

Estado actual de la anticoncepción de emergencia en México

Raffaela Schiavon

117

La anticoncepción de emergencia es un tema que sigue siendo bastante polémico, controvertido, pero es muy importante que lo difundamos al público en general y lo incorporemos en las políticas públicas.

Antecedentes

Para comenzar, daré algunos antecedentes del proceso de incorporación de este método anticonceptivo a la nueva norma oficial mexicana “De los Servicios de Planificación Familiar” (NOM-005-SSA2-1993), que creo lo ha hecho aún más famoso de lo que ya era.

La norma oficial mexicana “De los Servicios de Planificación Familiar”, en su primera versión, fue redactada en 1993 y se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* en mayo de 1994. En su momento fue una norma realmente ejemplar para el mundo. Hay que aclarar que la Ley Federal de Metrología y Normalización de 1992 establece que todas las normas tienen que ser actualizadas cada cinco años. Por este motivo, desde 1998 se inició el proceso de actualización de esta norma. Entre 1998 y 2003 se llevaron a cabo varias reuniones de un comité de expertos, en las cuales participaron 18 instituciones gubernamentales, dos organizaciones internacionales y siete organizaciones de la sociedad civil.

En junio de 1999, el proyecto de actualización fue sometido al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, y éste lo aprobó el 19 de diciembre de 2002. A lo largo de 2003 se realizaron diferentes consultas jurídicas para que la norma cumpliera con todos los requisitos y procedimientos legales que se requieren, y finalmente se publicó el 21 de enero de 2004 en el *Diario Oficial de la Federación*.

Directora general
adjunta del Centro
Nacional de Equidad
de Género y Salud
Reproductiva.

Principios ético-jurídicos

¿Cuáles son los principios ético-jurídicos en los cuales se basa la norma en general, una norma de planificación familiar que toca temas éticamente delicados? Responde por supuesto a necesidades de salud pública. Se basa en información y evidencia científicas. Respeta, incluye, considera, el derecho a la protección de la salud, el derecho a la información, el derecho a la calidad adecuada en los servicios de salud, el derecho a gozar el beneficio de los avances científicos, el respeto a la persona –con base en los principios de autonomía, confidencialidad y no discriminación– y, por supuesto, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

118

Campo de aplicación y aspectos innovadores

La norma establece una observancia nacional obligatoria en todas las unidades de salud de los sectores público y privado del país; y enumera los requisitos para la organización, la prestación de los servicios y el desarrollo de todas las actividades que los constituyen.

Gran parte de la atención de los medios se ha concentrado en la inclusión de la anticoncepción de emergencia en esta modificación de la norma. Sin embargo, la norma presenta varios aspectos innovadores que quisiera subrayar:

Un aspecto técnico importante de la actualización es que incorpora los *criterios de elegibilidad médica* para la selección de los métodos anticonceptivos en las diferentes situaciones de las usuarias o usuarios.

Enfatiza el fortalecimiento de las acciones en el respeto de la libre decisión, del consentimiento informado. Una gran parte de la norma revisa y actualiza los conceptos del consentimiento informado y del respeto de la libre decisión. Es otro aspecto muy importante, aunque no totalmente innovador, porque ya estaba contemplado en la norma anterior.

Es una norma incluyente, porque considera desde los métodos naturales hasta los nuevos métodos anticonceptivos, y aquí se incluye la anticoncepción poscoital (la anticoncepción de emergencia), el implante subdérmico único y el condón femenino, que no estaban considerados en la versión anterior.

Criterios de elegibilidad médica

En relación con los *criterios de elegibilidad médica*, con base en el principio de que éstos deben estar sustentados en evidencia científica, la norma se acota a los criterios de elegibilidad publicados por la Organización Mundial de la Salud (recientemente acaba de salir una tercera edición revisada). Este trabajo

define cuatro categorías. En una primera categoría no hay ninguna contraindicación para un determinado método para ninguna condición fisiológica o patológica de las mujeres. Es decir, cualquier mujer puede utilizar un determinado método en esa situación. En la cuarta categoría, el uso del método representa un riesgo inaceptable para la salud, en una condición determinada.

Criterios de elegibilidad

Categoría 1. No hay restricción para el uso del método

Categoría 2. Las ventajas del uso del método generalmente sobrepasan los riesgos (teóricos o demostrados)

Categoría 3. Los riesgos generalmente sobrepasan las ventajas; el método puede ser usado con las debidas precauciones

Categoría 4. El uso del método en esa condición representa un riesgo inaceptable para la salud

119

Estas categorías sustituyen los conceptos anteriores de la norma (contraindicación absoluta, contraindicación relativa y precaución).

Incorporación de la anticoncepción de emergencia en la NOM-005

¿Cuáles son las características de la inclusión de la anticoncepción de emergencia en esta nueva norma? ¿Por qué se incluyó?

La norma anterior ya contenía la indicación del uso de dosis de concentrado de hormonales orales en caso de olvido de otros métodos, en caso de olvido de las pastillas.

La evidencia científica demuestra que es un método seguro (en los efectos sobre la salud de la usuaria), es un método efectivo (en su capacidad de prevenir un embarazo) y no es un método abortivo.

Los estudios científicos más recientes han aportado un conocimiento –diría yo, incontrovertible– sobre el mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia, que no interfiere en la implantación. De hecho, México esperó la confirmación de los resultados de estos estudios antes de decidir incorporar la anticoncepción de emergencia en la norma.

