

GRUPO DE REFLEXIÓN Y TRABAJO POR EL
DERECHO A LA ANTICONCEPCIÓN DE
EMERGENCIA EN COSTA RICA

grupo_ae@yahoo.com

DOCUMENTO:

**ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA:
ASPECTOS GENERALES PARA
LA TOMA DE DECISIONES**

SAN JOSÉ
MAYO, 2004

Grupo de Reflexión y Trabajo por el Derecho a la Anticoncepción de Emergencia en Costa Rica:

Paola Brenes Hernández – Asociación de Mujeres en Salud (AMES)

José Carvajal Álvarez – Asociación Demográfica Costarricense (ADC)

Soledad Díaz Pastén – Asociación de Mujeres en Salud (AMES)

Carmen Marín Baratta – Centro Centroamericano de Población, UCR

Adriana Maroto Vargas – Asociación Demográfica Costarricense (ADC)

Sonia Mora Rodríguez – Depto. de Medicina Preventiva, DST, Gerencia Médica, CCSS

Ileana Quirós Rojas - Depto. de Medicina Preventiva, DST, Gerencia Médica, CCSS

Erika Rojas Calderón – Alianza de Mujeres Costarricenses (AMC)

Ana Rojas Chavarría – Gestión de Políticas Públicas y Equidad de Género, INAMU

Margarita Salas Guzmán – Colectiva por el Derecho a Decidir

Xenia Sancho Mora - Depto. de Medicina Preventiva, DST, Gerencia Médica, CCSS

Gabriela Solano Mora - Depto. de Medicina Preventiva, DST, Gerencia Médica, CCSS

Comisión redactora del documento:

Paola Brenes Hernández – Asociación de Mujeres en Salud, AMES

Carmen Marín Baratta – Centro Centroamericano de Población, UCR

Adriana Maroto Vargas – Asociación Demográfica Costarricense

Grupo a cargo de la validación del documento:

Rodrigo Álvarez Fernández – Medicina Preventiva, CCSS

María del Carmen Fernández – Enfermería, Hospital de las Mujeres

Mabelle Figueroa – Dirección Técnica, INAMU

Carlos Garita Arce – Programa Atención Integral a la Adolescencia, Med. Preventiva, CCSS

Mauricio Herrero R. – Ginecología, CCSS

Evelyn Piedra Rodríguez – Fundación PROCAL

Grupo de validación facilitado por:

Margarita Salas Guzmán – Colectiva por el Derecho a Decidir

Validación sistematizada por:

Ileana Quirós Rojas - Depto. de Medicina Preventiva, DST, Gerencia Médica, CCSS

Colaboraron en la elaboración y revisión del documento:

Rose Mary Madden Arias – Abogada Feminista

Ivannia Monge Naranjo – Abogada, Área Condición Jurídica y Protección de los Derechos
de las Mujeres. INAMU

Rosana Pellizzari – Universidad de Toronto

Karin Van Wijk – Asociación La Sala

Tabla de Contenidos

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	8
Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual.....	9
Violencia basada en género	10
Violencia doméstica	10
Violaciones	11
ANTECEDENTES	13
Internacional	13
Nacional.....	14
ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	16
➤ ¿Qué es la Anticoncepción de Emergencia (AE)?.....	16
➤ ¿Cómo funciona la anticoncepción hormonal de emergencia?	16
➤ Regímenes de la anticoncepción hormonal de emergencia	19
➤ Mitos y realidades sobre la Anticoncepción de Emergencia.....	21
MARCO LEGAL EN TORNO A LA	24
ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)	24
▪ CONVENCIONES INTERNACIONALES.....	25
▪ CONFERENCIAS INTERNACIONALES.....	25
▪ LEGISLACIÓN NACIONAL.....	27
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXO 1	33
ANEXO 2	34

PRESENTACIÓN

La Anticoncepción de Emergencia (AE) es un método conocido de hace más de 30 años en el ámbito de la salud como una manera de prevenir embarazos no deseados cuando una mujer ha tenido una relación sexual coital sin protección o con protección defectuosa. Por tanto, ha sido un medio que ha servido a las mujeres para la construcción de su propia autonomía en cuanto a tomar la decisión acerca de la práctica de una maternidad voluntaria.

Sin embargo, esta herramienta ha sido poco difundida entre las mujeres, por ende poco conocida por las mujeres. De allí que desde diferentes espacios políticos que luchan por el ejercicio y reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos a nivel latinoamericano, ha surgido la preocupación por hacer accesible a las mujeres la anticoncepción de emergencia.

El Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE) se reunió en Quito, Ecuador, en octubre del 2002. En esa oportunidad estuvo presente una representación de Costa Rica formada por personas provenientes tanto del ámbito gubernamental como del no gubernamental.

Ese grupo regresó al país con tareas específicas, y a propósito de esa consigna es que se conforma el ***“Grupo de Reflexión y Trabajo por el Derecho a la Anticoncepción de Emergencia en Costa Rica”*** con la finalidad de impulsar procesos de incidencia política en el ámbito del sector sanitario de Costa Rica. En concreto, conseguir la inclusión de la anticoncepción de emergencia en la normativa oficial de salud.

Estos procesos de incidencia política abarcan la introducción de actividades para aumentar el nivel de conocimiento e información de las personas, en especial del personal proveedor de los servicios de salud, y del personal que se ubica en los espacios de decisión en el sector sanitario.

