



Anticoncepción: una herramienta de prevención con impacto social

Álvaro Monterrosa-Castro, MD

Profesor Titular

Grupo de Investigación Salud de la Mujer

Facultad de Medicina - Universidad de Cartagena - Colombia



CONFLICTOS DE INTERES

El autor de la presentación es explorador de la anticoncepción hormonal en toda su dimensión. Tiene publicaciones sobre diferentes moléculas disponibles y sobre hormonoterapia en general. No ha tenido ni tiene compromisos con la industria farmacéutica que le limiten su libre pensamiento y actuación.
Conferencia preparada para la Sanidad Naval de la Armada Nacional de Colombia



Usted puede descargar la presentación en:
www.grupodeinvestigacionosaluddelamujer.com.co

En la última década a nivel mundial

- ❖ **16 millones anuales de embarazo en adolescentes**
Un millón anual en menores 15 años
95% en países de medianos o bajos recursos económicos

Tasa de Embarazo adolescentes

1	África subsahariana	200 x 1000
2	América Latina y el Caribe	66 x 1000
	Mundial	46 x 1000

- ❖ **Muchos son embarazos sin planificar llevan a millones anuales de aborto inseguros**



Fondo de Población de las Naciones Unidas 2019

- La anticoncepción, es una eficaz estrategia de prevención del primer embarazo en la adolescencia y del embarazo repetido en la adolescencia

Causas de Muerte en Adolescentes		
	AMBOS SEXOS	MUJERES
1	Lesiones de Transito	Infección Respiratoria
2	Infección Respiratoria	Suicidio
3	Suicidio	Enfermedad Diarreica
4	Enfermedad Diarreica	Condiciones Maternas
5	Ahogamiento	Lesiones de Transito

- La anticoncepción, impacta positivamente a la joven, a la mujer adulta, a la familia, a la sociedad y la salud pública



Organización Mundial de la Salud. 2015

Consejería: Elemento central

Criterios de Selección e Indicación del Método Anticonceptivo más Adecuado

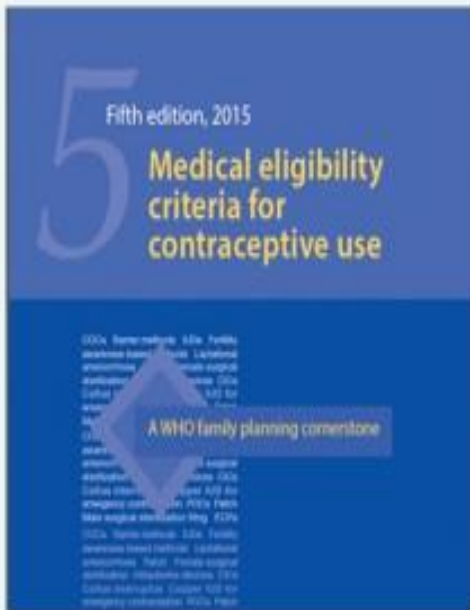
El Asesoramiento Anticonceptivo Brindado por Profesionales de la Salud **Capacitados**, puede Reducir los Índices de Embarazo no Planeados, al Motivar a Mujeres y Hombres a Elegir y Usar un Método de Planificación que Concuere con sus Objetivos y Preferencias.

Zapata LB, Tregear SJ, Curtis KM, et al.
2015



1. Explique los mecanismos
2. Entregue detalle sobre el uso
3. Sugiera una rutina
4. Señale beneficios no contraceptivos
5. Subraye la seguridad y eficacia
6. Notifique sobre el cambio del ciclo
7. Enumere los efectos secundarios
8. Coloque los riesgos en perspectiva
9. Pregunte las dudas
10. Ofrezca líneas de comunicación
11. Enfrente los mitos y preconceptos
12. Presente la “Anticoncepción Dual”
13. Utilice lenguaje sencillo/comprendible

Monterrosa-Castro A. Anticoncepción oral: consideraciones Generales. 2018



U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	
1	No existe restricción para utilizar el método
2	Las ventajas Superan los riesgos
3	Los Riesgos superan las ventajas
4	Existe Riesgo Inaceptable para la Salud



Cuadro de Referencia Rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para iniciar o continuar el uso de anticonceptivos orales combinados (AOC), acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA), implantes solo de progesterina, dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu)

