF. El éxito dependerá más del compromiso político que de la disponibilidad de fondos. Comprometer la comunicación masiva y mensajes de PF.

15.- Incorporar o fortalecer la participación de otros/as profesionales de la salud a la prestación de servicios de anticoncepción, sobre lo cual existe desde hace tiempo experiencia favorable⁽⁵⁵⁾.

16.- Integrar las actividades de planificación familiar y de anticoncepción con otros programas, por ejemplo, con ITS/VIH, dentro de una concepción integral de la salud sexual y reproductiva, conforme ha sido recomendado por instancias especializadas⁽⁵⁶⁾.

17.- Mantener la anticoncepción de emergencia como una segunda

opción para evitar los embarazos no planeados/no deseados en las mujeres que han tenido relaciones sexuales no protegidas⁽⁵⁷⁾.

18.- Reconocer la necesidad de una mayor financiación para las intervenciones en planificación familiar y en anticoncepción, por ser medidas que contribuyen notoriamente a la reducción de los embarazos no planeados/no deseados y a la reducción consiguiente de las cifras de mortalidad materna^(9,58).

19.- Replantear políticamente la PF y la anticoncepción como un asunto de importancia económica, de desarrollo y seguridad (como lo es el sida). La omisión de la PF como un objetivo integrado a la atención de la salud sexual y reproductiva puede demorar la regulación de la fecundidad, lo cual tendrá enormes implicancias a mediano plazo⁽⁶⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calle A. Bioética y aborto. *Rev Ecuatoriana Ginecol Obstet.* 2010;17(1):31-7.
2. Himes NE. *Medical history of contraception.* New York: Schucken, 1970.
3. Senanayake P. Fertility regulation. An NGO perspective in contraception. *Research and Development* 1994.
4. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development. Cairo 5-13 September 1994. New York: UN 1995.
5. United Nations. Report of the Fourth World Conference on Women. Beijing 4-15 September 1995. New York: UN 1996.
6. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: The inconclusive agenda. *Lancet.* 2006;368:1810-27.
7. Armijo R, Monreal T. El problema del aborto provocado en Chile. *Bol Of Sanit Pan Am.* 1966;60:39-45.

8. Shepard B, Casas L. Abortion policies and practices in Chile: Ambiguities and dilemmas. *Reprod Health Matters.* 2007;15(30): 202-10.

9. Collumbien M, Gerresu M, Cleland J. Non-use and use of ineffective methods of contraception. En: Ezzoti M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, eds. *Comparative quantification of health risk: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors.* Geneva: WHO. 2004:1255-320.

10. Ross J, Hardeek K, Mumford E, Eids S. Contraceptive method choice in developing countries. *Int Fam Plan Prospec* 2002;28:32-40.

11. WHO. Department of Reproductive Health and Research. *Medical eligibility criteria for contraceptive use,* 3rd edition. Geneva: WHO 2004.

12. WHO. *Improving access to quality care in family planning: Medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods.* Geneva: WHO 2005.

13. WHO, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communications Program. *INFO Project Family Planning: A global handbook for providers.* Baltimore and Geneva: CCP/WHO 2007.

14. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, et al. *Contraceptive Technology,* 18^o Revised edit. New York: Arden Media 2004.

15. Wilcox H. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy and sex of the baby. *NEJM.* 1995;23:1517-21.

16. Van der Wijden C, Kleijnen J, van den Berk T. Amenorrea de lactancia para la planificación familiar (Rev Cochrane traducida). En: *Cochrane Library* 2007, N° 2.

17. Coovadia HM, Rollinge NC, Bland RM, Little K, Coutsoudis A, Bennish ML, Newell ML. Mother-child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life. An intervention cohort study. *Lancet.* 2007;369:1107-16.

18. Von Mellendorf CE, van Damme L, Moyes JA, Rees VH, Callahan MM, Mauck CK, Puren AJ, Tweedy K, Taylor D. Results of a safety and feasibility study