Además, en dicha norma los únicos métodos de anticoncepción de emergencia incluidos son los orales, las pastillas. No se incluyen otros

métodos que pudieran haber generado polémica respecto a su mecanismo de acción.

Incorporación de la anticoncepción de emergencia, ¿una necesidad?

Uno podría preguntarse si era necesario incluir este método controvertido al abanico de métodos anticonceptivos de la norma, que ya son muchos: los hormonales (en forma de pastillas, de inyecciones, de implantes), el dispositivo intrauterino, los métodos tradicionales, los métodos de barrera (masculino y femenino), los métodos definitivos, etcétera. Sin embargo, hay que reflexionar que no todos estos métodos están indicados en todas las mujeres, que no todos los métodos son perfectos y que no todos los coitos son voluntarios.

La anticoncepción de emergencia introduce la posibilidad de prevenir un embarazo no deseado no sólo si se usa antes o durante el coito, como es el caso de todos los demás métodos anticonceptivos, sino cuando se utiliza incluso unas horas, unos días, después de la relación sexual, y es el único método que nos da esta última oportunidad.

Anticoncepción de emergencia: el consenso internacional

Existe un amplio consenso internacional que respalda no sólo el uso de la anticoncepción de emergencia, sino el hecho de incluirla en los programas nacionales, el hacerla asequible a todos los sectores de la población.

Yo diría que la historia reciente de la anticoncepción de emergencia empieza en 1995, después de una reunión de un grupo de consenso, en la cual participaron varios expertos, el Consenso de Bellagio. A partir de entonces se produjo una reacción en cadena: varios organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud, la FDA (la Food and Drug Administration, de los Estados Unidos), los organismos de cooperación internacional (como la USAID), los organismos de Naciones Unidas (el Unfpa [Fondo de Población de las Naciones Unidas], el Unicef [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia], la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos), el Banco Mundial, insisten en la necesidad de que este método anticonceptivo se incorpore en los programas de la materia. Y, por supuesto, un sinnúmero de organizaciones académicas internacionales respaldan la anticoncepción de emergencia: la Asociación Médica Americana, la Asociación de Mujeres Médicas Americanas, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia,

los colegios nacionales latinoamericanos de ginecología y obstetricia, entre otros, apoyan la incorporación de este método en los programas nacionales.

Información médica sobre la anticoncepción de emergencia

Aun cuando éste no es un foro médico, creo que la información médica sobre las píldoras de la anticoncepción de emergencia es muy importante: qué tipo de pastillas, qué regímenes hormonales se pueden utilizar; qué elementos deben considerarse cuando se da información sobre este método, elementos puntuales sobre investigaciones muy recientes; y el tema más debatido y controvertido: el mecanismo de acción.

121

Regímenes hormonales. Los regímenes hormonales básicamente son dos. El primero, que se conoce como régimen de Yuzpe, es un régimen que utiliza dos tipos de hormonas: estrógenos y progestinas. El segundo régimen utiliza sólo progestinas. Ninguno de esos regímenes es nuevo, han sido estudiados desde hace más de cuarenta años.

Forma de administración. Para ambos regímenes la forma de administración es en dos dosis divididas: la primera tiene que administrarse dentro de las primeras 72 horas (tres días) después del coito, y la segunda se repite doce horas después de la primera dosis. Ésta es la indicación estándar, la forma de administración estándar; después mencionaré cuáles son las novedades de la investigación y cómo se puede modificar este régimen de administración.

Si se opta por el régimen combinado se tendrá que recurrir a las pastillas anticonceptivas normales, comunes y corrientes, recortando las pastillas que se utilizan en la anticoncepción hormonal oral conocidas por todos. Podemos utilizar pastillas de dosis altas como las de Ovral, Eugynon, Neogynon, Nordiol, y en ese caso se administran dos más dos tabletas; o podemos recurrir a las pastillas de Microgynon, Nordette, Lo-Femenal, y en ese caso se utilizan cuatro más cuatro, así de sencillo. Se pueden utilizar cualquiera de estos productos, pero sólo estos productos. Esto es muy importante, porque sabemos que, en nuestro país y en toda la región, muchos médicos y muchas usuarias recurren a recetas caseras, a otro tipo de anticonceptivos, a formulaciones inyectables, que no están indicadas para este uso.

Estudio comparativo: régimen de Yuzpe vs. Levonorgestrel. En 1998 la OMS publicó un estudio multicéntrico comparativo del régimen de Yuzpe frente al régimen de progestina sola. Participaron varios países, y los resultados, que fueron publicados en una revista de gran prestigio, *The Lancet*, demostraron que el régimen de progestina sola era un poco más efectivo que el régimen combinado (Yuzpe) y producía menores efectos colaterales. Para ambos regímenes, la efectividad depende del tiempo de la toma, del tiempo de administración.

Con base en estos resultados se empezaron a registrar los llamados productos dedicados de progestinas solas. Estos productos simplifican mucho la toma porque ésta se realiza con dos tabletas: la primera se ingiere dentro de las 72 horas posteriores al coito, y la segunda, doce horas después de la primera dosis. Evidentemente esto simplifica mucho las indicaciones, la incorporación a los programas, sobre todo porque, si no tuviéramos acceso a estos productos dedicados, deberíamos recurrir a las minipíldoras, como el Microlut. Éstas son poco conocidas, y es tan pequeña la dosis que si se quisiera utilizarlas como anticoncepción de emergencia se debería tomar 25 más 25 tabletas. Evidentemente no es una opción que se pueda incorporar a los programas, habiendo mejores opciones en términos de seguridad y de efectividad.

