

PRESENTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

El Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE) se complace en presentar la **segunda edición** de las fichas temáticas "Promoción y defensa de la Anticoncepción de Emergencia en América Latina y el Caribe". Estas fichas están dirigidas a las personas y entidades de América Latina y el Caribe que trabajan para dar a conocer la anticoncepción de emergencia (AE) y aumentar el acceso a este método. Estas fichas han sido concebidas como una herramienta de promoción, defensa y abogacía de la AE. Su objetivo es facilitar a la población información veraz y actualizada, basada en la evidencia científica en los derechos sexuales y reproductivos sobre este método anticonceptivo, y servir a las iniciativas para promover la incorporación de la AE en políticas, normas y programas de salud nacionales.

El CLAE quiere agradecer a *Erik E. and Edith H. Bergstrom Foundation*, a *The John Merck Fund*, a *Family Care International (FCI)*, al Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo (GPI) y a la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/WHR) por su apoyo financiero para la producción de este recurso.



Así mismo, el CLAE agradece a todas las personas e instituciones que han participado en la elaboración y/o revisión de estas fichas temáticas (tanto miembros del CLAE como expertos y expertas en distintos ámbitos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos) y que han aportado su experiencia y conocimientos sobre la AE para la elaboración de este material de abogacía.

Personas

- Mónica Almeida
- Ana María Andía
- Laura Asturias
- Vicki Baird
- Amy Bank
- Jolene Beitz
- Zaida Betancourt
- Mabel Bianco
- Luisa Cabal
- Ángeles Cabria
- Ivana Calle Rivas
- Magaly Caram
- Giselle Carino
- Lidia Casas
- Magda Chinaglia
- Cecilia Correa
- Ney Costa
- Horacio Croxatto
- Juan Díaz
- Soledad Díaz
- Verónica Díaz
- Alexia Escobar Vásquez
- Selina Espinoza
- Carlos Ferreros
- Regina Figueiredo
- Luz Figueredo Kamm
- Sandy García
- Virginia Gómez de la Torre
- Alessandra Guedes
- Angela Heimbürger
- Marcela Huaita
- Elsa Jiménez
- Alan Lambert
- María José Lubertino
- Martha López Ángel
- Mariana Maldonado
- Ángela Martínez
- Rocío Mejía
- Martha Murdock
- Minerva Najera
- Cecilia Olivares
- Laura Paganí
- Liliana Pauluzzi
- Suyapa Pavon
- Melanie Peña
- Elena Prada
- Lucía Rayas
- Cristina Puig Borràs
- Soledad Sánchez
- Verónica Schiappacasse
- Raffaella Schiavon
- Liliana Schmitz
- Jaime Telleria
- Adriana Villagra

Instituciones

- Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA), Colombia
- Casa de la Mujer, Argentina
- Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), Bolivia
- Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), Chile
- Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer (CEPAM), Ecuador
- Centro de Investigación Social, Tecnología Apropriada, y Capacitación (CISTAC), Bolivia
- Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS), Chile
- Center for Reproductive Rights (CRLP), EE UU
- Family Care International (FCI), Bolivia
- Family Care International (FCI), Ecuador
- Family Care International (FCI), EE UU
- Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), Argentina

- Instituto Social y Político de la Mujer, Argentina
- Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), Chile
- Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/WHR), EE UU
- Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo (GPI), EE UU
- International Women's Health Coalition (IWHC), EE UU
- Meridian Group International Inc., EE UU
- Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids (NEPAIDS), Brasil
- Pacific Institute for Women's Health, EE UU
- Population Council, Brasil
- Population Council, México
- Program for Appropriate Technology in Health (PATH), EE UU
- Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), Brasil

PROMOCIÓN Y DEFENSA DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

FICHAS TEMÁTICAS

ÍNDICE

Presentación, agradecimientos e índice

1. La anticoncepción de emergencia en el contexto de salud, género y los derechos sexuales y reproductivos
2. Información técnica sobre la anticoncepción de emergencia
3. La generación de un nuevo ser humano y la Píldora Anticonceptiva de Emergencia
4. Cuestiones legales sobre la anticoncepción de emergencia
5. Consideraciones éticas en anticoncepción de emergencia
6. La anticoncepción de emergencia al servicio de adolescentes y jóvenes
7. Estrategias de defensa y promoción de la anticoncepción de emergencia
8. Incorporación de la anticoncepción de emergencia en las normas y protocolos de atención en planificación familiar y violencia sexual
9. Registro y distribución a través de los sectores comerciales, privados y públicos
10. El rol de los parlamentarios en la introducción de la anticoncepción de emergencia
11. La introducción de la anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe.

Estudios de caso y lecciones aprendidas

12. Referencias
13. Actualización sobre el mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia.

INTRODUCCIÓN

El acceso a la anticoncepción de emergencia (AE) ha sido reconocido como un derecho sexual y reproductivo de las mujeres y una manera de reducir los embarazos no deseados y, por consecuencia, la morbilidad y mortalidad relacionadas con el aborto. En los últimos años, en el ámbito mundial, se han realizado grandes esfuerzos para aumentar el conocimiento y acceso a la AE a través de investigación en las áreas biomédica y psicosocial, campañas de información, educación y comunicación (IEC) y proyectos de introducción comercial y mercadeo social, entre otros.

El **Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE)** es una red articulada de organizaciones e instituciones no gubernamentales y gubernamentales, públicas y privadas, que trabajan en el campo de la salud, educación y los derechos sexuales y reproductivos. Desde su fundación en el año 2000, su misión es contribuir a mejorar el nivel de salud de la población y a reducir la mortalidad materna y el aborto inseguro en América Latina y el Caribe a través de la defensa, promoción y difusión de la anticoncepción de emergencia en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. Para más información sobre el CLAE consulte el sitio de Internet www.clae.info.

Los objetivos del CLAE son:

- Normalizar e institucionalizar el uso de las Pastillas Anticonceptivas de Emergencia (PAE): conseguir su inclusión en las normativas de salud reproductiva, planificación familiar, violencia sexual y adolescencia de los ministerios de salud, y el cumplimiento de las mismas en todos los países de la región.
- Promover, difundir y aumentar la información sobre la AE y el acceso a las PAE, incluyendo el método Yuzpe y productos dedicados, desde una perspectiva de género, entre todos los sectores sociales y económicos de la población.

- Expandir la comercialización y distribución a precios de mercadeo social de productos dedicados de AE.
- Defender la AE como un derecho sexual y reproductivo dentro del campo más amplio de los derechos humanos, e integrarla en el contexto de la sexualidad humana y la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y de la violencia de género.

Latinoamérica enfrenta desafíos específicos que hasta la fecha han impedido la difusión universal de la AE en la región. Entre ellos, la oposición de grupos conservadores a la divulgación y uso del método, las actitudes conservadoras hacia la sexualidad, la mala calidad o ausencia de educación sexual, la falta de recursos económicos y la inestabilidad política y económica. Todo lo anterior hace necesaria la diseminación de información específica sobre cómo impulsar la introducción y el acceso a la AE en el contexto sociocultural y político de nuestra región.

Los **objetivos de estas fichas temáticas** son proporcionar un compendio de los principales datos publicados sobre AE y facilitar información sobre la promoción de la AE, útil y relevante dentro del contexto de América Latina y el Caribe. Las fichas abordan las barreras y los desafíos que dificultan la introducción y el acceso a la AE en la región; proporcionan argumentos y evidencias científicas que avalan la eficacia y seguridad de la AE y explican su mecanismo de acción; y divulgan estrategias y campañas de promoción y defensa (abogacía) de la AE que han sido exitosas en distintos países de la región.

Las fichas temáticas están dirigidas a los grupos que trabajan en la promoción de la AE, y esperan servir a sus esfuerzos para aumentar el conocimiento y el acceso al método en los países; a sus procesos de construcción de alianzas y estrategias para la inclusión de la AE en normas nacionales; a sus campañas para sensibilizar a las autoridades y a los profesionales de la salud, educación y justicia, y para neutralizar los argumentos infundados contrarios al uso de la AE.

Este recurso de abogacía está compuesto por 13 fichas temáticas que abordan la AE desde una perspectiva de salud y derechos sexuales y reproductivos. Incluyen información técnica sobre el método anticonceptivo y su mecanismo de acción; aspectos legales y consideraciones éticas de su empleo; orientación para estrategias de defensa, promoción e integración de la AE en normas de salud; y el papel que pueden jugar los sectores comerciales (privados y públicos), parlamentario/as y grupos comprometidos con los derechos de las mujeres, para facilitar el acceso a la AE. Se describe también el proceso de introducción de la AE: las dificultades que pueden surgir y las estrategias que han probado ser exitosas en la región para superarlas. Esta segunda edición, incorpora una nueva ficha con nueva información, actualizada en abril del año 2005, sobre el mecanismo de acción de las PAE.

El CLAE espera que este documento sirva para la promoción de la anticoncepción de emergencia, y fortalecer así los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Para solicitar ejemplares adicionales o mandar sus comentarios, por favor, comuníquese con:

Institución coordinadora del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE)

Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER)
 José Ramón Gutiérrez 295, Departamento 3
 Santiago, Chile
 Tel./Fax: ++ (56 2) 638 40 86
www.clae.info - icmer@icmer.org

Family Care International (FCI)

Programa para América Latina y el Caribe
 588 Broadway, Suite 503
 New York, NY 10012 EE UU
 Tel.: ++ (1 212) 941-5300
 Fax: ++ (1 212) 941-5563
info@familycareintl.org - www.familycareintl.org

A partir de diciembre 2005

¡Sus comentarios y aportes serán bienvenidos!

CISTAC

Casilla 12611
 Pasaje Cardón N° 16 (Sopocachi)
 La Paz, Bolivia
 Tel./Fax. ++ (591 2) 241 75 82
clae@cistac.org

Notas:

En la redacción de estas fichas temáticas de anticoncepción de emergencia, el CLAE ha utilizado por defecto adjetivos y nombres en género masculino, aun cuando se refieren a sustantivos masculinos y femeninos, siguiendo las normas de la gramática española y para facilitar la lectura.

Las organizaciones sin fines de lucro pueden reproducir integral o parcialmente el contenido de estas fichas temáticas, siempre que no sea con propósitos comerciales. El CLAE agradece recibir reconocimiento y notificación de la reproducción de este material.

© CLAE, 2005

En junio de 2005, el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE) está constituido por las siguientes organizaciones y redes:

Organizaciones

- AMES, Costa Rica
- A.M.S., El Salvador
- APLAFA Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia, Panamá
- APPRENDE, Bolivia
- APPRENDE, Perú
- APROFA, Chile
- Asociación Agenda Mujeres, Perú
- Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva, Argentina
- Asociación Argentina de Protección Familiar (AAPF), Argentina
- Asociación Demográfica Costarricense (ADC), Costa Rica
- Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (AUPF), Uruguay
- Balance, México
- BEMFAM, Brasil
- Casa de la Mujer, Rosario, Argentina
- CEMOPLAF, Ecuador
- CENESEX, Cuba
- Centro de Derechos Reproductivos, EE.UU.
- CEPAM, Ecuador
- CERFAMI, Colombia
- CEVAM, Centro Vergueiro de Atenção à Mulher, Brasil
- CHANGE, EE.UU. y Perú
- Cipaltomalt, Nicaragua
- CIRPAN, Centro de Investigación en Reproducción Humana, Panamá
- CISTAC, Bolivia
- C.O.F., Ecuador
- COPPRENDE, Ecuador
- Epikeia, México
- Family Care International, EE.UU.
- Family Health International, EE.UU.
- Flora Tristán, Perú
- Fundación CEDESOCIAL, Colombia
- Fundación Desafío, Ecuador
- Fundación Esar, Colombia
- Fundación Oriéntame, Colombia
- Fundación Proser, Colombia
- FUNSIA, Paraguay
- GIRE, México
- Grupo Parlamentario Inter-Americano sobre Población y Desarrollo, EE.UU.
- GTPOS, Brasil
- Human Rights Watch, EE.UU.
- ICIMER, Chile
- IMIFAP, México
- IPPF/ Región Hemisferio Occidental, EE.UU.
- IPAS, América Latina y el Caribe
- International Women's Health Coalition, IWHC, EE.UU.
- Ixchen, Nicaragua
- John Snow Incorporated, EE.UU.
- Marie Stopes, Bolivia
- Marie Stopes, Honduras
- Marie Stopes International, División Latinoamericana
- Marie Stopes, México
- Meridian Group, EE.UU.
- Mujer y Salud (MYSU), Uruguay
- Mujeres al Oeste, Argentina
- NEPAIDS, Brasil
- OPS, Oficina de la Mujer, Salud y Desarrollo, EE.UU.
- Pacific Institute for Women's Health, EE.UU.
- Pathfinder International, EE.UU.
- PLAFAM, Venezuela
- Planned Parenthood San Diego & Riverside Counties, Binational Program, EE.UU.
- Planned Parenthood Federation of America, EE.UU.
- Population Council, Brasil
- Population Council, Guatemala
- Population Council, México
- PROFAMILIA, Colombia
- PROFAMILIA, República Dominicana
- PROMESA, Paraguay
- PROMSEX Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, Perú
- PROSALUD, Argentina
- PROSALUD, Venezuela
- PROSALUD INTER-AMERICANA, EE.UU.
- Puntos de Encuentro, Nicaragua
- Reprolatina, Brasil
- Sexualidad Educativa Integral, A.C., México
- SHSSR, A.C., México
- UNASSE, A.C., México
- YEUANI, A.C., México

Redes

- Coordinadora de Organizaciones de Mujeres para la Promoción de la AE (COMPAE), Nicaragua
- Consorcio Argentino de AE (CAAE), Argentina
- Consorcio Boliviano de AE (CBAE), Bolivia
- Consorcio Chileno de AE (CCA), Chile
- Consorcio Ecuatoriano de AE (CEAE), Ecuador
- Elige – Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, México
- Movimiento Amplio de Mujeres, Perú
- Programa Provincial de Salud Reproductiva, Ministerio de Desarrollo Social y Salud, Gobierno de Mendoza, Argentina
- Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos (REDLAC)
- Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC)
- Rede Brasileira de Contracepção de Emergencia, Brasil
- Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH, Perú
- Red de Servicios de Salud Cusco Norte, Perú

Visite el sitio de Internet www.clae.info para obtener más información sobre el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE).

La anticoncepción de emergencia tiene un papel importante en ayudar a las mujeres a lograr sus intenciones reproductivas evitando embarazos no deseados. Incorporar este método en aquellas regiones donde aún no está disponible, a través de programas oficiales de planificación familiar y/o servicios alternativos, debe ser considerado como una estrategia de largo plazo para mejorar los servicios de salud reproductiva.

~ Organización Mundial de la Salud¹

LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA: UN AVANCE PARA LA SALUD DE LA MUJER

La anticoncepción de emergencia (AE) se refiere a los métodos anticonceptivos que utilizan las mujeres para prevenir un embarazo después de haber tenido una relación sexual no protegida. Pese a la evidencia científica sobre la seguridad y eficacia de la AE para prevenir embarazos, este método aún no es ampliamente conocido por los proveedores de servicios de salud y por la población en general, ni está disponible en todas partes. Esta situación representa un área importante de acción para las personas e instituciones que trabajan por la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Ampliar el acceso a la AE es una de las estrategias más costo-efectivas para disminuir la mortalidad materna, ya que contribuye a prevenir los embarazos no deseados que ocurren por falla del método anticonceptivo, violación sexual, relación sexual sin protección anticonceptiva o por manejar información errada sobre fertilidad y reproducción.² Ante un embarazo no deseado, muchas mujeres recurren a abortos realizados en condiciones de riesgo que ponen en peligro su vida. El aborto es una de las tres primeras causas de muerte materna en países que tienen restricciones legales para la interrupción voluntaria del embarazo, como sucede en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Cabe destacar que son las mujeres más pobres y más jóvenes las que, con mayor frecuencia, no pueden acceder a servicios de aborto seguro.

Se estima que en el mundo ocurren 200 millones de embarazos cada año, de los cuales 20 millones terminan en aborto realizado en condiciones de riesgo, y se producen 600.000 muertes maternas.³ En América Latina, entre 20% y 40% de los embarazos son no deseados; 25% de los embarazos terminan en abortos, y 21% de las muertes maternas son causadas por abortos realizados en condiciones de riesgo.⁴

Razón de mortalidad materna en la región (por 100.000 nacidos vivos)

Haití	680
Bolivia	420
República Dominicana	150
Colombia	130
Ecuador	130
Honduras	110
México	83
Estados Unidos	14
Canadá	5

Adaptado de Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Organización Mundial de la Salud.
Disponibile en <http://www.who.int/whr/2005/es/index.html>

Facilitar el acceso y la disponibilidad de la AE a todas las mujeres que por una u otra razón se ven enfrentadas al riesgo de un embarazo no deseado puede contribuir a prevenir abortos inseguros, a disminuir el número de muertes maternas, y a que las mujeres puedan ejercer su derecho a decidir libremente en la esfera reproductiva.

¹ WHO, 1998a.

² Trussell y cols, 1997.

³ Hill K y cols, 2001; Robey y cols, 1992.

⁴ Schiavon R, 2001.

LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA: UN DERECHO FUNDAMENTAL PARA TODAS LAS MUJERES

En 1968, en el marco de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos realizada en Teherán, la Resolución XVIII de la Asamblea General de las Naciones Unidas señaló que "las parejas tienen el derecho humano fundamental de decidir el número y espaciado de sus hijos y el derecho a obtener la educación y los métodos necesarios para hacerlo." Este principio ha sido ratificado posteriormente en las diversas Conferencias Internacionales que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha realizado en materia de población y desarrollo, de derechos humanos y sobre la mujer. Entre los distintos instrumentos internacionales sobre estas materias destacan:

- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979.
- El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, El Cairo 1994). En la CIPD el paradigma de la salud sexual y reproductiva como un derecho de las personas, reemplazó los enfoques demográficos orientados al control del crecimiento poblacional.
- La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), ratificó el concepto de salud sexual y reproductiva aprobado en El Cairo.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer reconocieron que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son parte fundamental de los derechos humanos universales. El reconocimiento de dichos derechos representa un avance para el cuidado de la salud de la mujer y para el ejercicio de su derecho a tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad y su reproducción. Los derechos sexuales y reproductivos son derechos ineludibles, y su resguardo es obligatorio para asegurar condiciones de justicia e igualdad para las mujeres y sus familias. Estos acuerdos internacionales, suscritos por la gran mayoría de los países del mundo, son herramientas políticas que pueden ser empleadas para denunciar y combatir situaciones de discriminación y violación de los derechos humanos de la mujer.

Aunque la mayoría de los países latinoamericanos ha suscrito estos acuerdos, la situación de las mujeres sigue siendo difícil. En un continente convulsionado por conflictos políticos, sociales, económicos y culturales, las mujeres y las niñas suelen ser víctimas de la discriminación por razón de sexo, constituyendo así uno de los grupos cuyos derechos, como personas y como ciudadanas, son más vulnerables, particularmente en los sectores más pobres de la sociedad. Cuando se priva a las mujeres del acceso a la educación, al trabajo y a las decisiones familiares y políticas y se las margina o anula, se limita su capacidad de acción y se violan sus derechos humanos fundamentales al igual que sus derechos sexuales y reproductivos. Además, en muchos grupos de la sociedad, las mujeres aún no gozan de condiciones de equidad e igualdad para acceder a servicios de salud, ni gozan de la libertad necesaria para tomar sus propias decisiones en cuanto a sexualidad y reproducción.

Ejercer los derechos sexuales y reproductivos incluye hacer uso de los beneficios que otorgan los avances científicos. Así lo indica el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas,⁵ reconocido y suscrito por la gran mayoría de los Estados de la región:

"los Estados Parte reconocen que todas las personas tienen derecho a (...) gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones; (...) el ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva."

LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA AL SERVICIO DE LOS GRUPOS DE MUJERES MÁS VULNERABLES

La AE debe ser accesible para toda la población, y muy especialmente para las mujeres en condición de especial vulnerabilidad. Es decir, aquellas mujeres que han sufrido o son susceptibles de sufrir violaciones y atropellos a sus derechos sexuales y reproductivos. Este es el caso de jóvenes y adolescentes; de mujeres que han sido violadas; de refugiadas o desplazadas; y de mujeres portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Jóvenes y adolescentes

En América Latina y el Caribe, muchas adolescentes inician su actividad sexual a edades muy tempranas, y no siempre porque lo deseen o elijan. En ocasiones lo hacen forzadas por sus parejas o por personas con mayor poder, o presionadas por sus compañeros y pares. A veces, es la necesidad económica el factor que impulsa a iniciar la actividad sexual. Las adolescentes tienen escaso acceso a información sobre su sexualidad y su reproducción, a servicios de salud sexual y reproductiva y a métodos anticonceptivos eficaces. En contextos de pobreza creciente, como los que vivimos en la mayoría de los países de la región, las adolescentes y niñas están más expuestas a toda

⁵ United Nations, 1968 y 2000.

forma de abuso y violencia sexual. En muchos casos, la prostitución o el establecimiento de relaciones de convivencia a edades muy tempranas, son las únicas estrategias viables para la supervivencia familiar y/o individual.

La información y el acceso a AE apoyan los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes y pueden contribuir a disminuir las altas tasas de embarazos no deseados entre adolescentes (ver *Ficha 6*).

Víctimas de violencia sexual

La violencia sexual es un grave problema de salud pública, cuyas consecuencias a corto, mediano y largo plazo, a veces irreparables, pueden poner en riesgo la vida y la salud de las personas que la sufren. El embarazo no deseado, el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH, y el impacto negativo en la salud mental y emocional, son sólo algunas de las consecuencias de las agresiones sexuales en la salud de la mujer.

Las adolescentes y niñas son con mayor frecuencia las víctimas de distintas formas de coerción y violencia sexual. Se estima que en el mundo, entre el 40% y el 60% de todos los casos de abuso sexual ocurren en jóvenes menores de 16 años.⁶

Deben garantizarse y articularse el derecho de la mujer a evitar el embarazo que pueda ocurrir como producto de una violación; el derecho a prevenir ITS y el contagio por VIH; y el derecho a recibir tratamiento adecuado y de calidad por las lesiones físicas y psicológicas. La AE puede contribuir de manera inmediata al restablecimiento parcial de la salud reproductiva de la víctima de una violación, evitando el embarazo producto del abuso.

