



La anticoncepción de emergencia es atacada en América Latina: la respuesta del sistema médico y la sociedad civil

Aníbal Faúndes,^a Luis Távara,^b Vivian Brache,^c Frank Alvarez^c

a Catedrático de Obstetricia, Universidad Estatal de Campinas (UNICAMP), Campinas SP, Brasil. E-mail: afaundes@unicamp.br.

b Presidente, Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG (Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología), Lima, Perú.

c Departamento de Investigación Biomédica, PROFAMILIA, Santo Domingo, República Dominicana.

Resumen: *El concepto de que es posible evitar un embarazo después de tener relaciones sexuales no es nuevo, pero ha adquirido importancia en los últimos 10–15 años. Brinda una segunda oportunidad a las mujeres que no desean quedar embarazadas y que, voluntaria o involuntariamente, han tenido relaciones sexuales sin protección. La anticoncepción de emergencia ha sido atacada enfáticamente por la Iglesia católica y organizaciones contra el derecho a decidir en Latinoamérica, que sostienen que la interferencia con la implantación del huevo fertilizado equivale a un aborto temprano. Sin embargo, la acumulación de evidencia es que el mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia es impedir la ovulación y que ésta no interfiere con la implantación. El movimiento contra el derecho a decidir ha hecho caso omiso de esto. El patrón de oposición a la anticoncepción de emergencia ha sido el mismo en toda la región de Latinoamérica. La profesión médica y la sociedad civil, incluido el Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia, han desempeñado un papel importante en defensa del acceso a la anticoncepción de emergencia en toda la región. Una consecuencia positiva de la oposición pública de la Iglesia católica es que el concepto y el método ahora son más conocidos y el uso de la anticoncepción de emergencia es muy extendido. Los casos de Perú, Brasil y Chile se describen como ejemplos.*

Palabras Clave: *anticoncepción de emergencia, advocacy y procesos políticos, movimientos de grupos anti-aborto, Iglesia Católica, Latinoamérica.*

EL concepto de que la administración de hormonas sexuales después del coito puede prevenir un embarazo no es nuevo. En los primeros intentos por desarrollar la anticoncepción de emergencia se administraba una cantidad relativamente alta de estrógeno para provocar un sangrado al suspender el tratamiento. El estrógeno provoca el crecimiento del endometrio, la membrana que recubre el interior del útero. Cuando baja la concentración de estrógeno en la sangre, la capa que cubre el endometrio se desprende, con el consecuente sangrado.^{1,2} Se buscaba, como mecanismo de acción, que las altas dosis de estrógeno provocaran cambios en el endometrio incompatibles con la implantación, tal como se ha demostrado que ocurre en primates.³ El aumento en los niveles de progesterona producida por

el ovario después de la ovulación provoca una transformación del endometrio y lo hace receptivo al óvulo fecundado. Este efecto inducido por la progesterona era contrarrestado por la administración de una alta cantidad de estrógeno, previniendo así la implantación. Sin embargo, las altas dosis utilizadas provocaban náuseas y vómitos en casi todos los sujetos, lo que llevó a abandonar la idea.^{1,2}

Esta temprana investigación dio origen al concepto de que cualquier píldora postcoital para evitar el embarazo actúa previniendo la implantación. El hecho es, sin embargo, que la actual píldora contraceptiva de emergencia está compuesta de progestógeno, hormona que induce los cambios necesarios en el endometrio para la preservación del embarazo. Este hecho no ha modi-

ficado la creencia difundida de que todas las píldoras anticonceptivas de emergencia tienen como mecanismo de acción el evitar la implantación. A esta creencia errónea se suma la falta de comprensión de que el ovocito femenino no es fecundado inmediatamente después de la relación sexual; la fecundación puede ocurrir entre 24 horas y cinco días después, dando tiempo para evitar que ésta ocurra. Esta idea equivocada puede resultar irrelevante en la mayor parte del mundo, pero ha sido un elemento clave para el ataque concertado contra el libre acceso a la píldora anticonceptiva de emergencia en América Latina. La falta de conciencia sobre las implicancias políticas de esta creencia puede ser la razón por la que se ha prestado tan poca atención a corregirla.

La píldora anticonceptiva de emergencia y su mecanismo de acción

La difusión del conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia es relativamente nueva, pero los primeros ensayos clínicos que mostraron que era posible regular la fertilidad humana mediante la administración postcoital de hormonas esteroides fueron publicados hace 40 años.¹ Se probaron diversas opciones, desde dosis altas de estrógeno solo, como se ha descrito previamente, hasta altas dosis de píldoras orales combinadas compuestas de etinyloestradiol y levonorgestrel, conocidas como régimen de Yuzpe.⁴⁻⁶ En 1974, estos autores dieron a este método el nombre de “píldora del día siguiente”, con el fin de que fuera usada después de una violación o una relación sexual no prevista o no protegida.