CONDICIÓN	AOC	DMPA	Implantes	DIU-Cu	CONDICIÓN	AOC	DMPA	Implantes	DIU-Cu
Embarazo	NA	NA	NA	NA	Enfermedad tromboembólica gestacional				
Lactancia materna				NC	Cánceres				
Posparto				NC	Enfermedad mamaria				
Postaborto					Distorsión uterina debido a fibromas o anomalías anatómicas				
Tabaquismo					ITS/EPI				
Hipertensión arterial					Tuberculosis pulmonar				
Diabetes					Diabetes				
Enfermedad cardiovascular					Enfermedad sintomática actual o en tratamiento médico de la vesícula biliar				
Historia de PA (donde no se puede evaluar)					Colectomía				
PA está controlada y se puede evaluar					Historia de hepatitis				
PA elevada sistólica 140-159 o diastólica 90-99					Cirrosis				
PA elevada sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100					Tumores hepáticos				
Enfermedad vascular					VIH				
Historia de TPI/EP					SIDA				
TPI/EP aguda									
TPI/EP establecida en tratamiento con anticoagulantes									
Cirugía mayor con movilización prolongada									
Mutilaciones trombogénicas diagnosticadas									
Cardiopatía isquémica (actual o historia de) o historia de accidente cerebrovascular									
Hipertensión diagnosticada									
Cardiopatía valvular complicada									
Lupus eritematoso sistémico									
Anticuerpos antitiroglobulina positivos o no diagnosticados									
Trombocitopenia grave									
Tratamiento inmunosupresor									
Dolores de cabeza									
No migrañosos (leves o graves)									
Migraña sin aura (edad ≥ 35 años)									
Migraña sin aura (edad < 35 años)									
Migraña con aura (a cualquier edad)									
Patrones de sangrado vaginal									
Irregular, sin sangrado abundante									
Abundantes o prolongados, irregulares y regulares									
Sangrado inapropiado (antes de la evaluación)									

■ Categoría 1 No hay restricciones para su uso.
 ■ Categoría 2 Generalmente se usas, puede necesitarse algún seguimiento.
 ■ Categoría 3 Usualmente no se recomienda para su uso se requiere juicio clínico y acceso continuo a los servicios clínicos.
 ■ Categoría 4 No se debe usar el método.

A diferencia de versiones anteriores del Cuadro de referencia rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad, esta versión incluye una lista completa de todas las condiciones clasificadas por la OMS como Categoría 3 y 4.

VC (Inicio/Continuación) Una mujer puede pertenecer a una categoría u otra, dependiendo si ella inicia o continúa el uso de un método. Por ejemplo, si ella desarrolla una EPI mientras usa el DIU se considera como Categoría 4 y no se le debe insertar el DIU. Si ella recibe tratamiento para combatir la EPI con el DIU insertado. Donde no se ha marcado VC, la categoría es la misma para la iniciación y continuación.

NA (no aplicable) La condición no es parte de la clasificación de la OMS para este método.

NC (no aplicable) La condición no es parte de la clasificación de la OMS para este método.

* La evaluación de una mujer no diagnosticada debe llevarse a cabo tan pronto como sea posible.

* Los anticonceptivos incluyen: píldoras, carteras, implantes, dispositivos intrauterinos, inyectivos, transdermicos, anillos vaginales, Lactancia y Categoría 4 para los implantes.

Criterios De Elegibilidad - Planificación Familiar
Centers For Disease Control And Prevention
U.S. Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use 2016

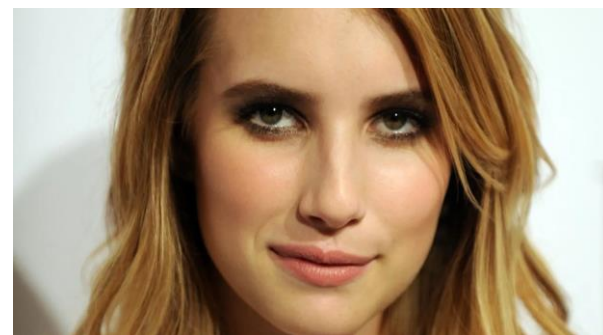
No Saludables

Riesgo Cardiovascular	1	2	2	3	2	3/4
Historia Trombosis Venosa	1	1	1	1	1	3
Cefaleas Sin Migrañas	1	1	1	1	1	1
Migrañas con Aura	1	1	1	1	1	4
Habito Actual de Fumar	1	1	1	1	1	3/4
Obesidad	1	1	1	1	1	2
Cirugía Bariátrica	1	1	1	1	1	1
Cirugía Bariátrica con Mala Absorción	1	1	1	1	3	3
Hipertensión Arterial	1	1	1	2	1	3
Sangrado Genital No explicado	4/2	4/2	3	3	3	2
METODO DE PLANIFICACION	DIU	SIU	IMP	DMPA	POP	ACO

