

**SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y
PROMOCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y
SALUD REPRODUCTIVA**

***Información para Personal de Salud
sobre la Norma Oficial Mexicana 005-SSA-2-1993, de los
Servicios de Planificación Familiar.***

Enero, 2004

Como es de su conocimiento, el día 21 de enero del presente año fue publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF), la modificación a la NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar. La edición de esta norma es el resultado de un intenso trabajo colegiado, para lo cual se contó con la participación de expertos en la materia, de las instituciones de salud representadas en el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva.

Esta NOM es de observancia nacional en la prestación de los servicios a partir del día siguiente a su publicación en el DOF.

En la NOM modificada de los Servicios de Planificación Familiar, se han considerado los conocimientos científicos en esta materia, probados y aprobados por la Organización Mundial de la Salud, traducidos en los criterios de elegibilidad que la OMS ha publicado para el manejo de la tecnología anticonceptiva más actualizada. Capítulo de gran importancia representan los aspectos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos de la población, enfatizando en el pleno respeto a la libre decisión en la adopción de un método anticonceptivo, fundamentada en la accesibilidad de la población a información veraz, oportuna, completa y entendible en planificación familiar, mediante un adecuado proceso de orientación consejería.

A través de la modificación de esta NOM, se tratará de contribuir a dar cumplimiento a los objetivos del Programa Nacional de Salud: A) Favorecer el desarrollo social del país mejorando los niveles de salud de la población, enfáticamente los de las mujeres, los niños y las niñas, B) Disminuir las inequidades para acortar las brechas entre los diversos segmentos de la población y C) Favorecer la Protección Financiera de la población para que la atención de los procesos morbosos de la población no se traduzca en una catástrofe para la economía de las personas, la familia y la sociedad en su conjunto.

En las modificaciones que ha sufrido la versión de la NOM de 1993, se han incorporados las opciones más actualizadas en materia de anticoncepción, incluyendo los métodos naturales (Billings, Abstinencia Sexual, Abstinencia Sexual Programada: Ogino Knaus, Temperatura Basal, Sintotómico, Coito Interrumpido), que tienen una buena aceptación entre la población, y los métodos anticonceptivos modernos, con toda su gama en lo referente a los temporales y quirúrgicos.

En esta NOM se incluyó, entre otras opciones innovadoras y de punta, la Anticoncepción de Emergencia (Anticoncepción Poscoito), como método altamente seguro y efectivo bajo los criterios médicos establecidos. Su finalidad es prevenir los embarazos no planeados que pueden ocurrir como resultado de un coito sin protección anticonceptiva, del olvido en el uso o falla en la aplicación del método anticonceptivo, o de una relación sexual forzada –violación - en la cual la víctima no contaba con una protección anticonceptiva.

Vale la pena enfatizar que esta opción está ya disponible y en uso, antes que en México, en más de 15 países de América Latina y del Caribe, así como en países del continente europeo como son España, Gran Bretaña, Francia, Italia e Irlanda; en varios países de Asia, como son China, Indonesia, Japón y Tailandia, por mencionar solo algunos.

Esta opción tiene el soporte médico, científico y tecnológico así como el aval de los principales organismos expertos en este campo, como es el Programa de Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud (OMS/OPS), el Consejo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Family Health International (FHI) y el Population Council.

Otra inclusión importante de esta Norma, es el Condón Femenino, cuya finalidad es ampliar la gama de métodos que tratan de satisfacer las necesidades o expectativas, no solo para regular la fertilidad, sino también, como un beneficio anexo, para prevenir las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Los implantes subdérmicos se convierten en otra excelente opción para las personas que han decidido planificar su familia: este método presenta excelentes resultados, en cuanto a su costo-efectividad, para los programas y para las usuarias. Es un método de larga duración, con particular aplicación en situaciones prioritarias del programa, como es la anticoncepción post-parto y entre adolescentes.

