ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL



PROTOCOLO DE PLANIFICACION FAMILIAR Y ANTICONCEPCION

Responsable	Elaboro	Reviso	Aprobó
Cargo	Contratista	Coordinador Medico	Gerente
Nombre completo	Yaniris Melo Serna	Consuelo Escorcia Moreno	Yesenia Hernandez Hernandez
Firma			

TABLA DE CONTENIDO

LISTADO DE TABLAS 4
1. INTRODUCCIÓN 5
2. OBJETIVOS 6
2.1. OBJETIVO GENERAL 6
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 6
3. ALCANCE Y POBLACIÓN OBJETO 7
4. DEFINICIONES 7
5. MARCO NORMATIVO 9
6. RESPONSABILIDADES 10
7. PRINCIPIOS RECTORES 11
8. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS 12
8.1. EFECTIVIDAD COMPARADA 12
8.2. CARACTERÍSTICAS DE CADA MÉTODO 13
8.3. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD 15
8.4. CONDUCTA INSTITUCIONAL SEGÚN LA CATEGORÍA 15
8.5. CONDICIONES QUE EXIGEN VERIFICACIÓN CUIDADOSA 16
9. CONSEJERÍA EN ANTICONCEPCIÓN 17
9.1. CONTENIDO MÍNIMO OBLIGATORIO 17
9.2. LO QUE LA CONSEJERÍA NUNCA DEBE HACER 18
9.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO 18
10. FLUJOGRAMA DE LA ATENCIÓN 18
11. ANTICONCEPCIÓN POSEVENTO OBSTÉTRICO 21
..... 21
11.1. CONSIDERACIONES CLÍNICAS 22
12. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA 23
12.1. REGLAS DE ENTREGA 23
12.2. INDICACIONES 24
13. ATENCIÓN SEGÚN EL CURSO DE VIDA 25
13.1. ADOLESCENTES 25
13.2. MENORES DE 14 AÑOS 26
14.3 PERSONAS ADULTAS 26
13.3. PERSONAS CON DISCAPACIDAD 26

13.4. PERSONAS MIGRANTES Y NO AFILIADAS 27
14. DOBLE PROTECCIÓN 27
15. ELEGIBILIDAD MEDICA 28
16. ANTICONCEPCION DEFINITIVA 28
17. SEGUIMIENTO Y CONTROL 28
18. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS DISPONIBLES 29
18.1. METODOS HORMONALES 29
18.2. METODOS DE BARRERA 32
19. CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (Consulta de primera vez por medicina general) 33
19.1. CONTENIDO DE LA CONSULTA DE CONTROL 35
19.2. BÚSQUEDA ACTIVA 36
20. BARRERAS DE ACCESO PROHIBIDAS 36
21. INDICADORES DE MONITOREO 37
22. DOCUMENTOS DE REFERENCIA 39
23. CONTROL DE CAMBIOS 40

LISTADO DE TABLAS

Ilustración 1 Métodos que deben presentarse en toda consejería.....12
Ilustración 2 Efectividad de los métodos anticonceptivos.....13
Ilustración 3 Categorías de elegibilidad médica de la OMS. 15
Ilustración 4 Flujograma de la atención en anticoncepción 19
Ilustración 5 Anticoncepción Posevento Obstétrico.....21
Ilustración 6 Ventana de uso y opciones de anticoncepción de emergencia. 23
Ilustración 7 Conducta institucional según la edad de la persona usuaria. 25
Ilustración 8 El condón acompaña siempre al método elegido. 27
Ilustración 9 Periodicidad del control según el método.....28

1. INTRODUCCIÓN

La anticoncepción es la intervención de salud pública con mejor relación entre costo y resultado que puede ofrecer un hospital de primer nivel. Cada embarazo no planeado que se evita reduce simultáneamente el riesgo de muerte materna, de prematurez, de bajo peso al nacer, de deserción escolar de las adolescentes y de empobrecimiento de los hogares. En un municipio donde la atención obstétrica de alta complejidad queda a horas de distancia, prevenir es la forma más efectiva de proteger.

La Resolución 3280 de 2018 incorporó la asesoría y el suministro de métodos anticonceptivos dentro de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, con carácter obligatorio para las instituciones prestadoras. No se trata de un servicio que la institución ofrece si tiene capacidad: es una atención que debe garantizar, con talento humano capacitado, disponibilidad de insumos y eliminación de barreras.

Este protocolo define cómo la E.S.E. Hospital Jorge Isaac Rincón Torres presta esa atención. Parte de una premisa que atraviesa todo el documento: la elección del método es de la persona, no del profesional. El papel del equipo de salud es informar sin omitir, verificar la seguridad clínica del método elegido, entregarlo efectivamente y acompañar el seguimiento.

La consulta de anticoncepción se resuelve en una sola visita

- Ninguna persona que solicita anticoncepción debe salir de la institución sin un método en la mano o con el procedimiento formalmente programado y con soporte escrito.
- Si el método elegido no está disponible el día de la consulta, se entrega un método puente de efectividad aceptable, se programa el definitivo con fecha cierta y se deja constancia de la gestión en la historia clínica.

Cra 1E No 6-38 La Jagua de Ibirico-Cesar teléfono: 5769055 hosjagua@hotmail.com

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Garantizar el acceso efectivo, oportuno, confidencial y libre de barreras a la asesoría, el suministro y el seguimiento de métodos anticonceptivos en la E.S.E. Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, en cumplimiento de la Resolución 3280 de 2018 y de la normatividad vigente en salud sexual y reproductiva.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estandarizar la consejería en anticoncepción, asegurando que se presenten todos los métodos disponibles sin omisión y con información completa sobre mecanismo, efectividad, duración, uso y efectos esperados.
- Verificar en cada prescripción los criterios médicos de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud y dejar constancia de la categoría asignada.
- Garantizar la entrega efectiva del método el mismo día de la consulta o la programación formal del procedimiento con soporte escrito.
- Asegurar la anticoncepción posevento obstétrico antes del egreso de toda mujer que tuvo un parto, cesárea o aborto en la institución.
- Garantizar la anticoncepción de emergencia de manera inmediata, sin fórmula previa y sin requisitos adicionales, en especial en el marco de la atención a víctimas de violencia sexual.
- Brindar atención diferenciada y confidencial a adolescentes, reconociendo su autonomía progresiva, y activar la ruta de protección cuando corresponda.
- Garantizar el acceso gratuito a la anticoncepción quirúrgica para toda la población que la solicite, conforme a la Ley 1412 de 2010.
- Aplicar la doble protección, entregando condón junto con el método elegido.
- Realizar el seguimiento de las personas usuarias según el método, con búsqueda activa ante la inasistencia.
- Monitorear el cumplimiento mediante indicadores y auditoría periódica de historias clínicas.