La prevención y atención de las consecuencias de una violación deben ser abordadas desde una perspectiva integral, que incluya y garantice el acceso a AE. En este sentido, la AE debe enmarcarse en un sistema más amplio de atención integral de calidad a las víctimas de violencia sexual, definida desde una perspectiva de género, que implique a través de una ventanilla única a los sistemas médicos, legales, y de provisión social. Para ello, debe definirse el uso de la AE en la atención de emergencia de las unidades de salud, y en los protocolos de atención a víctimas de violencia sexual que deben formar parte de los sistemas de administración de justicia de todo país.

El uso de la AE en casos de violación representa el ejercicio del derecho a la información y a la decisión libre y responsable de prevenir un embarazo no deseado y/o un aborto practicado en condiciones de riesgo. Además, la AE forma parte del proceso terapéutico de la mujer violada, ya que le proporciona una solución eficaz para evitar un embarazo no deseado que, de producirse, sería fruto de una agresión violenta. Al igual que en el caso de relaciones sexuales no protegidas, la información sobre AE debe entregarse a las mujeres que han sufrido violencia sexual en un contexto de confidencialidad y respetando el derecho a la libre opción.

Es de importancia crítica informar a los proveedores de salud sobre el uso de la AE en casos de violación, tanto en los países en los cuales está incorporada la AE en las normas de salud reproductiva o en el Sistema Médico Legal como en los que aún no se ha incorporado. Los profesionales de la salud no pueden ocultar deliberadamente información que pueda prevenir una consecuencia indeseada o perjudicial para la salud de la mujer (embarazo no deseado o aborto de riesgo).

Mujeres refugiadas y desplazadas

En todo el mundo, los conflictos armados y los desastres naturales han obligado a un número alarmante de personas a refugiarse o desplazarse de sus hogares. Las niñas y mujeres refugiadas o en situación de migración forzada están en mayor vulnerabilidad que el resto de sus congéneres y sufren con mayor severidad coacción, violencia por razones de sexo y explotación sexual. Esto las expone a mayor riesgo de embarazos no deseados, de complicaciones por abortos realizados en condiciones de riesgo que pueden llevar a la muerte, y a contagios por ITS y VIH.⁷

A menudo, los datos generales sobre población desplazada y refugiada no dejan ver el particular drama que esta condición supone y añade para las mujeres. En Colombia, entre el 49% y el 58% de los dos millones de desplazados son mujeres,⁸ y se han reportado constantes asaltos contra la integridad de las mujeres refugiadas y desplazadas, atrapadas entre las fuerzas en conflicto. Estas mujeres son víctimas de, entre otros crímenes, esclavitud sexual, mutilación sexual, desnudez forzada y abortos forzados.⁹ El 30% de las adolescentes desplazadas son madres o están embarazadas de su primer hijo.¹⁰

La AE es reconocida como una herramienta fundamental y un componente esencial de los servicios integrales de atención a mujeres refugiadas o desplazadas que sufren violencia sexual.¹¹

⁶ IPAS, 2001.

⁷ Wulf D, 1994.

⁸ Oficina de las Naciones Unidas, Colombia, 2001.

⁹ Según la ONG colombiana María María, que colaboró con el relator de la Comisión de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos en Colombia.

¹⁰ Ospina P, 2001.

¹¹ United Nations High Commissioner for Refugees, 1999.

Mujeres que viven con el VIH

La AE es una opción adicional para aquellas mujeres que son portadoras del VIH y que desean evitar un embarazo. Muchas mujeres se embarazan sin desearlo o adquieren ITS y VIH, debido a falta de acceso a métodos anticonceptivos, o bien porque carecen de poder para exigir a sus parejas el uso del condón. Por estas mismas razones, hay muchas mujeres que viven con el VIH que están en riesgo de quedar embarazadas cuando no lo desean. En caso de salir embarazadas sin haberlo deseado, a menudo recurren al aborto inseguro, o bien viven el embarazo con la amenaza de que su bebé se pueda infectar de VIH, especialmente en los casos en los que las mujeres no tienen acceso al tratamiento apropiado para reducir el riesgo de transmisión vertical del VIH (de madre a hijo). Por lo tanto, es fundamental que las mujeres que viven con el VIH conozcan y tengan acceso a la AE y sepan que tienen derecho y pueden decidir libremente si desean embarazarse o no.

CONCLUSIÓN

El acceso a la AE hace posible un ejercicio más pleno de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer porque le permite tomar autónomamente la decisión de evitar un embarazo no deseado, aun después de una relación sexual sin protección anticonceptiva. La AE permite a las mujeres que por razones ajenas a su voluntad o control han sido sometidas a relaciones sexuales desprotegidas, tomar medidas anticonceptivas después de la relación sexual.

Negar información y/o acceso a la AE socava el derecho de las mujeres a decidir sobre tener hijos o no y cuándo hacerlo; las priva de un método anticonceptivo seguro que pueden requerir en función de sus necesidades reproductivas; y las empuja, sin una razón justa, a poner en peligro su salud y su vida, sometiéndose a abortos en condiciones de riesgo, o a llevar a término un embarazo que no han deseado.

La AE es una opción anticonceptiva segura, costo-efectiva y eficaz que contribuye a garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Considerando las múltiples ocasiones en que las mujeres pueden necesitar hacer uso de la AE, se requiere difundirla ampliamente para que todas las mujeres conozcan que existe antes del momento en que pueden necesitarla.

Algunos conceptos de salud y derechos sexuales y reproductivos y género, claves en la promoción y defensa de la anticoncepción de emergencia

Los derechos reproductivos incluyen los derechos de los individuos y las parejas a:

- tomar decisiones libres e informadas sobre su vida reproductiva, incluyendo el número de hijos, cuándo y con qué frecuencia tenerlos; y
- a alcanzar el más alto estándar de salud sexual y reproductiva.

Los derechos sexuales incluyen los derechos de las personas a:

- tomar decisiones libres e informadas sobre todos los aspectos relacionados con su sexualidad;
- ser libres de discriminación, coacción o violencia en sus decisiones y su vida sexual; y
- esperar y exigir igualdad, consentimiento completo, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales.

La igualdad de género se alcanza cuando mujeres y hombres son tratados como iguales.

La equidad de género se logra cuando la distribución de responsabilidades y beneficios entre hombres y mujeres se hace con justicia e imparcialidad.

Adaptado de la CIPD, CIPD+5 y de los documentos de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.

Visite el sitio de Internet www.clae.info para obtener más información sobre el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE).



INFORMACIÓN TÉCNICA

La anticoncepción de emergencia (AE) permite prevenir el embarazo a las mujeres que han tenido una relación sexual sin protección anticonceptiva, ya sea debido a una violación, a no haber utilizado un método anticonceptivo, o en caso de accidente con el método usado. Para prestar servicios de calidad y apoyar el uso correcto de la AE, el personal de salud debe manejar información correcta sobre la AE, incluyendo su eficacia, los efectos sobre la salud, su mecanismo de acción, y las recomendaciones actuales sobre su uso.¹ Hay mucha información disponible sobre la AE, tanto en Internet como en publicaciones elaboradas por diversas instituciones. Esta información puede ser utilizada para capacitar al personal de salud y/o para ponerla a disposición del público, siempre que se cite la fuente de donde se obtuvo. La información técnica actualizada y resumida que contiene esta ficha puede complementarse con las publicaciones que se incluyen en el listado de referencias bibliográficas.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA: COMPOSICIÓN Y REGÍMENES

1. Anticoncepción hormonal de emergencia

Conocida como Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE), la anticoncepción hormonal de emergencia consiste en ingerir dosis específicas de anticonceptivos orales dentro de las 120 horas (cinco días) siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva. Se usan píldoras de levonorgestrel (LNG) sólo o píldoras combinadas de etinil-estradiol y levonorgestrel. Es decir: la AE usa las mismas hormonas que contienen los anticonceptivos hormonales orales de uso regular, con la diferencia de que se administran en dosis más altas y en un plazo de tiempo definido. Estos regímenes y composiciones han sido ampliamente estudiados durante los últimos años por diversos investigadores y en estudios multicéntricos coordinados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su seguridad y eficacia han sido demostradas.

Régimen de levonorgestrel:

Este régimen tiene mayor eficacia y menos efectos secundarios que el régimen combinado.² Se puede emplear de dos maneras:

- a) La forma tradicional ha sido usar dos dosis de 750 mcg (0,75 mg) de levonorgestrel (LNG) cada una, separadas por un intervalo de 12 horas, iniciándolas dentro de las 72 horas siguientes a la relación no protegida. Sin embargo, estudios recientes de la OMS han demostrado que este régimen puede usarse también dentro de las 120 horas posteriores a la relación desprotegida, aunque la eficacia anticonceptiva es menor en el quinto día.³ Los productos dedicados contienen dos pastillas con la cantidad exacta de levonorgestrel y se usa una pastilla por dosis. En el caso en que no se dispone de productos dedicados, se puede reemplazar cada dosis por 25 pastillas de las píldoras de levonorgestrel sólo (30 mcg cada una) que se emplean como anticonceptivo durante la lactancia (ver en *Tabla 1* algunas de las marcas comerciales más comunes).
- b) Una nueva modalidad es el uso de una dosis única de 1500 mcg (1,5 g) de levonorgestrel, lo que es igualmente efectivo que el uso de dos dosis de 750 mcg y puede ser mucho más conveniente para las usuarias.⁴ Para esto, se pueden usar dos pastillas del producto registrado tomadas de una vez.

¹ WHO 1998a; www.ippfwhr.org/resources/index.html.

² WHO, 1998b.

³ von Hertzen H y cols, 2002; Piaggio G y cols, 2003.

⁴ von Hertzen H y cols, 2002.

Régimen combinado (régimen de Yuzpe)

Este régimen es el que se ha utilizado con más frecuencia desde que se conoce la AE. Consiste en tomar dos dosis de 100 mcg de etinil-estradiol + 500 mcg de levonorgestrel cada una, separadas por un intervalo de 12 horas. La toma debe iniciarse dentro de las 120 horas (cinco días) posteriores a la relación no protegida. Existen productos dedicados para este fin que contienen la dosis exacta y que son más fáciles de usar. En caso de no disponer de productos dedicados, pueden usarse, por cada dosis, cuatro píldoras anticonceptivas combinadas que contienen 30 mcg de etinil-estradiol y 15 mcg de levonorgestrel (ver *Tabla 1*).

Tabla 1: FORMULACIÓN DE PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS ORALES

Regímenes y formulación (por píldora)	Marcas comunes	1ª dosis	2ª dosis
Levonorgestrel solo LNG 0,75 mg	Productos Dedicados: Imediat-N, Levonelle-2, NorLevo, Plan B, Postinor- 2, Vikela, Vika Pozato, Pilen, TACE		
	En dosis única	2	-
	En dos dosis	1	1
Levonorgestrel solo LNG 0,03 mg	Microlut, Microval, Norgeston	25	25
Levonorgestrel solo LNG 0,0375 mg	Ovrette	20	20
Combinado Estrógeno-Progestina EE 50 mcg + LNG 0,25 mg, ó EE 50 mcg + NG 0,50 mg	Eugynon 50, Fertilan, Neogynon, Noral, Nordiol, Ovidon, Ovral, Neovlar, Evanor, Normamor	2	2
Combinado Estrógeno-Progestina EE 30 mcg + LNG 0,15 mg, ó EE 30 mcg + NG 0,30 mg	Lo/Femenal, Microgynon 30, Nordette, Ovral L, Rigevidon, Microvlar, Ciclo21, Ciclón, Gestrelan, Nociclin, Anulette, Norvetal, Innova, Microfemin	4	4
Abreviaturas: EE=Etinil-estradiol LNG=Levonorgestrel NG=Norgestrel			
En todos los regímenes, la primera dosis debe tomarse tan pronto como sea posible dentro de los primeros 5 días después de la relación sexual sin protección, y la segunda dosis debe tomarse 12 horas después de la primera.			
El LNG puede usarse en una sola dosis de 1,5 g.			
La dosis única del método combinado no se ha probado porque se estima que los efectos secundarios pueden ser severos.			
Información adaptada de <i>Expansión de la anticoncepción de emergencia hacia el acceso global</i> . Consorcio sobre Anticoncepción de Emergencia, 2001			

2. Anticoncepción de emergencia no hormonal

La inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) como método de AE debe realizarse dentro de 5 días después de la relación sexual sin protección anticonceptiva.⁵ Esta opción puede ser apropiada para mujeres que quieren usar un DIU como anticonceptivo de largo plazo y cumplen con los criterios médicos de elección para el uso regular del DIU.⁶ El DIU debe ser colocado siempre por un profesional de la salud específicamente capacitado, y requiere supervisión clínica posterior a la inserción.

MECANISMO DE ACCIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA

El mecanismo de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia es complejo porque el efecto de las hormonas administradas depende del día del ciclo menstrual en que se usan, y de la fertilidad de la mujer, que varía de acuerdo a la etapa del ciclo en que se encuentre. Si se usa antes de la ovulación, las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE) pueden impedir la liberación del óvulo. Las PAE también puede alterar el transporte de los espermatozoides (ya que el levonorgestrel produce la alteración del moco cervical) y la vitalidad de los espermios. Ambos mecanismos impiden la fecundación. Las PAE no impiden la implantación.

Las PAE no interrumpen un embarazo establecido ni causan un aborto. Otros mecanismos de acción de la AE están siendo estudiados.⁷

La evidencia científica reciente muestra que el levonorgestrel no altera el endometrio en la mujer. Los estudios realizados en ratas y monas muestran que la administración de levonorgestrel después que se ha producido la fecundación no interfiere con el desarrollo del embrión ni con la implantación. El levonorgestrel interfiere con el proceso reproductivo alterando la ovulación, tanto en la rata y la mona como en la mujer.

En resumen, cuando la mujer toma las PAE en un momento de su ciclo menstrual en que aún puede interferir con la ovulación o el transporte de los espermatozoides, previene la fecundación. Si las toma cuando ya es demasiado tarde para impedir estos eventos, el método falla y la mujer se embaraza si es que ese ciclo era fértil (ver *Ficha 3*).

EFICACIA ANTICONCEPTIVA

La anticoncepción hormonal de emergencia es eficaz para prevenir embarazos después de una relación sexual sin protección anticonceptiva. Sin embargo, es menos eficaz que los métodos anticonceptivos modernos de uso regular, debido a su mecanismo de acción. Esta es una de las razones para recomendar su uso solamente después de una relación sexual no protegida, ya que en este momento no hay otras alternativas anticonceptivas.⁸

Cuando se usan dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual desprotegida, la tasa estimada de embarazos después del uso de levonorgestrel es de entre 1.1% y 1.3%; y alrededor de 3.2% para el régimen de Yuzpe. El régimen de Yuzpe solamente reduce el riesgo de embarazo entre el 57% y el 75% de los casos, mientras que el régimen de levonorgestrel solo previene alrededor del 85% de los embarazos estimados.⁹ Esto contrasta notoriamente con la eficacia de la anticoncepción hormonal de uso regular que, empleada correctamente, previene el embarazo hasta en el 99% de las mujeres que tienen relaciones sexuales frecuentes a lo largo de todo un año.

Ambos regímenes pueden también prevenir el embarazo si se usan en el cuarto y quinto día después de la relación, aunque su eficacia anticonceptiva es menor que si se usa en las primeras 72 horas. Como la eficacia anticonceptiva se relaciona con el tiempo que transcurre entre el acto sexual no protegido y la ingestión de las PAE, disminuyendo la eficacia a medida que se prolonga el intervalo, se recomienda tomar las PAE lo antes posible después de la relación sexual sin protección anticonceptiva.¹⁰

⁵ Trussell J, Ellertson C, 1995; OMS, 1998a.

⁶ WHO, 2003.

⁷ Kesserü E y cols, 1974; Raymond y cols, 2000; Durand y cols, 2001; Croxatto y cols, 2001; Hapangama y cols, 2001; Marions L, 2002; Croxatto y cols, 2002; Croxatto HB y cols, 2003; Muller y cols, 2003; Palomino y cols, 2003; Brache y cols, 2003; Marions, 2004; Ortiz y cols, 2004; Gemzell-Danielsson K, Marions L, 2004.

⁸ WHO, 2000.

⁹ WHO, 1998b; Piaggio G y cols, 1998; Rodríguez I y cols, 2001; von Hertzen H y cols, 2002; Ellertson C y cols, 2003; Trussell J y cols, 2003; Piaggio G y cols, 2003.

¹⁰ Piaggio G y cols, 1999; Rodríguez I y cols, 2001; Ellertson C y cols, 2003.

La *Tabla 2*, muestra la eficacia anticonceptiva estimada de la AE, expresada según el porcentaje de embarazos que se evitan de acuerdo al día en que se toman después de una relación sexual no protegida.

Tabla 2. Eficacia estimada de la anticoncepción de emergencia (embarazos que se evitarían según día de uso)			
LEVONORGESTREL		MÉTODO DE YUZPE	
Día 1 a 3:	91% - 69%	Día 1 a 3:	72.8% (uso correcto) 66.5% (uso típico)
Día 4:	83%	Día 4 a 5:	77.2% (uso correcto) 54.6% (uso típico)
Día 5:	31%	-	-

Nota: Los datos para el levonorgestrel se basan en un análisis que combina dos estudios coordinados por la OMS y que incluye a 3.757 usuarias sanas, la mayoría de las cuales usó las PAE correctamente.¹¹ Los datos para el método de Yuzpe se basan en un estudio que incluye 812 usuarias, de las cuales sólo 116 tomaron las pastillas después de las 72 horas. En este estudio los datos se analizaron considerando el uso correcto de las PAE y el uso típico (incluye a quienes no las tomaron correctamente).¹²

Varios autores consideran que se ha sobrestimado la eficacia de la AE ya que la fecha ovulatoria asignada para la estimación de la probabilidad de embarazo en cada mujer no es precisa. Las estimaciones de eficacia varían si el cálculo se hace usando el día en que ocurrió la relación no protegida en relación a la presunta fecha ovulatoria, o el día del ciclo menstrual en que ocurrió la relación no protegida (siendo la eficacia más baja en el segundo caso).¹³ La fertilidad potencial de las usuarias de AE es diferente que la del grupo de referencia que está formado sólo por mujeres fértiles, sanas desde el punto de vista ginecológico.¹⁴ Además, su riesgo de embarazo también puede ser menor y se ha demostrado que no todas las usuarias tienen espermatozoides en la vagina o en el cuello uterino después de la rotura o desplazamiento de condón.¹⁵

SEGURIDAD Y EFECTOS SECUNDARIOS

La AE es un método seguro para la salud de las mujeres.¹⁶ No existen condiciones médicas conocidas en las cuales no deben usarse las PAE. Dado que las píldoras anticonceptivas se usan por un tiempo tan corto, los expertos opinan que las precauciones asociadas al uso continuo de anticonceptivos orales no se aplican a las PAE. Todas las investigaciones llevadas a cabo han determinado que la AE no produce ningún tipo de daño a la mujer ni a un embarazo en curso. Si se confirma un embarazo establecido, no se deben usar las PAE ya que éstas no tienen un efecto abortivo y por lo tanto no interrumpen el embarazo.

Los efectos secundarios más comunes de la ingestión de anticonceptivos hormonales de emergencia son náusea y vómito, que ocurren con menos frecuencia con el régimen de levonorgestrel solo.¹⁷ Otros efectos menos comunes son dolor abdominal, fatiga, dolores de cabeza, mareos, sensibilidad mamaria y manchado o sangrado vaginal irregular. Si ocurre el vómito dentro de las dos primeras horas después de la ingesta de cualquiera de las dos dosis,

¹¹ Piaggio G y col, 2003.

¹² Ellertson C y col, 2003.

¹³ Trussel J y col, 2003.

¹⁴ Wilcox y col, 1995 y 1998.

¹⁵ Espinos y col, 2003; Raymond E y cols, 2003.

¹⁶ Glasier A, 1998; Norris Turner A, Ellertson C, 2002; WHO, 2003. Vasilaskis C y cols, 1999.

¹⁷ WHO 1998b.

se debe repetir la dosis para garantizar la eficacia del método. Se puede reducir la incidencia de náusea y vómito utilizando un antiemético (medicamento contra náuseas y vómitos), antes del uso de las píldoras combinadas, en mujeres que han experimentado náuseas con las píldoras anticonceptivas.

ENTREGA DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Orientación y consejería

Otro elemento importante en la introducción de la AE ha sido el contacto con la industria farmacéutica para el registro de un producto dedicado por las agencias reguladoras de los países. En los casos analizados, esto se logró en forma satisfactoria, a pesar de los obstáculos presentados por los grupos opositores, y hay productos dedicados disponibles a través de las farmacias, del mercadeo social y de los servicios de salud.

Durante la atención a la usuaria de AE se pueden dar las siguientes cuatro situaciones:

1. La entrega sólo de AE después de una relación sexual no protegida.
2. La entrega sólo de AE por adelantado, es decir, en previsión de un accidente en el uso de un anticonceptivo, o de una relación sin protección.
3. La entrega de AE y de condones, con el doble propósito de prevenir embarazos, ITS y el VIH, y ante la posibilidad de un accidente con el condón.
4. La entrega de AE después de una violación.

Los pasos a seguir durante la orientación, en las tres primeras situaciones, serán los mismos:

- iniciar una relación de empatía y respeto con la persona;
- identificar su contexto socio-económico y cultural;
- entender la situación o circunstancia por la cual está recurriendo a la AE;
- conocer en lo posible sus hábitos de riesgo (vivencia de la sexualidad y uso de anticonceptivos);
- informar de la AE, entregar el método y explicar su uso;
- solicitar consentimiento informado escrito cuando se requiere para respaldo institucional y personal; e
- informar sobre otros métodos anticonceptivos más seguros y confiables, sugiriendo y explicando su uso.

En caso de atender a una mujer que ha sufrido una violación, además de prestar apoyo psicológico, legal y social a la víctima, la atención médica que se le brinde debe incluir asesoría sobre la prevención de ITS, incluido el VIH, e información sobre la AE. Al aconsejar sobre la AE a víctimas de violación, el proveedor de salud debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- si la mujer viene sola o acompañada;
- si es menor de edad y si viene sola o acompañada de los padres;
- si esta lúcida y en capacidad de tomar una decisión;
- si su estado de salud física y mental permite realizar una orientación; y
- si es una persona con una discapacidad mental.

Aunque el apoyo de los acompañantes es importante, la mujer violada es quien debe tomar la decisión final de utilizar o no AE. Por ello, se recomienda ofrecer la información y el método a ella directamente y respetar la decisión que ella tome. En los casos en que la víctima por alguna razón no está en capacidad de decidir, se deben tener previstos los procedimientos que permita la ley y proceder en consecuencia.