Criterios de elegibilidad - planificación familiar
Centers for disease control and prevention
U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use 2016

No saludables

Depresión	1	1	1	1	1	1
Enfermedad Reumática – Artritis	1	1	1	2/3	1	2
Lupus Eritematoso Sistémico	1	3	3	3	3	4
Masa Mamaria No diagnosticada	1	2	2	2	2	2
Enfermedad Mamaria Benigna	1	1	1	1	1	1
Historia Familiar Cáncer Mama	1	1	1	1	1	1
Cáncer Mamario Actual	1	4	4	4	4	4
Cáncer de Mama anteriormente, Más de 5 años Supervivencia	1	3	3	3	3	3
Historia Diabetes Gestacional	1	1	1	1	1	1
Diabetes TIPO-I Tipo-II	1	2	2	2	2	2
METODO DE PLANIFICACION	DIU	SIU	IMP	DMPA	POP	ACO



Cuadro de Referencia Rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para iniciar o continuar el uso de anticonceptivos orales combinados (AOC), acetato de medroprogesterona de depósito (DMPA), implantes sólo de progestina, dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu)

CONDICIÓN	AOC	DMPA	Implantes	DIU-Cu
Embarazo	NA	NA	NA	NA
Lactancia materna	Menos de 6 semanas postparto	6 semanas < 6 meses postparto	6 meses postparto o más	NC
Postparto	Menos de 24 días, sin dar de amamantar < 48 horas incluida posparto inmediata	≥ 48 horas & menos de 4 semanas	Sepsis puerperal	NC
Postaborto	Post-sepsis inmediata			
Tabaquismo	Edad ≥ 35 años, < 15 cigarrillos/día	Edad ≥ 35 años, ≥ 15 cigarrillos/día		
Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular				
Hipertensión arterial	Historia de PA donde no se puede evaluar	PA esta controlada y se puede evaluar	PA elevada (sistólica 140-159 o diastólica 90-99)	PA elevada (sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100)
Trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar (EP)	Historia de TVP/EP	TVP/EP aguda	TVP/EP establecida en tratamiento con anticoagulantes	Cirugía mayor con inmovilización prolongada
Múltiples tromboembolias diagnosticadas				
Cardiopatía isquémica (actual o historia del accidente cerebrovascular)				
Hipertensión diagnóstica				
Cardiopatía valvular complicada				
Lupus eritematoso sistémico	Anticuerpos antifosfolípidos positivos o no diagnosticados	Trombocitopenia grave	Trombocitopenia leve	Trombocitopenia leve
Dolores de cabeza	No migrañosos (leves o graves)	Migraña sin aura (edad < 35 años)	Migraña sin aura (edad ≥ 35 años)	Migraña con aura (cualquier edad)
Patrones de sangrado vaginal	Irregulares, abundantes o prolongados	Irregulares y abundantes	Abundantes o prolongados, irregulares y regulares	Sangrado inapropiado (antes de la evaluación)

■ Categoría 1: No hay restricciones para su uso.
■ Categoría 2: Generalmente se usa, puede necesitarse algún seguimiento.
■ Categoría 3: Usualmente no se recomienda, para su uso se requiere juicio clínico y acceso continuo a los servicios clínicos.
■ Categoría 4: No se debe usar el método.

A diferencia de versiones anteriores del Cuadro de referencia rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad, esta versión incluye una lista completa de todas las condiciones clasificadas por la OMS como Categoría 3 y 4.

VC (Inicio/Continuación) Una mujer puede pertenecer a una categoría u otra, dependiendo de ella misma o de su método. Por ejemplo, una mujer que actualmente usa un DIU que desea iniciar el uso del DIU se consideraría como Categoría 4 y no se le debería iniciar el DIU. Si en cambio, ella desea iniciar un DIU mientras usa el DIU, se consideraría como Categoría 2. Esto significa que generalmente podría continuar usando el DIU y recibir tratamiento para cambiar a un DIU cuando lo deseara. Desde que se ha marcado VC, la categoría es la misma para la iniciación y continuación. No es aplicable. Las mujeres que están embarazadas no requieren anticoncepción.

NC (no clasificada) La condición no es parte de la clasificación de la OMS para este método.
 * La evaluación de una masa no diagnosticada debe hacerse a cabo tan pronto como sea posible.
 ** Los anticonceptivos incluyen levonorgestrel, etonogestrel, norgestrel, desogestrel, norgestrel, norgestrel, norgestrel y norgestrel. Levonorgestrel es Categoría 1 para los implantes.