Un año antes, Kessuru et al, habían propuesto el uso de levonorgestrel sólo como píldora postcoital, que debía ser tomada después de cada relación sexual durante el ciclo, un esquema que tenía la ventaja teórica de no requerir una píldora diaria.⁷ Su efectividad era mucho menor que la de la píldora combinada, por lo que se desalentó su uso. De hecho, no existe casi ninguna referencia a ella incluso en algunos de los libros más completos sobre anticoncepción publicados antes de mediados de los años noventa. No fue sino hasta 1993 que un estudio individual realizado en Hong Kong demostró que el uso de levonorgestrel solo era tan efectivo como el régimen de Yuzpe para prevenir el embarazo, con una frecuencia reducida de eventos adversos.⁸

En abril de 1995 la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), Family Health International (FHI), Population Council y la Organización Mundial de la Salud asistieron en Bellagio (Italia) a una reunión organizada por la Cooperación Sur-Sur en Salud Reproductiva, financiada por la Fundación Rockefeller. En ese

encuentro se formuló una declaración consensuada que establecía la necesidad de que el acceso a la anticoncepción de emergencia se convirtiera en una realidad.⁹ Poco después se creó el Consorcio de Anticoncepción de Emergencia, una instancia de colaboración internacional integrada por siete organizaciones. La promoción del concepto de anticoncepción de emergencia por el Consorcio dio una vigencia totalmente nueva a este método. Inicialmente, los esfuerzos por lograr que éste fuese accesible para las mujeres se centraron en el método de Yuzpe, debido a que utilizaba cuatro tabletas de la píldora anticonceptiva estándar, compuesta por 250 mcg de levonorgestrel y 50 mcg de etinyl estradiol, que ya estaba disponible en muchos países. La mujer debía tomar dos píldoras lo más pronto posible y antes de las 72 horas después de tener sexo sin protección, y otras dos píldoras 12 horas después. En teoría, el acceso al régimen de Yuzpe era relativamente fácil. En la práctica, su uso era mínimo debido a un conocimiento limitado tanto del público como de los ginecólogos.^{10,11}

La promoción del método de Yuzpe se hizo más compleja cuando las compañías farmacéuticas lanzaron una nueva generación de píldoras de menor dosis; esto significaba que para lograr la dosis correcta, el número de píldoras debía incrementarse a ocho, cuatro tan pronto como fuera posible y cuatro 12 horas después. En la medida en que las diferencias en las dosis de hormonas de cada marca no eran de conocimiento público, las personas tenían dificultades para saber cuántas píldoras tomar después del coito. Ante la ausencia de un producto específico, esto se convirtió en un obstáculo para un uso más difundido de este tipo de anticoncepción. La anticoncepción de emergencia recibió mayor atención a partir de un amplio estudio clínico comparativo coordinado por la Organización Mundial de la Salud, que mostró que el levonorgestrel solo era significativamente más efectivo que el régimen de Yuzpe y estaba asociado a menores efectos secundarios.¹² La amplia diseminación de estos hallazgos creó un ambiente de mayor confianza en la efectividad de la anticoncepción de emergencia.

Adicionalmente, se publicaron cinco estudios de investigación fundamentales con evidencia cada vez más convincente de que, a diferencia de los regímenes iniciales que utilizaban altas dosis de estrógeno, la administración de levonorgestrel solo no previene la implantación sino que actúa antes, interfiriendo con la ovulación.¹³⁻¹⁷ Dos estudios adicionales no encontraron ninguna alteración en el endometrio que respaldara la hipótesis de que el levonorgestrel interfería con la implantación.^{14,15} En un estudio más reciente, se reportaron tres fallas anticonceptivas entre 99 mujeres que

utilizaron píldoras anticonceptivas de emergencia; los 3 embarazos ocurrieron en mujeres que habían tomado las píldoras poco después de la ovulación, cuando ya había ocurrido la fecundación, lo que indicaba que no había un efecto sobre el óvulo fecundado, y no ocurrió ningún embarazo en las mujeres que tomaron las píldoras antes, o el día mismo de la ovulación.¹⁸ Sólo un estudio ha reportado cambios histoquímicos en el endometrio que pueden tener un efecto inhibitorio en la implantación, pero sólo si se administran antes de la ovulación y no en el día de la ovulación o después de ella.¹⁹ Más aún, estudios en ratas y monos han demostrado que la anticoncepción de emergencia no previene el embarazo si es administrada después de ocurrida la fecundación.^{20,21}