Cuestiones acerca de la receta médica

En algunos países, los protocolos de planificación familiar establecen que se requiere receta médica para la compra o distribución de anticonceptivos orales en general y de las PAE en particular. Esto puede constituir una barrera para muchas mujeres por razones de tiempo, costos y accesibilidad a los servicios.

Las PAE han sido aprobadas y reconocidas por su eficacia y seguridad, por lo tanto varias consideraciones justifican la distribución, venta y obtención de las PAE sin receta médica.¹⁸ Por otra parte, hay que tener presente que la recomendación y entrega de las PAE en los servicios de salud ofrecen una oportunidad para educar a las usuarias y sus parejas sobre métodos anticonceptivos de uso regular, prevención y/o tratamiento de ITS y VIH, y en general para proporcionar información y orientación sobre cuidados de la salud sexual y reproductiva.

La anticoncepción hormonal de emergencia no precisa de receta médica ya que:

las PAE son:

- Medicamentos muy seguros.
- Más efectivas cuanto más pronto se tomen las dosis.
- Fáciles de utilizar con instrucciones apropiadas.

las PAE no tienen:

- Contraindicaciones, ni hay que ajustar la dosis para cada persona.
- Riesgo de sobredosis ni adicción.
- Necesidad de examen físico, ginecológico ni prueba de embarazo.

Provisión anticipada de la AE

Dado que las PAE son más eficaces cuanto antes se tome la primera dosis, es muy importante que las mujeres tengan acceso al método lo más pronto posible después de una relación sexual no protegida. En un estudio llevado a cabo en Inglaterra se proporcionaron las PAE por anticipado a un grupo de mujeres durante una visita clínica. La mayoría de ellas utilizó el método de manera correcta y no lo usó con más frecuencia que las mujeres que no habían recibido las PAE con antelación. Las que recibieron las PAE en forma anticipada tampoco reemplazaron su método anticonceptivo de uso regular por las PAE.¹⁹ Otros estudios han obtenido resultados similares.²⁰

Por tanto, la provisión anticipada de PAE sólo supone ventajas para las mujeres, porque de esta forma las pueden tomar de inmediato cuando se da la situación de emergencia, aumentando así la eficacia del método. Los servicios integrales de salud deben proporcionar a sus clientas la información adecuada para el uso correcto de la AE, y en la medida que les sea posible, proveer a las mujeres de PAE con anticipación.

¹⁸ Ellertson C y cols, 1998; Grimes DA, 2002; Gainer E y cols, 2003.

¹⁹ Glasier A, Baird D, 1998.

²⁰ Ellertson C y cols, 2001; Blanchard K y cols, 2003.

Empaque

Idealmente, las PAE deben entregarse en un empaque que las identifique y que contenga instrucciones claras de uso. Esto dependerá del estatus legal de distribución del producto y de los acuerdos previos que se logren con las casas farmacéuticas que la producen. Los empaques pueden ser diseñados en función del público beneficiario (con empaques más juveniles y coloridos si se destinan a jóvenes, o más sobrios para mujeres adultas). Cuando se hace el re-empaque de anticonceptivos orales de uso regular para uso como AE, es recomendable asegurarse de contar con la autorización previa de la instancia sanitaria o farmacéutica respectiva, y de incluir indicaciones de uso, información sobre los posibles efectos secundarios del producto, información sobre el hecho de que las PAE no protegen contra las ITS y el VIH, y la fecha de caducidad.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la anticoncepción de emergencia (AE)

- Una consideración importante en la provisión del método y la orientación sobre su uso es que la AE no protege contra las ITS ni el VIH.
- Los servicios de salud deben ofrecer a todas las mujeres información y orientación sobre ITS y VIH, pruebas de detección precoz de ITS y VIH, y tratamiento cuando sea necesario. Deben tratarse con especial urgencia aquellas mujeres que han sufrido violencia sexual o que temen haberse contagiado de una infección de transmisión sexual.
- Al asesorar a mujeres, hombres, parejas y jóvenes sobre el uso de métodos anticonceptivos, es muy importante enfatizar el beneficio de utilizar condones masculinos o femeninos como anticonceptivo, ya que ofrecen doble protección contra el embarazo no deseado y las ITS (incluido el VIH).
- Todas las usuarias de condones deben conocer la AE y, de ser posible, tener PAE a mano para emplearlas a la brevedad posible en casos de falla del preservativo.



LA GENERACIÓN DE UN NUEVO SER HUMANO Y LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA

El comienzo de un nuevo individuo

Un nuevo individuo se forma por la unión de un espermatozoide con un óvulo, unión que se llama fecundación y que da origen a una célula única llamada cigoto. Si el espermatozoide y el óvulo que se unen son humanos, el cigoto resultante también lo es. La vida de un nuevo individuo se inicia con la fecundación.

¿En qué momento del ciclo menstrual ocurre la fecundación?

El ciclo menstrual comienza con el primer día de la menstruación y termina de 24 a 35 días después, a no ser que se produzca un embarazo. Para que se produzca embarazo tiene que haber fecundación y desarrollo del cigoto, pero no todos los óvulos son fecundados ni todos los cigotos se desarrollan y dan lugar a embarazo. Para que haya fecundación tiene que ocurrir la ovulación y tiene que haber una relación sexual cercana a ella, pues los gametos (óvulo y espermatozoide) tienen que estar en buenas condiciones para poder unirse y generar un embrión viable. Esto sólo se puede lograr si el coito ocurre en el día de la ovulación o la antecede por no más de cinco días. Aún así, en la mitad de los casos en que se cumple esta condición, no se produce la fecundación, ya sea porque los gametos no se encuentran, porque son defectuosos o porque el medio ambiente que los rodea no es propicio.

La ovulación ocurre una sola vez en cada ciclo menstrual y puede ocurrir en cualquier día desde el día diez al día 22 del ciclo. La ovulación permite la salida de un óvulo maduro del ovario. Una vez que esto ocurre el óvulo tiene que ser fecundado dentro de las próximas horas, si no, se deteriora y pierde la capacidad de formar un nuevo individuo. La fecundación puede ocurrir solamente en uno de los 13 días comprendidos desde el día 10 al día 22 del ciclo menstrual normal.

¿Cuándo ocurre la fecundación después de un coito?

La fecundación no se produce inmediatamente después de una relación sexual. Si el coito ocurre el mismo día de la ovulación, la fecundación puede ocurrir en el mismo día del coito. Si el coito ocurre cinco días antes de la ovulación, la fecundación ocurrirá cinco días después del coito. Por lo tanto, no todos los individuos inician su existencia en el mismo día de una relación sexual.

El desarrollo del cigoto desde la fecundación hasta la implantación

La fecundación ocurre en la trompa de Fallopio, tubo que conecta el ovario con el útero. El cigoto resultante tiene la potencialidad de desarrollarse y llegar a formar un individuo constituido por miles de millones de células, del mismo modo que una semilla puede crecer y desarrollarse para llegar a ser un árbol. Si bien la semilla puede llegar a ser un árbol, aún no lo es; o si bien un huevo puede llegar a ser una gallina, aún no lo es. Asimismo, el cigoto humano puede llegar a ser un embrión, un feto, un recién nacido o una persona adulta, pero para ello necesita desarrollarse.

Tres días después de la fecundación, el cigoto en desarrollo está constituido por ocho a diez células y pasa al útero donde continúa desarrollándose, inmerso en el fluido uterino. Allí alcanza el estado de mórula y luego el de blastocisto. Este último consta de unas 200 células, la mayoría de las cuales están destinadas a formar la placenta y otros órganos anexos al embrión. Solamente un 10% de las células del blastocisto van a formar el embrión. Al momento de implantarse el blastocisto es más pequeño que la cabeza de un alfiler. Hasta aquí, la mujer no se da cuenta que tiene un nuevo individuo en su útero.

Al séptimo día de desarrollo, el blastocisto se anida en la capa interna del útero, llamada endometrio. Para que esto ocurra, es preciso que el endometrio se haya hecho receptivo por la acción que ejercen sobre él las hormonas del ovario, estradiol y progesterona. La implantación consiste en que el blastocisto se sumerge en este tejido materno. A partir de ella, el cuerpo materno reconoce que hay un nuevo individuo en desarrollo y reacciona a su presencia debido a que las células que van a dar origen a la placenta comienzan a secretar una hormona llamada gonadotropina coriónica humana (HCG). Esta hormona pasa a la sangre materna y actúa sobre el ovario para impedir que se produzca la menstruación.

El desarrollo del embrión a partir de la implantación

La menstruación o regla es el desprendimiento del endometrio acompañado de sangrado, que ocurre cuando el ovario deja de producir progesterona. Si no hay embarazo, esto ocurre entre nueve y 16 días después de la ovulación. Si ocurriese la menstruación después de la implantación, el blastocisto sería expulsado junto con la sangre menstrual. Para evitarlo, el blastocisto envía una señal al organismo materno, la HCG, para que el ovario siga produciendo progesterona y no se produzca la menstruación. La mujer nota que no le llegó la regla y esto suele ser el primer indicio que ella tiene de estar embarazada.

A partir de la implantación empieza a formarse el embrión. Aún es un individuo muy incipiente pues carece de cerebro, de corazón, de extremidades y de todos los órganos que posee el feto o el adulto. Su desarrollo es mínimo y no posee aún el substrato biológico indispensable para tener sensaciones, emociones, pensamientos o deseos, conciencia de sí mismo o siquiera saber que existe. No obstante, está dotado de una gran capacidad para seguir desarrollándose y eventualmente adquirir los órganos que le permitirán funcionar como persona.

Las fallas naturales del proceso generativo humano

Cerca del 50% de los embriones que alcanzaron a producir HCG mueren espontáneamente dentro de la primera semana que sigue a la implantación sin que la mujer tenga un atraso importante de la regla. Cuando cien parejas fértiles tienen relaciones sexuales varias veces en el mes y no hacen nada para evitar el embarazo, se observa que en el primer mes se embarazan 25 mujeres. El 25% de las 75 mujeres restantes se embarazan en el segundo mes y así sucesivamente. No se embarazan todas de una vez porque en muchas parejas no ocurre la fecundación y muchas fecundaciones no dan lugar a embarazo, porque el producto de la fecundación se elimina espontáneamente antes de que se produzca el atraso menstrual.

Lo que pasa con los espermatozoides después de un coito

En las mejores condiciones un coito deja millones de espermatozoides en la vagina y miles de estos entran al cuello del útero donde la inmensa mayoría se estaciona. Algunos ascienden en minutos hasta la trompa de Fallopio, pero éstos no tienen capacidad de fecundar. Del reservorio que quedó en el cuello del útero salen sucesivas oleadas que ascienden hasta la trompa de Fallopio en los días que siguen. Algunos se adhieren durante horas a la pared de la trompa, donde adquieren la capacidad de fecundar. Al soltarse, mantienen esta capacidad por corto tiempo mientras van en busca del óvulo. Por ello, es necesario que sigan llegando nuevos espermatozoides que los reemplacen, hasta que se produzca la ovulación. Si bien los espermatozoides pueden esperar al óvulo durante días, el óvulo puede esperar a los espermatozoides sólo por algunas horas después de la ovulación.

Métodos anticonceptivos de emergencia

Se denomina anticoncepción de emergencia (AE) a los métodos anticonceptivos que las mujeres pueden utilizar en los días siguientes a un coito sin protección anticonceptiva, con el fin de evitar un embarazo no deseado (ver *Ficha 2*).

Lo que pasa después de tomar la píldora anticonceptiva de emergencia

Cuando una mujer toma el levonorgestrel (LNG) dentro de los primeros días después de un coito, es posible que éste impida la ovulación si aún no ha ocurrido, que interfiera con la migración de los espermatozoides desde el cuello uterino hasta la trompa o que interfiera con el proceso de adhesión y capacitación de los espermatozoides en la trompa. A través de estos mecanismos puede impedir la fecundación. Si ésta ya ha ocurrido la probabilidad de embarazo es del 50% debido a la pérdida espontánea del cigoto. Si éste es normal y viable, la píldora no impide ni altera su desarrollo, pues el LNG actúa en el organismo del mismo modo que la progesterona, la hormona del embarazo. Esto explica que el método no sea eficaz para prevenir el embarazo cuando se usa tardíamente.

Hasta el año 2001 sabíamos muy poco sobre el mecanismo de acción del LNG y los científicos se limitaban a proponer mecanismos hipotéticos. Nunca hubo datos en la literatura científica que avalaran una acción anti-implantatoria del LNG, pero esa hipótesis fue la favorita. Experimentos recientes pusieron a prueba las hipótesis y ya tenemos evidencia de que el LNG no es abortivo. En dos especies animales muy distantes como son la rata y el mono Capuchino se administró LNG o placebo (una inyección sin droga) después de la fecundación y luego se contó el número de animales preñados en ambos grupos. Si el LNG interfiere con la implantación, debería encontrarse menos hembras preñadas entre las que recibieron la droga que entre las que recibieron placebo. El resultado fue idéntico en ambos grupos, lo cual permite rechazar la hipótesis de que el LNG impide la implantación. Por otra parte se demostró, en esas dos especies y en la mujer, que el LNG dado antes de la ovulación interfiere con ese proceso impidiendo la fecundación. La alteración de la ovulación y de la migración espermática son los únicos mecanismos documentados con datos experimentales hasta el momento.

CUESTIONES LEGALES Y DE DERECHOS HUMANOS A CONSIDERAR EN LA INTRODUCCIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Las personas y organizaciones que trabajan en la defensa y promoción de la anticoncepción de emergencia (AE) suelen preguntarse sobre las consecuencias que pueden tener sus acciones desde el punto de vista legal. Aunque no hay una respuesta única para todos los países debido a la diversidad de la legislación y las normas en el ámbito de la salud, se describe aquí un marco legal general que puede servir para orientar las acciones de dichas instituciones.¹

No existe una mención específica sobre la AE en las Constituciones de los países latinoamericanos, ni en la mayoría de leyes de los países de la región, aunque sí en las políticas y reglamentos administrativos. En muchos países de la región hay sanciones o restricciones legales para el aborto. En este sentido, es importante recordar que la AE no interrumpe un embarazo en curso ni provoca un aborto (ver *Ficha 2*).

En el contexto legal, debemos tener presente que el acceso a la AE es un derecho sexual y reproductivo. Los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos en una serie de conferencias internacionales² que son de obligatorio cumplimiento para los Estados que las han ratificado. Los siguientes derechos son reconocidos en las Constituciones y normas legales de los países latinoamericanos:

- derecho a la salud física y mental, que comprende el derecho a la salud sexual y reproductiva, incluyendo información sobre la salud;
- derecho a la intimidad, que conlleva el derecho a tomar decisiones sobre la propia sexualidad y reproducción sin interferencia del Estado o de terceros;
- derecho a decidir el número e intervalo entre los nacimientos, que implica el derecho a decidir tener hijos o no, y en qué momento;
- derecho a fundar una familia y a la igualdad en ella, que incluye el derecho a tomar decisiones libres de discriminación, coacción y violencia en cuestiones relacionadas con la vida familiar y reproductiva;
- derecho a la libertad de pensamiento y de religión, que implica el derecho a tomar decisiones bien informadas sin imposición de ningún credo religioso; y
- derecho a los beneficios del progreso científico, que implica acceso a la información, los métodos y los servicios que posibiliten la determinación del número de hijos, el momento de su nacimiento y su espaciamiento.

Muchos países, como Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela han incorporado la AE en las normas de planificación familiar o de salud reproductiva. En otros países, como Uruguay, la AE se comercializa sin necesidad de normas expresas y se aplican a la AE las mismas normas que rigen para los anticonceptivos orales de uso regular, ya que la AE utiliza compuestos anticonceptivos registrados que ya figuran en las normas de salud de estos países. La diferencia entre la AE y las pastillas anticonceptivas de uso regular es sólo la dosis en que se prescribe y los tiempos en los que se debe administrar. Por lo tanto, se puede concluir que la prescripción y el uso de la AE no son ilegales, aunque no estén incluidos explícitamente en dichas normas.

¹ Cook RJ y cols, 2001.

² Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) y sus respectivas ratificaciones a los cinco y diez años.

LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA NO INTERRUMPE EMBARAZOS

El embarazo es el proceso de desarrollo de un embrión, posterior a la implantación.³ Desde el punto de vista médico la AE no interrumpe un embarazo, y por lo tanto no provoca un aborto. La información disponible en la literatura científica no provee ninguna evidencia de que la AE interrumpa el embarazo, impida la implantación o afecte al embrión, ya sea antes, durante o después de la implantación. Datos recientes sobre el mecanismo de acción de la AE muestran que su efecto anticonceptivo es mediado por la inhibición de la ovulación y por fenómenos que ocurren antes de la fertilización, y no hay evidencia que sustente la supuesta interferencia de la AE con el proceso de implantación (ver *Ficha 2*).

Así ha sido entendido en diversas legislaciones en el ámbito mundial. Por ejemplo, una decisión judicial en Gran Bretaña concluyó que, en tanto que los efectos de la AE son anteriores a la implantación y que la AE no puede interrumpir el curso del embarazo una vez que el óvulo está implantado, no es posible afirmar, ni desde el punto de vista legal ni médico, que la AE provoque un aborto.⁴ En este mismo sentido se han pronunciado las agencias regulatorias de países en los que el aborto es ilegal, como Colombia, donde se ha aprobado la distribución de AE por considerar que no es abortiva.

Esta posición ha sido respaldada por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS),⁵ la Organización Panamericana de la Salud (OPS),⁶ Unicef, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y el Banco Mundial, entre otros.⁷ A pesar de este respaldo casi unánime a escala internacional, en la esfera jurídica este tema pudiera estar sujeto a la interpretación que hagan los tribunales en cada país. Por esta razón resulta esencial el papel de las instituciones de salud, como también de los proveedores, activistas y organizaciones no gubernamentales, en cuanto a garantizar una efectiva regulación y distribución de la AE.

Si, atendida la fragilidad del conocimiento científico, existe la posibilidad abstracta que el levonorgestrel sea abortivo ¿contamos con un argumento para justificar una prohibición al amparo de la regla constitucional? No es correcto sostenerlo. El derecho democrático no restringe la autonomía sobre bases tan débiles: si no hay evidencia de que el bien que se trata de proteger exista, ni de que el daño que se trata de evitar efectivamente ocurra ¿sobre qué, entonces, fundar la prohibición legal y aplicar las formas invasivas de control social que de ella debiera seguirse? En tales circunstancias, esa prohibición sólo podría fundarse en un código de ética normativa que no puede ser amparado por el Estado sin perjudicar el principio del pluralismo.

Carlos Peña,⁸ "De nuevo, la píldora", cuerpo Reportajes, sección Opiniones, Diario El Mercurio, 4 de julio de 2004. Santiago, Chile.

ASPECTOS LEGALES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Los proveedores de AE deben cumplir con los estándares de atención a las usuarias que desean evitar un embarazo, tanto en el diagnóstico, como en la orientación, la prescripción y la entrega del método, al igual que lo hacen cuando prescriben el uso de píldoras anticonceptivas de uso normal o cualquier otro método anticonceptivo.

Algunas consideraciones legales a tomar en cuenta en la provisión de AE en los servicios de salud son:

- **Orientación y/o provisión de métodos.** Cuando la AE está incluida en las normas del Ministerio de Salud, hay que cautelar la calidad de la atención prestada. Como con cualquier método anticonceptivo, las instituciones que tienen un programa de orientación sobre AE, ya sean organismos de salud del Estado o de la sociedad civil, deben contar con personal capacitado en este tema. Respecto a la legalidad de la provisión de la AE en los países donde ésta no está contemplada en las normas de salud, se considera que "todo lo que no está prohibido está permitido." En otras palabras, si la AE no está sancionada específicamente por ninguna ley, entonces su consumo, prescripción o recomendación de uso no constituye ningún delito. Como ya se ha mencionado, la AE es el uso, en una dosis más elevada, de anticonceptivos orales regulares que ya figuran en las normas de salud, de modo que no es ilegal, aunque no esté incluida explícitamente en dichas normas.

³ Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), 2003.

⁴ Smeaton V, 1988.

⁵ WHO 1998a.

⁶ OPS, 2001.

⁷ USAID, 1999.

⁸ Carlos Peña es abogado, ex Decano de la Facultad de Derecho y actual Vicerector Académico de la Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

- **Introducción de un nuevo producto.** Para la introducción de un producto específico de AE debe seguirse el procedimiento indicado por el Ministerio de Salud o la institución que regule el registro de productos farmacéuticos en el país, con el fin de obtener la licencia respectiva (ver *Ficha 9*).
- **Incorporación de la AE en las normas de salud reproductiva, de regulación de la fertilidad y en los protocolos de atención a mujeres que han sufrido violencia sexual.** Las PAE son un método anticonceptivo hormonal oral que debería incluirse en estas normas con su posología específica, según se utilicen las pastillas de levonorgestrel sólo o los hormonales orales combinados (método Yuzpe) (ver *Ficha 8*).
- **Re-empaque.** Aunque las PAE sean productos autorizados para la venta, el hecho de que se re-empaquen anticonceptivos orales combinados en dosis diferentes a las inicialmente autorizadas podría acarrear impedimentos legales para su distribución. Es recomendable que la organización se asegure de contar con la autorización de la instancia sanitaria o farmacéutica respectiva de manera previa al reempaque y la distribución de AE. Además, hay que tener en cuenta elementos importantes como son: incluir en el empaque indicaciones de uso, información sobre los posibles efectos secundarios del producto, la falta de protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y la fecha de caducidad.

ASPECTOS LEGALES RELATIVOS AL FINANCIAMIENTO EXTERIOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Las organizaciones que reciben financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y están por lo tanto sujetas a certificación por La Ley de la Ciudad de México (también llamada "La Ley Mordaza") deben conocer la posición de USAID ante la provisión de AE.

USAID considera la AE como una forma de anticoncepción oral de emergencia para prevenir embarazos. En ese sentido, la Ley Mordaza no interfiere con la práctica de distribución de AE por parte de las instituciones que desean recibir fondos de esta agencia. USAID ha establecido con claridad que las organizaciones no gubernamentales pueden proveer AE como un método de planificación familiar sin que ello afecte sus posibilidades de recibir los fondos de población que otorga este organismo de cooperación internacional.