Criterios de Selección e Indicación del Método Anticonceptivo más Adecuado

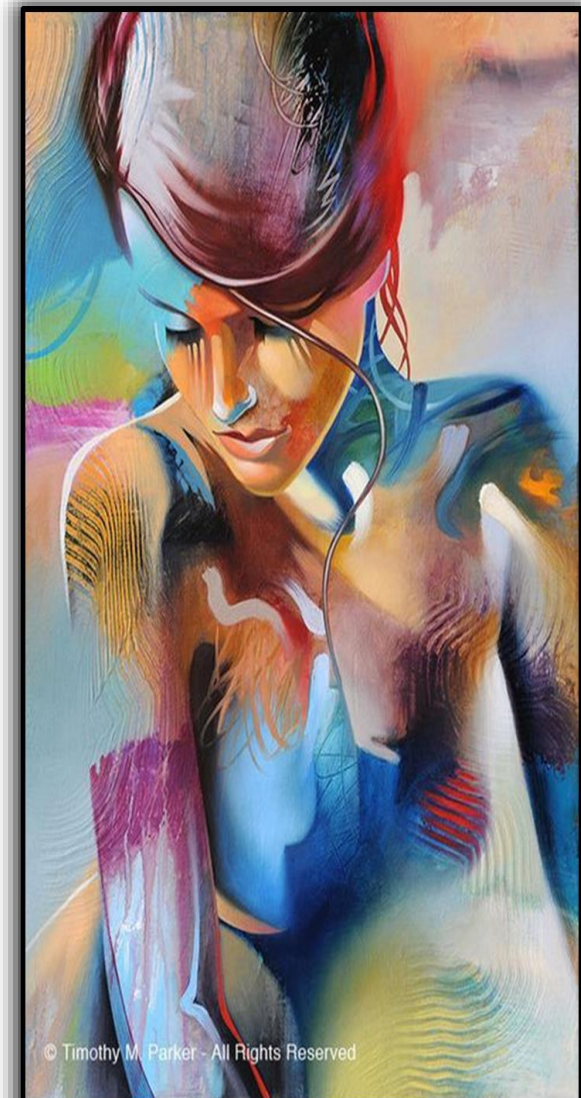
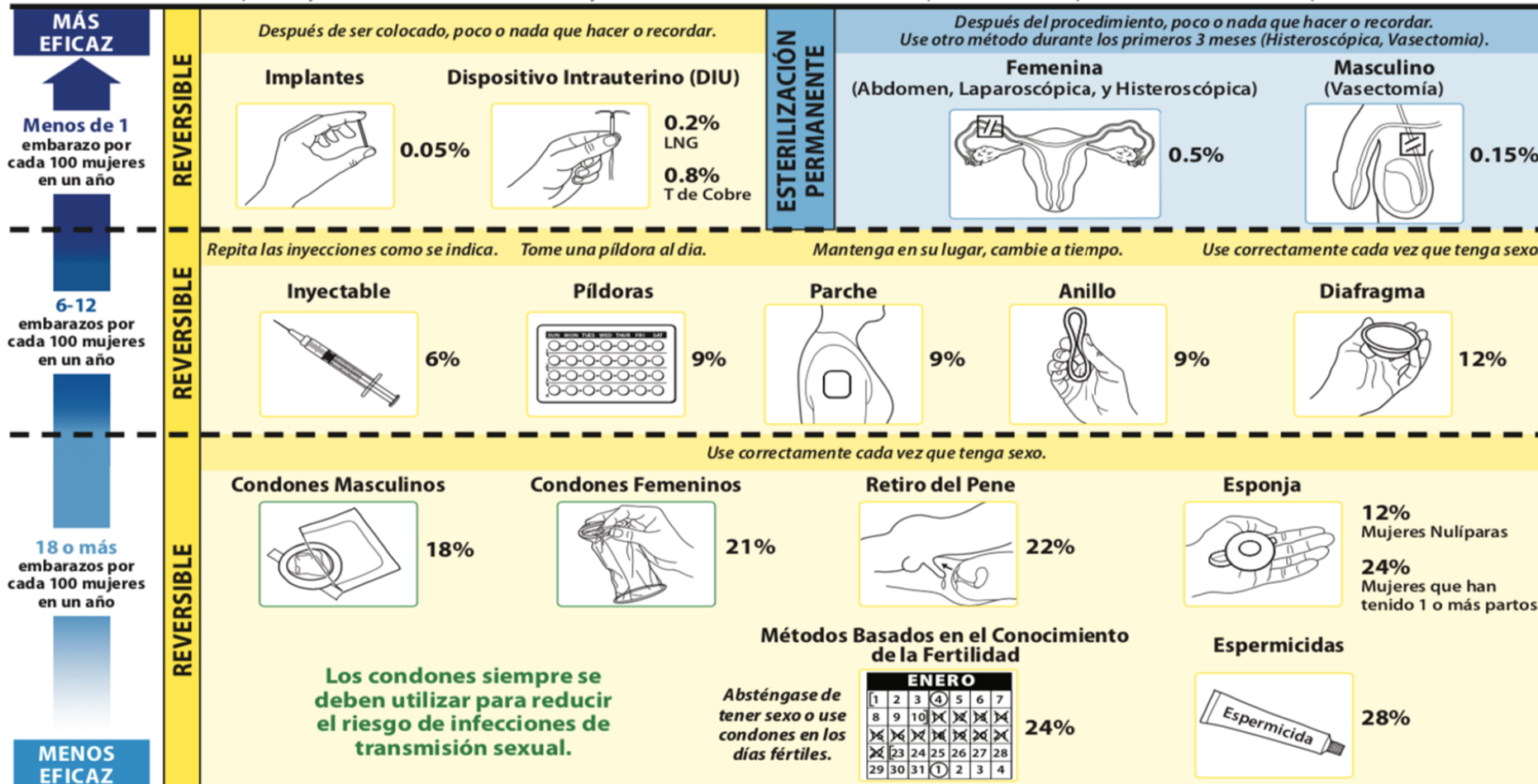
ANTECEDENTE DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR		
DIU-Cu		I
SIU-LNG		II
Inicio POP		II
Inicio Implante		II
Inyectables Trimestral		III
Continuar POP		III
Continuar Implantes		III
Anticonceptivos Orales Combinados		IV