3. ALCANCE Y POBLACIÓN OBJETO

Este protocolo aplica a todos los servicios de la institución en los que una persona puede solicitar o requerir anticoncepción: consulta externa, urgencias, hospitalización, sala de partos, servicios amigables para adolescentes y modalidad extramural. Es de obligatorio cumplimiento para la totalidad del talento humano asistencial y administrativo vinculado, contratado o en formación.

Población cubierta

- Toda persona en edad fértil que solicite anticoncepción, con independencia de su sexo, identidad de género, estado civil, número de hijos, condición de aseguramiento o nacionalidad.
- Adolescentes, con reconocimiento de su autonomía progresiva y con activación de la ruta de protección cuando corresponda.
- Mujeres en posparto, poscesárea y posaborto atendidas en la institución.
- Personas atendidas por violencia sexual, en el marco de la ruta específica de atención.
- Personas con discapacidad, con los apoyos que requieran para el ejercicio de su capacidad legal.
- Personas en condiciones clínicas que requieren especial precaución: enfermedad crónica, uso de medicamentos que interactúan con anticonceptivos, riesgo cardiovascular, entre otras.

4. DEFINICIONES

Término	Definición operativa
Planificación familiar	Derecho de las personas y las parejas a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el intervalo entre ellos y el momento de tenerlos, contando con la información y los medios para lograrlo.
Consejería en anticoncepción	Proceso de comunicación mediante el cual el equipo de salud brinda información completa y sin sesgo sobre todos los métodos, acompaña la valoración de la situación de la persona y facilita una elección libre e informada.
Elección libre e informada	Decisión adoptada por la persona usuaria, sin coerción, inducción ni condicionamiento, después de haber recibido información suficiente y comprensible.
Criterios médicos de elegibilidad	Sistema de clasificación de la OMS que establece, en categorías 1 a 4, la seguridad del uso de cada método anticonceptivo frente a condiciones clínicas específicas.
LARC	Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración: implante subdérmico y dispositivos intrauterinos.
Doble protección	Uso simultáneo de un método anticonceptivo y del condón, con el fin de prevenir a la vez el embarazo y las infecciones de transmisión sexual.

Anticoncepción de emergencia	Método utilizado para prevenir un embarazo después de una relación sexual sin protección, con falla del método o en caso de violencia sexual.
Anticoncepción posevento obstétrico	Provisión de un método anticonceptivo inmediatamente después del parto, la cesárea o el aborto, antes del egreso institucional.
Método puente	Método de efectividad aceptable que se entrega de forma transitoria cuando el método elegido no está disponible el día de la consulta, hasta que se garantice el definitivo.
Autonomía progresiva	Reconocimiento del ejercicio gradual de los derechos por niñas, niños y adolescentes, en función de su desarrollo y capacidad de comprensión.
Necesidad insatisfecha de anticoncepción	Situación de la persona que desea evitar o postergar un embarazo y no está usando ningún método anticonceptivo.
Servicios amigables	Modalidad de atención diferenciada para adolescentes y jóvenes que garantiza confidencialidad, trato respetuoso, horarios accesibles y atención sin acompañante obligatorio.

5. MARCO NORMATIVO

La aplicación de este protocolo se sustenta en las siguientes disposiciones, sin perjuicio de las demás normas concordantes y de las que las modifiquen o sustituyan:

Norma	Contenido relevante
Resolución 3280 de 2018 — MSPS, modificada por la Resolución 276 de 2019	Norma eje de este protocolo. Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Materno-Perinatal. Define la asesoría en anticoncepción, la atención para el cuidado preconcepcional y las atenciones por momento del curso de vida, con carácter obligatorio para las IPS.
Ley 1412 de 2010	Autoriza y promueve la vasectomía y la ligadura de trompas. El Estado garantiza su gratuidad a través del sistema de seguridad social en salud (art. 2) y las IPS públicas o privadas deben cubrir el costo para toda la población solicitante, incluidas las personas no afiliadas (art. 3). Exige información previa sobre naturaleza, implicaciones, beneficios y efectos (art. 5). Prohíbe en todo caso la anticoncepción quirúrgica en menores de edad (art. 7).
Ley 1751 de 2015 (Estatutaria de Salud)	Derecho fundamental a la salud; prohibición de barreras administrativas y de autorizaciones previas para la atención de urgencias; protección especial a niñas, niños y adolescentes.
Ley 1996 de 2019	Régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad. Elimina la interdicción y establece el sistema de apoyos, marco bajo el cual debe leerse hoy toda decisión sobre anticoncepción de personas con discapacidad.
Ley 1098 de 2006 — Código de la Infancia y la Adolescencia	Interés superior, autonomía progresiva y deber de protección. Fundamenta la atención confidencial a adolescentes y la activación de la ruta de protección.
Ley 1146 de 2007 y Resolución 459 de 2012	Prevención y atención de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes; protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, que incluye la anticoncepción de emergencia.
Resolución 1973 de 2008 — MSPS	Establece que la consulta de planificación familiar puede ser realizada por profesional de medicina o de enfermería debidamente capacitado.
Resolución 051 de 2023 — MSPS, adicionada y modificada por la Resolución 1575 de 2026	Regulación única para la atención integral en salud frente a la interrupción voluntaria del embarazo. La Resolución 1575 de 2026 incorpora el enfoque diferencial étnico, amplía la participación de profesionales de enfermería y fija el plazo máximo de cinco días calendario; además modifica el lineamiento técnico de la Ruta Materno-Perinatal de la Resolución 3280 de 2018.
Sentencias C-355 de 2006, SU-096 de 2018 y C-055 de 2022 — Corte Constitucional	Marco constitucional de la interrupción voluntaria del embarazo, al que debe articularse la asesoría anticonceptiva posevento.
Resolución 2765 de 2025 — MSPS	Actualiza de manera integral los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación para la vigencia 2026, marco de referencia para la disponibilidad de los métodos anticonceptivos.
Resolución 3100 de 2019 — MSPS	Condiciones de habilitación de los servicios en los que se presta la atención en anticoncepción.
Resolución 1995 de 1999 — MSPS	Manejo de la historia clínica; soporte del registro de la consejería, la elección y el consentimiento informado.