CONSIDERACIONES ÉTICAS EN ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

La introducción de la anticoncepción de emergencia (AE) en América Latina y el Caribe ha estado enmarcada en un intenso debate sobre los aspectos éticos del método. Los sectores que se oponen a la AE sostienen sin fundamentos que se trata de un método abortivo, y que su uso está reñido con la moral católica y con la legislación vigente en la mayoría de los países de la región. Estos grupos se niegan a reconocer la evidencia científica reciente que confirma que la AE no es abortiva, y son los mismos que se oponen a la anticoncepción moderna y al uso del condón para la prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH/SIDA.

La controversia

La discusión básica sobre los aspectos éticos del método gira entorno a una serie de falsas alegaciones sobre la AE. A continuación se clarifica porque estas acusaciones no son verdaderas y como no toman en cuenta en sus argumentaciones los más recientes descubrimientos científicos (ver la sección sobre mecanismo de acción en la *Ficha 2*).

Afirmación incorrecta:

"La anticoncepción de emergencia impide la implantación del óvulo fecundado en el útero"

Esta afirmación no es cierta ya que no hay evidencia científica que la respalde. Un mecanismo de acción demostrado para las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) es la inhibición de la ovulación, lo cual se ha comprobado en la mujer, en la mona y en la rata. Por otro lado, el levonorgestrel inhibe la penetración de los espermatozoides en el tracto genital de la mujer. Además, no se han encontrado alteraciones del endometrio en mujeres tratadas con levonorgestrel en las dosis usadas para AE. Por el contrario, estudios recientes realizados en animales de experimentación (monas y ratas) muestran que la implantación ocurre con la misma frecuencia en animales tratados con levonorgestrel que con placebo, después de un coito en el día de la ovulación.¹

Afirmación incorrecta:

"La anticoncepción de emergencia puede afectar al embrión antes de que se produzca la implantación, impidiendo su desarrollo"

No hay evidencia directa que se refiera al efecto de las hormonas usadas en AE sobre el embrión humano. Es imposible obtener dicha evidencia, por razones éticas, y tampoco existe para ningún otro medicamento usado en medicina. La evidencia indirecta, proveniente de otros anticonceptivos de uso regular que contienen las mismas hormonas (pastillas e implantes), muestra que no hay efectos teratogénicos o ningún tipo de malformación congénita en los niños nacidos cuando ha ocurrido una falla del método.

Afirmación incorrecta:

"La anticoncepción de emergencia induce un aborto"

El embarazo es el proceso de desarrollo de un embrión que es posterior a la implantación.² La información disponible en la literatura científica no provee ninguna evidencia de que la AE interrumpa el embarazo, impida la implantación o afecte al embrión, ya sea antes, durante o después de la implantación. Por lo tanto la AE no provoca un aborto (ver *Ficha 3*).

En síntesis, cuando una mujer toma las PAE en un momento de su ciclo menstrual en que aún puede interferir con la ovulación, previene la fecundación. Si las toma cuando ya es muy tarde para impedir la ovulación, el método falla y la mujer se embaraza si es que ese ciclo era fértil. En definitiva, las PAE no son abortivas, lo cual desplaza la AE del ámbito de debate ético y moral en el que se sitúa el aborto.

¹ Kesserü E y cols, 1974; Raymond y cols, 2000; Durand y cols, 2001; Croxatto y cols, 2001; Hapangama y cols, 2001; Marions L, 2002; Croxatto y cols, 2002; Croxatto HB y cols, 2003; Muller y cols, 2003; Palomino y cols, 2003; Brache y cols, 2003; Marions, 2004; Ortiz y cols, 2004; Gemzell-Danielsson K, Marions L, 2004.

² Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), 2003.

Desde la perspectiva ética, la AE debe evaluarse de la misma manera en que se evalúan otros métodos anticonceptivos. La evaluación debe basarse en los principios de la bioética: beneficencia, no-maleficencia, equidad y justicia, autonomía y respeto por las personas, y también en la perspectiva de los derechos humanos establecidos por la Convención de las Naciones Unidas de 1968 (ver *Ficha 1*). Estos principios hacen un llamado al resguardo del pluralismo en las sociedades, al respeto a las diferentes posiciones que pueden tener las personas sobre la regulación de la fertilidad, así como a la libertad para decidir sobre el uso de métodos anticonceptivos.³

Ética y uso de anticoncepción

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año de un total de 200 millones de embarazos que ocurren en el mundo se producen 529.000 muertes maternas, de las cuales el 13% son por abortos practicados en condiciones de riesgo. Cada año 10,6 millones de niños mueren antes de cumplir 5 años de edad, y 20 millones de niños tienen bajo peso al nacer. Estas situaciones se concentran en las regiones menos desarrolladas del mundo, y en las zonas más pobres y desatendidas de los países. Además, hay severos efectos negativos sobre la salud física y mental de las mujeres y sus hijos cuando los embarazos no deseados se llevan a término, siendo la alta incidencia de maltrato infantil uno de estos efectos. Muchos embarazos no deseados se producen en la adolescencia, con graves consecuencias para la vida de las madres jóvenes y sus hijos. Evitar estos problemas es una de las metas de los programas de planificación familiar y salud reproductiva.⁴

Otras motivaciones importantes para la aceptación de los métodos de regulación de la fertilidad han sido el bienestar familiar y la intención de reducir la pobreza. El concepto de "paternidad responsable" aparece así ligado a tener el número de hijos que se pueden querer, cuidar, mantener y educar.

El uso de anticoncepción cumple con los principios de la bioética ya que sirve al bienestar y la autonomía de las personas; protege el derecho a la vida y a la salud; apoya el derecho de mujeres y hombres a disfrutar de su sexualidad y reproducción y a decidir sobre la misma desde su derecho de autonomía, así como el derecho de hijos e hijas a nacer siendo deseados.

La regulación de la fertilidad como un derecho humano

La regulación de la fertilidad se sitúa en el contexto de los derechos humanos:

Derecho a la vida y la salud:

El uso de anticoncepción protege la vida y la salud de las mujeres (ver *Tabla 1*), ya que evita abortos realizados en condiciones de riesgo y embarazos en mujeres con patologías que las exponen a riesgos graves si se embarazan. La anticoncepción también protege la salud de las madres ya que les permite recuperarse, desde el punto de vista físico, anímico, nutricional, etc. al permitir prolongar el intervalo entre los embarazos. Incrementar el espacio intergenésico supone ofrecer mayores garantías de vida a los niños y niñas, ya que las tasas de mortalidad infantil son más altas cuando los embarazos se producen en intervalos menores de dos años, que cuando son separados por intervalos mayores.

	Muertes por 100.000 mujeres ¹	Anticoncepción % mujeres en edad reproductiva ²
África	102 - 153	1 - 49
Asia	14 - 144	9 - 70
Sur América	6 - 12	9 - 58
Norte América	1 - 2	74 - 80
Norte de Europa	1 - 2	81 - 84

1 Adaptado de Hill K y cols, 2001.
2 Adaptado de Robey B y cols, 1992.

Derecho a la libertad individual: Cada persona debe poder expresar su sexualidad, decidir su conducta reproductiva y el uso de anticoncepción según la percepción que tiene de sí mismo, de acuerdo a su situación de vida y a sus valores.

Derecho a formar una familia y a decidir si se quiere tener hijos: El derecho a evitar embarazos no deseados requiere de anticonceptivos eficaces. Se estima que 120 millones de personas en el mundo no tienen acceso a anticoncepción.

³ Díaz, 2004; IPPF, 1996, FIGO, 2003.

⁴ Hill K y cols, 2001; Robey y cols, 1992.

Derecho al cuidado de la salud: Las personas tienen el derecho a preservar su salud, no sólo al prevenir embarazos no deseados, sino también durante el uso de los procedimientos anticonceptivos. Esto implica conocer las alternativas anticonceptivas existentes a fin de elegir aquellas más convenientes y seguras para la persona, desde el punto de vista biomédico y de sus características y necesidades personales.

Derecho a la información y educación: Las personas tienen derecho a información, orientación y consejería en anticoncepción para poder tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad y reproducción.

Derecho a la privacidad y confidencialidad: El principio de respeto a las personas implica que tienen derecho a ser atendidas en un ambiente privado y a que se garantice la confidencialidad de sus decisiones y acciones.

Derecho a la equidad y a la dignidad: Todas las personas tienen derecho a ser atendidas con respeto y dignidad, independientemente de su condición social, situación económica, creencias, origen étnico, estado civil, orientación sexual, edad o cualquier otra característica.

Derecho a los beneficios del progreso científico: Implica que los procedimientos o medicamentos reconocidamente efectivos para la regulación de la fecundidad deben ser accesibles. Supone también que en su práctica médica los profesionales de la salud deben guiarse por estándares basados en la evidencia científica más reciente sobre métodos y procedimientos (medicina basada en la evidencia). Implica también la organización y gestión de los servicios de salud para la entrega oportuna y eficaz de métodos de planificación familiar (evidencia proveniente de la investigación en servicios de salud e investigación operativa).

Derecho a vivir libre de maltrato o tortura: La anticoncepción evita el aborto y permite evitar las consecuencias físicas, psicosociales y legales de éste, que equivalen a una forma grave de maltrato. Los servicios deben respetar y ofrecer un trato digno a las personas, y garantizar condiciones (tanto en la organización como en la disposición de su infraestructura) que no signifiquen una agresión psicológica ni física para la usuaria durante la atención.

Responsabilidad de los proveedores de servicios

Al tratar los aspectos éticos de la anticoncepción, incluyendo la AE, es indispensable referirse a la responsabilidad que tiene el personal de salud que provee los servicios de anticoncepción hacia las personas que les consultan.

Las personas que necesitan anticoncepción son mujeres, hombres y jóvenes con diferentes características biomédicas y distintos estilos de vida, rodeados por entornos sociales determinados que influyen en su vida diaria y en sus planes de futuro. Estas personas están inmersas en sistemas de valores y en vivencias según su género, con distintos niveles de consciencia de la influencia que esto tiene sobre su comportamiento. Es en este contexto en que se toman las decisiones, cuando es posible, sobre las conductas sexuales y reproductivas.

Por lo tanto, los prestadores de servicios de salud deben tener presente los principios éticos y el respeto por los derechos de las personas, a fin de informar y apoyar el proceso de decisión al elegir un método anticonceptivo adecuado a las características y necesidades de cada individuo.

El personal de salud no puede imponer sus posiciones religiosas o sus valores a las personas que atienden, y debe respetar la diversidad de pensamiento, conciencia y religión. Algunos miembros del personal de salud se niegan a entregar ciertos anticonceptivos, como la AE, porque, erróneamente y por falta de información, la perciben como un método abortivo. Esta objeción de conciencia por parte del personal de salud es válida, sólo si el prestador de salud deriva urgentemente a quién solicita el método, a otro profesional de la salud para que preste la atención e información solicitadas a la mayor brevedad, debido al limitado margen de tiempo para que la AE sea efectiva.

También hay diferentes posiciones con respecto al ejercicio de la sexualidad desligada de la reproducción. De acuerdo al principio de respeto de las personas, el personal de salud debe atender a quienes solicitan anticoncepción sin anteponer sus posiciones ideológicas con respecto a lo que es una familia, al ejercicio de la sexualidad sin desear la reproducción o al uso de ciertos métodos anticonceptivos.

El embarazo no deseado se asocia al escaso conocimiento sobre el propio cuerpo y la fisiología reproductiva de la mujer, y al no uso o uso inadecuado de métodos anticonceptivos eficaces. El personal de los servicios de salud puede ofrecer información sobre fisiología reproductiva y debe proporcionar a quienes consultan información completa e imparcial acerca de los métodos anticonceptivos. Esto requiere que los proveedores de los servicios de salud dispongan de información actualizada sobre los métodos y sus consecuencias para la salud, así como conocimiento técnico para realizar los procedimientos necesarios. La falta de preparación de los proveedores es contraria al principio de no-maleficencia. Es también importante que el proceso de comunicación entre proveedores y usuarias/os se dé en un contexto de igualdad y respeto mutuo para cumplir con el principio de respeto a las personas. Sólo en estas condiciones se llega a un consentimiento libre e informado.

Las autoridades de los servicios de salud, públicos o privados, tienen la responsabilidad ética de facilitar y supervisar que estas condiciones se cumplan. El debate sobre los aspectos éticos en regulación de la fertilidad no debería estar centrado en la tecnología anticonceptiva sino en la calidad de la información y de los servicios que se ofrecen, para que se cumpla con los principios de respeto a las personas y a su autonomía, de beneficencia y de no-maleficencia, en el marco de los derechos humanos.

La perspectiva de Católicas por el Derecho a Decidir

Como Católicas por el Derecho a Decidir retomamos los principios de la primacía de la conciencia bien informada y de la doctrina del probabilismo. Estos postulados de la propia Iglesia Católica sostienen el valor supremo de la conciencia personal. Así, las personas católicas enfrentadas a tomar una opción que implique un problema moral (como es evitar embarazos no deseados) tienen la libertad de decidir de acuerdo a su conciencia al margen de las enseñanzas de la jerarquía católica.

En varios países de América Latina y el Caribe, las acciones políticas en contra de la introducción de la AE han sido impulsadas principalmente por la Iglesia Católica y por sectores fundamentalistas de la sociedad. Esto representa un atentado contra el derecho a decidir de las mujeres y contra el derecho de acceder al progreso científico en beneficio de nuestra salud y de nuestra vida.

Cuando se trata de cuestiones relacionadas a la anticoncepción, la injerencia de la jerarquía de la Iglesia Católica sobre la opinión pública y las autoridades adquiere las características de una coacción, amenazando incluso con la excomunión. Los parlamentarios de nuestros países no están ajenos a estas presiones.

En este marco, para Católicas por el Derecho a Decidir es prioritario trabajar con quienes diseñan las políticas públicas y con los legisladores para que consideren la capacidad de interpelación que tiene la sociedad civil respecto de las normas que beneficiarán la vida de las personas.

Ver el sitio Internet www.catholicsforchoice.org/spanish/



LA SITUACIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

La frecuencia de embarazos en adolescentes muestra una tendencia a aumentar en todo el mundo y las mujeres entre 15 -19 años de edad dan a luz, aproximadamente, a 17 de los 131 millones de niños y niñas que nacen cada año.¹ Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2001, la tasa de fecundidad anual en adolescentes (nacidos vivos por mil mujeres entre 15 y 19 años de edad) fluctuaba entre 40 y 160 en América Latina y el Caribe, mientras que en los países desarrollados es menor de 20 por mil.² Las jóvenes de América Latina y el Caribe constituyen entre el 25% y el 50% de quienes tienen embarazos no deseados.

En Latinoamérica, los y las adolescentes inician su actividad sexual a edades tempranas, teniendo escaso acceso a información sobre su sexualidad y su reproducción y sobre cómo ejercerlas sin riesgos para su salud. Por otra parte, encuentran serias dificultades y restricciones para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva y a métodos anticonceptivos eficaces, ya sea por restricciones culturales, económicas, religiosas y/o de subordinación en la casa, la escuela y en la sociedad. En general, los y las adolescentes no son considerados sujetos de derecho en el ámbito de la sexualidad y la reproducción.

Dada esta situación, es de crítica importancia garantizar el acceso de jóvenes y adolescentes a la anticoncepción de emergencia (AE). La difusión de la AE para jóvenes y adolescentes debe hacerse en el contexto de la promoción de su integridad afectiva, psicológica y corporal, y con pleno respeto a sus derechos. De acuerdo al principio de no-discriminación, debe tratarse a los y las jóvenes como ciudadanos y ciudadanas sujetos de derechos sexuales y reproductivos.

La voz de los y las jóvenes*

¿Qué derechos sexuales y reproductivos podemos ejercer las y los jóvenes a través de la anticoncepción de emergencia?

Es en el marco de los derechos sexuales y reproductivos que la AE cobra especial relevancia y, de hecho, la AE representa un importante avance en la conquista de estos derechos. La AE es un medio para el ejercicio de estos derechos, en casos muy específicos como violación, ruptura del condón o relaciones sexuales sin protección. Algunos derechos, cuyo ejercicio puede facilitarse a través de la información integral y el acceso a la AE, son:

- *El derecho a la autonomía reproductiva:
La AE permite a las mujeres prevenir embarazos no planeados. Esto implica que las mujeres jóvenes tomemos nuestras propias decisiones y vivamos una sexualidad de acuerdo a nuestras necesidades y no de acuerdo a los estereotipos de género como la virginidad, maternidad, subordinación a los deseos masculinos y otros.*
- *El derecho a una educación integral y laica sobre sexualidad y reproducción:
La AE debe formar parte de los contenidos de esta educación e ir acompañada de temas tales como sexualidad, métodos anticonceptivos, defensa y prevención de la violencia de género, etc.*
- *El derecho a una vida libre de violencia:
La AE facilita el tratamiento de las víctimas de violencia sexual que corren el riesgo de quedar embarazadas.*

¹ Population Action International, 2001.

² Guzmán JM y cols, 2001.

Si entendemos la AE desde el marco de estos derechos, podemos generar estrategias que faciliten su acceso y contribuyan al empoderamiento de las y los jóvenes, puesto que estaremos facilitando herramientas para que tomen sus propias decisiones de forma libre respecto a su vida sexual y reproductiva.

- * Basado en el documento "La anticoncepción de emergencia: un importante camino para ejercer nuestros derechos sexuales y reproductivos" elaborado por el equipo redactor de la Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos de América Latina y el Caribe (REDLAC): Elige Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, A.C. (México); Profamilia (Colombia); Unión de Mulheres (Brasil); Católicas por el Derecho a Decidir (Bolivia).

CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC) SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE) CON Y PARA JÓVENES

Capacitación

Para llegar a los y las jóvenes, que están en mayor riesgo reproductivo y cuya probabilidad de iniciar relaciones sexuales sin protección es más alta, es necesario que sean ellos mismos quienes promuevan y difundan información sobre AE a través de campañas de información, educación y comunicación (IEC). La capacitación e información previa que puedan necesitar debe ser interactiva e incluir espacios de diálogo abierto, confidencial y libre de prejuicios. Se considera que los programas de capacitación sobre AE con jóvenes son más efectivos si la AE es un tema exclusivo, aunque debe situarse en el contexto de otros métodos para la regulación de la fertilidad. Al finalizar la capacitación es importante evaluar la calidad de la información que los y las jóvenes recibieron y su opinión sobre el proceso.

Materiales

Pueden hacerse y divulgarse carteles, folletos, videos, calendarios y calcomanías que:

- informen sobre la AE;
- identifiquen las situaciones en que se recomienda su uso;
- contengan mensajes directos y adecuados a las necesidades de los y las jóvenes; y
- faciliten el acceso e informen de cómo contactar con un proveedor de salud que pueda facilitar las píldoras de anticoncepción de emergencia (PAE) e información sobre su uso correcto.

Los materiales deben reforzar los contenidos sobre la equidad de género y la importancia del mutuo cuidado sexual, para que la AE sea solamente un método de apoyo y no el método regular de prevención de embarazos.

Promoción comunitaria

Es necesario divulgar información sobre la AE y el uso del condón a las y los jóvenes en los lugares donde se mueven (como escuelas, discotecas, bailes populares, cafés Internet, bares o centros deportivos) y a través de líneas telefónicas de apoyo gratuito. Puede entregarse información impresa a los jóvenes, como por ejemplo, tarjetas sobre la AE, que se imprimen como calendarios y pueden guardarse en las carteras y ser utilizadas cuando es necesario. Lo ideal es que ambos métodos anticonceptivos (condón y AE) puedan distribuirse en los espacios donde se encuentran los y las jóvenes.

Hacer visitas informativas domiciliarias permite dar a conocer a padres y madres la existencia y el funcionamiento de la AE y la necesidad e importancia de que respeten los derechos sexuales y reproductivos de sus hijos e hijas. Las visitas domiciliarias también pueden fomentar la participación de los progenitores en la mejora de la calidad de vida de sus hijas e hijos y en la prevención de embarazos e ITS, incluido el VIH. Hay que difundir información que combata los prejuicios que señalan que la gente joven es irresponsable y que la AE es un método que incentiva la promiscuidad.

Promoción en las escuelas

Se deben realizar actividades de promoción e información sobre la AE en las escuelas y facilitar que el personal de salud de las escuelas pueda dispensar el método. Cuando las autoridades lo impidan, se debe crear un sistema de referencia a los centros juveniles y a los y las promotores y promotoras de AE.

ORIENTACIÓN Y SERVICIOS ADECUADOS PARA JÓVENES

Orientación

Tanto la orientación como los propios servicios de salud sexual y reproductiva deben disponer de unidades o programas específicos para ofrecer información y atención amigables para jóvenes y adolescentes de ambos sexos. Estas unidades de atención a jóvenes deben contar con la participación juvenil en la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de sus programas de salud.

La AE es un recurso que puede fomentar el acercamiento de los adolescentes varones a los servicios de salud para jóvenes. En este sentido, es importante implicar al adolescente varón en el momento en que una pareja llega a un servicio de salud para solicitar la AE, ya que supone una oportunidad para estimular el sentido de corresponsabilidad en los chicos y el diálogo en la pareja acerca del uso de métodos anticonceptivos.

Alguna vez en la vida...

Un recurso ya disponible para hablar de AE con jóvenes

Alguna vez en la vida... es un paquete de recursos informativos sobre AE para trabajar con jóvenes, realizado por Puntos de Encuentro en Nicaragua en colaboración con el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE). El paquete contiene varios componentes diseñados para usar en grupos (con o sin la presencia de un facilitador capacitado) que presentan la AE dentro del contexto más amplio de la toma de decisiones y las negociaciones sexuales.

Alguna vez en la vida... consiste en:

- una edición especial en vídeo (VHS) de un episodio de la telenovela juvenil Sexto Sentido;
- una hoja informativa sobre la AE; y
- un juego y una guía de uso fácil, para abrir la discusión entre jóvenes sobre la toma de decisiones y las negociaciones sexuales, el uso de la AE y de los anticonceptivos en general.

Para más información sobre este recurso educativo contacte Puntos de Encuentro en puntos@puntos.org.

Para garantizar el acceso de los jóvenes a la AE es necesario capacitar al personal de salud, incluyendo a quienes atienden en las farmacias, para que puedan proporcionar información y orientación en anticoncepción y, especialmente, en AE a las y los jóvenes. Es importante también discutir con las y los promotores de salud la importancia de entregar el método a la gente joven.³ Además, se debe evitar la difusión de mensajes erróneos y negativos acerca de los métodos anticonceptivos y la AE (por ejemplo, que son "dañinos para la salud y el desarrollo" de las adolescentes).