OMS - TASAS DE FALLA POR CADA 100 MUJERES/AÑO

EFICACIA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR*

*Los porcentajes indican el número de cada 100 mujeres con un embarazo accidental dentro del primer año de uso típico de cada método anticonceptivo.



© Timothy M. Parker - All Rights Reserved

Clasificación de los Métodos Anticonceptivos

ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACIÓN [LARCs] Anticonceptivos sin posibilidad de olvido

- Sistema Intrauterino de Levonorgestrel (SIU-LNG)
 - Implantes subdérmicos de solo progestinas
- Dispositivo intrauterino de cobre (DIU)

ANTICONCEPTIVOS DE CORTA DURACIÓN Anticonceptivos con posibilidad de olvido

- Combinados oral, parche, anillo
 - Inyectables combinados
 - Orales solo progestina
 - Inyectables solo progestina
- Preservativos masculino y femenino
 - Otros métodos de Barrera
- Basados en el conocimiento de fertilidad

- ❖ Anticonceptivos de larga duración son más efectivos que de corta duración
- ❖ Anticonceptivos de corta duración son más efectivos en adultas que adolescentes
- ❖ Anticonceptivos de larga duración son igual de efectivos en adultas y adolescentes
- ❖ Los anticonceptivos de larga duración han reducido los embarazos no planeados (USA)



Winner B. New. En J Med. 2012;366(21):1998-2007

Anticonceptivos de Larga Duración (LARCs)

- ❖ Son eficaces en adolescentes [ACOG-OMS-FIGO]
- ❖ Mitos – Barreras – Preconceptos médicos
- ❖ Criterio Elegibilidad
- ❖ Requieren profesionales capacitados
- ❖ Consejería y Manejo de alteraciones del ciclo
- ❖ Adecuados post evento obstétrico:

Aborto inmediato sin infección

Postparto inmediato (menos 10 minutos)

Postparto (primeras 48 horas)

Postparto tardío (desde la cuarta semana)

Transcesárea

- ❖ Estudio CHOICE la tasas de expulsión:
adolescentes (18.8%) vs adultas (9.3%)



Maddent A. Obstet Gynecol. 2014;129 (4):718-726



Anticonceptivos de larga duración y los ciclos menstruales

- ❖ No son predecibles
- ❖ Son transitorios
- ❖ Sangrados abundantes o manchados
- ❖ Causa de abandono
2.3 veces en adultas
5.3 veces en <25 años
- ❖ A mayor información
mejor comprensión y
mayor aceptación