Circular Externa 010 de 2026 — MSPS	Orientaciones para la reducción de la mortalidad materna y de la mortalidad en primera infancia. Articula este protocolo con el egreso seguro obstétrico y con la continuidad del cuidado posparto.
Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos — OMS	Referente técnico internacional adoptado por la institución para valorar la seguridad de cada método frente a las condiciones clínicas de la persona usuaria.

6. RESPONSABILIDADES

Rol	Responsabilidad
Gerencia de la E.S.E.	Adoptar el protocolo mediante acto administrativo, garantizar la disponibilidad permanente de insumos anticonceptivos y el talento humano capacitado, y responder ante los entes de control.
Coordinación médica	Garantizar la capacidad resolutiva de la consulta, verificar la adherencia al protocolo y resolver los casos que requieren remisión o valoración especializada.
Profesional de medicina	Realizar consejería, verificar criterios de elegibilidad de la OMS, prescribir, insertar DIU e implante cuando esté entrenado, y registrar la atención en la historia clínica.
Profesional de enfermería	Realizar consejería y suministro de métodos conforme a la Resolución 1973 de 2008, aplicar inyectables, educar en el uso correcto y entregar el condón de doble protección.
Referente de salud sexual y reproductiva	Liderar la implementación del protocolo, verificar la vigencia normativa, consolidar indicadores, coordinar la capacitación del equipo y hacer seguimiento a la cohorte de usuarias y usuarios.
Servicio farmacéutico	Garantizar existencias permanentes, controlar fechas de vencimiento, registrar la dispensación y alertar oportunamente sobre desabastecimiento.
SIAU / Atención al usuario	Programar las citas de control y los procedimientos, entregar el soporte escrito, orientar sobre la ruta y recibir las quejas por barreras de acceso.
Referencia y contrarreferencia	Gestionar ante la EPS o la institución de referencia los procedimientos de anticoncepción quirúrgica y los métodos que la institución no pueda suministrar directamente.
Equipos extramurales y Equipos Básicos de Salud	Identificar necesidad insatisfecha de anticoncepción en el territorio, realizar consejería, entregar métodos según competencia y hacer búsqueda activa de inasistentes.
Calidad y Seguridad del Paciente	Auditar historias clínicas y consentimientos informados, calcular indicadores y gestionar las barreras reportadas.
Talento humano en formación	Participar en la atención bajo supervisión directa, sin que ello afecte la confidencialidad ni la libertad de elección de la persona usuaria.

7. PRINCIPIOS RECTORES

- **La elección es de la persona.** El profesional informa y verifica seguridad clínica; no decide por la persona usuaria ni induce un método determinado.

- **Todos los métodos se presentan, sin omisión.** Omitir un método por prejuicio, por comodidad del servicio o por desabastecimiento es una barrera de acceso.

- **Nadie sale sin método ni cita.** La consulta debe resolver la necesidad en la misma visita o dejar el procedimiento programado con soporte escrito.

- **Sin autorización de terceros.** No se exige autorización de la pareja, del padre, de la madre ni de ninguna otra persona, ni un número mínimo o máximo de hijos.

- **Confidencialidad sin excepciones.** La consulta se realiza en espacio privado y la información no se comparte con terceros, salvo los casos de notificación obligatoria previstos en la ley.

- **Sin barreras de aseguramiento.** La condición de afiliación, la nacionalidad o el estatus migratorio no condicionan la atención.

- **La seguridad clínica se verifica siempre.** Todo método se contrasta contra los criterios médicos de elegibilidad de la OMS y se deja constancia de la categoría.

- **Doble protección como estándar.** El condón se entrega junto con el método elegido, porque ningún método hormonal ni el DIU protegen frente a infecciones de transmisión sexual.

- **Lenguaje comprensible y enfoque diferencial.** La información se adapta a la edad, la escolaridad, la pertenencia étnica y la condición de discapacidad de la persona.

- **Lo que no está en la historia clínica no ocurrió.** La consejería, la elección, la categoría OMS, el consentimiento y la entrega se registran siempre.

8. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La institución garantiza la oferta de los métodos incluidos en el plan de beneficios financiado con recursos de la UPC. Cuando un método no pueda suministrarse directamente, se gestiona con la EPS o con la institución de referencia y se entrega un método puente.

Ilustración 1 Métodos que deben presentarse en toda consejería.



8.1. EFECTIVIDAD COMPARADA

La efectividad es uno de los elementos que la persona necesita conocer para decidir. Se presenta siempre junto con la duración, el modo de uso, los efectos esperados y la reversibilidad, de modo que la elección no se reduzca a una sola variable.

Ilustración 2 Efectividad de los métodos anticonceptivos



8.2. CARACTERÍSTICAS DE CADA MÉTODO

Método	Duración	Quién lo aplica	Consideraciones para la consejería
Implante subdérmico	3 a 5 años	Profesional entrenado	Muy alta efectividad. Reversible: la fertilidad retorna al retirarlo. Frecuente sangrado irregular en los primeros meses, que no indica falla del método y debe explicarse antes de la inserción para evitar el retiro temprano.
DIU de cobre	Hasta 10 años	Profesional entrenado	No hormonal. Puede aumentar la cantidad y duración del sangrado menstrual y el dolor en los primeros ciclos. Sirve además como anticoncepción de emergencia hasta 120 horas.
DIU con levonorgestrel	3 a 5 años según presentación	Profesional entrenado	Reduce el sangrado menstrual, lo que resulta útil en mujeres con sangrado abundante. Sujeto a disponibilidad en el plan de beneficios.