La orientación prestada a las y los jóvenes puede ser más efectiva si al final de ésta se hace entrega de una dosis de PAE junto con un condón y un folleto informativo sobre otros métodos anticonceptivos para que los y las jóvenes elijan, en otro momento, el más adecuado a sus necesidades.⁴

Se recomienda que el personal de salud de instituciones públicas, privadas y de clínicas de organizaciones no gubernamentales (ONG) que ofrecen servicios para jóvenes reciba capacitaciones e información actualizada sobre la AE, y pueda distribuir el método en sus consultorios o farmacias.

Otros aspectos a considerar con las autoridades de los servicios de salud son la simplificación de los procedimientos en la entrega de métodos anticonceptivos y la necesidad de incluir componentes educativos enfocados al desarrollo de habilidades de decisión, negociación y autocuidado en las relaciones sexuales.

³ Society for Adolescent Medicine, EE UU, 2004.

⁴ Society for Adolescent Medicine, EE UU, 2004.

Aspectos éticos

En la consulta que realizan las y los adolescentes por anticoncepción, los proveedores de salud deben regirse por el principio de beneficencia, de respeto a la dignidad de las personas, y de resguardo de sus derechos en el marco de la intimidad y la confidencialidad.

Sin embargo, la consulta de jóvenes y adolescentes por anticoncepción, y en especial sobre AE, a menudo crea problemas a los profesionales de salud, ya que temen ser desautorizados y criticados por los padres, o que se los considere promotores de una conducta inapropiada, como sería la actividad sexual temprana. Ante estos casos, es necesario enfatizar al equipo de salud el papel clave que tienen los proveedores en disminuir los riesgos asociados a la vida sexual y reproductiva, y en garantizar el bien superior que significa la salud. También es necesario clarificar que la información correcta que se entregue a los adolescentes sobre la AE no influye sobre su conducta sexual.⁵

En el caso último en el que el proveedor de salud no quiere entregar la AE alegando objeción de conciencia, éste tiene la obligación de derivar a la joven a otro profesional de la salud para que le brinde la atención adecuada.

Es necesario promover entre los profesionales de la salud la entrega a los y las jóvenes de AE y otros métodos anticonceptivos, sin exigir el consentimiento de los padres, por una cuestión de respeto a la decisión de los y las jóvenes y de respeto a su derecho a la confidencialidad. No hay ninguna norma que establezca que los hijos o las hijas deban solicitar autorización de los padres para iniciar relaciones sexuales, o que la patria potestad incluya el control de la sexualidad de hijas e hijos.

Visite el sitio de Internet www.clae.info para obtener más información sobre el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE).

⁵ Graham A y cols, 2002.



ABOGAR POR LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Conseguir que la anticoncepción de emergencia (AE) esté disponible para todas las mujeres de América Latina y el Caribe que la requieran, es un objetivo que precisa la puesta en marcha de acciones y estrategias diversas para su logro. Son fundamentales aquellas relacionadas con la difusión de información a distintas audiencias, basada en el uso de argumentos sólidos y veraces, relativos a los derechos de las mujeres, los avances de las ciencias médicas y la evidencia científica. También requiere el desarrollo de alianzas entre organismos y personas que contribuyan desde distintos ámbitos a facilitar el acceso a la AE.

Esta ficha presenta algunas nociones generales sobre estrategias de promoción y defensa (abogacía) que pueden ser de utilidad para los grupos que trabajan para avanzar la AE en sus países.¹

Promoción y defensa (abogacía) es buscar y movilizar apoyos para una causa, con el propósito de alcanzar mayor compromiso y voluntad social y política de parte de personas e instituciones que pueden influir en la toma de decisiones, en la legitimación social y en el fortalecimiento de la opinión pública favorable a dicha causa.

DISEÑAR UNA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN Y DEFENSA (ABOGACÍA) DE LA AE

El primer paso para definir una estrategia de promoción de la AE en un país determinado consiste en **identificar y definir la o las metas** en relación a la AE, de tal manera que queden claros los resultados que se desean obtener. Por ejemplo, ¿queremos contribuir a mejorar la distribución de AE?; ¿queremos mejorar el conocimiento de AE por parte de los proveedores de salud?; ¿queremos que se incluya la AE en las normas de salud reproductiva? Es importante establecer metas de corto, medio y largo plazo, así como definir sistemas de monitoreo factibles que permitan evaluar los logros y avances a lo largo del proceso. Durante la elaboración de la agenda de acción, se deben **especificar con precisión los objetivos y las actividades** a realizar para alcanzar dichas metas. Los objetivos deben ser formulados de tal manera que se pueda facilitar su monitoreo y evaluar su logro en un lapso definido de tiempo.

Es necesario **recopilar información** que sirva como insumo para el desarrollo de mensajes efectivos, basados en estadísticas y datos que provengan, en la medida de lo posible, de investigaciones y estudios acerca de la AE. Es importante contar con información local, que sea relevante para la audiencia a la que se dirige la estrategia de promoción y defensa de la AE. Es óptimo conocer el grado de aceptabilidad de la AE entre distintos grupos de población así como las situaciones en las que hay mayor consenso en que el uso de AE es necesario. Estos datos pueden obtenerse de investigaciones epidemiológicas o estudios sociológicos realizados en cada país. Cuando no existan investigaciones locales, hay que evaluar la posibilidad y conveniencia de realizar algún estudio sencillo de tipo exploratorio o experimental, como una de las actividades de la estrategia.

Asignación de recursos

La investigación es una herramienta importante en la promoción de la AE. Con los resultados que arrojen las investigaciones, se puede organizar bancos de datos que incluyan resúmenes de las investigaciones disponibles y los argumentos a favor de la AE que cada investigación secunda. Así mismo, la investigación servirá para identificar áreas de acción y para la elaboración de mensajes efectivos para promover la AE o para responder a las alegaciones contra la AE de grupos conservadores. Algunos ejemplos son:

¹ Fuentes consultadas: Advocacy Guide for Sexual and Reproductive Health & Rights. International Planned Parenthood Federation (IPPF), London, 2001; Defendiendo nuestros derechos: Guía de abogacía por los derechos sexuales y reproductivos. Family Care International (FCI), Bolivia, 1999; Bolivia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 1999; Rance, Susana y Tellería, Jaime. Advocacy participativo. Population Concern, Bolivia, 2001.

- La investigación sobre **conocimientos, actitudes y percepciones** de la población en general sobre la AE, es un insumo necesario para el desarrollo de campañas de sensibilización y divulgación.
- Los estudios sobre **conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas del personal de salud** muestran el grado de conocimiento o desconocimiento sobre la AE; los prejuicios, las falsas o erróneas creencias sobre el mecanismo de acción de la AE en las que el personal de salud puede estar basando sus juicios; el grado de conocimiento del estatus legal de la AE en el país, etc. Conocer esta información permitirá definir los mensajes claves en campañas de abogacía dirigidas a proveedores de salud, a la vez que puede servir para movilizar recursos para financiar capacitaciones entre el personal de salud sobre la AE.
- La evaluación de las **estrategias de difusión** ayuda a planear y refinar los programas de difusión y distribución de AE dirigidos a la población general. Permite también identificar qué medidas deben tomarse para asegurar el acceso de poblaciones más vulnerables (como adolescentes, víctimas de violación o mujeres analfabetas) a la AE.
- Las investigaciones sobre el **mecanismo de acción** de la AE arrojan importantes argumentos basados en la evidencia científica, de gran utilidad en el debate sobre la legitimidad del método.

Desarrollar mensajes efectivos

Es necesario definir la audiencia principal de cada actividad de abogacía: instituciones líderes en las áreas de salud, de los derechos humanos, y del poder político; individuos con poder de decisión en cuanto a políticas, programas y servicios; medios de comunicación de masa como prensa, radio y televisión; mujeres y el público en general, etc. Cada uno de estos grupos requiere un tratamiento diferente en cuanto a los contenidos de los mensajes y los canales de comunicación.

Los mensajes, ya sean orales, impresos o audiovisuales, tienen que ser sencillos, claros y concretos. Es importante validar los mensajes con miembros de los grupos a los que estos se van a dirigir, antes de difundirlos masivamente. Para definir su contenido, se debe considerar lo siguiente:

<i>Audiencia:</i>	¿A quién queremos llegar?
<i>Contenido:</i>	¿Qué queremos decir? ¿Por qué? ¿Cuál es la respuesta que se espera de la audiencia?
<i>Lenguaje:</i>	¿Qué lenguaje debemos utilizar para que el mensaje sea recibido de manera efectiva? ¿Qué léxico debemos evitar?
<i>Estilo:</i>	¿Cuál es el estilo más apropiado para cada audiencia? ¿Formal, académico, lúdico?
<i>Fuente:</i>	¿Quién emite el mensaje? ¿Qué personas o instituciones gozan de la credibilidad necesaria entre el grupo de población al que queremos llegar?
<i>Canal:</i>	¿Qué canales de comunicación lograrán mayor impacto ante las audiencias elegidas? ¿Cuáles pueden usarse de acuerdo a los recursos disponibles?
<i>Tiempo y lugar:</i>	¿Cuál es el momento óptimo para llegar a nuestra audiencia meta? ¿Qué fechas o eventos que se celebran en la comunidad pueden servir de enlace para lanzar nuestros mensajes y promover la AE?

CONSTRUIR ALIANZAS

Para obtener apoyo social y político, hay que identificar otros aliados que pueden apoyar la promoción de la AE y generar alianzas estratégicas. Estos aliados pueden ser organizaciones o personas de la vida pública, líderes de opinión, políticos y parlamentarios, personas encargadas de tomar decisiones, etc., cuyo respaldo puede ser clave para movilizar recursos humanos y económicos.

La construcción de alianzas es una de las estrategias más poderosas para fortalecer las acciones de abogacía, enfrentar y responder a los ataques de la oposición, ampliar la red de organizaciones de apoyo, diseminar información, crear oportunidades y compromisos de colaboración y trabajo, y optimizar el uso de los recursos para alcanzar un objetivo de interés común.

Antes de empezar a implementar la estrategia de promoción de la AE, es importante que estén formados los equipos de trabajo, que los aliados se distribuyan las tareas según sus fortalezas específicas y que se comparta la información de modo que los mensajes sean consistentes. Se requiere tener la más amplia base de apoyo posible y los fondos necesarios para implementar las actividades. Es más fácil movilizar recursos para nuestra estrategia de abogacía cuando los objetivos están claramente definidos y las alianzas establecidas.

El Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE) tiene el propósito de ayudar a construir estas alianzas a nivel regional y nacional y fortalecerlas en torno al derecho de las mujeres a la AE y a la salud sexual y reproductiva. Vea el listado de instituciones de su país afiliadas al CLAE (www.clae.info) para identificar a posibles aliados.

Además, en América Latina y el Caribe existen varias redes y coaliciones con filiales en cada uno de los países miembros, que se han organizado para promover y defender una serie de causas relativas a la salud y los derechos

sexuales y reproductivos y a la salud de las mujeres, como la disminución de la mortalidad materna, la prevención y atención de la violencia contra la mujer, y la despenalización del aborto. Estas redes se han encargado de diseñar directrices de trabajo y estrategias de colaboración, de diseminar información, y de monitorear el desempeño de las instituciones públicas en su implementación de políticas y programas de salud y en el cumplimiento de las leyes relativas a estas materias. Entre ellas:

- el Grupo de Trabajo Regional Interagencial para la Reducción de la Mortalidad Materna;
- la Red Latinoamericana y del Caribe por los Derechos Sexuales y Reproductivos de la Mujer;
- la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC) www.reddesalud.org/presentacion.html;
- la Red Feminista Latinoamericana y del Caribe contra la Violencia Doméstica y Sexual (REDFEM) www.redfem.cl; y
- el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) www.cladem.com

Puede ponerse en contacto con estas organizaciones para identificar aliados para su campaña de abogacía para la AE.

Algunas orientaciones para la creación y el funcionamiento de alianzas estratégicas

Toda coalición, alianza o red, por lo general:

- se rige por estatutos que definen su conformación y funcionamiento;
- establece metas, objetivos y actividades que guiarán el trabajo asociativo;
- define las funciones de sus miembros y establece grupos de trabajo o subcomités que se encargan de las distintas actividades y labores. Por ejemplo, pueden crearse subcomités para el trabajo en el ámbito político (revisión de agendas, de compromisos internacionales, redacción de normas y comunicados, etc.); para las tareas de promoción de la AE (producción y diseminación de información, campañas de creación de conciencia, diseño de estrategias para lograr la adhesión de nuevos grupos, etc.); y para la búsqueda de recursos financieros para financiar las acciones planeadas;
- fija sus modalidades de trabajo y la frecuencia de sus reuniones en función del calendario de actividades, de la facilidad de desplazamiento de sus miembros, y de las oportunidades de avance que surjan en el país; y
- hace seguimiento y evaluación de los planes de cada uno de los grupos de trabajo o subcomités establecidos y planifica futuras acciones con base en la evaluación.

IMPLEMENTAR LA ESTRATEGIA DE ABOGACÍA Y HACER FRENTE A LA OPOSICIÓN

Una vez planificada la estrategia de promoción y defensa de la AE, se comienzan las actividades. Para dar visibilidad a la estrategia y obtener el compromiso de personas que pueden favorecer la introducción de la AE, se pueden aprovechar momentos oportunos, como los foros públicos, seminarios y congresos, que permitan el diálogo sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Estas instancias son adecuadas para entregar información y exponer los argumentos acerca de la necesidad y la importancia de la AE desde el punto de vista de las personas que la requieren y de los problemas de salud en cada país.

Los equipos deben estar preparados para enfrentar los imprevistos que puedan surgir, y estar atentos para readecuar la estrategia o los contenidos de los mensajes en cualquier momento. Es importante tener en cuenta y conocer a los posibles opositores a la AE, analizar sus argumentos y desarrollar respuestas basadas en argumentaciones sólidas y basadas en evidencias científicas. Si bien la oposición puede no ser muy evidente al comienzo, es conveniente prepararse conociendo las lecciones aprendidas en otros países de la región que ya han avanzado en el tema. En la región de América Latina y el Caribe los argumentos comunes de grupos opositores a la AE son los que se señalan a continuación:

- "La AE es una forma de aborto"... ¡FALSO!
La AE no puede interrumpir un embarazo establecido.
Las investigaciones han demostrado que la AE puede prevenir o retrasar la ovulación, interferir con la migración de los espermatozoides hasta la trompa de Fallopio, e impedir la fecundación, pero no impide la implantación y carece de efecto sobre un óvulo ya implantado en el endometrio.
- "La AE promueve estilos de vida promiscuos e irresponsables"... ¡FALSO!
La AE ofrece una opción más de ejercer una sexualidad responsable, ofreciendo otra opción anticonceptiva a mujeres y parejas que la necesiten. Hay muchas circunstancias en las que lo más responsable es usar la AE para prevenir un embarazo no deseado (por ejemplo, en caso de violación, falla o uso incorrecto del método anticonceptivo habitual, o falta de planificación).
- "La AE está dirigida a adolescentes solteros y soleteras; su disponibilidad afecta la autoridad de los padres y la moral de la comunidad"... ¡FALSO!
Mujeres de todas las edades pueden necesitar AE alguna vez en su vida.
Las mujeres jóvenes con poca experiencia en el uso de anticonceptivos corren mayor riesgo de embarazo involuntario.

Si han ocurrido relaciones sexuales sin protección, prevenir el embarazo en las adolescentes es una alta prioridad debido a las consecuencias negativas que un embarazo no deseado puede tener a nivel físico, psicológico y emocional para la joven.

- "La AE es igual que la píldora abortiva francesa RU486"... ¡FALSO!

La AE sólo actúa antes de que se produzca un embarazo. Por el contrario, el RU486 (cuyo nombre genérico es mifepristona), cuando es empleado para inducir un aborto, se usa una vez que el embarazo está confirmado.

EVALUAR Y MONITOREAR LA ESTRATEGIA DE ABOGACÍA

A lo largo de la implementación de la estrategia es necesario evaluar los resultados y el impacto de nuestros esfuerzos. Para ello, debemos medir los avances hacia el logro de los objetivos que nos hemos marcado a corto, medio y largo plazo, empleando procesos de evaluación participativa. De acuerdo a los resultados de esta evaluación se extraen recomendaciones que permiten ajustar y afinar estrategias e identificar próximas etapas para la promoción de la AE. Es importante compartir las lecciones aprendidas durante la evaluación entre los miembros de las alianzas nacionales y regionales para contribuir a formar conocimiento a partir de las experiencias.

EL ROL DE LAS ONG Y LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Siendo la AE un componente esencial de los derechos sexuales y reproductivos y de los derechos de las mujeres, las ONG tienen un rol importante en:

- **Identificar e involucrar a los actores políticos** que apoyen la AE para generar un debate público que ponga este tema en la agenda política de los Estados.
- **Crear conciencia** entre los profesionales de los medios de comunicación, y los profesionales de los sectores salud, educativo y judicial, sobre la importancia de la AE para la salud y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.
- **Crear alianzas con los medios de comunicación** para que se sumen a las campañas de información y divulgación de la AE basadas en evidencias científicas y que refutan los argumentos de los grupos opositores.
- **Difundir información clara y simple sobre la AE** a través de medios de información escritos y audiovisuales, para que todas las mujeres, sin excepción, conozcan esta opción adicional que les ofrece la tecnología anticonceptiva y que les permite tomar una decisión libre e informada al enfrentar la posibilidad de un embarazo no deseado.
- **Garantizar la disponibilidad** y el acceso de las mujeres y las adolescentes a AE para que puedan ejercer libremente sus derechos humanos y reproductivos, sin presiones, coacción, ni intimidación. Si no pueden acceder a AE, muchas mujeres deberán tomar decisiones que las pueden llevar al sufrimiento, a la discapacidad permanente, e incluso a la muerte.
- **Revisar, documentar y divulgar la normativa vigente** en cada país con respecto a los derechos humanos y reproductivos de la mujer, y analizarla a la luz de los compromisos adquiridos en los tratados y convenios internacionales firmados por los Estados participantes. Facilitar el acceso a la AE a todas las mujeres y parejas que lo requieran, es parte intrínseca del cumplimiento de los compromisos asumidos por un Estado, de velar por los derechos sexuales y reproductivos de su población.
- **Organizar grupos interdisciplinarios** con una fuerte presencia de mujeres y jóvenes, para desarrollar estrategias que promuevan y monitoreen el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, el acceso a los beneficios del avance médico y científico, incluyendo la AE, y la incorporación de la perspectiva de género en los servicios de salud.
- **Preparar, incorporar y divulgar argumentos sólidos** y conceptualmente claros en torno a conceptos fundamentales como fecundación, implantación, gestación, embarazo, etc. para poder refutar los argumentos de los grupos opositores, sumando los argumentos técnicos y científicos a los planteamientos.



ENFOQUES ESTRATÉGICOS PARA LA INCORPORACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN LAS NORMAS OFICIALES DE SALUD

Los siguientes escenarios favorecen el proceso de incorporación de la anticoncepción de emergencia (AE) en las diferentes normas y procedimientos médicos y médico-legales de un país:

- que se haya incorporado un enfoque de género y de derechos en las políticas de Estado a nivel nacional y local;
- que exista conocimiento y adhesión a los acuerdos internacionales en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos;
- que el aborto esté despenalizado o sea legal en ciertas situaciones;
- que existan leyes que protejan a la mujer de la violencia de género y normas de atención integral a las víctimas de violencia sexual;
- que exista una normativa sobre atención a la salud sexual y reproductiva en los Ministerios de Salud;
- que existan sistemas médico-legales que ya incorporan el enfoque de género y de derechos;
- que existan y se implementen leyes que garanticen los derechos sexuales y reproductivos de la ciudadanía; y
- que el Estado sea laico y no permita la ingerencia de grupos religiosos o movimientos fundamentalistas en sus decisiones en materia de derechos ciudadanos y salud pública.

Instancias gubernamentales con las que trabajar

Todos los países cuentan con sistemas de salud, de educación, de administración de justicia y de registro de productos farmacéuticos con las que debemos coordinar todo esfuerzo para incorporar la AE en sus normas, protocolos, servicios y patentes:

Sistema de salud

Tenemos que considerar:

- los programas nacionales de salud sexual y reproductiva;
- el sistema de atención de emergencias pre-hospitalarias y hospitalarias;
- los tres niveles de atención (primario, secundario y terciario);
- el sistema privado de atención de salud; y
- el sistema informal y tradicional (parteras empíricas, médicos tradicionales, etc.).

Sistema educativo

Se debe abogar por integrar la información sobre AE:

- en los programas de educación sexual, escolares y extraescolares;
- en programas de capacitación para profesionales de la salud; y
- en el currículo de las facultades y escuelas profesionales de medicina, enfermería, trabajo social, psicología, derecho y otras.

Este es un espacio muy importante para entregar información sobre la AE a los profesionales de la salud y hacerla llegar a la población general.

Sistema de administración de justicia

En los servicios de atención a mujeres que sufren violencia sexual, la AE debe ser considerada un componente esencial de protección de la salud y los derechos reproductivos de las mujeres en edad fértil. La AE permite prevenir un embarazo no deseado que puede ocurrir como consecuencia de una violación, y restablecer parcialmente la salud reproductiva de la mujer agredida.

Sistema de registro de nuevos productos farmacéuticos

Se puede integrar la AE al mercado a través de un producto dedicado (es decir, pastillas anticonceptivas específicas para ser usadas como AE) o pastillas específicas de AE. Es importante identificar en cada país las fortalezas y oportunidades para posicionar la AE sin que corra el riesgo de ser retirada del mercado. El registro de un producto dedicado de AE lo puede hacer tanto un laboratorio farmacéutico como una organización pública, privada o no gubernamental que trabaje en temas de salud y/o derechos sexuales y reproductivos.

Revisión de las normas de salud

La inclusión de la AE en las normas relacionadas con la salud sexual y reproductiva (incluyendo las normas de planificación familiar y las normas de atención a víctimas de violencia intrafamiliar y de género) es un objetivo estratégico ya que legitima su uso y respalda la aceptación del método entre los profesionales del sector salud y en la población general.