De esta manera, toda la evidencia confirma que las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel no previenen el embarazo si no se toman lo suficientemente temprano en el ciclo como para interferir con la ovulación o posponerla. Esta limitación explica su relativamente baja capacidad anticonceptiva, que reduce las posibilidades de embarazo en un 65-85%.^{12,22-24} Sin embargo, el antiguo concepto de que la anticoncepción de emergencia interfiere con la implantación aparece aún en algunos libros especializados y sitios de Internet, incluyendo boletines de la Organización Panamericana de la Salud. Muchas personas y medios de comunicación usualmente bien enterados continúan repitiendo esta información desactualizada y errada. Incluso en una fecha tan reciente como el 30 de enero de 2007, la BBC anunció que la Presidenta de Chile, Michelle Bachelet, había firmado un decreto autorizando la provisión de la píldora del día siguiente a jóvenes adolescentes sin el consentimiento de sus padres, y concluía el reporte diciendo que “Funciona deteniendo o retrasando la ovulación, o evitando que el óvulo se implante en el útero”.²⁵

La anticoncepción de emergencia en Latinoamérica

Latinoamérica era una de las regiones donde se esperaba un alto nivel de aceptación de la anticoncepción de emergencia, dado que la píldora oral diaria es bastante popular y tiene una alta prevalencia de uso. Es una región donde aún existe un amplio desbalance de poder entre los sexos, y no es infrecuente que las mujeres se vean expuestas a relaciones sexuales no previstas, no deseadas y no protegidas, situaciones en las cuales es posible obtener el mayor beneficio de la anticoncepción de emergencia. Es también una región con leyes de aborto muy restrictivas, donde las mujeres tienen acceso a abortos legales y seguros sólo de manera excep-

cional, incluso si cumplen con las condiciones legales, y donde la mayoría de embarazos no deseados terminan en un aborto inseguro.

A nivel mundial, existe la necesidad de contar con anticoncepción de emergencia. La conclusión lógica es que las mujeres deberían tener acceso a un producto de este tipo. Sin embargo, a pesar del mercado potencial para las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel, ninguna de las compañías farmacéuticas más grandes ha demostrado interés en producirla y distribuirla, aparentemente, para evitar la oposición política a este método que ha sido observada en la última década.

Enfrentando esta resistencia, el Consorcio de Anticoncepción de Emergencia jugó un rol clave en Latinoamérica, trabajando con ONG locales e internacionales para motivar a empresas farmacéuticas más pequeñas a producir un producto específico en casi todos los países de la región. El más conocido y primero en ser comercializado fue Postinor-2, distribuido con este nombre comercial en varios países de la región.

El patrón que toma la oposición

Poco después que empezaron los esfuerzos por difundir más ampliamente la información sobre la anticoncepción de emergencia y, cuando a partir de 1997 empezaron a aparecer los productos específicos, surgió una fuerte oposición de la jerarquía de la Iglesia Católica. Su oposición se basa en la idea de que la anticoncepción de emergencia previene la implantación del óvulo fecundado, y que éste tiene los mismos derechos que una persona viva. En consecuencia, el uso de la anticoncepción de emergencia es equivalente a matar a una persona o, al menos, equivalente a un aborto. En la medida en que el aborto es total o parcialmente ilegal en Latinoamérica (con la excepción de Cuba), argumentan que la anticoncepción de emergencia debería también ser prohibida legalmente.

Estas afirmaciones provienen fundamentalmente de dos vertientes: médicos y docentes universitarios asociados con la Iglesia Católica o con ciertas denominaciones Protestantes radicales. Generalmente, ignoran cualquier evidencia que socave su posición en este tema. Citando “fuentes autorizadas”, obispos, arzobispos, cardenales y algunas veces Consejos de Obispos hacen declaraciones públicas, ampliamente publicitadas en la prensa, señalando a los gobiernos que permitir la comercialización de las píldoras anticonceptivas de emergencia violaría la Constitución y es ilegal.^{26,27}

Recientemente, han surgido algunos antiguos grupos conservadores y algunas nuevas ONG cercanas a

la Iglesia Católica que afirman representar a la sociedad civil, defendiendo a las personas de los peligros de la anticoncepción de emergencia. Algunos de estos grupos parecen estar conectados con el movimiento pro-vida norteamericano y usan el mismo nombre o uno muy similar (*Provida o Sí vida*). Adicionalmente, la jerarquía Católica tiene una influencia directa sobre los políticos en el ejecutivo y los sistemas legislativo y judicial, y los dirige para proponer proyectos de ley, respaldar demandas jurídicas de inconstitucionalidad y órdenes del ejecutivo para reducir o eliminar el acceso a la anticoncepción de emergencia.