MEDIDAS PARA EL MANEJO DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO		
Anticonceptivos orales combinados	El estrógeno estabiliza el endometrio	Dos a tres ciclos
Estrógenos orales		2mg/día x 2 semanas
Acido Mefenámico [AINES]	inhiben ciclooxigenasa y disminuyen la síntesis de PGE2 y PGF2 alfa	500 mg cada 12 horas durante 5 días
Doxiciclina	Inhibe actividad de la metaloproteinasa endometrial	100 mg cada 12 horas durante 5 días
Ácido Tranexámico	Antifibrinolítico, ayuda a disminuir la disolución del coágulo	500 mg cada 12 horas durante 5 días
Tamoxifeno	SERMs, podría ayuda a antagonizar el efecto angiogénico	10 mg cada 12 horas durante 7 a 10 días
Mifepristona	anti progestágeno, ayudando a estabilización endometrial	50 - 100 mg/día durante 1-2 días

FLASOG. Ayala G, Bahamondes L, Basavilvazo A, Castro M, Lévano A, Monterrosa-Castro A, Peralta R, Pradier S, Morera F.
 Consenso Latinoamericano de expertos en anticoncepción en situaciones sociodemográficas especiales: adolescentes y post evento obstétrico. 2022

SIU-LNG 19.5 mg [5 años] - SIU-LNG 13.5 mg [3 años] SIU-LNG 52.0 mg [7/8 años) Solo progestina

- Acción contraceptiva local (periférica)
- Efecto antiproliferativo endometrial
- Espesamiento y hostilidad en moco cervical
- Bajos niveles de absorción y escaso efecto sistémico
- Método reversible de solo progestina
- Para uso por largo tiempo
- Uno de los Tres Anticonceptivos de Larga Duración (LARC)
DIU-Cobre – Implantes de progestina – SIU-LNG
Su efectividad no depende de la usuaria
Efectividad anticonceptiva típica y perfecta similares
Aplicado y retirado por un profesional de salud
- 2001: Backman T, et al.
60.000 mujeres Finlandia: tasa de continuidad 90% (al año)
- 2020: Jensen JT, et al.
- Satisfacción superior al 92.5% (al finalizar cinco años)



**Estudio EURAS: 60.000 inserciones, Tasa de falla: 0.1-0.3 x 100 mujeres año. Sin diferencia según edad
Tienen beneficios no contraceptivos**

*Bahamondes L, et al. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2020;66:28-40
Heinemaw K. Contraception. 2015;91(4):280-283*

DIU DE COBRE – T380a Aprobado hasta 12 años

- ❖ Acción local endometrial – No hormonal
- ❖ Reacción inflamatoria no infecciosa
- ❖ Impacto adverso en espermatozoides
- ❖ Prevención de la Fertilización
- ❖ No hormonal
- ❖ Adecuado para adolescentes
- ❖ Adecuado para nulíparas
- ❖ Tasas de falla sin distingo de edad
- ❖ Dolor – Sangrados abundantes
- ❖ Mitos fuertemente fijos en la comunidad
- ❖ Diferentes modelos están disponibles



Borges ALV, Et al. Rev Lat Am Enfermagem. 2020;28:e3232

Implantes Subdérmicos Levonorgestrel / Etonorgestrel

- ❖ Hormonales y solo progestina
- ❖ Levonorgestrel: entre 4-5 años
- ❖ Etonorgestrel: 3 años
- ❖ Tasa de falla: 0.4/100 mujeres/año
- ❖ Acné – Cefaleas – Mastalgias
- ❖ Incremento de peso
- ❖ Alteración del ciclo menstrual

Reproductive Health. 2021:18:4

Reproductive Health

RESEARCH

Open Access

A systematic review on clinical effectiveness, side-effect profile and meta-analysis on continuation rate of etonogestrel contraceptive implant