De las consideraciones de mayor trascendencia de esta NOM, son el fortalecimiento de un enfoque humanístico y ético en los aspectos relacionados con la libertad de decidir sobre sus expectativas reproductivas, mediante la prestación de servicios fundamentados en un trato digno y de absoluto respeto hacia las decisiones sobre el comportamiento sexual y reproductivo de las personas. Esto conlleva a proporcionar servicios de planificación familiar de calidad, tratando de garantizar que los prestadores de servicios cuenten con una excelente competencia técnica en el manejo de la tecnología anticonceptiva más actualizada, con el propósito de ofertar una mayor gama de opciones a la población, considerando el menor riesgo y obviamente el mayor beneficio para la salud.

La modificación de esta NOM por su contexto y contenido ha propiciado diversos tipos de respuesta entre los diferentes sectores de la sociedad; en particular, destacan las posturas ante la anticoncepción poscoito (Anticoncepción de Emergencia),

Por lo anterior se recomienda que cada Instituto, Secretaría o Servicios Estatal de Salud;

- Designe a un vocero oficial con experiencia, que proporcione la información completa y veraz sobre la NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar modificada.

- Cuente con los elementos técnicos necesarios en el tema de la anticoncepción de emergencia, manejando la información adecuada sobre sus mecanismos de acción de esta opción, que para su apoyo se anexan a este documento.
- Enfatice que la no incorporación de la anticoncepción hormonal poscoital, hubiera implicado violentar el derecho de las mujeres de acceder a los avances científicos y tecnológicos, compromisos incluidos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo.
- En el caso de que se plantee el cuestionamiento, es importante que se destaque que: La anticoncepción hormonal poscoito contemplada en la Norma, no es la píldora abortiva (RU486), misma que no está incluida en esta Norma.

Mecanismos de acción de la anticoncepción hormonal post-coito o de emergencia (AE)

La AE puede actuar simultáneamente en varios niveles:

1. Sobre el eje hipotálamo-hipófisis-ovárico (H-H-O), alterando la función de maduración y liberación del óvulo y la función esteroidogénica (de síntesis hormonal)
2. Sobre los mecanismos de transporte y capacitación de los espermatozoides.
3. Sobre los mecanismos de unión de los gametos.

Existe evidencia científica muy reciente que demuestra cada uno de los 3 mecanismos anteriores.

Estudios publicados en las décadas de los 70s y 80s argumentaban que la AE también podía actuar sobre los mecanismos de receptividad endometrial impidiendo la implantación; sin embargo, la evidencia era muy pobre e incapaz de demostrar la relación entre causa y efecto. Estos estudios fueron superados por aquellos que demuestran que los verdaderos mecanismos de acción son los tres mencionados previamente.

1) Mecanismo de acción sobre el eje H-H-O.

La maduración y liberación de un óvulo por parte de un folículo, a lo largo de cada ciclo menstrual se regula a través de sistemas de “comunicación” hormonal (feed-back o retroalimentación) entre el cerebro (hipotálamo e hipófisis) y el ovario mismo.

El folículo que va madurando necesita del impulso cíclico de las hormonas estimuladoras cerebrales (LH y FSH), y éstas a su vez dependen del estímulo de las hormonas esteroides sintetizadas por el folículo mismo (estradiol y posteriormente progesterona).

Llega un momento en que el folículo es tan grande, “sensible”, inmerso en un mar de hormonas esteroides, que “explota” bajo la orden “superior” de la LH, y libera el óvulo que estuvo madurando en su interior. Este es el fenómeno que se conoce como ovulación.

La administración “externa” de hormonas similares a aquellas producidas por el ovario (etinil-estradiol y progestinas sintéticas) “engaña” al cerebro, impidiendo que libere sus hormonas estimuladoras durante este ciclo madurativo. En este principio se basa de hecho el uso de los hormonales en anticoncepción normal.

Lo mismo sucede con la administración brusca de una dosis alta de hormonas mediante la AE: ésta “desconcierta” todo el eje H-H-O, e impide que los mecanismos finos de comunicación sigan su curso ordenado.