Estos ataques se han producido en cada etapa del proceso de aprobación y comercialización, que han buscado restringir el acceso a las farmacias de los productos aprobados, así como evitar la distribución gratuita de las píldoras anticonceptivas de emergencia en el sistema de salud pública. El registro exitoso y la comercialización de los productos específicos en al menos 23 países latinoamericanos no constituyen el final de la historia. Si sus oponentes pierden la batalla contra el registro y aprobación del método, tratan de prohibir su distribución o limitar las ventas exigiendo una prescripción médica. Si el gobierno decide que sea accesible para todos en los establecimientos de salud pública, junto a los otros métodos anticonceptivos disponibles, comienzan inmediatamente las iniciativas para prohibir su disponibilidad. Se exhorta a sus aliados en todos los niveles de la provisión de servicios, tanto nacional como localmente, a limitar su acceso; el éxito de estas iniciativas depende de qué tan amplia es su influencia política.

Aparentemente, esta ha sido una lucha sin fin que ha limitado al menos temporalmente el acceso a la anticoncepción de emergencia en diversos países, incluyendo Chile, Perú, Argentina y Colombia.²⁸ Sin embargo, no existe prácticamente ninguna oposición al régimen de Yuzpe, la única anticoncepción de emergencia disponible en Panamá, Costa Rica y Honduras. En los países en los que no se ha registrado una píldora anticonceptiva de emergencia específica, la Iglesia Católica no ha tomado ninguna acción para prevenir el acceso a la píldora combinada, utilizada también como anticonceptivo de emergencia en los servicios de salud pública, debido tal vez a que su uso nunca es tan difundido como cuando existe un producto específico.

Defendiendo la anticoncepción de emergencia: Estrategias

Como podría esperarse, quienes defienden el acceso a la anticoncepción de emergencia son las mismas institu-

ciones, grupos e individuos que defienden los derechos sexuales y reproductivos en general: grupos de mujeres, defensores de derechos humanos, médicos salubristas con un enfoque de derechos. Además del Consorcio de Anticoncepción de Emergencia, diversas instituciones han jugado un rol crucial a nivel regional: la Red Feminista por los Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile, FLASOG (Federación Latinoamericana de Sociedades Obstétricas y Ginecológicas), IPPF Región del Hemisferio Occidental y, más recientemente, la Organización Panamericana de la Salud. Mientras que las organizaciones feministas a nivel nacional y local proporcionan el respaldo de sus bases a la anticoncepción de emergencia, las entidades regionales proporcionan la credibilidad científica y profesional a los argumentos.

Las instituciones de investigación y los investigadores individuales que han proporcionado evidencia científica al hecho de que la anticoncepción de emergencia no provoca el aborto han jugado también un rol muy importante. Muchos de ellos han ido más allá de la presentación de sus resultados en reuniones y de su publicación en revistas científicas; han tenido también un rol político importante en la defensa del acceso a este método.

Se han planteado tres puntos básicos en la defensa del acceso universal a la anticoncepción de emergencia. Primero, no hay evidencia que respalde la afirmación de que las actuales píldoras específicas de levonorgestrel sean abortivas. No ha habido ningún esfuerzo por refutar el argumento de que un óvulo fecundado es equivalente a una persona. Estas creencias, compartidas o no, deben ser respetadas. En cualquier caso, sin embargo, tal disputa es innecesaria, debido a la clara evidencia científica de que la anticoncepción de emergencia no es efectiva después de la fecundación.

En segundo lugar, el acceso a los medios para prevenir un embarazo no deseado es respaldado por el derecho universalmente aceptado a decidir si tener hijos o no, y cuándo; el derecho humano a la no discriminación basada en el sexo y la edad, y el derecho a acceder a medicamentos esenciales y beneficiarse de los frutos del progreso científico. En tercer lugar, se sostiene que ocho de cada diez mujeres que tienen un acceso oportuno a la anticoncepción de emergencia después de una relación sexual no protegida habrán evitado un embarazo no deseado y posiblemente un aborto, resultado que debería ser apoyado por quienes atacan la anticoncepción de emergencia, y por todas las demás personas.

FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) y su Comité sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres contribuyeron a organizar la defensa de la anticoncepción de emergencia por parte

del sistema de ginecología y obstetricia en los distintos países. FLASOG (Federación Latinoamericana de Sociedades Obstétricas y Ginecológicas) actuó fundamentalmente a través de su Comité sobre Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres, similar al Comité de la FIGO. El Comité de FLASOG organiza talleres sobre distintos aspectos de los derechos de las mujeres, que formulan recomendaciones a las sociedades de obstetricia y ginecología nacionales y a los individuos. Las recomendaciones para proteger y promover los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres fueron confirmadas por la Asamblea General de FLASOG en 2002 y ratificadas en 2005. Estas recomendaciones se han convertido en un instrumento importante para motivar a las sociedades de nivel nacional a asumir públicamente la defensa de las evidencias científicas y el acceso a la anticoncepción de emergencia. El Comité también actúa enviando, en los casos pertinentes, cartas de estímulo o felicitaciones a las sociedades a nivel nacional y a las oficinas de salud gubernamentales, para instarlas a mantener una posición firme en la defensa del derecho al acceso a la anticoncepción de emergencia.

Estudios de caso por país

A continuación, se describen breves historias de la lucha (o la falta de ella) para asegurar que las mujeres accedan a la anticoncepción de emergencia en Perú, Brasil y Chile en los últimos años, a partir de la experiencia personal de los autores de Perú, Brasil y una colega de Chile.

Perú

En julio de 2001, el Ministro de Salud del Perú, Dr. Eduardo Pretell, firmó la Resolución Ministerial 399-2001, que incluía la anticoncepción de emergencia entre otros métodos anticonceptivos distribuidos por el Ministerio de Salud. Pocos días después, luego de un cambio de gobierno, se nombró Ministro de Salud al Dr. Luis Solari. El Dr. Solari no sólo no implementó la Resolución, sino que también desmanteló el Programa de Planificación Familiar del gobierno. Aunque luego ocurrió un nuevo cambio de Ministro, la distribución de la píldora de anticoncepción de emergencia permaneció en suspenso, basándose en el argumento de que podría interferir con la implantación del óvulo fecundado y, en consecuencia, era abortiva.

En el año 2002, las organizaciones de mujeres llegaron a la Corte para tratar de obligar al Ministerio de Salud a proveer anticoncepción de emergencia a las mujeres que lo requirieran. Tenían el apoyo público de

la Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia, el Colegio Médico del Perú, e incluso la Defensoría del Pueblo, una oficina gubernamental que hizo un pronunciamiento a favor de la anticoncepción de emergencia.

A pesar de estos esfuerzos la situación no cambió hasta Junio de 2003, cuando un nuevo Ministro obtuvo el apoyo presidencial para crear una Comisión de Alto Nivel que debía pronunciarse científica, técnica y legalmente sobre la anticoncepción de emergencia. Dicha Comisión trabajó desde setiembre a diciembre de 2003, con la participación de 14 instituciones públicas y privadas. Durante las deliberaciones, resultó cada vez más claro que su decisión final sería a favor de la distribución de los anticonceptivos de emergencia. Esto perturbó a la jerarquía de la Iglesia Católica. Los obispos trataron enérgica pero infructuosamente de influenciar al Ministro de Salud, y en diciembre de 2003 la Comisión aprobó, con 11 de 14 votos a favor, una recomendación de amplio acceso a la anticoncepción de emergencia. En junio de 2004, el Ministerio de Salud aprobó las Guías Nacionales de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva, y un mes después la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que incluía la anticoncepción de emergencia.

A partir de 2004, se lanzó una campaña de opinión pública y una batalla legal sobre la anticoncepción de emergencia; la Iglesia Católica y las organizaciones asociadas a ella trataban de prohibirla, y las organizaciones de mujeres y médicos la defendían.

Luego del caso que fue llevado a la Corte en 2002, se presentó una contrademanda para prohibir la anticoncepción de emergencia. Después de numerosas apelaciones en ambos litigios, en diciembre de 2006 el Tribunal Constitucional confirmó el veredicto a favor de las organizaciones de mujeres, que obligaba al Ministerio de Salud a proveer este método, dando pleno respaldo legal a su distribución en los establecimientos de salud pública.

Sin embargo, la lucha no ha terminado. Las organizaciones contra el derecho a decidir, bajo el liderazgo de la Iglesia Católica, mantienen una página web dedicada a desacreditarlo y a quienes lo proponen. Al mismo tiempo, se valen de los medios para difundir artículos que se oponen a la anticoncepción de emergencia, argumentando su efecto supuestamente abortivo. En respuesta, se lanzó una intensa campaña a favor de la misma a nivel nacional. La sociedad civil, incluyendo instituciones científicas y académicas, respaldan al Ministerio de Salud mediante declaraciones públicas, incluyendo el tema en congresos y cursos, y apoyando a líderes científicos clave que viajan al interior del país para informar al público y proporcionar

entrenamiento a profesionales de salud, en estrecha colaboración con el ministerio. Algunos medios de comunicación también han contribuido de manera importante, fundamentalmente ofreciendo información adecuada sobre el tema.