En los países donde ya se han promulgado normas, éstas generalmente son responsabilidad de los Ministerios de Salud y/o Seguridad Social y se revisan y reformulan cada cierto tiempo. Es clave que las instituciones y ONG que abogan por la AE formen parte de los grupos o comités que van a revisar estas normas, y que definan una estrategia para la incorporación de la AE en los capítulos de planificación familiar y salud reproductiva y en los de violencia intrafamiliar, sexual y/o de género.

Cabe destacar que la ausencia de la AE en las normas no implica la ilegalidad del empleo del método, dado que el uso de las mismas hormonas es legal desde hace muchos años como componentes de la anticoncepción hormonal de uso regular.

Al identificar y crear alianzas con los distintos agentes que favorecen la incorporación de la AE, podemos crear escenarios que contribuyan a neutralizar los movimientos opositores que obstaculizan su aprobación, y que en muchas ocasiones retrasan la incorporación de la AE en las normas y procedimientos de un país.

AE como componente de atención a las víctimas de violencia sexual: una estrategia eficaz de introducción del método

Una estrategia que ha demostrado ser eficaz para la introducción de la AE en países en los que surgieron resistencias a su incorporación en el sistema de salud, es la de iniciar la introducción del método en los servicios de asistencia a mujeres que han sufrido violencia sexual. El uso de la AE como componente de la atención médica posterior a una agresión sexual despierta menor rechazo entre los sectores que se oponen al método, por existir en nuestras sociedades mayor consenso alrededor del derecho fundamental de la víctima a reestablecer a la brevedad su salud reproductiva.

Para el impulso de esta estrategia en cada país, es importante disponer de cifras nacionales actualizadas de incidencia de violencia sexual, de embarazo forzado y de aborto realizado en condiciones de riesgo, así como de datos que documenten la relación entre el embarazo no deseado y la morbilidad y mortalidad materna.

Oportunidades de participación de la sociedad civil

Las organizaciones de la sociedad civil u ONG se han erigido en muchos países como líderes de la defensa y promoción de la AE. Dentro de la sociedad civil podemos identificar distintos grupos desde los cuales accionar para difundir información sobre la AE:

- organizaciones por la defensa de los derechos humanos;
- organizaciones dedicadas a dar seguimiento al cumplimiento de los compromisos internacionales en materia de derechos humanos (incluidos los derechos sexuales y reproductivos), salud y educación, asumidos por los gobiernos nacionales;
- organizaciones de mujeres, organizaciones feministas, y otras especializadas en la defensa y promoción de los derechos de las mujeres y la equidad de género;
- organizaciones de y para jóvenes;
- organizaciones que promueven y ofrecen servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva; y
- otras organizaciones de base sensibilizadas en este tema.

En general las ONG tienen más libertad de acción y, en muchas ocasiones, tienen mayor capacidad de movilizar apoyos estratégicos y recursos para impulsar avances en las políticas y los programas nacionales de salud. Para ello, las ONG nacionales pueden precisar y deben contar con el apoyo de redes y organizaciones que abogan por la AE tanto a nivel regional como internacional.

Sin embargo, es esencial que las iniciativas de la sociedad civil y las ONG para introducir la AE se lleven a cabo en colaboración y alianza con el sector público, a fin de garantizar la sostenibilidad de los logros que se alcancen y el apoyo de las instituciones del Estado a la AE en el medio y largo plazo.

Algunas ONG han conseguido la inclusión de la AE en las normas nacionales (como PROFAMILIA en Colombia) y han documentado sus estrategias de promoción y defensa de la AE para compartir los desafíos, las estrategias exitosas y las lecciones aprendidas a lo largo del proceso con organizaciones de otros países (ver *Ficha 11*).

APLICACIÓN DE LAS NORMAS

Las normas de salud reproductiva, planificación familiar y/o atención a la violencia sexual se elaboran para ser aplicadas a nivel nacional y ser utilizadas e implementadas en todos los niveles de atención. Sin embargo, esto no sucede siempre por varias razones, entre las cuales: la falta de personal capacitado, la escasez de recursos económicos, o los insuficientes sistemas de supervisión y de vigilancia en los servicios. Además, en muchos países, el personal sanitario desconoce las normas emitidas por los Ministerios de Salud, y éstas no se aplican en los servicios de otros sectores, como los dependientes de los Ministerios de Justicia.

Hacer operativa la norma nacional en salud reproductiva, planificación familiar y/o atención a la violencia sexual implica la inclusión de la AE en otros cuerpos normativos como:

- los manuales de procedimientos y protocolos para los servicios de emergencia de las unidades hospitalarias;
- los manuales de procedimientos para los sistemas de atención de emergencia pre-hospitalarios y paramédicos;
- los protocolos de atención a mujeres que sufren violencia sexual atendidas en el sistema privado de salud; y
- los protocolos de atención a mujeres que sufren violencia sexual en el sistema médico-legal de cada país.

Se pueden elaborar diferentes modelos y/o protocolos de orientación y entrega de AE según el servicio donde se introduzca el método. Para esto se pueden usar como referencia:

- la norma nacional (en los países donde exista);
- documentos de múltiples organizaciones de salud y científicas, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF); y
- documentos de redes regionales e internacionales de promoción de la AE, como el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE) o el Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia (AE) del cual el CLAE forma parte.¹

Los sistemas de atención de salud o de administración de justicia en un país pueden ser centralizados o descentralizados. Los contextos descentralizados suelen presentar más oportunidades para la incorporación efectiva de la AE, ya que tienden a tener mayor capacidad de respuesta a las necesidades expresadas por la sociedad civil organizada a nivel local, provincial o departamental.

¹ Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia, 2001.

CAPACITACIÓN A TODOS LOS NIVELES

Para difundir la información, facilitar el acceso a la AE y proveer el mejor servicio a las mujeres que la necesitan, la capacitación en AE debe incluir a todo el personal encargado de informar y dar consejería, desde los proveedores de salud hasta el personal administrativo de las organizaciones. La capacitación integral debe incorporar los siguientes elementos:

- presentación de la AE en el contexto de la sexualidad humana y la salud y los derechos sexuales y reproductivos;
- información general acerca de la situación de la salud y derechos sexuales y reproductivos en el país;
- sensibilización acerca del problema de la violencia sexual;
- capacitación en AE incluyendo los métodos existentes (composición, posología, indicaciones, contraindicaciones y advertencias), mecanismos de acción, efectos secundarios, eficacia y consejería a clientes; y
- incorporación de la AE en los cuadros de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).



CUESTIONES LOGÍSTICAS

El acceso a la anticoncepción de emergencia (AE) depende de su disponibilidad en todos los servicios de salud y de una estrategia de difusión e información sobre su existencia. Es importante tener a disposición dos alternativas: un producto dedicado o específico de AE de levonorgestrel solo, y el método de Yuzpe (usando las pastillas anticonceptivas de uso regular que contengan etinilestradiol más levonorgestrel). El levonorgestrel tiene menos efectos secundarios, es más eficaz y más sencillo de tomar. Sin embargo, el método de Yuzpe es más barato y de más fácil acceso para las mujeres ya que las pastillas combinadas de uso regular están habitualmente disponibles sin necesidad de receta médica.

REGISTRO Y COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS DEDICADOS

Estas actividades incluyen varios pasos:

Solicitud de registro del producto

- La firma farmacéutica que produce una determinada pastilla para AE puede seleccionar un solo importador por país. Para esto debe asegurarse de que el importador/distribuidor interesado sea confiable y solvente. El importador/distribuidor debe convencer a la casa farmacéutica de que puede registrar con éxito el producto y de que tiene la capacidad para comercializarlo y distribuirlo en cantidades que generarán un beneficio económico. Para ello, debe preparar un portafolio que demuestre su récord exitoso en la importación y venta de productos farmacéuticos, además de un plan de mercadeo y proyección de ventas de la AE.
- Una vez establecido el acuerdo con la firma farmacéutica, el importador/distribuidor presentará un portafolio con la información sobre la AE a la entidad del gobierno responsable del registro de nuevos productos. El gobierno puede tardar un tiempo variable (generalmente entre tres y 12 meses) para aprobar el registro y la venta del producto. Los costos del proceso son alrededor de US\$ 2.000 por país, y pueden ser cubiertos por el importador o por el productor.

Producción

Una vez logrado el registro del producto y la aprobación del gobierno, el importador/distribuidor de la AE contratará la producción con la casa farmacéutica.

Lanzamiento

El propósito del lanzamiento es crear conocimiento y apoyo para el nuevo producto dentro de la comunidad médica. En el marco de este evento, el importador/distribuidor debe elaborar y divulgar materiales promocionales y de capacitación, artículos científicos importantes y muestras gratuitas del producto.

Distribución, venta y promoción

El producto debería estar disponible por lo menos en el 70% de las farmacias del país, para lo cual el importador debe disponer de un grupo grande de vendedores, ya que de otra forma no es factible lograrlo. Las farmacias pueden rehusar comprar el producto, lo cual impide la accesibilidad y las ventas. Sin embargo, esto puede evitarse mediante una estrategia atractiva de ventas, con argumentos comerciales sólidos y convincentes. Las actividades de promoción y defensa del producto son indispensables para darlo a conocer entre las consumidoras y para asegurar el apoyo de una amplia gama de proveedores de servicios.

DISPONIBILIDAD DEL PRODUCTO

La disponibilidad de la AE en los servicios de salud depende de la disponibilidad de recursos económicos, de la voluntad política para comprar los insumos y de la existencia de anticonceptivos orales en el país. Cuando hay limitaciones presupuestarias, los servicios públicos y las ONG pueden utilizar distintas estrategias:

- pactar con los productores/distribuidores para obtener el producto en consignación (pago diferido hasta que el producto se venda);
- gestionar la donación de un fondo inicial para adquirir el producto; y/o
- prever en los presupuestos anuales un rubro para la compra de la AE como parte del stock de medicamentos requeridos.

Es esencial llevar un registro de la distribución de la AE, ya sea a través de venta o de entrega gratuita, no sólo para fines contables del servicio sino también para poder solicitar oportunamente el re-abastecimiento.

ROL DE LAS ONG

Los defensores de la AE pueden ser de enorme ayuda en todo el proceso de registro y distribución del método.

Cada institución puede utilizar su influencia, conexiones y redes para asegurar la información y el acceso al producto. Las ONG pueden negociar asociaciones con el sector comercial para la promoción de la AE y, dependiendo de los acuerdos, negociar con los fabricantes y/o distribuidores una contraprestación por su apoyo a la divulgación del método (por ejemplo, disponibilidad de productos gratis). Otra tarea importante para las ONG es tratar de influir en el precio comercial del producto a fin de que éste sea accesible a todo el público que necesita AE.

MERCADEO SOCIAL

El mercadeo social para la distribución del producto dedicado de AE a precios accesibles puede hacerse de muchas maneras.

En algunos casos, lo pueden hacer los mismos importadores/distribuidores, como lo hizo exitosamente la Asociación Pro Bienestar de la Familia (PROFAMILIA) en Colombia. Sin embargo, esto no es muy común debido a que pocas organizaciones tienen la experiencia comercial que se requiere. En otros casos, quienes hacen el mercadeo social pueden comprar el producto del fabricante o del distribuidor, y/o movilizar fondos para distribuirlo a un precio que no sea competitivo con el sector comercial. Esta estrategia es muy útil para todos los sectores y puede tener éxito en alcanzar poblaciones que el sector comercial no cubre. Finalmente, las ONG pueden asociarse con el distribuidor comercial para establecer una estrategia de "mercadeo social" que el sector comercial probablemente no implementaría por su baja rentabilidad. Por ejemplo, se pueden co-financiar folletos y recursos educativos, ampliar la distribución de la AE y promoverla en poblaciones sub-urbanas, rurales y de bajos ingresos, ayudando así a ampliar la información y el acceso al producto.

Acciones y estrategias de las ONG para establecer vínculos con el sector comercial

- Promover que el Ministerio de Salud apoye la AE participando a eventos como el lanzamiento de un producto dedicado.
- Influir al gobierno para acelerar el proceso de registro de un producto dedicado.
- Defender públicamente el producto; realizar conferencias de prensa con medios de comunicación y facilitar información amigable sobre la AE.
- Establecer redes al nivel comunitario para dar a conocer la AE.
- Establecer redes con otras ONG para crear una base amplia de apoyo.
- Las ONG con servicios clínicos pueden distribuir el producto en sus propias clínicas.
- Desarrollar materiales educativos para las usuarias en asociación con el importador/distribuidor.
- Co-financiar campañas de relaciones públicas y esfuerzos de promoción y defensa del producto.

Visite el sitio de Internet www.clae.info para obtener más información sobre el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE).

EL ROL DE LOS PARLAMENTARIOS EN LA PROMOCIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA: LECCIONES APRENDIDAS

La colaboración de las ONG y de personas de la sociedad civil con parlamentarios y parlamentarias individuales, grupos de parlamentarios y/o comisiones legislativas nacionales permite promover una variedad de temas en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, entre ellos la anticoncepción de emergencia (AE). Los parlamentarios pueden adoptar un conjunto de acciones concretas tendientes a incrementar el acceso y los niveles de conocimiento sobre métodos de AE entre los diferentes sectores de la sociedad. En este sentido, pueden:

- iniciar y sostener debates que contribuyan a difundir información relevante y precisa sobre AE en el seno de la sociedad y, de esta manera, colaborar en el proceso de educación y formación de la opinión pública;
- influir a otros parlamentarios y líderes de decisión ubicados en diferentes instancias de la pirámide de poder, generando apoyo político visible y construyendo consenso en torno a la AE; e
- integrar hechos programáticos a contextos sociales más amplios.

Asimismo, los parlamentarios poseen una visión clara de la realidad política nacional y de las posibilidades de influir en el proceso de toma de decisiones ya que:

- conocen el panorama político y social de sus respectivos países y las características y funcionamiento del proceso político;
- saben quienes son los actores e instituciones relevantes; y
- saben cuán realista es esperar que se produzca un cambio determinado y conocen las oportunidades y obstáculos que se deben enfrentar para alcanzar los objetivos perseguidos.

ÁREAS DE ACCIÓN PARLAMENTARIA

Existen cuatro áreas de acción específicas para el trabajo con parlamentarios y parlamentarias: promoción, legislación, asignación de recursos y fiscalización.

Promoción

El área de promoción hace referencia al tipo de acciones que pueden impulsar los parlamentarios en el ámbito legislativo y de la sociedad en general acerca de la AE. En este campo, los y las parlamentarios/as pueden:

- iniciar y mantener mecanismos de diálogo con la finalidad de darle visibilidad a la AE y construir consensos en torno al uso del método;
- facilitar alianzas y vínculos de trabajo con organizaciones nacionales e internacionales, incluyendo grupos de la sociedad civil;
- participar en debates y presentaciones públicas, ruedas de prensa y medios de comunicación de información general;
- informar y movilizar a otros parlamentarios; e
- informar y movilizar a otros líderes de opinión y a quienes toman decisiones sobre políticas, programas y servicios.

Legislación

En esta área, que representa su campo de acción específico, los parlamentarios pueden:

- desarrollar propuestas legislativas que favorezcan la equidad en la distribución de recursos para procurar un mayor bienestar de la población en general y de la mujer en particular;
- modificar leyes discriminatorias contra la mujer y facilitar legislación específica sobre AE dentro de las leyes de violencia contra la mujer, particularmente en los casos de violación o estupro;
- legislar sobre cuestiones educativas para que la información sobre AE sea incluida en los programas de educación sexual de las escuelas;
- difundir, reglamentar y facilitar la implementación de leyes existentes que regulen el uso de la AE;
- enmarcar el tema y dar seguimiento a los compromisos contraídos en las conferencias y tratados internacionales que se refieren a la salud y derechos sexuales y reproductivos, y a la salud de las mujeres.

Asignación de recursos

Este punto resulta de crucial importancia, ya que la asignación de recursos humanos y financieros permite dotar de operatividad real a los programas existentes en el campo de la salud sexual y reproductiva, especialmente la AE. En este sentido, los parlamentarios pueden:

- participar y defender la AE en debates presupuestarios;
- favorecer intervenciones que mejoren la equidad de género en lo que respecta al acceso a insumos y servicios de salud sexual y reproductiva;
- asignar recursos a programas de educación y salud sexual y reproductiva, y promover el uso efectivo de los fondos;
- fiscalizar y medir el gasto en salud sexual y reproductiva;
- asignar recursos para la obtención y el uso de información confiable en el campo de la salud sexual y reproductiva;
- asegurar que la información que genere o que solicite el Estado, disgregue los datos por sexo; y
- asegurar que la reforma del sector salud incluya en sus paquetes básicos el tema de la salud sexual y reproductiva y la disponibilidad y acceso a la AE.

Fiscalización

En este campo, los parlamentarios pueden:

- promover y participar en la evaluación periódica de los resultados obtenidos por los programas que abordan temas de salud sexual y reproductiva;
- favorecer la utilización de lecciones aprendidas en el desarrollo de nuevos programas; y
- monitorear el uso eficiente de recursos para los fines propuestos.

ACCIONES CONCRETAS PARA PROMOVER LA AE EN EL ÁMBITO PARLAMENTARIO

Algunas de las acciones que pueden fortalecer la capacidad de los parlamentarios para abogar por la AE son las siguientes:

- facilitar el acceso a información técnica, precisa y confiable, basada en evidencia científica, que les permita desarrollar argumentos sólidos y sostener debates informados con grupos opositores o poco convencidos;
- facilitar el contacto de los parlamentarios con técnicos y ONG especializadas que puedan proveerles información adecuada y dar seguimiento a sus actividades;
- facilitar el intercambio de experiencias y lecciones aprendidas en la introducción de la AE entre parlamentarios y ONG de diferentes países;
- promover el intercambio, la provisión de asistencia técnica y las alianzas de trabajo entre expertos de ONG y parlamentarios aliados.

Es necesario trabajar con objetivos claramente definidos y realistas, fomentando la creación de consensos multipartidarios de manera tal de asegurar la viabilidad de las propuestas legislativas.

EL GRUPO PARLAMENTARIO INTERAMERICANO SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO

El Grupo Parlamentario Interamericano (GPI) trabaja en colaboración directa con parlamentarios individuales y/o grupos parlamentarios nacionales y regionales que se ocupan de temas de población y desarrollo con una perspectiva de derecho. A nivel regional el GPI trabaja de manera estrecha con tres organismos parlamentarios: el Parlamento Latinoamericano (PARLATINO), el Parlamento Centroamericano (PARLACEN), y el Parlamento Andino (PARLANDINO).

En la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el GPI monitorea las conferencias internacionales y los comités preparatorios con la finalidad de promover la participación de los legisladores en los mismos y, de esta manera, asegurar que el rol de los parlamentarios sea incluido en los documentos resultantes de este tipo de conferencias.

El GPI busca estrechar los vínculos de trabajo entre parlamentarios, agencias intergubernamentales y organizaciones de la sociedad civil que se ocupan de temas de derechos y salud sexual y reproductiva, así también como del empoderamiento de las mujeres.

Materiales de abogacía

El GPI busca promover un diálogo abierto sobre temas relacionados a población y desarrollo con un enfoque de derechos, sirviendo como un foro neutral de intercambio de información sobre temas de interés regional en esta área, generando materiales y diseminando información sobre temas relevantes en la materia. En el sitio de Internet <http://gparlamentario.org/resources.htm> puede encontrar materiales de referencia de utilidad para la promoción de la AE entre los parlamentarios y las parlamentarias de su país:

- Publicaciones del GPI: una variedad de materiales informativos producidos por el GPI en un formato simple y de fácil lectura, especialmente diseñado para cubrir las necesidades informativas de los parlamentarios.
- Informes del GPI: informes resultantes de las actividades internacionales con parlamentarios llevadas a cabo por el GPI. Esta sección también incluye una serie de documentos producidos de manera conjunta con otras redes parlamentarias regionales.
- Documentos básicos: una serie de documentos internacionales básicos en el campo de los derechos humanos, incluyendo los documentos resultantes de las principales conferencias internacionales y de las Sesiones Especiales de la Asamblea General de la ONU.

Para más información contacte al Grupo Parlamentario Interamericano:

Daniel Parnetti
Oficial de Programas
Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo (GPI)
420 Lexington Avenue, Room 303
New York, NY 10170-0002
Tel.: (646) 240-4052
Fax: (646) 227-0160
www.gparlamentario.org



En general, la introducción de la anticoncepción de emergencia (AE) en América Latina y el Caribe está siendo un proceso largo y difícil, que encuentra enconada resistencia en los sectores más conservadores de la sociedad. Esto ha requerido el diseño de estrategias específicas en cada país y notable esfuerzo de los sectores interesados en poner este método anticonceptivo al servicio de la población. Esta ficha temática revisa la experiencia latinoamericana tomando ejemplos de los siguientes países: **Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Nicaragua.**

ESTUDIOS PREVIOS

En Brasil, Chile y México se realizaron estudios antes de iniciar la introducción de la AE para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas sobre AE en diversas audiencias y para reconocer obstáculos y factores facilitadores.¹ A partir de estos estudios se diseñaron estrategias de introducción de AE y campañas de difusión.

Obstáculos

Entre los factores socio-culturales identificados, cabe destacar las actitudes conservadoras acerca de la sexualidad; la percepción que tienen ciertos sectores de la sociedad sobre la AE como un método abortivo; el poder político de la Iglesia Católica y de los sectores conservadores opuestos a la AE; el escaso reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos; la escasa educación sexual de los jóvenes y los adultos; y los conflictos de género que afectan las decisiones de las mujeres en cuanto al uso de anticonceptivos. A mayor influencia de la Iglesia Católica y de los grupos conservadores, había mayor temor de las autoridades y los políticos a un enfrentamiento con la jerarquía de la Iglesia Católica. El peso de estas barreras era diferente en los distintos países, siendo Brasil uno de los más liberales y Chile uno de los más conservadores.

También se detectaron obstáculos en el personal y los servicios de salud en todos los niveles. La mayoría de los estudios identificó gran desconocimiento del método y su mecanismo de acción entre proveedores y potenciales usuarias. Una excepción es el caso de Brasil, donde muchos gineco-obstetras sabían de la existencia de la AE, aunque no tenían conocimientos específicos. Además, en Brasil, Chile y México se detectó que algunos proveedores tenían el abuso o mal uso de la AE y los castigos administrativos si entregaban AE sin autorización; tenían barreras culturales o religiosas, incluyendo poca sensibilidad a las necesidades de las clientas y sus derechos reproductivos y sexuales; como también resistencia a entregar anticonceptivos a adolescentes (temor al mal uso, a quejas de los padres, o a promover conductas irresponsables).