Inyectable trimestral de progestágeno	3 meses	Medicina o enfermería	Útil cuando está contraindicado el estrógeno. Puede producir amenorrea y demorar el retorno de la fertilidad tras la suspensión, lo que debe advertirse a quien planea embarazo próximo.
Inyectable mensual combinado	1 mes	Medicina o enfermería	Requiere aplicación puntual cada mes. Contraindicado en las mismas condiciones que los combinados orales.
Píldora combinada	Uso diario	Medicina o enfermería	Exige toma diaria a la misma hora. Contraindicada en categoría 4 de la OMS: entre otras, migraña con aura, antecedente tromboembólico, hipertensión no controlada, lactancia en las primeras semanas y tabaquismo en mujeres mayores de 35 años.
Píldora de solo progestágeno	Uso diario	Medicina o enfermería	Alternativa durante la lactancia y cuando el estrógeno está contraindicado. Requiere mayor puntualidad en la toma.
Condón masculino y femenino	Uso en cada relación	Entrega directa	Único método que protege simultáneamente frente al embarazo y a las infecciones de transmisión sexual. Se entrega siempre junto con el método elegido.
Vasectomía	Permanente	Urología (remisión)	Procedimiento ambulatorio, más sencillo y de menor riesgo que la esterilización femenina. Gratuito conforme a la Ley 1412 de 2010. Requiere método adicional hasta confirmar el recuento espermático.
Esterilización femenina	Permanente	Ginecología (remisión)	Puede realizarse en el posparto o la cesárea. Gratuita conforme a la Ley 1412 de 2010. Exige consentimiento informado escrito y período de reflexión.
Método de amenorrea de la lactancia	Hasta 6 meses	Consejería	Solo es válido si se cumplen simultáneamente tres condiciones: lactancia exclusiva, amenorrea y menos de seis meses posparto. Al fallar cualquiera de ellas, se requiere otro método.
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	Uso continuo	Consejería	Requieren ciclos regulares, entrenamiento y acuerdo de la pareja. Su efectividad depende estrechamente del uso correcto.

8.3. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD

Antes de prescribir o aplicar cualquier método, el profesional verifica la categoría de elegibilidad de la OMS correspondiente a las condiciones clínicas de la persona y deja constancia expresa en la historia clínica. Esta verificación es la principal barrera de seguridad del proceso.

Ilustración 3 Categorías de elegibilidad médica de la OMS.



8.4. CONDUCTA INSTITUCIONAL SEGÚN LA CATEGORÍA

Categoría	Conducta en la E.S.E. Hospital Jorge Isaac Rincón Torres
Categoría 1	Se suministra el método sin restricción. Se registra la categoría en la historia clínica.
Categoría 2	Se suministra el método. Se explica a la persona el motivo del seguimiento y se refuerza la cita de control.
Categoría 3	No se inicia el método en el primer nivel. Se ofrece una alternativa de categoría 1 o 2 y se remite a valoración especializada si la persona insiste en el método inicialmente elegido. La conducta y la justificación quedan registradas.
Categoría 4	No se suministra el método bajo ninguna circunstancia. Se explica el motivo en lenguaje comprensible, se ofrecen alternativas seguras y se registra.

8.5. CONDICIONES QUE EXIGEN VERIFICACIÓN CUIDADOSA

Las siguientes situaciones se indagan de manera explícita en toda consejería y se consignan en la historia clínica:

- Hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, antecedente de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar.
- Migraña, especificando la presencia o ausencia de aura.
- Tabaquismo, precisando cantidad y edad de la persona.
- Diabetes mellitus, en particular con compromiso vascular.
- Enfermedad hepática activa, hepatitis viral aguda o tumores hepáticos.
- Cáncer de mama actual o pasado.
- Sangrado uterino anormal sin estudio.
- Lactancia materna, precisando el tiempo transcurrido desde el parto.
- Sospecha o confirmación de embarazo.
- Infección genital activa o antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, relevante para la inserción de DIU.
- Uso de medicamentos que reducen la eficacia de los anticonceptivos hormonales, entre ellos algunos anticonvulsivantes y la rifampicina.

Regla de seguridad

Ante duda sobre la categoría de elegibilidad, la conducta es consultar la fuente vigente de los criterios de la OMS antes de prescribir, no prescribir y observar. La institución mantiene disponible una copia actualizada de los criterios en los consultorios y en el servicio farmacéutico.

9. CONSEJERÍA EN ANTICONCEPCIÓN

La consejería es el núcleo de la atención. Una consejería incompleta produce elecciones mal informadas, abandono temprano del método y embarazos no planeados. Los elementos que siguen son de obligatorio cumplimiento y se verifican en la auditoría de historias clínicas.

9.1. CONTENIDO MÍNIMO OBLIGATORIO

- Enmarcar la atención en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y establecer un ambiente de privacidad y respeto.
- Indagar el plan de vida de la persona, su intención reproductiva y qué haría ante un embarazo no planeado.
- Indagar antecedentes médicos, ginecológicos, obstétricos, farmacológicos y psicosociales relevantes.
- Valorar el riesgo de infecciones de transmisión sexual y la existencia de violencia en la relación de pareja.
- Informar de manera comprensible sobre el funcionamiento del sistema reproductivo y sobre cómo se produce un embarazo.
- Presentar todos los métodos disponibles, sin omisión, indicando para cada uno: mecanismo de acción, efectividad, duración, modo de uso, reversibilidad, efectos secundarios esperados y signos de alarma.
- Ofrecer con énfasis los métodos reversibles de larga duración, por su mayor efectividad y menor dependencia del uso correcto, sin que ese énfasis condicione la libre elección.
- Acompañar la decisión sin inducirla, respetando la elección de la persona incluso cuando el profesional habría recomendado otro método.
- Realizar el examen físico que corresponda según el método elegido y los procedimientos recomendados por la OMS.
- Verificar que la persona comprendió la información, pidiéndole que explique con sus palabras cómo usará el método y qué hará ante un olvido o una falla.
- Informar sobre la anticoncepción de emergencia y cómo acceder a ella.
- Entregar el condón para doble protección y explicar su uso correcto.

