

La anticoncepción de emergencia en América Latina. Escenarios visibles

Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio

Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG para los países andinos

La anticoncepción oral de emergencia (AOE) se define como la ingesta de compuestos hormonales para prevenir un embarazo dentro de los cinco días (120 horas) siguientes a una relación sexual no protegida. Cuanto más temprana sea la toma, su efecto protector será mayor (1).

En efecto la AOE corresponde a un conjunto de medidas destinadas a prevenir el embarazo no deseado cuando se ha tenido una relación sexual sin protección (2). El acceso oportuno a la AOE reduce el número de embarazos no planificados, lo que se refleja en una disminución de los abortos inseguros y la mortalidad materna (1-5).

Se prefiere el producto dedicado de levonorgestrel (LNG) solo —en una o dos tomas de 150 mg y 75 mg respectivamente— como primera opción para la AOE. El régimen combinado o régimen de Yuzpe (combinación de etinilestradiol 100 µg + LNG 500 µg, administrado en dos dosis separadas por 12 horas) debe ser ofrecido como opción de segunda línea en aquellos lugares en donde no se disponga de LNG solo (1,3).

Estos productos están incluidos en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y además son considerados por la OMS como un medio para implementar la “prevención secundaria de violencia sexual,” es decir, las medidas que pueden tomarse después de que se haya producido un caso de violencia sexual para reducir daños relacionados con la salud y otras consecuencias (6).

La evidencia científica, avala que la AOE solo es eficaz en la fase anterior a la ovulación, pero “mientras más cerca esté la ovulación, el uso de las píldoras de emergencia no es capaz de detenerla y como consecuencia, aquella ocurre, y de haber las condiciones adecuadas puede ir seguida de fecundación, sin que esta pueda ser interrumpida por

la AOE.”, lo que explica las fallas anticonceptivas del método (1). Sin embargo, este método deberá administrarse en toda relación no protegida independientemente de la fase del ciclo en que la mujer pueda presuntamente encontrarse (1-3).

Con respecto a la seguridad de la AOE de acuerdo con los últimos Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de Métodos Anticonceptivos de la OMS (4), no hay ninguna situación en la que el riesgo de usar LNG-AE supere los beneficios. Se destaca que puede administrarse en adolescentes, nulíparas, en mujeres con enfermedades cardiovascular y hepática, migraña, embarazos ectópicos previos y durante la lactancia (6).

La situación legal de la AOE en América Latina (AL) varía de un país a otro (7). Todos los países de AL han ratificado tratados internacionales de derechos humanos que reconocen el derecho a la salud, a la privacidad y a la autonomía. Estos tratados protegen los derechos reproductivos y el derecho a la planificación familiar (8).

La AOE es legal en algunas naciones de AL, mientras que en otras, está prohibida la libre distribución y la venta de productos destinados a la AOE. Entre ambos extremos hay diferencias en la accesibilidad a este método anticonceptivo que depende de la Constitución, Leyes y Decretos, Normas, Resoluciones, Guías técnicas, Protocolos y Manuales de cada país (8,9).

En ninguno de los países de AL la AOE está incluida en la Constitución, aunque existen ciertas normas relacionadas con la anticoncepción de emergencia y también hay variaciones en las distintas visiones sobre las políticas que regulan la sexualidad y reproducción en los gobiernos de nuestra región (8).

En 2009, Honduras prohibió tanto la libre distribución como la venta de AOE (7). En Perú, una decisión de la Corte Constitucional en 2009 ordenó al

Ministerio de Salud que dejara de distribuir la AOE en los servicios públicos de salud (8).

En Costa Rica, la distribución de la AOE no está expresamente prohibida, sin embargo el LNG no está registrado como un producto, lo que impide el acceso a AOE tanto en el sistema de salud público como en el privado (8,9).

Aunque en el resto de los países de AL la distribución libre de AOE está permitida, la legislación no es uniforme. Por ejemplo, la legislación en Chile, Colombia y Ecuador reconoce explícitamente el derecho a tener acceso a AOE. En cambio, otros países tienen leyes de distinto alcance que regulan la distribución de la AOE por servicios de asistencia médica. En Nicaragua y Bolivia, los protocolos de los respectivos ministerios de salud tienen estatus de ley. En Argentina y en Brasil, la distribución de AOE no está reconocida legalmente excepto en protocolos y en guías informativas, aunque en Argentina una resolución ministerial (que carece de estatus legal) incluye a los AOE como parte del “Programa Médico Obligatorio”. En México, en 2010, como respuesta a un reclamo del gobernador del Estado de Jalisco, la Corte Suprema confirmó la validez de una norma de salud federal mexicana (NOM-046-SSA2-2005) que ordenaba a los agentes de salud públicos a proveer de AOE a mujeres víctimas de violencia sexual o doméstica (7).

En Venezuela, la AOE no está mencionada en la Constitución Nacional de 1999, sin embargo en el Artículo 76 relativo a la maternidad y la paternidad se incluye la planificación familiar. Artículo 76. ... El Estado garantizará asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio, y asegurará servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos (9).