Kusum V. Moray¹, Himanshu Chaurasia¹, Oshima Sachin² and Beena Joshi^{*}



***Tasa de discontinuación
A un año fue mayor en
Implantes que SIU y DIU***



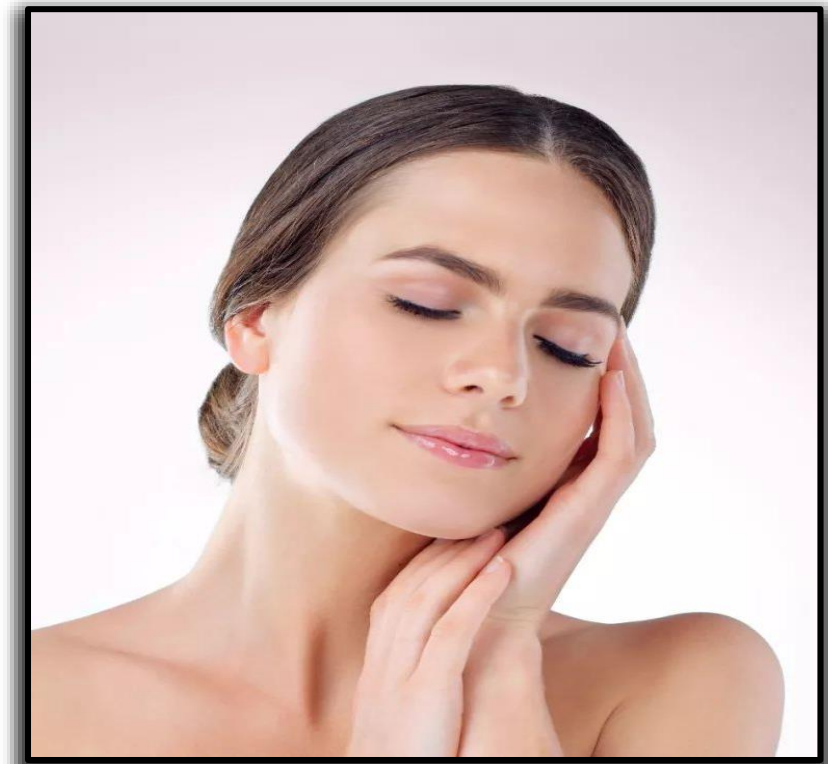
Anticonceptivos de Corta Duración

- ❖ **Anticonceptivos orales combinados**
- ❖ **Anticonceptivos en parche**
- ❖ **Anticoncepción en anillo vaginal**
- **Estrógeno + Progestina**
- **Efecto en el eje hipotálamo-hipofisis**
- **Se requieren las pausas establecidas**
- **Buen control del ciclo**
- **Beneficios no contraceptivos**
- **Orales diferentes regímenes**
- **Orales diferentes combinaciones**
- **No utilizar durante la lactancia**
- **Efecto tromboembólico venoso**
- **Criterio elegibilidad**



Morimont L, et al. Front Endocrinol (Lausanne). 2021;12:769187

- ❖ **Anticonceptivos orales de solo progestina**
 - **Noretindrona – Levonorgestrel (diaria)**
 - **Solo durante la Lactancia**
 - **Desogestrel (diaria) - Drospirenona (24/4)**
 - **Dentro y fuera de la lactancia.**
 - **Efecto periférico de la progestina**
 - **Drospirenona: si ofrece control ciclo?**
 - **Adolescentes requieren ciclos predecibles**
 - **No afectan la DMO**
 - **Con beneficios no contraceptivos**
 - **Criterio Elegibilidad**
 - **Adecuados cuando no se pueden o no se desean utilizar Estrógenos**
 - **Libre de los riesgos del estrógeno**



*Monterrosa-Castro A, Redondo-Mendoza V, Monterrosa-Blanco A.
Electronic Journal of General Medicine.2021, 18(6),em320*

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

SUPRESIÓN DE LA OVULACIÓN

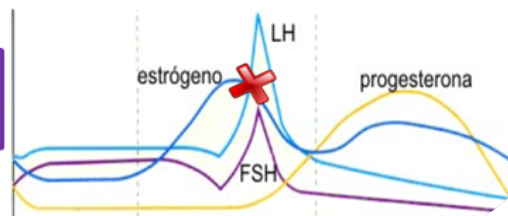
Acción hipofisiaria, previniendo pico de LH, Reducen GnRh, FSH, Estradiol

CAMBIO EN EL MOCO CERVICAL

Espeso y escaso para dificultar el ascenso de los espermatozoides

GROSOR ENDOMETRIAL

Disminuye la proliferación endometrial, Haciéndolo delgado y atrófico



COMPARACIÓN DE INYECTABLES

COMBINADOS

SOLO PROGESTINA

Mayor Dosis de Progestina →

Mayor Retardo de la Fertilidad →

← 60% Mejor Control del Ciclo de Sangrado 10% →

Sangrado Menos Predecible →

← Sangrado Más Prolongado

← Sangrado Más Abundante

Sangrado Más irregular →

Presencia de Manchado (Spotting) →

Presencia de Amenorrea →

← Mayor Aumento de Peso

← Mayor Sensibilidad Mamaria

← Mayor Informe de Cefaleas

Raine-Bennett et al. (Obstet Gynecol 2019;134:581-9)

- ❖ **Combinados:** Mensual
Mal control del ciclo – Criterio elegibilidad
- ❖ **Solo progestina:** Trimestral
Acetato Medroxiprogesterona
Adecuado en lactancia y en Post evento obstétrico
Aumento de peso
Adolescentes: criterio elegibilidad II