Consejería médica

Los elementos técnicos de la consejería, aquellos que tenemos que informar a nuestras usuarias, incluyen las indicaciones del método, es decir: cuándo usarlo; sus efectos colaterales; alguna información respecto al patrón de sangrado subsiguiente; aspectos de seguridad, es decir, efectos sobre la salud relativos a un eventual producto, en caso de falla, y a la salud de la mujer a largo plazo; la información sobre la efectividad; y los temas más controvertidos del método: el uso repetido y el mecanismo de acción.

Las indicaciones. Cualquier relación sexual no protegida, pero también todas las relaciones sexuales en las que se usó un método y el método falló o se usó en forma incorrecta. Aquí incluyo todos los métodos, el ejemplo clásico es la ruptura del condón o el olvido de las pastillas, pero recordemos que ningún método es perfecto, todos los métodos fallan, incluyendo la abstinencia, y existe este método de respaldo como última trinchera anticonceptiva.

Todas las veces que se presenta un embarazo no deseado sabemos que existe el riesgo de un aborto inducido. Esto sucede con variantes, con diferencias, dependiendo de los países y de los contextos, pero sabemos que por lo menos la mitad de los embarazos no deseados pueden terminar en un aborto, que en la mayor parte de nuestros países es un aborto inseguro.

Los efectos colaterales y su manejo. Se ha hablado mucho de que este método es una *bomba hormonal* que causa efectos colaterales graves en la salud de la mujer, y eso no es cierto. Consiste en una dosis concentrada, pero no pasa de la tercera parte de una cajita anticonceptiva de rutina, en el mejor de los casos. Produce, por supuesto, efectos colaterales normales típicos de los hormonales orales: náusea, vómito, dolores de cabeza, molestia en los senos, etcétera. Son efectos frecuentes pero autolimitados, porque sólo se administra una dosis aguda. También son efectos que se pueden prevenir,

algunos de ellos mediante la toma de un antiemético (medicamento contra el vómito), o se pueden evitar o limitar con la administración vaginal.

Se ha visto que estos efectos colaterales son significativamente menos frecuentes para el régimen de progestina sola (L-Norgestrel o Levonorgestrel) que para el régimen combinado. En especial, el vómito se presenta sólo en cinco por ciento de los casos de todas las mujeres que lo toman, comparado con casi 20 por ciento de las mujeres que toman el régimen combinado.

Seguridad. Otro aspecto controvertido y mal manejado, o utilizado, diría yo, como una forma disuasiva, contra el uso de este método, es el relativo a la seguridad respecto a la salud de la mujer, sobre todo a largo plazo. En esta campaña en medios que experimentamos a principios de año, oímos todos los efectos posibles e imaginables sobre la salud: desde que causa cáncer hasta que induce intolerancia a lentes de contacto.

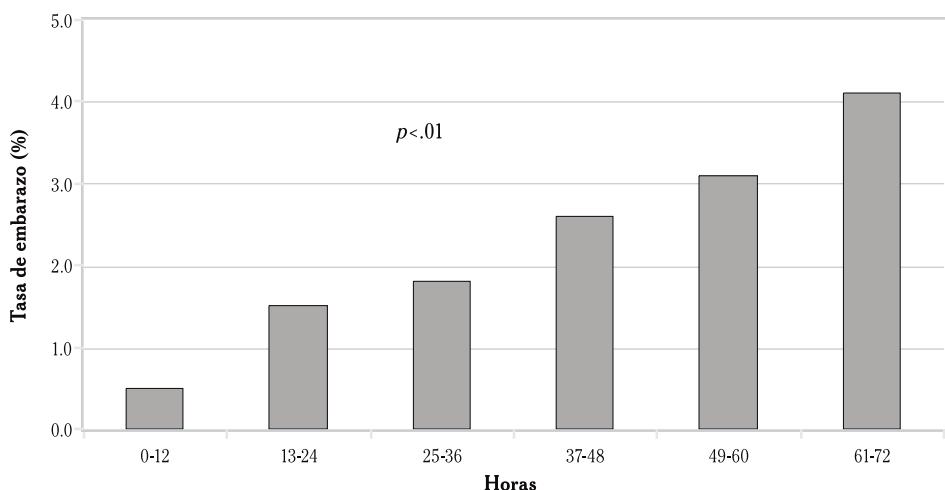
La anticoncepción de emergencia de acuerdo con los *criterios de elegibilidad médica* de la OMS no tiene ninguna contraindicación, ni absoluta ni relativa, es decir, no tiene categoría 4 ni 3 para ninguna mujer; quiere decir que cualquier mujer, incluso mujeres que tienen patologías graves, puede utilizarla en forma ocasional. La OMS revisa toda la bibliografía existente, toda la literatura publicada, los estudios, los registros de efectos colaterales en países donde se utiliza la anticoncepción de emergencia. Inglaterra es un país donde el régimen de Yuzpe está registrado desde 1984, y este país tiene un sistema de registro muy riguroso de efectos colaterales de medicamentos: no hay ninguna muerte y tampoco un efecto colateral grave asociado al uso de anticoncepción de emergencia. Por eso la OMS dice que es un medicamento seguro, sin contraindicaciones. Tampoco hay registro de efectos malformativos sobre el producto. Es decir, si la anticoncepción de emergencia llegara a fallar, la Organización Mundial de la Salud afirma que no hay evidencia de efecto teratogénico.