En mayo del año 2000, como respuesta al mandato constitucional y con el propósito de institucionalizar el área, se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS, actualmente Ministerio del Poder Popular para la Salud) (10).

Desde entonces —según la fuente oficial— se ha ido corrigiendo la deficiencia de anticonceptivos y actualmente la provisión incluye una amplia variedad de anticonceptivos orales, inyectables, dispositivos intrauterinos, preservativos y la anticoncepción de emergencia, incidiendo en un incremento de la cobertura de planificación familiar a 43 % para el año 2000 (10).

La anticoncepción de emergencia se incluyó en la Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva (10), y en los Lineamientos Estratégicos de Prevención Integral en Salud Sexual y Reproductiva en Situaciones de Emergencia, que la indica para casos de violación, relaciones sexuales sin protección y discontinuidad en ciclos orales. De esta manera, según la opinión oficial, Venezuela se coloca entre los países de AL más avanzados en esta materia. Esta política ha repercutido en el fortalecimiento de estos servicios y un incremento del acceso a anticonceptivos (10).

Según esta misma norma, “... Todo establecimiento de salud en la atención a la SSR en la infancia velará por: Garantizar la prevención y atención oportuna del abuso y la explotación sexual en la infancia y sus consecuencias, incluyendo información, asesoramiento, apoyo psicosocial, atención médica, anticoncepción de emergencia y orientación legal... Proporcionar asesoramiento, información, educación y servicios, incluyendo prevención, atención integral, tratamiento gratuito y referencia oportuna ante las ITS-VIH SIDA, tecnologías anticonceptivas oportunas, considerando la anticoncepción de emergencia, suficientes y adecuadas a las y los adolescentes sexualmente activos” (10).

La Norma define a la anticoncepción de emergencia de la siguiente manera. “Son métodos de planificación familiar, que pueden prevenir un embarazo no deseado o no planificado, hasta 5 días después de una relación sexual sin protección (10).

Con respecto a los mecanismos de acción, la Norma reconoce lo siguiente: “Uno de los aspectos más importantes, por lo controversial, es el que se refiere, al mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia; quedando muy claro que no impiden la implantación, que es el único evento médicamente aceptado, para definir el inicio de embarazo, ya que antes de ese evento no hay certeza diagnóstica ni médica, ni legalmente aceptable de que este exista, por lo tanto “no son abortivos”. El mecanismo de acción va a retrasar o evitar la ovulación; es muy importante dejarlo bien claro, por cuanto este punto es el que ha traído los problemas éticos y morales que han impedido su uso en varios países al considerarlos métodos abortivos” (10).

Y también dice la Norma “Consideramos que el uso de la anticoncepción de emergencia puede contribuir grandemente en la reducción de la mortalidad infantil al disminuir los índices de embarazos no deseados, los de alto riesgo y en especial el aborto inducido. Es aplicado para aquellas mujeres que han sido víctimas

de agresión sexual, mujeres que han olvidado usar un método anticonceptivo regular o lo han usado de manera incorrecta”(10).

En muchos países de AL, el estatus legal de la producción y distribución de AOE ha sido discutida en los tribunales. Básicamente, la forma en que se presente y discuta el mecanismo de acción de la AOE es fundamental para el resultado final en las cortes. Los argumentos se basan en la diferencia entre productos abortivos y anticonceptivos, el estatus científico de la investigación disponible sobre AOE y la edad en la que las personas desarrollan un derecho legal a tomar decisiones sobre su salud personal (7).

En 2002, la Corte Suprema de Argentina prohibió la producción, distribución y comercialización de una marca comercial de un AOE que contiene 0,75 mg de LNG (Imedia N[®]) por sus supuestos efectos abortivos. La corte consideró que violaba el derecho a la vida, que según la Corte comienza con la unión de los gametos, específicamente con la fertilización y antes de la implantación (7). Lo curioso es que en ese país existen otras formas farmacéuticas, con la misma composición, que están legalmente aprobados y se consiguen libremente.

Los jueces no son los responsables de evaluar la evidencia científica porque no son ni se espera que sean expertos en medicina. Los organismos administrativos son responsables de evaluar si un medicamento en particular satisface requisitos para ser vendido o distribuido libremente al público. Si estos organismos certifican que los AOE no son productos abortivos, entonces los jueces deberían adherir a esta y no intentar evaluar la evidencia científica.

Según la FLASOG “negar u obstaculizar el uso de la anticoncepción de emergencia constituye una violación de derechos humanos, principalmente una violación al derecho a decidir tener hijos y cuándo tenerlos, el derecho a no ser discriminado por razones de género y/o edad y el derecho a tener acceso a medicación y a los beneficios de los avances científicos” (11).