9.2. LO QUE LA CONSEJERÍA NUNCA DEBE HACER

- Condicionar la entrega de un método a la presencia o autorización de la pareja, del padre o de la madre.
- Exigir un número mínimo de hijos, una edad mínima distinta a la legal para métodos definitivos, o la firma de un tercero.
- Exigir citología, prueba de embarazo o examen pélvico como requisito para entregar un método que no los requiere.
- Omitir métodos por criterio personal del profesional, por creencias propias o por comodidad del servicio.
- Emitir juicios sobre la vida sexual, el número de parejas, la orientación sexual o la identidad de género de la persona.
- Aplazar la atención de una adolescente por no asistir acompañada.

9.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Se requiere consentimiento informado escrito, firmado y archivado en la historia clínica, para los siguientes procedimientos:

- Inserción de dispositivo intrauterino.
- Inserción de implante subdérmico.

Para los métodos definitivos, el consentimiento incluye de manera expresa la advertencia sobre el carácter permanente del procedimiento, la existencia de alternativas reversibles de efectividad comparable y el derecho de la persona a cambiar de decisión en cualquier momento antes de la intervención. Se deja constancia del período de reflexión otorgado.

10. FLUJOGRAMA DE LA ATENCIÓN

La secuencia siguiente describe el proceso completo de la atención en anticoncepción. Cada paso genera un registro verificable en la historia clínica.

Ilustración 4 Flujograma de la atención en anticoncepción



Prohibido devolver a la personal sin método ni cita: Si el método elegido no esta disponible, se entrega un método puente, se programa el definitivo y se registra la gestión. Ninguna barrera administrativa o de aseguramiento condiciona la atención.

1	**Acogida sin barreras** La persona es atendida el mismo día en que consulta, sin autorización administrativa previa, sin remisión de otro nivel y sin condicionamiento por su estado de afiliación. La solicitud de anticoncepción es motivo suficiente de consulta.

2	**Consejería en el marco de derechos** Se indaga el plan de vida, los antecedentes clínicos y psicosociales, el riesgo de infecciones de transmisión sexual y la existencia de violencia. La consulta se realiza en espacio privado.

3	**Presentación de todos los métodos** Se exponen sin omisión todos los métodos, con su mecanismo, efectividad, duración, uso y efectos esperados, ofreciendo con énfasis los de larga duración reversibles.
4	**Verificación de criterios de elegibilidad** Se contrasta el método de interés con los criterios médicos de elegibilidad de la OMS y se registra la categoría asignada. Las categorías 3 y 4 obligan a ofrecer alternativas.
5	**Elección libre e informada** La persona elige. Se verifica su comprensión pidiéndole que explique con sus palabras el uso del método y la conducta ante un olvido o una falla.
6	**Consentimiento informado** Para DIU, implante y esterilización se diligencia y firma el consentimiento informado escrito, que se archiva en la historia clínica.
7	**Suministro o procedimiento** Se entrega el método el mismo día o se realiza el procedimiento. Si el método no está disponible, se entrega un método puente, se programa el definitivo con fecha cierta y se registra la gestión.
8	**Doble protección** Se entrega el condón junto con el método elegido y se explica su uso correcto. La entrega se registra en la historia clínica.
9	**Programación del control** Se programa la cita de control según el método, se informa la fecha y se entrega el soporte escrito antes de que la persona salga de la institución.
10	**Registro y reporte** Se registra la atención en la historia clínica y en los sistemas de información institucionales, incluida la información requerida por los reportes obligatorios.

11. ANTICONCEPCIÓN POSEVENTO OBSTÉTRICO

El posparto y el posaborto son los momentos de mayor oportunidad y de mayor riesgo. La mujer está en contacto con el servicio de salud, su intención de espaciar el siguiente embarazo suele ser alta, y la fertilidad puede retornar antes de que aparezca la primera menstruación. Dejar pasar ese momento significa, con frecuencia, un nuevo embarazo con intervalo corto.

Ilustración 5 Anticoncepción Posevento Obstétrico



La anticoncepción hace parte del egreso

Ninguna mujer atendida por parto, cesárea o aborto en la institución egresa sin consejería anticonceptiva documentada y sin un método iniciado o formalmente programado, con la cita entregada por escrito.

Esta verificación se incorpora a la lista de chequeo de egreso seguro obstétrico de la institución y se audita con la misma periodicidad.

La asesoría se brinda durante la gestación idealmente en el control prenatal del tercer trimestre y se ratifica antes del egreso, de modo que la decisión no se tome bajo la presión del momento del alta.

11.1. CONSIDERACIONES CLÍNICAS

- En el posparto inmediato, el DIU posplacenta y la esterilización femenina pueden realizarse por personal entrenado, cuando la mujer lo decidió con anterioridad y firmó el consentimiento informado antes del trabajo de parto.

- Durante la lactancia se prefieren los métodos de solo progestágeno; los anticonceptivos combinados se postergan conforme a los criterios de elegibilidad de la OMS, por su efecto potencial sobre la lactancia y el riesgo tromboembólico del puerperio.

- El método de amenorrea de la lactancia solo es válido mientras se cumplan simultáneamente sus tres condiciones; al fallar cualquiera de ellas se requiere otro método, lo que debe explicarse de manera explícita.

- Tras un aborto, la ovulación puede reaparecer dentro de las dos semanas siguientes, por lo que el método se inicia de inmediato salvo contraindicación.

- El DIU está contraindicado tras un aborto séptico hasta resolver la infección.

- La consejería posevento no puede condicionarse ni vincularse a la decisión previa de la mujer sobre la interrupción voluntaria del embarazo.

12. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

La anticoncepción de emergencia se entrega de manera inmediata en el servicio donde la persona consulte, incluido el servicio de urgencias, y su efectividad disminuye con cada hora que transcurre.