Reducen la DMO - Es reversible

Recuperación a 12-24 meses

Adolescentes no demostrada: osteoporosis/fractura

Datos globales de fractura OR: 1.41 [1.36-1.47]

Uso alguna vez: 1.1 fracturas/1000 persona/año

FDA: restricción a dos años

ACOG-OMS: No hay razones restricción

Relación Beneficios/Riesgo

Otros factores que bajen la DMO



- Preservativos masculino y femenino
 - Otros métodos de barrera
- Basados en el conocimiento de fertilidad
 - Concepto de la Anticoncepción Dual
- Quirúrgicos definitivos masculino-femenino

No es un método regular Es un plan B de anticoncepción Prevención: Su razón de ser

Anticoncepción de emergencia: hormonal y no hormonal

Dres. Álvaro Monterrosa-Castro¹, Angélica Monterrosa-Blanco².

RESUMEN

La anticoncepción de emergencia es una estrategia médica que permite el control de la natalidad sin ser un método regular de planificación familiar. Su finalidad es prevenir el embarazo no deseado, cuando se ha tenido un coito, sin protección. Para precisar los fármacos hormonales y las intervenciones no hormonales se realizó revisión en las bases de datos Scielo (en español) y EBSCOhost, Embase, PubMed, OvidSP, ScienceDirect (en inglés). El dispositivo intrauterino de cobre, aplicado dentro de los primeros cinco días posteriores al coito, siempre ha sido la forma más eficaz para realizar anticoncepción de emergencia. Para el presente, la dosis única de acetato de ulipristal es la mejor alternativa para adelantar anticoncepción de emergencia hormonal. La atención a las mujeres debe ser de elevada calidad en cuanto a instrucciones y recomendaciones para el adecuado uso de anticoncepción de emergencia y la disposición para usar correctamente un método regular de planificación.

Palabras clave: Contracepción poscoital; agentes contraceptivos; Dispositivos Intrauterinos; contraceptivos hormonales orales; contracepción hormonal poscoital.

*Rev Obstet Ginecol
Venezuela.*
2020;80(2):114-129

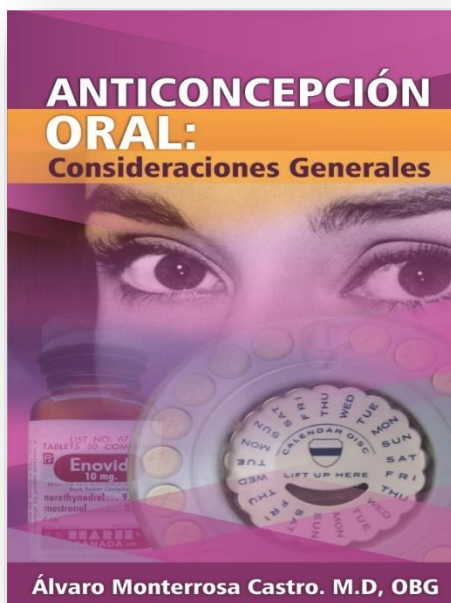


Educación Sexual.

Enfatice y Promueva:
Correcta Toma de decisiones
Maternidad. Paternidad
Responsabilidad. Autoestima
Actitud y Conducta Sexual Segura

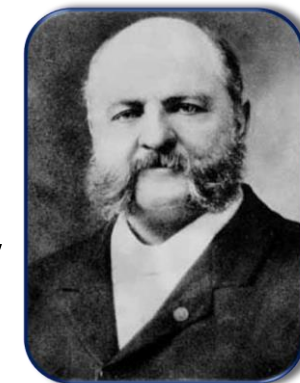
Abstinencia Coital:

- ❖ Bueno. Posible. Natural. Sano
- ❖ Requiere: Adecuada Educación Sexual
- ❖ Desde Infancia. Desde el Seno Familiar
- ❖ ¡NO! : No sea Doloroso
No Genere incomodidades
No sea símbolo de inmadurez
- ❖ Conciencia Sexualidad: Genital – No Genital



1873: Anthony
Comstock.

*En USA, creador y
defensor de la ley de su
nombre, que prohibía
cualquier tipo de
información sobre
anticoncepción*



**HACE
149 AÑOS**

Ha sido una lucha de años,
ha existido la necesidad de
trasgredir normatividades,
para crear y conservar
a nivel mundial estrategias
válidas de planificación familiar, en
un esfuerzo organizado y planeado
para impactar
de forma positiva a la sociedad