Efectividad. Otro elemento importante que tenemos que conocer es la información respecto a la efectividad anticonceptiva del producto. Sabemos que la anticoncepción de emergencia previene entre 75 y 85 por ciento de los posibles embarazos, dependiendo de la toma y del tipo de régimen utilizado. Si 100 mujeres tuvieran relaciones sexuales entre la segunda y la tercera semana del ciclo, se embarazarían ocho; si utilizaran anticoncepción de emergencia se embarazarían una o dos, lo que corresponde a 75-85 por ciento de efectividad, es decir, de embarazos prevenidos. De manera muy sencilla, podemos decir que la anticoncepción de emergencia previene tres de cada cuatro embarazos. Es una buena efectividad, pero no es excelente.

De manera muy sencilla, podemos decir que la anticoncepción de emergencia previene tres de cada cuatro embarazos

¿De qué depende la efectividad? El elemento más importante es el tiempo. En la gráfica 1 se puede observar representados los porcentajes de embarazos que se dan por cada cien mujeres que utilizan anticoncepción de emergencia dentro de las primeras 12 horas, entre las 12 y las 24, etcétera, hasta llegar a las 72 horas. Es muy claro que aumentan los embarazos, las fallas, conforme pasa el tiempo de la toma.

Gráfica 1. Ventana de intervención

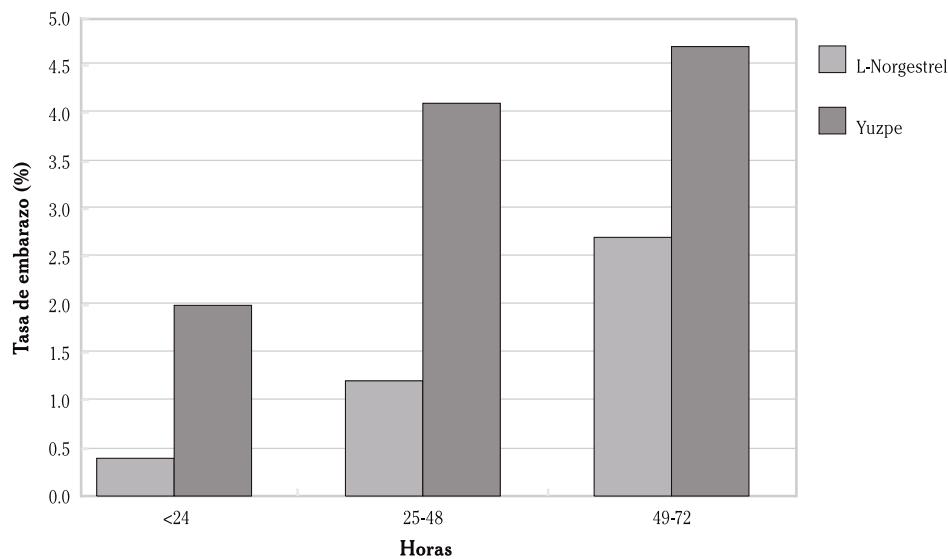


Fuente: OMS, *The Lancet*, 1998.

Por eso decimos que el factor tiempo es el factor más importante que determina la efectividad anticonceptiva. Hay que conocer este método antes de llegar a necesitarlo; 72 horas son muy pocas en casos de emergencia.

Otra investigación grande, colaborativa, que la OMS realizó y publicó en 2002, en la revista *The Lancet*, tiene implicaciones importantes para las tomas. En ella, la OMS estudia el L-Norgestrel, la progestina sola, tomada con la indicación estándar, una dentro de las primeras 72 horas más otra 12 horas después, y la compara con una dosis única, las dos tabletas juntas, y además estudia la efectividad a lo largo de cinco días de toma. El resultado es que las dos tabletas tomadas juntas son igual de efectivas que las tomas separadas. Esto simplifica aún más las indicaciones y también encuentra que la efectividad persiste hasta el término de 120 horas, pero, de acuerdo con lo que vimos antes: entre más pronto se ingieren, mejor; la efectividad disminuye con el tiempo. Cuando el L-Norgestrel se toma dentro de los primeros tres días, la indicación estándar tiene una efectividad de 84 por ciento. Esta efectividad disminuye a 63 por ciento cuando se toma entre el cuarto y quinto día.

Gráfica 2. Ventana de intervención
Yuzpe frente a L-Norgestrol



Fuente: OMS, *The Lancet*, 1998.

125

¿Qué implican estos resultados? Estas indicaciones han sido recogidas en la norma, la cual indica que existe la posibilidad de una sola toma dentro de las 120 horas, pero sigue siendo válido el concepto de que, entre más pronto, más efectivo resulta el método.