A pesar de esta turbulencia, desde 2005 la anticoncepción de emergencia se distribuye en todos los establecimientos que brindan atención ambulatoria en el país. Se espera que, por ser un método anticonceptivo tan bien establecido dentro del sistema como cualquier otro, será más difícil detener su acceso al público.

Brasil

Esta historia es completamente distinta a la de Perú. El Ministerio de Salud de Brasil se involucró desde el inicio, con el apoyo de FEBRASGO (Federación Brasileña de Sociedades de Ginecología y Obstetricia), y de obstetras y ginecólogos destacados. El Ministerio de Salud incluyó, dentro de la gama de métodos anticonceptivos, la anticoncepción de emergencia en las Guías Nacionales de Planificación Familiar publicadas en marzo de 1997, cuando sólo estaba disponible el régimen de Yuzpe. El primer producto específico fue rápidamente registrado en 1998, e incorporado en el programa nacional.

Aunque la jerarquía de la Iglesia Católica hizo algunas declaraciones públicas contra la anticoncepción de emergencia, un destacado obispo liberal declaró a la prensa que era mejor utilizar este método después de tener relaciones sexuales coercitivas y no protegidas que tener un embarazo no deseado que podía conducir a un aborto. Los grupos feministas no jugaron un rol importante, probablemente porque no fue necesario, pero también porque mostraron cierta desconfianza inicial frente a la anticoncepción de emergencia. Actualmente, este método es ampliamente vendido en farmacias sin receta médica y distribuido a través del sistema de salud pública, aunque existen problemas logísticos que impiden que esté siempre disponible.

Chile*

Probablemente, la lucha más intensa por lograr el acceso a la anticoncepción de emergencia ocurrió en Chile, donde el ICMER (Instituto Chileno de Medicina Reproductiva) llevó a cabo varios de los estudios más

importantes acerca de sus mecanismos de acción. Esta misma institución motivó a la industria farmacéutica nacional a producir y comercializar un producto específico en marzo de 2001, con el nombre de Postinal. Se presentó una demanda de inconstitucionalidad (alegando que provocaba el aborto) a la Alta Corte de Justicia, que llevó a prohibir la venta de Postinal en octubre de 2001. Sin embargo, inmediatamente después se registró otro producto que permaneció en el mercado hasta marzo de 2006.

En 2003, el Ministerio de Salud compró un amplio stock de píldoras anticonceptivas de emergencia para ser distribuidas en el sistema de salud pública, pero únicamente para mujeres que habían sido víctimas de violación. Aun así, en algunos municipios, los alcaldes rechazaron su distribución sobre la base de una objeción de conciencia, alegando que provocaba el aborto. En 2006, bajo el nuevo gobierno de la Presidenta Bachelet, el Ministro de Salud aprobó una nueva Guía Nacional de Regulación de la Fertilidad, que incluía el acceso a anticoncepción de emergencia para cualquier mujer de 14 años o más, sin necesidad de contar con el consentimiento de sus padres. Un grupo de 33 parlamentarios presentó una demanda de inconstitucionalidad a la Corte, alegando que las Guías incluían métodos con efectos abortivos (tales como la anticoncepción de emergencia), violando así el derecho a la vida del óvulo fecundado. El Tribunal Constitucional decidió no considerar el tema de si era abortiva o no, pero dictaminó que sólo el Presidente, y no el Ministro, tenía la autoridad de hacer que ésta estuviera disponible por decreto. Poco después, la Presidenta Bachelet firmó un decreto con pleno apoyo de la comunidad científica y académica, y de grupos de mujeres, respaldando la provisión de la anticoncepción de emergencia.

Aunque éste fue un éxito importante, la situación está lejos de haber sido resuelta. Desde octubre de 2006, todas las compañías farmacéuticas registradas en Chile para vender anticonceptivos de emergencia dejaron de comercializar el producto. El Ministerio de Salud está buscando ahora una empresa farmacéutica que quiera producir este método. La única que había estado dispuesta a hacerlo hasta entonces cambió de opinión bajo la presión de un grupo de consumidores pro-vida. Así, el único producto disponible viene de APROFA, la asociación nacional de planificación familiar afiliada a la IPPF, que vende una marca a un precio relativamente bajo, y el stock restante del Ministerio de Salud.

A lo largo de este periodo, el mayor defensor de la anticoncepción de emergencia fue ICMER. La mayor parte del tiempo, el Ministerio de Salud dio su respaldo.