Estos estudios mostraron que, en general, las mujeres tenían acceso limitado a los servicios de planificación familiar; que las clínicas estaban sobrecargadas y no funcionaban como servicios de urgencia (lo que es un problema para la administración oportuna de la AE); que no había privacidad suficiente; que faltaba personal capacitado; y que habían recursos humanos y financieros limitados y deficiente calidad de atención. En los servicios de atención para mujeres que han sufrido violencia sexual, se daba prioridad a los aspectos legales y al trauma psicológico y médico, y no a la prevención de embarazo.

En el plano legal, se encontraron barreras relacionadas con las disposiciones con respecto al aborto (que es ilegal y clandestino en algunos países, mientras que en otros es legal en ciertas circunstancias) elemento que incide en la medida en que algunos sectores equiparan la AE al aborto.

¹ Langer A y cols, 1999; Galvão L y cols, 1999; Díaz S y cols. 2003a; Díaz S y cols. 2003b.

En el plano normativo, en Colombia, México y Nicaragua, la AE aparecía en las normas de planificación familiar para casos de uso incorrecto de anticonceptivos orales y/o de agresiones sexuales, pero no aparecía como método por sí misma. En Brasil, la AE no aparecía en las normas de los sistemas de salud públicos, si bien se incorporó sin mayor resistencia como parte del proceso introductorio. En Argentina y Chile en cambio, las actividades de introducción de AE despertaron una fuerte oposición de sectores conservadores, dificultando su inclusión en las normas nacionales.

Facilitadores

También se detectaron factores facilitadores. En la mayoría de los estudios de aceptabilidad, las potenciales usuarias y gran parte de los proveedores de salud mostraban una actitud favorable hacia la AE y opinaban que era importante incorporarla como alternativa anticonceptiva.

Prevenir embarazos no deseados era percibido como una necesidad clara para la salud pública y para la calidad de vida de las personas, siendo considerada la AE como un elemento de ayuda para prevenir estos embarazos. La AE era percibida como un instrumento particularmente útil para los y las adolescentes que inician su actividad sexual sin protección anticonceptiva, como también después de una violación o en caso de accidente o fracaso de otros métodos. En algunos casos, se percibía la AE como un "mal menor" ya que permitiría evitar abortos. En otros, se consideró que forma parte de los derechos sexuales y reproductivos.

En la mayoría de estos países existen programas de planificación familiar establecidos, en los servicios públicos estatales o de las ONG, y la anticoncepción se considera un derecho de las mujeres, aunque existen distintos niveles de acceso a los servicios de anticoncepción. Esto representaba ventajas para la introducción de la AE ya que los anticonceptivos orales combinados estaban disponibles; los servicios estatales eran gratuitos o de bajo costo y los servicios locales, municipales o de las ONG podían tomar iniciativas aunque la AE no fuera aún aprobada a nivel nacional. Estos aspectos son relevantes ya que, en la mayoría de los estudios, había consenso entre las personas encuestadas en que se entregara la AE a través de servicios de salud.

En Brasil y México se estimaba que las compañías farmacéuticas podían estar interesadas en comercializar un producto dedicado, si bien no era claro que pudiera registrarse dicho producto en forma rápida. En Colombia, la Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA) estaba preparada para encargarse del registro y distribución de la AE. Por otra parte, en Chile y México las mujeres obtienen anticonceptivos orales en las farmacias sin necesidad de receta, lo que implica que pueden tener acceso fácil y rápido a la AE oral, siempre y cuando cuenten con la información exacta en forma oportuna.

LAS DECISIONES ESTRATÉGICAS

En todos los países mencionados, se diseñaron estrategias para la introducción de la AE que incluyeron elementos semejantes: creación de alianzas entre los sectores interesados; promoción y defensa del método; divulgación a través de los medios de comunicación; capacitación de proveedores de salud; desarrollo de material educativo para mujeres y jóvenes; contacto con las firmas farmacéuticas; e investigación de los mecanismos de acción de la AE. En los distintos países, estos componentes han tenido diferente peso, de acuerdo al contexto socio-cultural y político y al grado de apoyo de las autoridades de salud.

Alianzas

Las alianzas entre diferentes sectores han sido fundamentales durante el proceso de introducción de la AE en todos los países. En los casos más favorables, esta cooperación ha incluido un rango variado de actores como los organismos de salud y educación del Estado y organizaciones de la sociedad civil que trabajan en salud y derechos reproductivos y sexuales, con apoyo de agrupaciones comunitarias, compañías farmacéuticas y otros. Las oficinas locales de organismos internacionales como el Population Council, el Pacific Institute for Women's Health (PIWH), Family Care Internacional (FCI), el Program for Appropriate Technology in Health (PATH) y la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) han proporcionado asistencia técnica y apoyo logístico. Algunos ejemplos se relatan a continuación para mostrar la variedad de alianzas establecidas.

En el caso de **Brasil**, ha existido colaboración entre los sectores público, privado y sociedad civil, incluyendo el Population Council, el Ministerio de Salud, las organizaciones de mujeres y las compañías farmacéuticas. Al iniciar las actividades para la introducción de la AE, en 1999, el Ministerio de Salud y el Population Council organizaron un seminario nacional para gineco-obstetras, a partir del cual se decidió incluir la AE en la normativa de salud, difundir información a distintas audiencias y realizar investigaciones adicionales.² Esta colaboración fue crucial para el registro oficial del producto dedicado y su comercialización por el sector privado. El aporte de las ONG se ha centrado en la producción y difusión de materiales educativos. En Brasil, al igual que en **Nicaragua**, se formaron comisiones nacionales para trabajar en esta etapa introductoria.

En **Colombia**, la introducción de la AE ha sido liderada por PROFAMILIA, que involucró al movimiento organizado de mujeres, a las asociaciones médicas y científicas y a los medios de comunicación masiva. Los medios informaron y movilizaron a la opinión pública, permitiendo así contrarrestar la oposición de la Iglesia Católica. Una clave del proceso fue obtener apoyo de los líderes de opinión para lograr la mayor divulgación posible sobre el método.

En **Chile**, la introducción de la AE se inició por iniciativa del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) en alianza con la Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS), el Instituto de la Mujer, el Foro Abierto de Derechos Sexuales y Reproductivos, el Centro de Medicina Reproductiva del Adolescente (CEMERA), la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA) y otras ONG y grupos académicos. Sólo al cabo de un tiempo se contó con el compromiso de las autoridades de salud para el registro de un producto dedicado y su inclusión en las normativas de salud.

² Vernon R, 1998.

Promoción y defensa de la AE

Las estrategias para la promoción y defensa (abogacía) de la AE han incluido elementos comunes pero también han variado entre los diferentes países, dependiendo en parte del compromiso de las autoridades y de los recursos disponibles, así como de los obstáculos encontrados. Redes como el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE) y la cooperación entre los grupos de diferentes países, han permitido compartir estrategias, intercambiar los resultados de las investigaciones realizadas en la región y difundir material informativo a través de Internet, apoyándose los países entre sí en las actividades de promoción y defensa.

La estrategia central ha incluido la revisión de antecedentes y bibliografía actualizada, para tener argumentos claros basados en la evidencia científica al informar a las autoridades de salud, a los profesionales y a la opinión pública. Como el debate ha estado centrado en los aspectos legales y biomédicos, incluyendo el mecanismo de acción de la AE, la mayor parte de los antecedentes reunidos se refieren a estos aspectos. Entre los argumentos éticos y jurídicos usados se encuentran los derechos sexuales y reproductivos, como el derecho humano a la salud, a los avances científicos, a ejercer una sexualidad sin riesgo de embarazo y a decidir libremente si formar o no una familia. Los aspectos biomédicos incluyen estadísticas de salud pública, especialmente el número de embarazos no deseados, los abortos realizados en condiciones de riesgo y la mortalidad materna, como también los estudios sobre el mecanismo de acción de la AE, experiencias de otros países, definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) sobre el embarazo, etc.

En todos los países se ha realizado difusión de la AE mediante artículos en revistas profesionales y presentaciones en congresos y seminarios, considerando la importancia de incluir a los grupos profesionales en la defensa de la AE. Se ha preparado también documentación para los políticos y tomadores de decisiones, para que dispongan de información actualizada que les permita evaluar en forma objetiva las razones que hacen necesaria la AE (ver *Ficha 10*).

En países como Brasil y México, tanto el gobierno como las organizaciones civiles han promovido la introducción de AE en los servicios de salud. En cambio, en Colombia, Nicaragua y Chile la sociedad civil y los medios de comunicación se han hecho cargo de la difusión de información sobre AE y de enfrentar las acciones de los grupos conservadores vinculados a la Iglesia Católica, al mundo biomédico o político y a organizaciones no gubernamentales contrarias al aborto. Los grupos conservadores han ejercido presión a distintos niveles, centrandose su estrategia casi exclusivamente en la posibilidad de un efecto anti-implantación de la AE, agregando ocasionalmente que el uso de AE podría dañar la salud de las mujeres o promover la promiscuidad sexual entre los adolescentes.

En Nicaragua, aparte de incluir la AE en las normas, no ha habido apoyo gubernamental para incluirla en el sistema de salud y muchas organizaciones han evitado el tema por el estigma y por temor a la Iglesia. Además, las preocupaciones asociadas con la AE (por ejemplo, que la promoción de la AE socava el uso de condones o que las mujeres la van a utilizar como método regular de control de natalidad) significaron que algunas organizaciones de salud normalmente progresistas no aceptaran inicialmente unirse a los esfuerzos para incrementar la disponibilidad de AE.

Paradojalmente, en los países donde ha existido fuerte oposición a la AE, el debate sostenido en los medios de comunicación ha contribuido eficazmente a la difusión de información sobre este método que, de no ser por la controversia, no habría llegado a la opinión pública en forma tan masiva.

Los procesos de promoción y defensa de la AE son continuos y requieren una revisión constante de la estrategia empleada de acuerdo a los vaivenes de las políticas y de las decisiones administrativas en salud. En México, por ejemplo, se ha necesitado construir alianzas a largo plazo, con objetivos claramente definidos y apoyo político en los altos niveles del gobierno para lograr, después de varios años, la introducción de la AE en las normas de salud. Algo similar ha sido necesario en Chile, donde la inclusión de la AE en las normas para la atención de violencia sexual tomó casi seis años, y donde la AE ha sido objeto de decisiones adversas del poder judicial que aún están en litigio.

Campañas informativas

Las campañas de difusión masiva de información han utilizado diversas estrategias y medios:

- sensibilización de los profesionales de los medios de comunicación;
- preparación de materiales informativos y mensajes clave;
- entrevistas, programas de radio, artículos de prensa;
- avisos en televisión y radio, en diarios y revistas;
- distribución de folletos en espacios públicos, eventos para mujeres y jóvenes, y actividades vinculadas al tema de salud;
- líneas telefónicas informativas;
- materiales educativos para adolescentes, destacando la importancia de utilizar el condón para la prevención de las ITS y el VIH, y usar la AE en casos de falla anticonceptiva (en Brasil, por ejemplo, este tipo de material se distribuye a través de los Ministerios de Educación y Salud);
- Sitios de Internet exclusivos sobre la AE y sitios dedicados a otros temas que incluyen información sobre AE (en Brasil, un sitio de Internet sobre salud sexual y reproductiva para adolescentes incluye información sobre AE y existe un sitio específico sobre AE; en México y en Chile, se crearon sitios de Internet especialmente dedicados a la AE);
- información entregada a través de clínicas de salud reproductiva; y
- trabajo comunitario con jóvenes y mujeres, difundiendo así directamente el método entre las potenciales usuarias.

Al evaluar la estrategia de comunicación, se ha visto que es necesario encontrar un balance cuidadoso entre entregar información precisa y oportuna que favorezca el uso correcto de la AE, y al mismo tiempo desalentar el uso repetido del método en reemplazo de la anticoncepción regular.

Capacitación

La capacitación sobre AE se ha proporcionado como parte de la capacitación integral sobre salud sexual y reproductiva o en actividades especialmente diseñadas al efecto. En algunos casos, la capacitación de proveedores de salud se ha desarrollado predominantemente desde el Estado, y en otros desde la sociedad civil, principalmente desde instituciones que ofrecen servicios de salud reproductiva y organismos técnicos internacionales. Brasil y México ilustran esfuerzos conjuntos entre los distintos actores y sectores.

En **México**, el Ministerio de Salud y el Instituto de Seguridad Social, contando con asistencia técnica, capacitaron a más de veinte mil proveedores de salud. El equipo de Population Council distribuyó folletos informativos a más de mil químico-farmacéuticos y más de tres mil gineco-obstetras privados de todo el país, puso treinta mil insertos en publicaciones dirigidas a ambos grupos, y desarrolló folletos informativos para mujeres agredidas sexualmente en varios estados.

En **Brasil** se realizó una intensa campaña de capacitación a profesionales de salud del sector privado a través de seminarios financiados por las compañías farmacéuticas, con asistencia técnica del Population Council. Este esfuerzo alcanzó a una importante proporción de ginecólogos del país. Por su parte, organizaciones civiles, tanto académicas como proveedoras de servicios de salud sexual y reproductiva, como Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids (NEPAIDS), PIWH y la Universidad de Sao Paulo han contribuido a capacitar a profesionales de salud, ya sea como parte de su entrenamiento regular, o como actividades específicas para ese fin.

Otra serie de actividades se han orientado a aumentar el conocimiento sobre el método entre un grupo diverso de actores: ONG comunitarias (que trabajan en temas de salud sexual y reproductiva, en prevención de ITS y VIH, violencia doméstica y sexual, sexualidad y género), promotores de salud comunitarios, adolescentes, personas viviendo con VIH, químico-farmacéuticos y personal de farmacias. En muchos casos estas actividades han ido acompañadas del desarrollo y distribución de material educativo impreso orientado a distintas audiencias.

En **Nicaragua**, las actividades de capacitación han incluido al personal de farmacias. IXCHEN, miembro fundador de la Comisión Nacional de AE empezó a trabajar con PATH en un proyecto orientado a:

- aumentar los servicios dirigidos a jóvenes en el ámbito de las farmacias;
- incrementar la disponibilidad de la AE en las farmacias;
- mejorar la exactitud de información entregada en las farmacias sobre la AE y otras opciones anticonceptivas y las ITS; y
- desarrollar vínculos entre las farmacias y otros proveedores de servicios reproductivos para jóvenes.

En los inicios del proyecto se creó un Consejo Técnico compuesto por miembros de grupos locales clave (incluyendo el Ministerio de Salud y representantes de la Escuela de Farmacia, así como jóvenes de la comunidad) y se realizó un entrenamiento de las y los farmacéuticos y el personal de 185 farmacias. El entrenamiento se orientó específicamente alrededor de tres módulos: anticoncepción de emergencia, infecciones de transmisión sexual, y anticoncepción en general, con énfasis en la consejería para jóvenes.

Contacto con la industria y registro de AE

Otro elemento importante en la introducción de la AE ha sido el contacto con la industria farmacéutica para el registro de un producto dedicado por las agencias reguladoras de los países. En los casos analizados, esto se logró en forma satisfactoria, a pesar de los obstáculos presentados por los grupos opositores, y hay productos dedicados disponibles a través de las farmacias, del mercadeo social y de los servicios de salud.

CONFLICTOS LEGALES

La oposición de la Iglesia y los grupos conservadores a la venta del producto dedicado y a la distribución de AE se ha concretado mediante la solicitud judicial de revocatoria del registro de productos dedicados y su retiro del mercado en países como Argentina, Chile y Colombia. Estas peticiones legales han argumentado la protección a la vida desde el momento de la fecundación, asumiendo un efecto abortivo de la AE. En Argentina incluso se llegó al punto de desarrollar una teoría conspirativa contra el Banco Mundial, argumentando que se condicionan los créditos a países en desarrollo a la entrega de la AE, ya que esta entidad "quiere eliminar la pobreza eliminando a los pobres."³

En el caso de **Chile**, las actividades de capacitación y difusión realizadas en la primera etapa, con liderazgo del ICMER, permitieron contar con profesionales con conocimientos especializados, incluyendo periodistas, que fueron muy valiosos una vez que los grupos conservadores iniciaron sus acciones judiciales. En ese momento, se aunaron esfuerzos, se intensificó la estrategia de comunicación, se concertaron líneas de movilización con diversos tipos de organizaciones, además de participar en el proceso judicial. Todavía hay un proceso en contra del Instituto de Salud Pública (ISP) por haber aprobado la comercialización de la AE, liderado por ONG que se definen como contrarias al aborto, proceso en el cual ICMER y APROFA se han hecho parte en la defensa del método. En junio de 2004, la decisión de la jueza que lleva este proceso, ordenó al ISP que debía retirar la autorización al Postinor-2 y prohibió la entrega del producto dedicado. Por esto, el ISP, ICMER y APROFA han presentado una apelación a la Corte de Apelaciones.

³ Presbítero A. Raimundo, especialista en bioética en entrevista al Diario Página 12.

EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS EMPLEADAS

Los esfuerzos realizados para la introducción de la AE han dado frutos. En los países mencionados, el método es conocido por los proveedores de servicios y por la población, y está disponible ya sea a través de las farmacias o de los servicios de planificación familiar o de aquellos dirigidos especialmente a mujeres agredidas sexualmente.

En **México**, la AE está incluida en las normas del Ministerio de Salud y las clínicas de la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (MEXFAM) han ofrecido servicios de AE desde las primeras etapas de su introducción en el país. Se han registrado dos productos dedicados, proceso que resultó más fácil y rápido de lo esperado, y el método Yuzpe sigue siendo utilizado.

En **Colombia**, la AE también está incluida en las normas del Ministerio de Salud. El registro del primer producto dedicado de AE fue realizado por PROFAMILIA, que lo distribuye en sus clínicas y en farmacias de todo el país y ya en el 2002 se vendían aproximadamente 20.000 dosis mensuales. Sin embargo, PROFAMILIA enfrenta actualmente un proceso judicial iniciado por los grupos que quieren revocar la autorización dada para comercializar Postinor-2.

En **Argentina**, algunas provincias han implementado servicios de AE, en Mendoza incluso se ha capacitado al personal policial en casos de violación, y se encuentran a la venta en farmacias dos productos dedicados.

En **Nicaragua**, la AE está incluida en las normas de salud, y se ha registrado un producto dedicado que se vende en farmacias y es distribuido por las ONG.

En **Brasil**, país en el que hubo menos conflictos durante la introducción de la AE, el método está en la normativa de salud y se encuentra disponible a través de varios productos dedicados o bien del método Yuzpe. En el 2002, se vendían en farmacias más de 150.000 dosis mensuales, habitualmente sin receta médica. Se entrega en los servicios de prevención de violencia contra las mujeres, servicios de aborto legal y centros de salud y hospitales que atienden víctimas de violación en varios estados del país. Uno de los productos dedicados está disponible en los servicios públicos de salud, si bien su entrega no es gratuita, y BEMFAM distribuye tanto el método Yuzpe como el producto dedicado en sus seis clínicas.

En **Chile**, hoy se comercializa en las farmacias, bajo receta retenida, un producto dedicado de levonorgestrel y APROFA hace el mercadeo social de otro producto dedicado. La AE fue incluida en las normas técnicas para las mujeres que han sufrido una violación, lo que generó un gran debate público entre los sectores conservadores y los defensores del método, debate que ha contribuido a la información de la población sobre la disponibilidad de este anticonceptivo en los servicios públicos. La situación legal actual en Chile muestra claramente que es necesario mantener una vigilancia activa y readecuar la estrategia a los obstáculos que van apareciendo, manteniendo las alianzas entre las autoridades de salud y las ONG.

REFERENCIAS

- Blanchard K, Bungay H, Furedi A y Sanders L, "Evaluation of an emergency contraception advance provision service"; *Contraception*, vol. 67, 2003, pp. 343 a 348.
- Brache V, Croxatto HB, Cochon L, Massai R, Alvarez F, Forcelledo ML, Faundes A, Pavez M y Salvatierra AM, "Efecto de la administración de Levonorgestrel solo como anticoncepción de emergencia (AE) sobre la función ovulatoria"; *Resúmenes de la XVIII Reunión de la Asociación Latinoamericana de investigadores en Reproducción Humana*, Varadero, Cuba, 28-31 mayo, 2003.
- Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia, *Expansión de la Anticoncepción de Emergencia hacia el Acceso Global*, publicado por IPPF-WHR, 2001 en www.ippfwhr.org.
- Consortium for Emergency Contraception, *Emergency contraceptive pills. A resource packet for health care providers and programme managers*, Consortium Coordinator, Wellcome, MD, USA, 1996.
- Cook RJ, Dickens BM, Ngwena C y Plata MI, "Emergency contraception"; *Int J Gynecol Obstet*, vol. 75, 2001, pp. 185 a 191.
- Croxatto HB, "Gamete Transport" in: Adashi EY, Rock JA, y Rosenwaks Z (eds.), *Reproductive Endocrinology, Surgery, and Technology*, New York, USA: Lippincot-Raven, 1996, pp. 386.
- Croxatto HB, Devoto L, Durand M, Ezcurra E, Larrea F, Nagle C, Ortiz ME, Vantman D, Vega M, y von Hertzen H, "Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature"; *Contraception*, vol. 63, 2001, pp. 111 a 121.
- Croxatto HB, Fuentealba B, Brache V, Salvatierra AM, Alvarez F, Massai R, Cochon L y Faundes A, "Effects of the Yuzpe regimen, given during the follicular phase, upon ovarian function"; *Contraception*, vol. 65, 2002, pp. 121 a 128.
- Croxatto HB, Ortiz ME, y Muller L, "Mechanism of action of emergency contraception"; *Steroids*, vol. 68, 2003, pp. 1095 a 1098.
- Croxatto HB, Brache V, Pavez M, Cochon L, Forcelledo ML, Alvarez F, Massai R, Faundes A, y Salvatierra AM, "Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75 mg dose given on the days preceding ovulation"; *Contraception*, 2004, 70: 442-450.
- Croxatto HB, *El Proceso Generativo Humano y la Anticoncepción de Emergencia*, en www.anticoncepciondeemergencia.cl
- Díaz S y Croxatto HB, "Anticoncepción de Emergencia" en *Ginecología*, 3a edición, (ed) A Pérez Sánchez, Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, 2003, pp. 1067 a 1073.
- Díaz S, Hardy E, Alvarado G y Ezcurra E, "Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile and Mexico. 1. Perceptions of emergency oral contraceptives"; *Cad. Saúde Pública*, vol. 19, 2003a, pp. 1507 a 1517.
- Díaz S, Hardy E, Alvarado G, y Ezcurra E, "Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile and Mexico. 2. Facilitating factors versus obstacles"; *Cad. Saúde Pública*, vol. 10, 2003b, pp. 1729 a 1737.
- Díaz S, "Ética y regulación de la fertilidad"; en *Bioética, Fundamentos y Clínica*, (eds) Pérez M, Ecríbar A, y Villarroel R. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, 2004, pp. 195-209.
- Díaz S, Croxatto HB. "Anticoncepción Hormonal de Emergencia." en *Tratado de Anticoncepción* (eds) Barbato, WK, Characombopoulos, 2005, pp. 267-276.
- Durand M, Cravioto MC, Raymond EG, Durán-Sánchez O, De la Luz Cruz-Hinojosa M, Castell-Rodríguez A, Schiavon R y Larrea F, "On the mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception"; *Contraception*, vol. 64, 2001, pp. 227 a 234.
- Ellertson C, Ambardekar S, Hedley A, Coyaji K, Trussel J, y Blanchard K, "Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only"; *Obstetrics and Gynecology*, vol. 98, 2001, pp. 570 a 575.
- Ellertson C, Evans M, Ferden S, Leadbetter C, Spears A, Johnstone K, Trussell J, "Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours"; *Obstetrics and Gynecology*, vol. 101, 2003, pp. 1168 a 1171.
- Ellertson C, Trussel J, Stewart FH y Winikoff B, "Should Emergency Contraceptive Pills be Available without Prescription?"; *Journal of the American Medical Women's Association*, vol. 53, n. 5, 1998, pp. 226 a 229, 232.