Uso repetido. ¿Por qué no utilizar la anticoncepción de emergencia como método de rutina? No es que no se pueda utilizar como método de rutina, sino que dicho uso tiene varios inconvenientes:

- ✗ No protege de las infecciones de transmisión sexual, no sustituye al condón, pero eso también es cierto para los demás métodos anticonceptivos, no es una característica exclusiva de la anticoncepción de emergencia
- ✗ Es menos efectiva que otros métodos, pero, si se toma inmediatamente después, la efectividad es aceptable
- ✗ Causa más efectos colaterales; si una mujer adulta o una adolescente la utiliza dos o tres veces por semana: se la pasará vomitando toda la semana; no vale la pena
- ✗ Los aspectos de seguridad, la ausencia de contraindicaciones, no aplican al uso repetido del método; pero ahí aplicarían las mismas contraindicaciones de las pastillas anticonceptivas normales
- ✗ La toma repetida también puede alterar el patrón de sangrado: no se sabe cuándo se trata de una menstruación, si es por suspensión, cuándo se reanuda el ciclo ovulatorio, etcétera

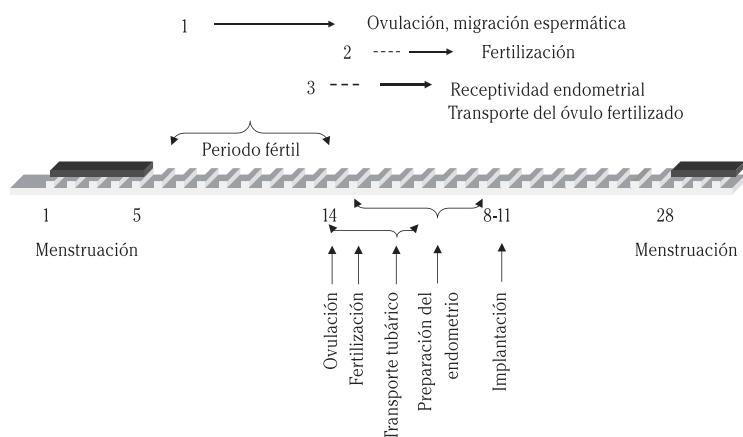
En suma, no conviene como método de rutina. No está contraindicado, pero no conviene como método de rutina.

Una buena consejería en el momento de la emergencia puede representar un puente hacia la anticoncepción regular. Si se tiene acceso a una usuaria preocupada de haberse embarazado después de una falla anticonceptiva o de no haber utilizado un método, ése es un buen momento para darle una consejería e invitarla a utilizar un método más seguro, más regular, que la proteja de las infecciones de transmisión sexual (ITS), dependiendo de sus necesidades anticonceptivas, pero también tenemos que recordar que el uso repetido nunca tiene que ser una barrera para limitar el acceso a la anticoncepción de emergencia. La anticoncepción debería ser utilizada tantas veces como sea necesario a lo largo de la vida reproductiva de una mujer o de una pareja.

Mecanismo de acción. Trataré de explicar el debatido tema del mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia. El periodo fértil en la mujer abarca cinco-seis días previos a la ovulación y el mismo día de la ovulación (véase la figura 1). Después de la relación, los espermatozoides llegan al sitio de inseminación y puede darse la fertilización, la unión entre el óvulo y el espermatozoide; de ser así, tiene lugar la preparación del endometrio –que es la mucosa que cubre por dentro la matriz, la cual se prepara para recibir un óvulo fertilizado, para que este óvulo se pegue y se anide– y la implantación.

Evidentemente, las etapas críticas son las dos últimas: la preparación del endometrio y la implantación. Para algunas personas, que la anticoncepción de emergencia actúe ahí, puede representar un problema de

Figura 1. *Mecanismos de acción de la anticoncepción de emergencia / Fisiología de los eventos reproductivos*



conciencia, una objeción al uso del método, porque podría interpretarse como método abortivo.

No voy a entrar al debate de cuándo se inicia el embarazo. Médica y legalmente empieza con la implantación, porque antes no hay ninguna forma de medir los fenómenos anteriores.

Sabemos que el método puede funcionar en los momentos que hemos revisado. Inhibe, retrasa o altera el fenómeno ovulatorio. La ovulación es un fenómeno de regulación muy fina entre nuestro sistema nervioso central y el ovario, y cualquier disparo agudo de hormonas externas puede alterar el fenómeno del desarrollo folicular y el de la liberación del óvulo.

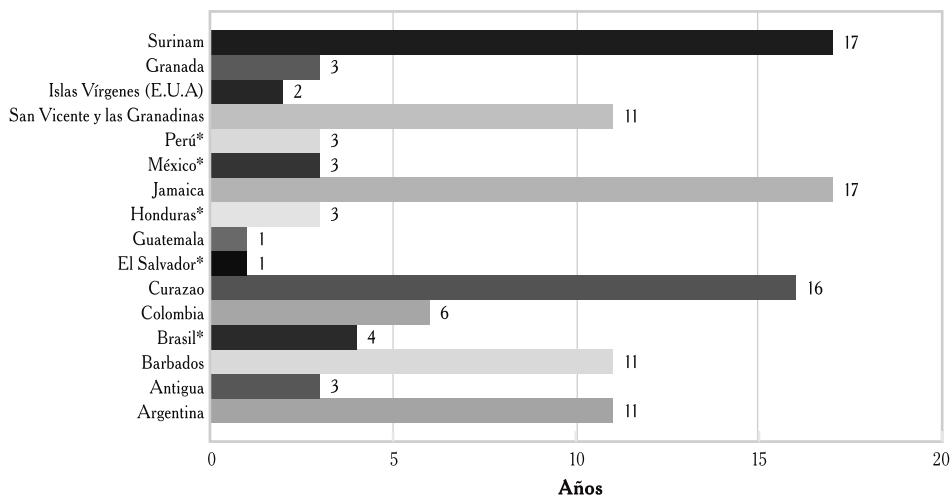
Por otro lado, sabemos también que la anticoncepción de emergencia actúa sobre la migración espermática. Por más que parezca obvio, debemos recordar que en el humano el sitio de inseminación, que es la vagina, es diferente del sitio de la fecundación, que es el primer tercio de la trompa, y que el número de espermatozoides se reduce significativamente en su recorrido hasta el sitio de inseminación. Las trompas, la vagina, el canal cervical, no son como una autopista, más bien parecen un lavado de coches donde los espermatozoides serían los autos. Éste es un proceso delicado, crítico, sujeto a regulación hormonal y en el cual interfiere la anticoncepción de emergencia. Hay estudios que demuestran cómo la anticoncepción de emergencia altera el *lavado de coche*.