Ilustración 6 Ventana de uso y opciones de anticoncepción de emergencia.



12.1. REGLAS DE ENTREGA

- Se entrega sin fórmula médica previa, sin examen pélvico obligatorio y sin prueba de embarazo como requisito.
- No requiere autorización de la EPS ni trámite administrativo alguno.
- Se entrega a adolescentes sin exigir la presencia de un acompañante.

- El personal que atiende no puede negar la entrega por objeción de conciencia: la objeción es individual, nunca institucional, y no puede traducirse en una barrera de acceso.
- La entrega se acompaña siempre de consejería para iniciar un método regular, que se ofrece en la misma consulta.
-

12.2. INDICACIONES

- Relación sexual sin uso de método anticonceptivo.
- Falla del método: ruptura o deslizamiento del condón, olvido de píldoras, retraso en la aplicación del inyectable, expulsión del DIU.
- Violencia sexual, en el marco de la ruta de atención integral correspondiente.
- Uso incorrecto de un método basado en el conocimiento de la fertilidad.

Violencia sexual

Toda persona que consulte por violencia sexual recibe la anticoncepción de emergencia dentro de las primeras 72 horas, junto con la profilaxis para infecciones de transmisión sexual, conforme al protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual.

La atención de la violencia sexual constituye una urgencia médica. Se activa la ruta intersectorial y se realizan las notificaciones obligatorias, sin que ello retrase ni condicione la atención en salud.

En víctimas menores de 14 años se aplica adicionalmente lo previsto en el capítulo 14 de este protocolo.

13. ATENCIÓN SEGÚN EL CURSO DE VIDA

Ilustración 7 Conducta institucional según la edad de la persona usuaria.



13.1. ADOLESCENTES

- La atención se presta con enfoque de servicios amigables: espacio privado, trato respetuoso, horario accesible y sin exigencia de acompañante.
- Se reconoce la autonomía progresiva: la adolescente o el adolescente puede consultar, decidir y recibir el método sin autorización de terceros.
- Se garantiza el acceso a todos los métodos reversibles, incluidos el implante y el DIU, cuya seguridad en esta población está documentada.
- Está prohibida la anticoncepción quirúrgica en menores de edad, en todo caso y sin excepción, conforme al artículo 7 de la Ley 1412 de 2010.
- La confidencialidad es la regla; sus límites legales se explican a la persona desde el inicio de la consulta.

13.2. MENORES DE 14 AÑOS

En toda persona menor de 14 años que refiera relaciones sexuales penetrativas, la institución procede así:

- Se brinda la atención en salud y la asesoría que requiera, sin negarla ni aplazarla por la activación de la ruta.
- Se activa la ruta de protección y se notifica al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y a la autoridad competente.
- Se notifica al sistema de vigilancia en salud pública según el protocolo correspondiente.
- Se valora la existencia de violencia sexual y se activa la ruta específica, incluida la anticoncepción de emergencia si procede.
- Se garantiza acompañamiento psicosocial y se documenta la totalidad de la actuación en la historia clínica.

14.3 PERSONAS ADULTAS

- Acceso a todos los métodos, incluidos los definitivos.
- La anticoncepción quirúrgica es gratuita para toda la población solicitante, incluidas las personas no afiliadas al sistema, conforme a los artículos 2 y 3 de la Ley 1412 de 2010.
- No se exige autorización de la pareja, número mínimo de hijos ni edad mínima distinta a la mayoría de edad.
- Se informa sobre la naturaleza, las implicaciones, los beneficios y los efectos del procedimiento, conforme al artículo 5 de la Ley 1412 de 2010.

13.3. PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- Se presume la capacidad legal plena de toda persona mayor de edad con discapacidad, conforme a la Ley 1996 de 2019, que eliminó la figura de la interdicción.
- La consejería se adapta mediante los ajustes razonables y los apoyos que la persona requiera para comprender la información y expresar su voluntad.

- La decisión sobre el método corresponde a la persona con discapacidad, no a su familia ni a su cuidador.
- Toda solicitud de anticoncepción quirúrgica en este contexto se tramita bajo el marco de la Ley 1996 de 2019 y con asesoría jurídica institucional, dada la evolución del régimen de capacidad legal frente al texto original de la Ley 1412 de 2010.

13.4. PERSONAS MIGRANTES Y NO AFILIADAS

- La atención en anticoncepción no se condiciona a la afiliación ni al estatus migratorio.
- La anticoncepción quirúrgica gratuita cubre expresamente a la población no afiliada.
- Se gestiona de manera paralela la afiliación o la identificación del mecanismo de pago, sin que ese trámite retrase la atención.

14. DOBLE PROTECCIÓN

Ilustración 8 El condón acompaña siempre al método elegido.



- Ningún método hormonal ni el DIU protegen frente a infecciones de transmisión sexual ni frente al VIH.
- El condón se entrega junto con el método elegido en todas las consultas de anticoncepción, y su entrega se registra en la historia clínica.

- Se explica y, cuando sea posible, se demuestra el uso correcto del condón con material didáctico.
- Se ofrecen las pruebas de tamizaje de VIH y sífilis conforme a la normatividad vigente, con asesoría previa y posterior.
- La entrega de condones no se limita por cupos arbitrarios ni se condiciona a la presentación de documento de identidad.

15. ELEGIBILIDAD MEDICA

Aunque la totalidad de métodos anticonceptivos son seguros, no todos son adecuados para todas las mujeres. Se requiere realizar una consulta y revisión del historial médico para escoger el anticonceptivo acorde a las preferencias de la usuaria y la aplicación de los criterios médicos de elegibilidad vigentes.

16. ANTICONCEPCION DEFINITIVA

Los requisitos para la anticoncepción definitiva (tubectomía y vasectomía) en Colombia son, ser mayor de 18 años y firmar el consentimiento informado (Ley 1412 de 2010).