- Espinós JJ, "Emergency Contraception: Evaluation of Effectiveness", *Resúmenes del XVII FIGO Congress of Gynecology and Obstetrics*, 2-7 noviembre 2003, Santiago, Chile.
- Family Care International Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en el contexto del seguimiento a la Declaración del milenio a los Cinco Años de su aprobación. Documento informativo #1 Marzo de 2005.
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), *Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*, FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, London, 2003.
- Gainer, E Blum J, Toverud EL, Portugal N, Tyden T, Nesheim BI, Larsson M, Vilar D, Nymoer P, Aneblom G, Lutwick y Winikoff B, "Bringing emergency contraception over the counter: experiences of nonprescription users in France, Norway, Sweden and Portugal, *Contraception*, vol. 68, 2003, pp. 117 a 124.
- Galvão L, Diaz J, Diaz M, Osis MJ, Clark S y Ellertson C, "Emergency Contraception: Knowledge, Attitudes and Practices among Brazilian Obstetrician and Gynecologists", *International Family Planning Perspectives*, vol. 25, n. 4, pp. 168 a 171.
- Gemzell-Danielsson K y Marions L, "Mechanisms of action of mifepristone and levonorgestrel when used for emergency contraception", *Human Reproduction Update*, vol. 10, 2004, pp. 341 a 348.
- Glasier A y Baird D, "The Effects of Self-administering Emergency Contraception", *New England Journal of Medicine*, vol. 339, 1998, pp. 1 a 4.
- Glasier A, "Safety of emergency contraception", *Journal of the American Medical Women's Association*, vol. 53 (suppl. 2), 1998, pp. 219 a 221.
- Graham A, Moore L, Sharp D y Diamond I, "Improving teenagers' knowledge of emergency contraception: cluster randomized controlled trial of a teacher-led intervention", *British Medical Journal*, vol. 324, 2002, pp. 1179 a 1184.
- Grimes DA, "Switching emergency contraception to over-the-counter status", *New England Journal of Medicine*, vol. 347, 2002, pp. 846 a 850.
- Guzmán JM, Hakkert R, Contreras JM y cols, Diagnóstico de la salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe, Fondo de Población de las Naciones Unidas, México, 2001.
- Hapangama D, Glasier AF y Baird DT, "The effects of pre-ovulatory administration of the levonorgestrel on the menstrual cycle", *Contraception*, vol. 63, 2001, pp. 123 a 129.
- Hill K, AbouZahr C y Wardlaw T, "Estimates of maternal mortality for 1995", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 79, 2001, pp. 182 a 193.
- International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional de Planificación de la Familia, IPPF), "Declaración del Panel Médico Asesor (IMAP) sobre Anticoncepción de Emergencia", *IPPF Medical Bulletin*, vol. 38, n. 1, 2004, pp. 1 a 2.
- International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional de Planificación de la Familia, IPPF), *Carta de IPPF de derechos sexuales y reproductivos*, IPPF, Londres, 1996.
- Ipas, "Jóvenes en Riesgo. Los adolescentes y la salud sexual", *Notas Informativas*, Chapel Hill, 2001. www.ipas.org/spanish/publications/Panos_DocMaria2.pdf.
- Kesserü E, Garmendia F, Westphal N y Parada J, "The hormonal and peripheral effects of d-Norgestrel in postcoital contraception. " *Contraception*, vol. 10, 1974, pp. 411 a 424.
- Langer A, Garcia-Barrios C, Schiavon R, Heimburger A, Elul B, Renoso Delgado S y Ellertson C, "Emergency contraception in Mexico City: What do health care providers and potential users know and think about it?", *Contraception*, vol. 60, 1999, pp. 233 a 241.
- Marions L, Hultenby K, Lindell I, Sun X, Stabi B y Gemzell Danielsson K, "Emergency contraception with levonorgestrel and mifepristone: mechanism of action", *Obstetrics and Gynecology*, vol. 100, 2002, pp. 65 a 71.
- Marions L, Cekan SZ, Bygdeman M y Gemzell-Danielsson K, "Effect of emergency contraception with levonorgestrel or mifepristone on ovarian function", *Contraception* vol. 69, 2004, pp. 373 a 377.
- Muller AL, Lladós C y Croxatto HB, "Postcoital treatment with levonorgestrel does not disrupt postfertilization events in the rat", *Contraception*, vol. 67, 2003, pp. 415 a 419.
- Oficina de las Naciones Unidas, *Consulta con Mujeres Desplazadas sobre Principios Rectores del Desplazamiento*. Bogotá, Colombia, vol. 12, 16-18 mayo, 2001. www.acnur.org/biblioteca/pdf/0190.pdf.
- Norris Turner A y Ellertson C, "How safe is emergency contraception?", *Drug Safety*, vol. 25, 2002, pp. 695 a 706.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Anticoncepción de Emergencia en las Américas*. Hoja Informativa. marzo, 2001.
- Ortíz ME, Fuentes MA, Ortíz RE, Parraguez VH y Croxatto HB, "Mecanismo de acción del levonorgestrel administrado como anticonceptivo de emergencia en la mona *Cebus Apella*" *Resúmenes de XVIII Reunión de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana*, Cuba, mayo, 2003.
- Ortíz ME, Ortíz RE, Fuentes M, Parraguez VH y Croxatto HB, "Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey *Cebus paella*", *Human Reproduction*, vol. 19, 2004, pp. 1352 a 1356.

- Ospina P, *Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginadas. Situación de las Mujeres Desplazadas, PROFAMILIA*, Bogotá, 2001, pp. 48.
- Palomino A, Boric A, Gabler F, Espinoza A, Vega M y Devoto L, "Efecto de Levonorgestrel como Anticoncepción de Emergencia sobre Receptores de Endometrio durante la Ventana de Implantación", *Resúmenes de la XVIII Reunión de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana*, Varadero, Cuba, 28-31 mayo, 2003.
- Piaggio G, von Hertzen H, Grimes DA, y Van Look PF, "on behalf of the Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen", *The Lancet*, vol. 353, 1999, pp. 9154.
- Piaggio G, von Hertzen H. Effect of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception. *Resúmenes del XVII FIGO Congress of Gynecology and Obstetrics*. 2-7 November 2003, Santiago, Chile.
- Population Action International, *A World of Difference: Sexual and Reproductive Health and Risks*, Washington, D.C., PAI, 2001.
- Raymond EG, Lovely LP, Chen-Mok M, Raymond EG, Lovely LP, Chen-Mok M, Seppala M, Kurman RJ, y Lessey BA, "Effect of the Yuzpe regimen of emergency contraception on markers of endometrial receptivity", *Human Reproduction*, vol. 15, 2000, pp. 2351 a 2355.
- Robey B, Rutstein SO, Morris L y Blackburn R, "The reproductive revolution: New survey findings", *Population Reports, Series M*, 11, 1992.
- Rodríguez I, Grou F y Joly J, "Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected intercourse", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 184, 2001, pp. 531 a 537.
- Schiavon R, "Anticoncepción de Emergencia: Un secreto no compartido", *Diálogo Parlamentario*, Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo, vol. 20, n. 1, New York, enero-marzo, 2001.
- Smeaton V. Secretary of State for Health, England and Wales High Court 610 (Adm.) 18th April, 2002.
- Society for Adolescent Medicine (USA), "Provision of Emergency Contraception to Adolescents", Position paper, preparado por Gold M, Sucato GS, Conard LAE y Adams Hilliard PJ, *Journal of Adolescent Health*, vol. 35, 2004, pp. 66 a 70.
- Trussell J, Koenig J, Ellertson C y Stewart F, "Preventing Unintended Pregnancy: The Cost-Effectiveness of Three Methods of Emergency Contraception", *American Journal of Public Health*, vol. 87, 1997, pp. 932 a 937.
- Trussell J, Rodríguez G y Ellertson C, Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception, *Contraception*, vol. 59, 1999, pp.147 a 151.
- Trussell J, Ellertson C, von Hertzen H, Bigrigg A, Webb A, Evans M, Ferden S y Leadbetter C, "Estimating the effectiveness of emergency contraception pills", *Contraception*, vol. 67, 2003, pp. 259 a 265.
- United Nations (Organización de las Naciones Unidas), *Pacto de derechos económicos, sociales y culturales*, Ley 74, 1968.
- United Nations (Organización de las Naciones Unidas), Comité de derechos económicos, sociales y culturales. Observación general. n. 14, párrafo 18, agosto 11, 2000.
- United Nations High Commissioner for Refugees, *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual*, 1999.
- Vasilakis C, Jick SS y Jick H, "The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills", *Contraception*, vol. 59, 1999, pp. 79 a 83.
- Vernon R, "Ampliando el acceso a la anticoncepción de emergencia en América Latina", *Memorias del Taller Regional*, INOPAL III, Population Council, México, 1998.
- von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bartfai G, Ng E, Gemzell-Danielsson K, Oyunbileg A, Wu S, Cheng W, Ludicke F, Pretnar-Davorec A, Kirkman R, Mittal S, Khomassuridze A, Apter D y Peregoudov A. "Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial", *The Lancet*, vol. 360, 2002, pp. 1803 a 1810.
- Wilcox AJ, Weinberg, CR y Baird DD, "Timing of sexual intercourse in relation to ovulation effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby", *New England Journal of Medicine*, vol. 333, 1995, pp. 1517 a 1521.
- Wilcox AJ, Weinberg, CR y Baird DD, "Post-ovulatory ageing of the human oocyte and embryo failure", *Human Reproduction*, vol. 13, 1998, pp. 394 a 397.
- Women's Commission for Refugee Women and Children, *Millones no vistos: la catástrofe del desplazamiento interno en Colombia*, marzo, 2002. www.womenscommission.org/pdf/co2_es.pdf.
- World Health Organization (Organización Mundial de la Salud). Emergency Contraception: a guide for service delivery. WHO/FRH/7FPP798.19, Geneva, 1998a (Anticoncepción de Emergencia: Guía para los Proveedores de Servicios).
- World Health Organization (Organización Mundial de la Salud), Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation, "Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception", *The Lancet*, vol. 352, 1998, pp. 428 a 433.

- World Health Organization (Organización Mundial de la Salud), Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation, "Efficacy and side effects of immediate post coital levonorgestrel used repeatedly for contraception." *Contraception* 2000; 61: 303 a 308.
- World Health Organization (Organización Mundial de la Salud), Reproductive Health and Research. "Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use." 3rd edition. Geneva, 2003. www.who.int/reproductive-health.
- World Health Organization (Organización Mundial de la Salud), The World Health Report 2005. Make every mother and child count. (www.who.int/whr/2005/en/index.html)
- World Health Organization (Organización Mundial de la Salud). Levonorgestrel for Emergency Contraception. Fact Sheet-March 2005.
- Wulf D (ed.). Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities. Women's Commission for Refugee Women and Children, International Rescue Committee, New York, 1994.

Sitios web

- Catholics for a Free Choice - www.catholicsforchoice.org
- Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia - www.cecinfo.org
- Consorcio Latinoamericano sobre Anticoncepción de Emergencia - www.clae.info
- Centro de Derechos Reproductivos (Center for Reproductive Rights) - www.crlp.org
- Engender Health - www.engenderhealth.org
- Family Care International (FCI) - www.familycareintl.org
- Family Health International (FHI) - www.fhi.org/en/Topics/ECP.htm
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) - www.figo.org
- Federación Internacional de Planificación de la Familia (International Planned Parenthood Federation, IPPF) - www.ippf.org
- Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región Occidental (IPPF/WHR) - www.ippfwhr.org/programs/program_ec_s.asp y www.ippf.org
- Grupo de Información en Reproducción Elegida - www.gire.org.mx
- Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo - www.gparlamentario.org
- Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) - www.icmer.org
- Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) y Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS) - www.anticoncepciondeemergencia.cl
- International Women's Health Coalition - www.iwhc.org
- Organización Mundial de la Salud - www.who.int/reproductive-health
- Pacific Institute for Women's Health (PIWH) - www.piwh.org/EC_latinaamerica.html
- Population Council - www.popcouncil.org/ebert/ebertec.html
- PROFAMILIA, Colombia - www.profamilia.org.co
- Programa para una Tecnología Apropiada en Salud (PATH) - www.rhoespanol.org
- Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos - www.redlac.net

Visite el sitio de Internet www.clae.info para obtener más información sobre el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE).

¿CÓMO ACTÚAN LAS PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA EN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO?

- Cuando las píldoras anticonceptivas de emergencia son tomadas antes de la ovulación, inhiben o retrasan la liberación del óvulo desde el ovario.
 - Además, interfieren con el acercamiento de los espermatozoides hacia el óvulo.
 - Los dos mecanismos anteriores tienden a impedir que el espermatozoide y el óvulo se unan para formar un óvulo fecundado.
-
- Varios estudios han proporcionado pruebas directas de que los regímenes de PAE combinados (de estrógeno y progestágenos) y los de progestágenos solos, actúan previniendo, alterando o retrasando la ovulación, de modo que no se libera oportunamente un óvulo que pueda ser fecundado (1-7). El único mecanismo de acción, suficiente por sí solo para evitar el embarazo, que ha sido comprobado por la investigación clínica, es la inhibición, alteración o retraso de la ovulación. Es muy probable que éste sea el principal mecanismo por el cual las PAE impiden que la mujer se embarace.
 - Se ha intentado por medio de pruebas estadísticas determinar si se podría explicar toda la eficacia de las PAE solamente por su interferencia con la ovulación (8). Sin embargo no se ha podido determinar con suficiente precisión y seguridad la eficacia anticonceptiva absoluta de las PAE (9), por lo que la aproximación estadística es una manera insegura de responder esta pregunta.
 - Los regímenes de PAE que contienen sólo levonorgestrel hacen que el moco cervical se ponga muy espeso de modo que obstaculizan el desplazamiento de los espermatozoides desde el cuello del útero al sitio donde ocurre la fecundación del óvulo (10,11).
 - Algunos estudios han intentado determinar si las PAE producen cambios en las características histológicas y bioquímicas del endometrio que disminuyan la posibilidad de que el óvulo fecundado pueda implantarse en el endometrio. No se ha logrado demostrar que las PAE produzcan cambios importantes y reproducibles de esas propiedades del endometrio (1,2,4,12) y no es claro que los pocos cambios observados sean suficientes para prevenir la implantación. Una investigación reciente encontró que las PAE que contienen levonorgestrel sólo, favorecen la expresión en el endometrio de genes asociados a la receptividad del endometrio (13), e investigaciones realizadas en modelos animales han demostrado claramente que estas PAE no impiden la implantación del óvulo fecundado en el endometrio (14,15).
 - Todo lo anterior indica que las PAE evitan el embarazo porque impiden la fecundación del óvulo y que cuando se fecunda el óvulo, no pueden impedir que éste se implante y en esos casos se produce la falla del método.
 - Datos procedentes de estudios con dosis altas de anticonceptivos orales indican que los regímenes de PAE no pueden alterar un embarazo establecido (16,17).

MECANISMO DE ACCIÓN

Debido a que las PAE previenen el embarazo en algunos casos y en otros no lo previenen, cualquier explicación de su mecanismo de acción debe dar cuenta de cómo los previene y también porqué a veces falla. Parece ser lo más probable que esto depende de cuándo ocurrió la relación sexual y del momento del ciclo menstrual en que se administran la PAE (18). Cuando la relación sexual es posterior a la ovulación, el riesgo de embarazo es mínimo o inexistente. Si la relación sexual es anterior a la ovulación pero muy cercana a ella, habrá poco tiempo para inhibirla y frenar el ascenso de los espermatozoides, en cuyo caso se puede fecundar el óvulo y resultar en un embarazo. En cambio si la relación sexual precede a la ovulación, pero está más alejada, habrá suficiente tiempo para que las PAE ejerzan su acción de prevenir la ovulación y de obstaculizar el ascenso de los espermatozoides y así evitar la fecundación.

¿Por qué es importante el mecanismo de acción de las PAE?

- El mecanismo de acción de las PAE es importante para algunas usuarias, proveedores/as de servicios de salud, políticos/as y compañías manufactureras por razones éticas y legales.
- El estudio del mecanismo de acción de las PAE es fundamental para comprender la diferencia entre la anticoncepción de emergencia y el aborto médico temprano. Ambos han sido confundidos en algunos casos. Las PAE son efectivas sólo en los primeros días siguientes a la relación sexual, antes del comienzo del embarazo, mientras que el aborto médico es una opción para las mujeres en la etapa inicial del embarazo.
- Transcurren cinco a diez días entre la relación sexual no protegida y el establecimiento de un embarazo, definido como la implantación de un óvulo fecundado en la pared del útero. Las PAE actúan previniendo la formación de un óvulo fecundado, y no pueden dañar un embrión en desarrollo o interrumpir un embarazo establecido (16,17).

RECOMENDACIONES

Para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas acerca del uso de las píldoras anticonceptivas de emergencia deben saber que las PAE previenen solamente algunos embarazos y lo hacen cuando aún es tiempo de impedir la unión de un óvulo con un espermatozoide y que no interfieren con un embarazo ya establecido.

REFERENCIAS

1. Swahn ML, Westlund P, Johannisson E, Bygdeman M. Effect of post-coital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996; 75(8): 738-44.
2. Durand M, del Carmen Cravioto M, Raymond EG, Duran-Sanchez O, De la Luz Cruz-Hinojosa M, Castell-Rodriguez A, Schiavon R, Larrea F. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001; 64(4): 227-34.
3. Hapangama D, Glasier AF, Baird DT. The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 2001; 63(3): 123-9.
4. Marions L, Hulthenby K, Lindell I, Sun X, Stabi B, Gemzell Danielsson K. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol* 2002; 100(1): 65-71.
5. Croxatto HB, Fuentealba B, Brache V, Salvatierra AM, Alvarez F, Massai M, Cochón L, Faúndes A. Effects of the Yuzpe regimen, given during the follicular phase, on ovarian function. *Contraception* 2002; 65:121-128.
6. Marions L, Cekan SZ, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Effect of emergency contraception with levonorgestrel or mifepristone on ovarian function. *Contraception* 2004; 69: 373-377.
7. Croxatto HB, Brache V, Pavez M, Cochon L, Forcelledo ML, Alvarez F, Massai R, Faundes A, Salvatierra AM. Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75 mg dose given on the days preceding ovulation. *Contraception*, in press.
8. Trussell J, Ellertson C, von Hertzen H, Bigrigg A, Webb A, Evans M, Ferden S Leadbetter C. Estimating the effectiveness of emergency contraceptive pills. *Contraception* 2003; 67(4): 259-265.
9. Espinós JJ. Emergency Contraception: Evaluation of Effectiveness. XVII FIGO Congress of Gynecology and Obstetrics, November 2003, Santiago, Chile
10. Kesserü E, Garmendia F, Westphal N, Parada J. The hormonal and peripheral effects of d-norgestrel in postcoital contraception. *Contraception* 1974; 10(4): 411-24.
11. Kesserü E, Camacho-Ortega P, Laudahn G, Schopflin G. In vitro action of progestogens on sperm migration in human cervical mucus. *Fertil Steril* 1975; 26(1): 57-61.
12. Raymond EG, Lovely LP, Chen-Mok M, Seppälä M, Kurman RJ, Lessey BA. Effect of the Yuzpe regimen of emergency contraception on markers of endometrial receptivity. *Hum Reprod* 2000; 15(11): 2351-5.
13. Vargas MF, Tapia A, Henriquez S, Reyes P, Quezada M, Cárdenas H, Noe G, Salvatierra A, Gangi L, Monroe D, Croxatto HB, Velasquez L. Efecto de la administración post-ovulatoria de levonorgestrel sobre la expresión de genes regulados por progesterona en el endometrio receptivo humano. XV Reunión Anual de la Sociedad Chilena de Reproducción y Desarrollo, El Quisco, Chile, Agosto 2004. R55.
14. Müller A, Lladós C, Croxatto HB. Postcoital treatment with levonorgestrel does not disrupt postfertilization events in the rat. *Contraception* 2003; 67:415-419.
15. Ortiz ME, Ortiz RE, Fuentes A, Parraguez VH, Croxatto HB. Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new world monkey *Cebus apella*. *Human Reproduction* 2004; 19(6):1352-1356.
16. FDA. Prescription drug products; certain combined oral contraceptives for use as postcoital emergency contraception; Notice. *Federal Register* February 25, 1997; 62(37): 8610-8612.
17. Bacic M, Wesseliuss de Casparis A, Diczfalusy E. Failure of large doses of ethinyl estradiol to interfere with early embryonic development in the human species. *Amer J Obstet Gynecol* 1970;107(4):531-534.
18. Trussell J, Ellertson C, Dorflinger, L. Effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception by cycle day of intercourse: implications for mechanism of action. *Contraception* 2003; 67(3): 167-171.
19. World Health Organization (Organización Mundial de la Salud). Levonorgestrel for Emergency Contraception. Fact Sheet-March 2005.