Los otros mecanismos, los que siguen, ¿son susceptibles de ser modificados por la anticoncepción de emergencia? Ésa es la pregunta. Y la pregunta para los investigadores, los médicos, es también: ¿Cómo estudiar *in vivo* estos mecanismos?, lo cual no es sencillo, porque no existen marcadores de fertilización *in vivo*. Yo no sé si el óvulo se llegó a fertilizar o no. Sólo puedo estudiar los mecanismos que lo preceden, que corresponden a la ovulación, y los eventos que la siguen, de la implantación, a partir de la cual se empieza a producir la hormona del embarazo. No hay forma de medir, médica y por ende legalmente, el evento que está en medio, la fertilización.

Los investigadores han estudiado la receptividad endometrial, es decir, cómo se va modificando el endometrio y si la administración de la anticoncepción de emergencia puede alterar el endometrio y hacerlo no receptivo al óvulo fertilizado. Hay formas de estudiar el endometrio a través de un microscopio, es decir, ver la forma, los estudios morfológicos. Estudios viejos reportaban alteraciones en el endometrio. Los estudios de los años setenta y ochenta eran estudios metodológicamente mal diseñados: las biopsias del endometrio se tomaban en el momento del sangrado, de la menstruación siguiente, cuando el endometrio ya morfológicamente no es reconocible, no se puede interpretar.

Estudios diseñados con una metodología exacta, los últimos estudios morfológicos publicados, incluso estudios publicados en México, realizados en el

Gráfica 3. Anticoncepción de emergencia en algunos países latinoamericanos y del Caribe



* En normas oficiales.

Instituto Nacional de la Nutrición, no demuestran ninguna alteración en el endometrio de mujeres que tomaron anticoncepción de emergencia frente a aquellas que no la tomaron.

Estudios más finos, además de ver el endometrio, miden en el endometrio las proteínas de receptividad endometrial, que son secretadas para regular el fenómeno de la implantación. Hay estudios recientes, todos publicados de 2000 a la fecha, que demuestran que estas proteínas no se modifican con el uso de anticoncepción de emergencia.

Un modelo de estos mecanismos de acción proviene de estudios en animales; no se pueden realizar en mujeres porque no serían éticos. (Para algunas personas tampoco es ético realizar dichos estudios en animales.)

El modelo más cercano al humano son los primates: las monas. Un estudio realizado en la Universidad Católica de Chile consistió en estudiar en monas, por ultrasonido, el desarrollo del folículo hasta que llegaba al punto máximo de crecimiento, inmediatamente antes de la ovulación, y hacerlas copular con el mono macho. Después se les administraba anticoncepción de emergencia: Levonorgestrel, después del coito y después de la ovulación. Con ello, no se interrumpió la ovulación ni se interfirió la migración espermática. ¿Qué sucedió? Nada: 54 por ciento de las monas que no fueron tratadas se embarazaron, y 54 por ciento de las monas tratadas se embarazaron. ¿Qué quiere decir esto? Quiere decir que la administración posfertilización de la anticoncepción de emergencia no sirve para prevenir el embarazo. A esos casos se podrían atribuir muy seguramente las fallas del método.

En conclusión, los mecanismos de acción pueden variar dependiendo del momento en que se administre la anticoncepción de emergencia, el momento en relación con el ciclo de la mujer, y con el coito también; pero, en todo caso, entre más pronto, más efectivo es. Ésta sería una evidencia indirecta de que el método funciona sobre la migración espermática.

Entonces, sabemos que puede inhibir la ovulación, retrasarla o alterarla. Sabemos que puede alterar el moco cervical, que puede alterar el transporte de gametos. Hay algunos estudios que demuestran que inhibe directamente la fertilización, la unión entre óvulo y espermatozoides. Tiene algún efecto sobre el desarrollo del cuerpo lúteo después de la ovulación, efecto parecido al de la lactancia. Y, en conclusión, su mecanismo de acción es exactamente igual al de los demás métodos anticonceptivos: sobre la implantación no sirve y por ende no puede ser considerado abortivo bajo ninguna perspectiva, ningún punto de vista.

129

Anticoncepción de emergencia: ¿qué se necesita?

¿Qué se necesita para que la anticoncepción de emergencia sea realmente una alternativa?: Normatividad, accesibilidad del método, y difusión del conocimiento.

La normatividad regula la prestación de servicios públicos y privados; establece estándares y facilita la evaluación; respalda y vincula a los prestadores; obliga a actualizaciones permanentes; y facilita la introducción y distribución de productos dedicados. La normatividad ya la tenemos; es un factor necesario, pero no es suficiente.

El método debe ser realmente asequible en términos de producto y de información. Se requieren estrategias de provisión anticipada y difusión del conocimiento entre las potenciales usuarias y entre los prestadores del servicio. Si la usuaria no está informada no va a solicitar ese método al prestador, y si el prestador no está informado no se lo va a ofrecer en forma correcta.