* Agradecemos por la información sobre Chile a Verónica Schiappacasse, obstetris, ex directora del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia.

APROFA y la Red de Mujeres por los Derechos Sexuales y Reproductivos también jugaron un rol importante.

Actualmente, los grupos conservadores se mantienen muy activos y tienen un considerable apoyo financiero. El lado negativo es que los anticonceptivos de emergencia no se venden en las farmacias. En el lado positivo, existe finalmente unanimidad entre las instituciones científicas y académicas en torno a defender públicamente la idea de que la anticoncepción de emergencia no es abortiva y que todos deberían tener acceso a ella, para ayudar a asegurar el derecho de las mujeres a decidir sobre su propia fertilidad.

Situación actual en Latinoamérica

En casi todos los países de la región latinoamericana, excepto Panamá, Costa Rica, Honduras y Guatemala, se ha registrado y comercializado un producto anticonceptivo de emergencia específico. Aunque en México y Argentina se requiere en teoría de prescripción médica, en la mayoría de farmacias las mujeres pueden obtener un paquete sin receta médica.

La mayoría de gobiernos ha incluido las píldoras anticonceptivas de emergencia como parte de los métodos recomendados en sus guías de planificación familiar, y en muchos casos están disponibles a través del sistema de salud pública, incluyendo México, Perú, Chile, Uruguay, Nicaragua y Brasil. Un tema diferente es la disponibilidad real del método en las postas médicas, que depende más de la capacidad logística de la gerencia de salud a nivel local que de una política determinada, al menos en los países mencionados. En algunos países, la anticoncepción de emergencia no es distribuida gratuitamente en el sistema de salud pública a todas las personas que la requieren, limitándose a casos de violación, como ocurre en Guatemala.

Una consecuencia positiva de la publicidad derivada de la pública oposición de la Iglesia Católica es que hay mayor conciencia sobre el concepto y sobre el método mismo, que ha pasado a ser ampliamente usado. En México, por ejemplo, se estima que se vendió alrededor de 1.5 millones de dosis de píldoras anticonceptivas de emergencia en 2006 (Schiavon R. Comunicación personal, 2007).

El costo de un paquete de píldoras anticonceptivas de emergencia es de US\$ 5–7 en la mayoría de países de la región. Este precio es escasamente accesible para la mayoría de mujeres, y está probablemente fuera de alcance para las mujeres más pobres y jóvenes, creando así una seria barrera para el acceso. Esta es la razón por

la cual es tan importante su distribución gratuita en los programas nacionales de planificación familiar y salud reproductiva, y también la que motiva que la oposición esté tan determinada a impedirlo. Por el momento, estamos muy lejos de lograr un acceso universal a la anticoncepción de emergencia, un ejemplo vergonzoso de la violación de derechos de las mujeres en la región latinoamericana.

El futuro

Es imposible predecir el futuro, pero siempre es posible tener esperanzas y metas. La convicción de que es correcto defender la anticoncepción de emergencia aumentará con el respaldo técnico y científico de FLASOG, los afiliados de IPPF en la región y la Organización Panamericana de la Salud, a la idea de que no es un método abortivo. Estas organizaciones ofrecen credenciales científicas formidables a los gobiernos, que saben también que la mayor parte de personas está a favor del libre acceso.²⁹

Las fuerzas religiosas conservadoras que están detrás de la oposición a la anticoncepción de emergencia van en contra de su propio objetivo declarado de combatir el aborto, en cuanto pretenden colocar barreras a un método que tiene el potencial de prevenir los embarazos no deseados y los abortos. Aunque es cierto que no existe aún ninguna evidencia de que la anticoncepción de emergencia ha logrado reducir el número de abortos en una población determinada,³⁰ se ha mostrado a nivel individual que ocho de cada diez mujeres que han tenido relaciones sexuales sin protección y usan la anticoncepción de emergencia evitarán una gestación no deseada.

Aunque existen algunos fanáticos que nunca aceptarán los hechos y la razón, existe también mucha gente religiosa racional e inteligente en el mundo. La misma iglesia que reconoció finalmente que Galileo tenía razón cuando demostró que la tierra gira alrededor del sol, debería finalmente aceptar que la anticoncepción de emergencia no provoca el aborto. Puede tomar tiempo y la lucha puede durar años, causando sufrimiento y dolor a muchas mujeres, pero confiamos en que la oposición a este método se debilitará progresivamente. El resultado final debería ser que éste sea más accesible oportunamente para la mayoría de mujeres, y que ayude a proteger a las más jóvenes y pobres de embarazos no deseados, como parte integral del derecho a la planificación familiar, reconocido por casi todas las naciones del mundo.