- on the diaphragm use with ACIDFORM gel or K-Y Jelly. *Contraception*. 2010;81:232-9.
19. Family Health International. User behaviors and characteristics related to condom failure, 2005.
 20. Schwartz JL, Barnhart K, Creinin MD, Poindexter A, Wheelless A, Kilbourne-Brook M, Mauck CK, Weiner DH, Callahan MM. Comparative cross over study of the PATH woman's condom and FC female condom. *Contraception*. 2008;78:465-73.
 21. Berkoiniska M, Smit J, Mobude Z, Vijayakumer G, Linda J. Male partner involvement and assistance in female condom use. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008;13:400-13-
 22. Métodos de barrera vaginales. Opción subutilizada?. *Outlook*. 1993;11(4).
 23. Artz L, Macaluso M, Meinzen-Derr J, Kelaghan J, Austin H, Fleenor M, Hook EW 3rd, Brill I. A randomized trial of clinical delivered interventions promoting barrier contraceptive for sexually transmitted disease prevention. *Sex Transm Dis*. 2005;32:672-9.
 24. Barnhart K, Kulp JL, Rosen M, Shera DM. A randomized trial to determine the distribution of four topical gel formulations in the human vagina. *Contraception*. 2009;79:297-303.
 25. Network en español. El DIU T de cobre. *Network*. 2000;20(1).
 26. Stringer EM, Kaseba C, Levy J, Sinkala M, Goldenberg RL, Chi BH, Matongo I, Vermund SH, Mwanahamuntu M, Stringer JS. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device versus hormonal contraceptive in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197:e1-e8.
 27. Burkman R. Oral contraceptive, current status. *Clin Obstet Gynecol*. 2001;44(1):62-72.
 28. Rowland S. Newer progestogens. *J Fam Plann and Reprod Health Care*. 2003;29:13-6.
 29. Gallo MF, Nanda K, Grimes DA, Schulz KF. 20 µg versus >20 µg estrogen combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Review*. 2006, Issue 2.
 30. Rosenbaum P, Schmidt W, Helmerhost FM, Wuttke W, Rossmanith W, Freundl F, Thomas K, Grillo M, Wolf A, Heithecker R. Inhibition of ovulation by progestogen (drospirenone) alone or in combination with ethinyl estradiol. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2005;5:16-24.
 31. Machado RB, de Melo NR, Maia H Jr. Bleeding patterns and menstrual-related symptoms with the continuous use of contraceptive combination of ethinylestradiol and drospirenone: a randomized study. *Contraception*. 2010;81:215-22.
 32. Rumijo JK, Sekadde-Kigonda CB, Karanja JG, Nasution M, Nutley T. Comparative acceptability of combined and progestine-only injectable contraceptives in Kenya. *Contraception*. 2005;72:138-45.
 33. Archer DF, Bigriff A, Smalword GH. Assessment of compliance with weekly contraceptive patch (ortho Evra/Evra) among North American women. *Fertil Steril*. 2002;77(Suppl 2):3-13.
 34. Gilliam ML, Heustadt A, Kozloski M, Mistretta S, Tilman S, Godfrey E. Adherence and acceptability of the contraceptive ring compared with the pill among students: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2010;115:503-10.
 35. Wethoff C. Depot-medroxyprogesterone acetate injection (Depo-Provera ©): a highly effective contraceptive option with proven long-term safety. *Contraception*. 2003;68:75-87.
 36. Steiner MJ, Kwok C, Stanback J, Byamugisha JK, Chipato T, Magwali T, Mmiro F, Rugpao S, Sriplienchan S, Morrison C. Injectable contraception: what should the longest interval be for reinjection?. *Contraception*. 2008;78:1-16.
 37. Affandi B. An integrated analysis on vaginal bleeding in clinical studies on Implanon. *Contraception*. 1998;58:99S-107S.
 38. Barrera PA, Gomez PI. Implantes subdérmicos anticonceptivos no absorbibles. *Rev Controversias Ginecoobstetricia*. 2000;5(7):5-20.
 39. Grimes DA, Lopez LM, O'Brien PA, Raymond EG. Progestin-only pills for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 Jan 20; (1): CD 007541.
 40. Chi I-C. The TCU 380^a (AG), ML Cu375 and Nova T IUDs and IUD daily releasing 20 µg levonorgestrel: Four pillars of IUD contraception for the nineties and beyond? *Contraception*. 1993;47:340.
 41. Lehtovirta P, Paavonen J, Heikinheimo O. Experience with levonorgestrel releasing intrauterine system among HIV infected women. *Contraception*. 2007;75:37-9.
 42. Ruiz J, Gomez PI. Minilaparotomy under local anesthesia for tubal ligation. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997;76:67-71.
 43. Greenberg J. Hysteroscopic sterilization: history and current methods. *Obstet Gynecol*. 2008;1:113-21.
 44. Chen KC, Peng CC, Hsieh HM, Chiang HS. Simple modified no-scalpel vasectomy (percutaneous vasectomy)-a comparative study against the standard no-scalpel vasectomy. *Contraception*. 2005;71:153-6.
 45. Mahabadi V, Amory JK, Swerdloff RS, Bremner WJ, Page ST, Sitruk-Ware R, Christensen PD, Kumar N, Tsong YY, Blithe D, Wang C. Combined transdermal testosterone gel and the progestine nesterone suppresses serum gonadotropin in men. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94:2313-20.
 46. Bahamondes L, Nascimento JAA, Munuce MJ, Fezano F, Faundes A. The in vitro effect of levonorgestrel on the acrosome reaction of human spermatozoo from fertile men. *Contraception*. 2003;68:55-9.
 47. Croxato H, Ortiz ME. Mecanismo de acción del levonorgestrel en la anticoncepción de emergencia. *Rev Chilena Obstet Ginecol*. 2004;69(2):157-62.
 48. Ereglu K, Akkuzu G, Vural G, Dilbaz B, Akin A, Taşkın L, Haberal A. Comparison of efficacy and complications of IUD insertion in immediate postplacental/early postpartum period with interval period: 1 year follow up. *Contraception*. 2006;74:376-81.
 49. Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortal of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 Oct 18; (4): CD 001777.
 50. Family Health International. Consideraciones de la anticoncepción para adolescentes 2005.
 51. Godfrey EM, Memmel LM, Neustadt A, Shah M, Nicosia A, Moorthie M,



- Gilliam M. Intrauterine contraception for adolescent aged 14-18 years: a multicenter randomized pilot study of levonorgestrel-releasing intrauterine system compared to the copper T 380 A. *Contraception*. 2010;81:123-7.
52. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009 (ENDES Continua 2009). Lima: INEI 2010.
53. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2007-2008 (ENDES Continua 2007-2008). Lima: INEI 2009.
54. Thompson PLM. Diccionario de especialidades farmacéuticas. Lima-Perú: PLM 2006.
55. Rosenfield A, Lincharoen C. Auxiliary midwife prescription of oral contraceptive: an experimental projection Thailand. *Am J Obstet Gynecol*. 1972;113:942-9.
56. WHO, UN population Fund, UNAIDS, IPPF. Sexual and reproductive health and HIV/AIDS. A framework for priority linkages. Geneva: WHO 2005.
57. Faundes A, Tavara L, Brache V, Alvarez F. Emergency contraception under attack in Latin America: Response of the medical establishment and civil society. *Reprod Health Matters*. 2007;15(29):130-8.
58. Singh S, Darroch JE, Ashford LS, Vlassoff M. Adding It up: The costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health. New York: AGI and UNFPA 2009.