La evidencia científica ha demostrado efectivamente que la AE actúa en todos los siguientes pasos, dependiendo del momento del ciclo en que se administre:

- impide la maduración progresiva del folículo,
- previene su ruptura (ovulación), o
- de ser el caso, se libera un óvulo inmaduro, con una función residual insuficiente (defectos del cuerpo lúteo).

2) Mecanismos de acción sobre el transporte y maduración de los espermatozoides.

Los espermatozoides también requieren de tiempos y procesos complejos de “capacitación” para ser capaces de llevar a cabo su función fertilizante.

La AE altera la composición bioquímica y el PH del medio ambiente, lo que altera la movilidad y maduración del espermatozoide impidiendo que pueda unirse con el óvulo.

3) Mecanismos de acción que afectan la unión de los gametos

Se sabe, como mencionamos arriba, que después de la ovulación existe un “diálogo” entre el óvulo y el endometrio.

El endometrio, a su vez, envía mensajes al óvulo para facilitar su preparación a la fecundación. En esta etapa específica, el endometrio produce sustancias (ej: glicodelina) capaces de modular la unión de los gametos. Cualquier desajuste hormonal en esta etapa crítica altera también la posibilidad de que se unan los gametos. La AE en específico altera la producción de glicodelina y, por ende, impide que se unan los gametos.

Los mecanismos de acción que afectan la receptividad endometrial.

Como se refirió previamente, se ha llegado a argumentar erróneamente que el mecanismo de acción de la AE es esencialmente endometrial, es decir, que modifica el endometrio para impedir la implantación de un óvulo ya fertilizado; sin embargo, NO existe evidencia científica que demuestre que la AE funciona bloqueando y menos aún interrumpiendo la implantación de un óvulo fecundado.

Se ha analizado, por microscopía simple y electrónica, el endometrio en mujeres que reciben AE, comparándolas con mujeres durante un ciclo normal. Algunos estudios anteriores, de la década de los 70s y 80s, habían señalado que encontraban algunas diferencias e inferían que la AE era responsable de esto. No obstante, las evidencias más recientes contradicen estos supuestos hallazgos.

En especial, un estudio realizado en nuestro país, publicado en la revista *Contraception* en 2002, compara 9 marcadores endometriales en voluntarias sanas, antes y después de recibir la AE. Al analizarse las muestras en forma “ciega”, no se encontró NINGUNA diferencia entre los dos grupos.

Recientemente se han diseñado también una serie de estudios, que utilizan modelos animales (ratas y monos). Un grupo de investigadores analiza en estos modelos el efecto de la administración de la AE después de la ovulación. Los resultados demuestran que la tasa de embarazos entre animales no tratados es exactamente la misma que en los animales tratados, evidenciando que la administración post-ovulatoria de la AE no tiene la capacidad de interferir con la implantación.

Finalmente, uno de los argumentos más simples y más poderosos es la evidencia clínica en mujeres. Una mujer que presente amenorrea debida a un embarazo, nunca podrá interrumpirlo con la administración de la AE.

Conclusiones

- Los mecanismos de acción de la AE demostrados por la evidencia científica son previos al inicio de un embarazo, anteriores a la fertilización y, por ende, a la implantación. Por ello, se trata de mecanismos que previenen un embarazo, no lo interrumpen. Cabe mencionar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) es tajante en afirmar que la AE nunca será capaz de interrumpir un embarazo, por más temprano que éste sea, y por ende no es un método abortivo.
- Las pruebas clínicas demuestran que la AE es tanto más efectiva cuanto más tempranamente se administre después del coito. Si su acción se ejerciera sobre el endometrio y la implantación, la cercanía temporal con el coito no tendría ningún impacto sobre su efectividad.

Finalmente, cabe señalar que si la AE se administrara a una mujer embarazada no afectaría la evolución del producto, es decir, no tiene efectos teratogénicos de ningún tipo.