17. SEGUIMIENTO Y CONTROL

Ilustración 9 Periodicidad del control según el método



18. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS DISPONIBLES

18.1. METODOS HORMONALES

18.1.1. IMPLANTE SUBDERMICO



Es un método moderno de anticoncepción que puede durar entre tres y cinco años, dependiendo del tipo de implante que se elija

Es un método moderno de anticoncepción que puede durar entre tres a cinco años, dependiendo del tipo de implante que se elija. Consiste en una o dos barras cortas y delgadas del tamaño de un fósforo, que se implanta en la parte superior del brazo de la mujer y libera una hormona llamada progestina que espesa el moco cervical, impidiendo el paso de los espermatozoides hacia el óvulo y disminuyendo la frecuencia de ovulación

Es un método altamente efectivo que ofrece 99,5% de protección anticonceptiva y como no contiene estrógeno, se puede utilizar en mujeres durante el periodo de lactancia o en pacientes que tengan contraindicado el uso del estrógeno.

No es necesario hacer cambios del implante durante sus años de duración, haciendo que sea muy fácil y práctico de utilizar, pues tampoco requiere de ninguna acción periódica para su funcionamiento.

18.1.2. ANTICONCEPTIVOS ORALES

Los anticonceptivos hormonales orales o píldoras anticonceptivas, son un método seguro y efectivo para evitar temporalmente el embarazo. Estas contienen pequeñas cantidades de hormonas femeninas, como estrógeno y progesterona, que logran evitar la ovulación el riesgo del embarazo.

De igual manera, las píldoras anticonceptivas generan cambios en el moco del cuello del útero, haciéndolo más espeso de tal forma que los espermatozoides no pueden penetrarlo.



18.1.3. ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES MENSUAL - TRIMESTRAL.

Las inyecciones anticonceptivas son un método seguro y efectivo para evitar temporalmente el embarazo. Estas contienen pequeñas cantidades de hormonas femeninas, como estrógeno y progesterona, que evitan la ovulación. De esta forma al no haber ovulación, no hay riesgo de embarazo. De igual manera, las pastillas anticonceptivas generan cambios en el moco del cuello del útero, haciéndolo más espeso, de forma tal que los espermatozoides no pueden penetrarlo.

Las inyecciones tienen un mecanismo de acción muy similar al de las píldoras anticonceptivas y en general a todos los métodos hormonales de anticoncepción.



18.1.4. DISPOSITIVO INTRAUTERINO.

La T de Cobre es el Dispositivo Intrauterino (DIU) más conocido. Es un método de anticoncepción muy eficaz, que además tiene una capacidad de protección anticonceptiva hasta de 12 años, aunque la mujer puede solicitar su retiro en cualquier momento, regresando la capacidad fértil de inmediato. Es un método ideal para mujeres que deseen retrasar o espaciar sus embarazos por un largo periodo. Además, como la T de Cobre es un dispositivo de plástico y cobre, se recomienda su uso para aquellas mujeres que tienen restricción en el uso de hormonas.

Este dispositivo es delgado y tiene forma de T. Este debe ser introducido en el útero por un profesional de la salud capacitado.

También existen dispositivos que contienen una de las dos principales hormonas que producen los ovarios en condiciones usuales. A estos se les llama dispositivos intrauterinos hormonales.



18.2. METODOS DE BARRERA

18.2.1. CONDON

El condón o preservativo no solo evita los embarazos no deseados, su uso también reduce el riesgo de contagio de múltiples Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): VIH /Sida, Virus del Papiloma Humano (VPH), gonorrea, clamidia y sífilis, entre otros.

El condón es una cubierta de látex que se adapta al pene erecto, formando una barrera entre el semen y la vagina o el ano. Este impide el paso de los espermatozoides y reduce el paso de los agentes causantes de algunas de las infecciones y enfermedades de transmisión sexual. Se debe usar durante todo momento donde haya contacto genital y hasta después de la eyaculación. Es necesario usar uno por cada relación sexual.



19. CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (Consulta de primera vez por medicina general)

Esta consulta es realizada, de acuerdo al método seleccionado y al nivel de complejidad, por un médico o enfermera debidamente capacitados en planificación familiar. Los pasos que se deben seguir en ella son:

- Informar sobre el conocimiento de los métodos disponibles, sus mecanismos de acción, ventajas, desventajas, riesgos, signos de alarma y consecuencias del uso de cada uno de ellos. Se debe siempre hablar del riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual y de la posibilidad de usar doble método para su protección. Se debe ofrecer información sobre todos los métodos de anticoncepción existentes sin exclusión alguna

- Responder a las necesidades y dudas del hombre, de la mujer o de la pareja, en un lenguaje sencillo y apropiado. Este proceso, debe realizarse en forma individual, además permite al profesional de salud asegurarse si la usuaria(o) ha entendido todo lo que se le ha explicado sobre el método que desea elegir.

- Realizar anamnesis completa haciendo énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, condiciones de salud, hábitos y uso de medicamentos.

- Examen físico general y del aparato reproductivo

- Brindar apoyo al usuario(a) para la elección del método, aplicando los criterios de elegibilidad para iniciar el uso de métodos anticonceptivos, que se presentan posteriormente

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

- Orientar, informar y educar al usuario sobre:

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

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

- En casos de elección de métodos quirúrgicos, es preciso obtener consentimiento individual informado escrito, del hombre en vasectomía o de la mujer en oclusión tubárica bilateral (firma o huella dactilar); programar para el procedimiento y entregar un método temporal hasta que se practique la cirugía. La Ley 23 y el Decreto reglamentario 3380 de 1981 en el artículo 15, estipulan la obligatoriedad de informar anticipadamente al usuario, sobre los riesgos y consecuencias de los procedimientos

médicos o quirúrgicos, que puedan afectarlo física o psíquicamente y la firma del consentimiento donde certifique que fue informado.

- En caso de vasectomía suministrar métodos temporales para los primeros tres meses postcirugía y dar orden para recuento espermático de control a los tres meses.

- Se debe consignar en la Historia Clínica y en el registro estadístico, en forma clara, los datos obtenidos en la valoración, los procedimientos realizados y el método suministrado. Si se trata de un método permanente, debe incluirse en la Historia el consentimiento informado, debidamente firmado por el paciente y la descripción de la técnica quirúrgica.