Las sociedades de obstetricia y ginecología deben presionar a las autoridades sanitarias y legislativas en cada país que trabajen para sancionar leyes que reconozcan el derecho a objeción de conciencia, pero que al mismo tiempo aseguren que negar la distribución de anticonceptivos de emergencia por razones de conciencia no ponga en peligro el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres ni arriesgue la vida de las mujeres (7). Como ejemplo, la decisión instructiva de 2008 sobre responsabilidades de los servicios de asistencia médica y objeción de

conciencia de la Corte Constitucional de Colombia que sostuvo, consistentemente con las Pautas sobre Objeción de Conciencia de la FIGO (12), que los proveedores objetores de conciencia deben referir las pacientes a proveedores no objetores de conciencia para garantizar el acceso oportuno a servicios de asistencia médica. La decisión sostuvo que los hospitales y otras instituciones no tienen derecho a objeción de conciencia lo cual se ha reconocido por FIGO y FLASOG y la legislación a nivel mundial que reconoce que la objeción de conciencia es un acto individual (13).

Los países de AL han ratificado la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). El Comité monitor de la CEDAW ha recomendado a los Estados establecer o apoyar servicios para víctimas de violencia familiar, violación, agresión sexual y otras formas de violencia de género (7).

El Comité de la CEDAW también explica que descuidar la provisión de asistencia médica —como la AOE— que solo mujeres y subgrupos de mujeres como las víctimas de violación necesitan es una forma de discriminación contra la mujer. Los Estados están obligados a tomar medidas para prevenir, prohibir y castigar las violaciones de los derechos humanos de las mujeres bajo la CEDAW, incluyendo no solo violaciones perpetradas por el Estado mismo, sino también por terceras partes. Por tanto, las autoridades de servicios de salud están obligadas, como prevención secundaria, a proveer AOE. No hacerlo discrimina a las víctimas de violación en la obtención de asistencia médica. Por consiguiente, los países latinoamericanos cuyas leyes o regulaciones prohíban el acceso a AOE tanto en el sector público como en el privado no cumplen con sus obligaciones bajo el derecho internacional de los derechos humanos (7).

REFERENCIAS

1. Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Posicionamiento Sobre los Mecanismos de Acción de la Anticoncepción de Emergencia. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2010;70(4):286-292
2. Pérez D’Gregorio R. Foro: Actualización sobre la anticoncepción de emergencia con levonorgestrel. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2010;70(4):284-285.
3. Távara Orozco L. Mecanismos de acción de la anticoncepción oral de emergencia. Disponible en:

- http://www.colectiva-cr.com/sites/default/files/Docs/AE/puesta_al_dia.pdf
4. Toro Merlo J, González F, Mendoza A, Pérez MM, Pérez D'Gregorio R, Rosales P, et al. Situaciones especiales en obstetricia y ginecología. En: Bajares de Lilue M, Pizzi La Veglia R, editoras. Consenso: Anticoncepción hormonal 2013. Caracas: Editorial Ateproca; 2013. p.41-52.
 5. Toro Merlo J. Anticoncepción de emergencia. Rev Obstet Ginecol Venez 2011;71(3):149-150
 6. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/
 7. Hevia M. The legal status of emergency contraception in Latin America. Int J Gynaecol Obstet. 2012;116(1):87-90.
 8. Latin American Consortium on Emergency Contraceptives. Índice CLAE de Acceso a la Anticoncepción de Emergencia: La Situación de la Anticoncepción de Emergencia en América Latina y el Caribe: Barreras y Facilitadores en la Accesibilidad; October 2010. Disponible en: http://www.colectiva-cr.com/sites/default/files/Docs/AE/indice_clae.pdf.
 9. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.453 de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, viernes 24 de marzo de 2000. Disponible en: <http://www.tsj.gov.ve/legislacion/constitucion1999.htm>
 10. Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva http://venezuela.unfpa.org/documentos/ssr_norma_Inicio.pdf
 11. FLASOG. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. Conformación, funciones y posicionamiento del grupo de trabajo en anticoncepción de emergencia Disponible en: http://www.spog.org.pe/web/images/spog/DOCs/Documentos_Tecnicos/conformacionfuncionesyposicionamientoAE.pdf
 12. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical guidelines on conscientious objection. Int J Gynecol Obstet 2006;92(3):333-4.
 13. Pérez D'Gregorio R. Objeción de conciencia. Rev Obstet Ginecol Venez 2012;72(2):73-76.



FUNDASOG DE VENEZUELA

Brazo educativo e informativo de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela

Informa a los Miembros Afiliados de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, que las próximas pruebas de conocimiento de la especialidad para optar a la categoría de Miembro Titular, se realizarán en el marco de la:

- **XXVII Jornada Nacional de Obstetricia y Ginecología**, que se llevará a cabo del 1 al 3 de octubre de 2013, en el Lidotel, San Cristóbal, Estado Táchira

Características del examen:

1. Prueba escrita.
2. Un total de 100 preguntas de selección simple, 50 de Obstetricia y 50 de Ginecología.
3. Puntuación mínima para aprobación: 15/20 puntos.

Información:

Sede de la SOGV y FUNDASOG de Venezuela, Maternidad Concepción Palacios, Avenida San Martín, Caracas.
Tele-Fax: +58-212-451.08.95/583.1059 • www.sogvzla.org • e-mail: sogvzla02@gmail.com