Referencias

1. Haspels AA. The “morning after pill” - a preliminary report. *IPPF Medical Bulletin* 1969;3(3):6.
2. Haspels AA. Interception: postcoital estrogens in 3,016 women. *Contraception* 1976;14(4):375–81.
3. Morris JM, Van Wagenen G. Compounds interfering with ovum implantation and development: 3. The role of estrogens. *American Journal Obstetrics & Gynecology* 1966;96(6):804–15.
4. Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, et al. Post coital contraception: a pilot study. *Journal of Reproductive Medicine* 1974;13(2):53–58.
5. Yuzpe AA, Lancee WJ. Ethinylestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertility and Sterility* 1977;28(9):932–36.
6. Yuzpe AA, Smith RP, Rademaker AW. A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol combined with dl-norgestrel as a postcoital contraceptive agent. *Fertility and Sterility* 1982;37(4):508–13.
7. Kesseru E, Larranaga A, Parada J. Postcoital contraception with dl-norgestrel. *Contraception* 1973;7:367.
8. Ho PC, Kwan MSW. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Human Reproduction* 1993;8:389.
9. Consensus Statement on Emergency Contraception. *Contraception* 1995;52:211–13.
10. Galvão L, Díaz J, Diaz M, et al. Emergency contraception: knowledge, attitudes and practices among Brazilian obstetricians and gynecologists. *International Family Planning Perspectives* 1999;25:168.
11. Langer A, Garcia-Barrios C, Schiavon R, et al. Emergency contraception in Mexico City: what do health care providers and potential users know and think about it? *Contraception* 1999;60(4):233–41.
12. World Health Organization. Task Force on Post-Ovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352:428.
13. Hapangama D, Glasier AF, Baird DT. The effects of pre-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 2001;63:123–29.
14. Durand M, Cravioto MC, Raymond EG, et al. On the mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001;64:227–34.
15. Marions L, Hultenby K, Lindell I, et al. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstetrics & Gynecology* 2002;100(1):65–71.
16. Marions L, Cekan SZ, Bygdeman M, et al. Effect of emergency contraception with levonorgestrel or mifepristone on ovarian function. *Contraception* 2004;69:373–77.
17. Croxatto HB, Brache V, Pavez M, et al. 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;70:442–50.
18. Novikova N, Weisberg E, Stanczyk FZ, et al. Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation: a pilot study. *Contraception* 2007;75:112–18.
19. Durand M, Seppala M, del Cravioto MC, et al. Late follicular phase administration of levonorgestrel as an emergency contraceptive changes the secretory pattern of glycodeilin in serum and endometrium during the luteal phase of the menstrual cycle. *Contraception* 2005;71:451–57.
20. Muller AL, Lladós CM, Croxatto HC. Postcoital treatment with levonorgestrel does not disrupt post-fertilisation events in the rat. *Contraception* 2003;67:415–19.
21. Ortiz ME, Ortiz RE, Fuentes MA, et al. Postcoital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey *Cebus apella*. *Human Reproduction* 2004;19:1352–56.
22. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, et al. Low dose mifepristone and two regimes of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial. *Lancet* 2002;360:1803–10.
23. Hamoda H, Ashok PW, Stalder C, et al. A randomized trial of mifepristone (10 mg) and levonorgestrel for emergency contraception. *Obstetrics & Gynecology* 2004;104:1307–13.
24. Ngai Sw, Fan S, Li S, et al. A randomized trial to compare 24 h versus 12 h double dose regimen of levonorgestrel for emergency contraception. *Human Reproduction* 2005;20:307–11.
25. Emergency pill for Chilean girls. *BBC News*. 30 January 2007. At: <<http://news.bbc.co.uk>>.
26. Boonstra H. Emergency Contraception: Steps Being Taken to Improve Access. *Guttmacher Report on Public Policy*. Washington DC7 AGI, December 2002.
27. La píldora del día después no es abortiva. *ABC Color Digital*. Asunción, Paraguay. 1 September 2005.
28. Martin A. Emergency contraception in Latin America and the Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2004;16:424–31.
29. Johnsen J. Obstructing access to emergency contraception in Hospital Emergency Rooms. *Planned Parenthood Federation of America*. 2005. Available at: <www.plannedparenthood.org/news-articles-press/politics-policy-issues/birthcontrol-access-prevention/emergency-contraception-6549.htm>.
30. Glasier A, Fairhurst K, Wyke S, et al. Advanced provision of emergency contraception does not reduce abortion rates. *Contraception* 2004;69:361–66.