- En casos de Anticoncepción Post-evento Obstétrico (por ejemplo: DIU, Oclusión Tubárica Bilateral), se debe brindar consejería en el Control Prenatal. Durante la hospitalización se debe reforzar la consejería y brindar el método seleccionado por la paciente, antes de su egreso de la institución en donde se atienda el parto aborto.

19.1. CONTENIDO DE LA CONSULTA DE CONTROL

- Verificar la satisfacción con el método, la presencia de efectos secundarios y la adherencia real al uso.
- Resolver dudas y desmontar mitos, que son la causa más frecuente de abandono temprano.
- Verificar la continuidad del suministro y entregar el siguiente ciclo o dosis.
- En el implante y el DIU, verificar la permanencia del método y registrar la fecha prevista de retiro o recambio.
- En la vasectomía, verificar el recuento espermático a los tres meses y advertir que hasta confirmarlo se requiere método adicional.
- Reforzar la doble protección y entregar condones.
- Ofrecer el cambio de método cuando la persona no esté conforme, sin exigir justificación.

19.2. BÚSQUEDA ACTIVA

- Ante inasistencia al control se realiza contacto telefónico el mismo día y se reprograma la cita.
- En zona rural y rural dispersa se activa al equipo extramural o a los Equipos Básicos de Salud para visita domiciliaria.
- Se mantiene un listado de personas con método de larga duración próximo a vencer, con contacto anticipado para el recambio.
- Se identifica y contacta a las mujeres en posparto que egresaron sin método iniciado.

20. BARRERAS DE ACCESO PROHIBIDAS

Las siguientes prácticas constituyen barreras de acceso y están prohibidas en la institución. Su identificación se reporta como evento de gestión y se escala a la Gerencia:

- Exigir autorización de la EPS para entregar un método incluido en el plan de beneficios.
- Exigir la presencia o la firma de la pareja, del padre o de la madre.
- Exigir citología vigente, prueba de embarazo o examen pélvico como condición para entregar un método que no los requiere.
- Condicionar la atención a la afiliación, la nacionalidad o el estatus migratorio.
- Negar la anticoncepción quirúrgica gratuita amparándose en la falta de contrato o de afiliación.
- Aplazar la entrega de un método por desabastecimiento sin ofrecer método puente ni programar el definitivo.
- Negar la anticoncepción de emergencia o exigir fórmula médica para entregarla.
- Aplazar la atención de una adolescente por no asistir acompañada.
- Omitir métodos en la consejería o inducir un método por criterio personal del profesional.
- Ejercer objeción de conciencia de manera institucional, o de manera individual sin garantizar de inmediato la atención por otro profesional.

- Divulgar información de la consulta a familiares o terceros sin autorización de la persona.

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

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

21. INDICADORES DE MONITOREO

El seguimiento se realiza mensualmente y los resultados se presentan al Comité de Seguridad del Paciente y al Comité de Vigilancia Epidemiológica.

Indicador	Fórmula	Meta	Fuente
Resolución de la consulta en una sola visita	(N.º de consultas que terminan con método entregado o procedimiento programado / Total de consultas de anticoncepción) × 100	100 %	Auditoría de historia clínica
Registro de la categoría de elegibilidad OMS	(N.º de prescripciones con categoría OMS registrada / Total de prescripciones) × 100	100 %	Auditoría de historia clínica
Consentimiento informado en métodos que lo requieren	(N.º de procedimientos con consentimiento firmado y archivado / Total de DIU, implantes y esterilizaciones) × 100	100 %	Historia clínica
Anticoncepción posevento obstétrico	(N.º de mujeres que egresan con método iniciado o programado / Total de mujeres atendidas por parto, cesárea o aborto) × 100	≥ 90 %	Lista de chequeo de egreso
Uso de métodos de larga duración	(N.º de usuarias con implante o DIU / Total de usuarias de método moderno) × 100	Tendencia creciente	Sistema de información

Entrega de condón para doble protección	(N.º de consultas con entrega de condón registrada / Total de consultas de anticoncepción) × 100	100 %	Historia clínica
Continuidad a los 12 meses	(N.º de usuarias que continúan con método a los 12 meses / Total de usuarias que iniciaron 12 meses antes) × 100	≥ 70 %	Seguimiento de cohorte
Asistencia al control programado	(N.º de personas que asistieron al control / Total de controles programados) × 100	≥ 80 %	Agenda institucional
Disponibilidad de insumos	(N.º de días del mes con existencias completas de todos los métodos / Días del mes) × 100	100 %	Servicio farmacéutico
Oportunidad de la anticoncepción quirúrgica	(N.º de solicitudes resueltas dentro del plazo institucional definido / Total de solicitudes) × 100	100 %	Referencia y contrarreferencia
Anticoncepción de emergencia en violencia sexual	(N.º de víctimas que recibieron anticoncepción de emergencia ≤ 72 horas / Total de víctimas atendidas en ese plazo) × 100	100 %	Historia clínica
Barreras identificadas y resueltas	(N.º de barreras resueltas / Total de barreras reportadas) × 100	100 %	SIAU / Gerencia

22. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018, modificada por la Resolución 276 de 2019 — Lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Materno-Perinatal.
- Congreso de la República. Ley 1412 de 2010 — vasectomía y ligadura de trompas gratuitas.
- Congreso de la República. Ley 1751 de 2015, Ley 1996 de 2019, Ley 1098 de 2006 y Ley 1146 de 2007.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1973 de 2008.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 459 de 2012 — protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 051 de 2023, adicionada y modificada por la Resolución 1575 de 2026 — regulación única en interrupción voluntaria del embarazo.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2765 de 2025 — servicios y tecnologías financiados con recursos de la UPC para 2026.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Circular Externa 010 de 2026.
- Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos y manual de planificación familiar, en su edición vigente.
- Corte Constitucional. Sentencias C-355 de 2006, SU-096 de 2018 y C-055 de 2022.

23. CONTROL DE CAMBIOS

CONTROL DE CAMBIOS		
Version	**Fecha**	**Descripción de cambios realizados**
01	03/07/2026	Creación del Protocolo de Planificación familiar y anticoncepción.