Quiero comentar que México se incorporó tarde a la lista de países latinoamericanos con la anticoncepción de emergencia en la norma o que tienen registrado un producto dedicado. En la gráfica 3 se puede observar los países y los años de uso o de incorporación de la anticoncepción de emergencia en algunos programas no gubernamentales. Los datos provienen de una encuesta realizada en los servicios de IPPF (International Planned Parenthood Federation).

“Las pastillas anticonceptivas de emergencia no son efectivas una vez que el proceso de implantación se haya iniciado, y no podrán inducir un aborto.” Organización Mundial de la Salud, *Informal Briefing Note*, 1999.

Respecto a los productos, tampoco es novedad lo siguiente: hay nueve compañías manufactureras en el mundo, y este número varía cada mes. Hay más de 15 nombres comerciales y más de setenta países con producto dedicado registrado, y en algunos de estos países el producto está disponible sin receta médica, lo que se llama OTC (del inglés *over the counter*). No son países en desarrollo, son países como Bélgica, Dinamarca, Francia, Gran Bretaña, Noruega, Portugal, Suecia, Sudáfrica, y algunos estados de los Estados Unidos. Está pendiente la resolución de la FDA (Food and Drug Administration, de los Estados Unidos) para emitirlo como producto OTC, sin receta médica; tiene todas las opiniones favorables de los colegios médicos de profesionistas, pero está detenida por razones políticas.

Respecto a la difusión del conocimiento, para que la anticoncepción de emergencia esté incorporada al servicio, se necesita capacitar a los prestadores de servicio: que conozcan el método y que tengan actitudes empáticas hacia, sobre todo, los adolescentes, que como hemos visto conforman un sector extremadamente necesitado de información y de método.

Requerimos que la información se difunda de manera sistemática, y para ello hay estrategias que se consideran muy útiles, como son la entrega por adelantado de la receta o del producto: "Aquí está la receta, aquí están las pastillitas. A lo mejor nunca en la vida las vas a necesitar, pero si lo llegaras a necesitar ya lo tienes"; y acuérdense del problema del tiempo. La Organización Mundial de la Salud dice que la anticoncepción de emergencia debería estar en todos los botiquines de emergencia de todos los hogares.

Para que el método sea realmente asequible en los servicios, es preciso pensar en estrategias específicas. Las emergencias suceden con frecuencia en fin de semana, puentes y vacaciones, cuando los servicios están cerrados, cuando hasta el médico apaga el radio o su celular. Entonces necesitamos estrategias, insisto, de entrega por adelantado, de información escrita, de números telefónicos de emergencia, de canalización a centros de referencia específicos. Por supuesto, tenemos que pensar que los tiempos de espera y las citas no valen para estos casos; no podemos esperar a que a la usuaria le baje la menstruación o esté embarazada.

Cuadro 1. *Información para usuari@s*

- ☒ Líneas telefónicas
 - ☒ 01-800- EN 3 DÍAS (01 800 363 3427)
 - ☒ 55 23 25 80
 - ☒ Planificatel: 01 800 010 3500

⌘ Páginas web

- ⌘ [www.diaepecial.ws/index.html](http://www.diaespecial.ws/index.html)
- ⌘ www.en3dias.org.mx
- ⌘ www.mexfam.org.mx
- ⌘ www.cecinfo.org
- ⌘ www.ippfwchr.org
- ⌘ www.fhi.org
- ⌘ www.crlp.org
- ⌘ www.opr.princeton.edu/ec/
- ⌘ www.arhp.org/ec/
- ⌘ www.anticoncepcion-de-emergencia.com

131

La información al público es un punto central. Si la potencial usuaria desconoce el método, cómo y dónde conseguirlo; malentiende su uso; piensa que es un método para inducir el sangrado cuando ya tenga retraso menstrual, que es un inductor de la menstruación, que tiene efectos colaterales inmediatos o a largo plazo (porque le han dicho que es una *bomba* hormonal, que causa cáncer, etcétera); ¿qué hace? Corre el riesgo y no toma anticoncepción de emergencia.

Por último, e independientemente de los aspectos médicos, de la consejería, etcétera, el uso de la anticoncepción de emergencia se inscribe dentro de un derecho constitucional de las mujeres en México: el derecho a la protección de la salud y el derecho a decidir en forma libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos. Además, se inscribe dentro de los tratados y declaraciones internacionales que México ha suscrito, y que establecen el derecho a la seguridad de la persona, a la no discriminación y al respeto de las diferencias, al estándar más alto posible de la salud física y mental, a gozar de los beneficios del progreso científico (hay una excelente revisión de una abogada canadiense que se dedica a derechos y salud, Rebeca Cook, que enmarca toda esta información dentro de los derechos internacionales que tenemos las mujeres y los hombres).

...el uso de la anticoncepción de emergencia se inscribe dentro de un derecho constitucional de las mujeres en México: el derecho a la protección de la salud y el derecho a decidir en forma libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos

La necesidad no satisfecha de anticoncepción

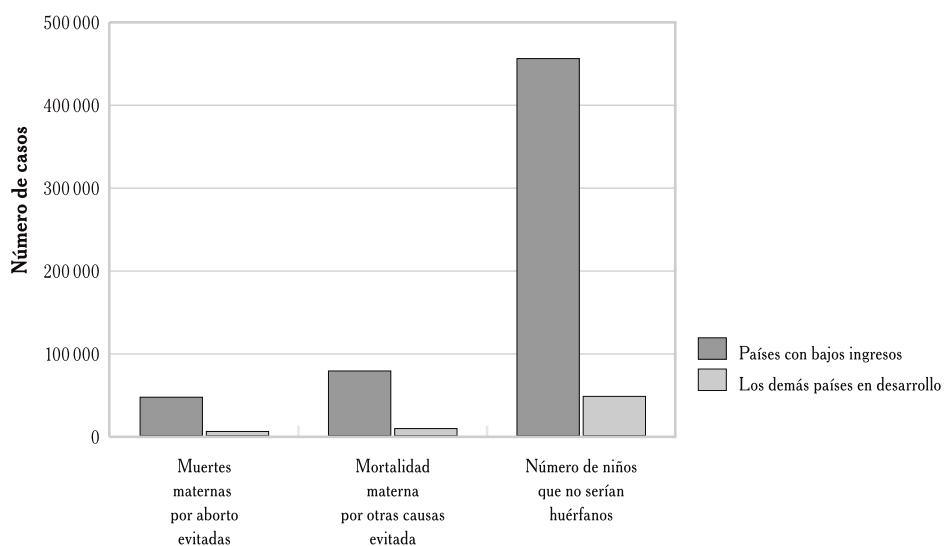
La necesidad no satisfecha en anticoncepción es todavía tremadamente grande. En el mundo hay 76 millones de embarazos no planeados, la mayor

parte de ellos debido al no uso de método, pero algunos de ellos debido a la falla de los métodos. Esta necesidad no satisfecha es muy alta en todos los continentes, particularmente alta en África, pero también en América Latina.

El uso adecuado de anticoncepción podría arrojar a la población no sólo beneficios anticonceptivos. En la gráfica 4 se observa las muertes maternas por aborto que se evitarían con el uso de la anticoncepción; la mortalidad materna por otras causas que se evitaría con el uso de la anticoncepción; el número de niños que no quedarían huérfanos, gracias a que sus madres utilizaran la anticoncepción. Estos beneficios son mayores en los países en desarrollo, donde la mortalidad materna, la mortalidad por aborto, pesa definitivamente sobre las mujeres y los niños.

132

Gráfica 4. *Beneficios indirectos que se obtendrían si la demanda insatisfecha de anticoncepción fuera cubierta*



Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas y Alan Guttmacher Institute, 2003.

En México, la fertilidad general y la necesidad no satisfecha de anticoncepción se han reducido, pero esta última sigue siendo alta en ciertos sectores de la población, como adolescentes, población marginada, indígenas, etcétera.

En la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva realizada el año pasado, hay algunos datos preliminares. A pesar de que la anticoncepción de emergencia todavía no estaba incluida en la norma y no se había establecido ningún programa oficial de difusión del conocimiento, 28 por ciento de la población decía conocer la anticoncepción de emergencia (ésta es una muestra

con representatividad nacional), y el tres por ciento de ellas decía haberla usado en algún momento (véase cuadro 2).

Cuadro 2. *La situación de México: Ensar 2003*

Método	Porcentaje de mujeres que conocen algún método anticonceptivo			
	Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997	Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 2003
Pastillas	89.9	91.9	93.4	92.5
Pildoras anticonceptivas de emergencia (PAE)	-	-	-	28.5
Ritmo	60.1	62.3	68.3	59.2
Porcentaje de mujeres que han usado algún método anticonceptivo				
Pastillas	28.2	31.7	29.5	30.3
Pildoras anticonceptivas de emergencia (PAE)	-	-	-	3
Ritmo	9.9	18.3	17.4	25.6

Anticoncepción de emergencia y salud reproductiva

¿Cuál es, para resumir, en conclusión, el impacto que podría tener un conocimiento extenso de la anticoncepción de emergencia sobre el perfil de la salud reproductiva?

- ☒ Es imprescindible en caso de violencia sexual. Creo que es una de las indicaciones de mayor carácter ético de esta metodología. (En la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, que se realizó el año pasado en nuestro país, la violencia sexual fue reportada por siete por ciento de las mujeres entrevistadas.)
- ☒ Tiene la capacidad de reducir el número de abortos. Hay estudios que lo demuestran: en Finlandia, hace ya algunos años, se demostró que después de la introducción de la anticoncepción de emergencia el número de abortos se había reducido diez por ciento; hay un estudio reciente en los Estados Unidos: en 2000 más de 50 mil abortos pudieron ser evitados por la anticoncepción de emergencia; y hay un estudio de la OMS que reporta que en China más de 50 por ciento de los abortos podrían evitarse con el uso de la anticoncepción de emergencia.
- ☒ Aun en caso de provisión anticipada, es decir, aun cuando se dé por adelantado, el uso repetido es bajo y además es apropiado. El uso repetido oscila en varios estudios entre 0.8 y 3.4 por ciento de la

población estudiada. Es decir, el problema no es el abuso del método, sino que todavía no se use suficientemente cuando esté indicado.

- ❖ Tampoco induce el abandono de métodos de barrera. Hay estudios que demuestran que si se da junto con el condón, las usuarias no dejan de utilizar el condón.
- ❖ Puede representar un puente hacia la anticoncepción regular.
- ❖ Y, por supuesto, su conocimiento y difusión adecuada puede contribuir a reducir significativamente las muertes maternas.