En el contexto de lo mencionado más arriba, es que el Grupo decide elaborar un documento conceptual sobre la temática que nos preocupa: la Anticoncepción de Emergencia. Este documento conceptual fue construido por todo el grupo, iniciando en octubre del 2003 y se presentó, durante el mes de marzo del 2004, a un grupo de expertos y expertas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, para su respectiva validación.

Este documento contiene aspectos relativos a lo político, a lo jurídico y a lo técnico que atañen a la AE, y que, esperamos serán temas de utilidad para deconstruir algunos prejuicios y mitos que se pregonan acerca de este método de prevención de embarazos, que posibilita a las mujeres seguir adelante con sus proyectos de vida.

***Grupo de Reflexión y Trabajo por el Derecho
a la Anticoncepción de Emergencia en Costa Rica***

INTRODUCCIÓN

En condiciones sociales, donde se ha imposibilitado a las mujeres el acceso a la equidad en la distribución del poder, la carga reproductiva entre otras obligaciones, les es asignada en proporción mucho mayor. Por esta razón, se les niega en muchas ocasiones las posibilidades de acceder a información y servicios que les permitan decidir sobre su cuerpo, la opción de tener hijos o hijas, cuántos tener y el espaciamiento entre éstos. En otras palabras, existe una limitación en las decisiones relativas a la sexualidad y la reproducción.

Es así que las mujeres, por su condición de género aunada a su situación socio-económica, ocupan una situación en la que el poder sobre sus decisiones ha sido ejercido históricamente por otras personas y / o instituciones, más aún cuando estas decisiones están relacionadas con su cuerpo.

Dicha situación, se explica desde un marco donde el patriarcado, como orden social imperante, ha significado para hombres y mujeres coexistir en condiciones desiguales en el desarrollo de sus procesos vitales. Dichas condiciones han incidido en las cuotas de poder que se les asigna socialmente de una forma no equitativa, no igualitaria e injusta.

Lo anteriormente expuesto, ubica a las mujeres en una lamentable ironía y ambivalencia: no se les permite decidir informadamente sobre sus cuerpos y aspectos reproductivos, sin embargo, se les exige tomar toda la responsabilidad social del producto de estas situaciones.

Por tanto, es evidente la importancia de la información completa, científica, correcta y entendible en el contexto reproductivo femenino y nos obliga a interrogarnos acerca del papel de esta herramienta dentro de los servicios de salud.

Innumerables mujeres en todo el mundo han experimentado la ansiedad que resulta cuando un condón se rompe o desliza, o también se han dado cuenta muy tarde que han olvidado tomar las píldoras anticonceptivas, o peor aún, pueden haber sido forzadas a tener relaciones sexuales coitales. Mientras esperan la llegada de su próximo período menstrual, muchas mujeres en estas situaciones se han preguntado con angustia por la posibilidad de un embarazo que no han deseado. (CLAE, 2001)

Para este tipo de situaciones podría ser utilizada, entre otros métodos, la Anticoncepción hormonal de Emergencia (AE), la cual se ha convertido con los años en un importante método de prevención de embarazos no deseados, y tiene la especificidad de ser el único método que puede utilizarse de forma post-coital. El problema es que a pesar de que este método ha estado disponible por más de 30 años, las mujeres siguen sin estar al tanto de esta fundamental opción y aún no tienen acceso a la información ni a los productos que se necesitan para usarla de manera eficaz.

En América Latina, la incorporación de la información sobre AE es reciente, y se fortalece con la creación del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de

Emergencia (CLAE)¹ en el año 2001. El CLAE es un esfuerzo regional importante para introducir la AE, mostrar su importancia y buscar su aceptación por parte de las autoridades sanitarias, comprobándose dicha aceptación a través de la inclusión de la AE en la normativa oficial de atención a la salud de las mujeres.

En Costa Rica, la AE no está incorporada a los servicios que brinda el Sistema Oficial de Salud, ni ha recibido difusión masiva dirigida a las mujeres que puedan necesitarla. Por su lado, la información y capacitación sobre el tema ha estado en manos de varias Organizaciones no Gubernamentales, algunos / as profesionales de la salud y de mujeres que transmiten sus propios conocimientos como una forma de apoyar a otras mujeres.

Por tanto, desde inicios del año 2003 se conformó el *Grupo de Reflexión y Trabajo por el Derecho a la Anticoncepción de Emergencia en Costa Rica*, el cual elaboró este documento con el que se pretende sistematizar un marco conceptual que permita introducir la discusión sobre AE en el país, con el objetivo que la información esté disponible en los servicios de salud a nivel nacional, de manera que las mujeres tengan acceso a información confiable sobre su salud y aspectos reproductivos.

Tomando en cuenta lo mencionado, consideramos que la AE se torna un tema importante por abordar debido a su inevitable nexos con la salud reproductiva, y por tanto, con los derechos reproductivos, de manera que se facilite a las mujeres un método de control sobre su propia reproducción, y que les proporcione la autonomía de decidir sobre su propia fertilidad. Por otra parte, la AE tiene el potencial de prevenir abortos realizados en condiciones de ilegalidad y de alto riesgo para la salud de las mujeres.

La AE, en tanto sea una opción de las mujeres para decidir sobre su cuerpo, sexualidad y reproducción, es un elemento importante en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, por ende, el personal que trabaja en el sector salud tiene el deber de velar por el cumplimiento y ejercicio de éstos, en función de considerar a las usuarias como sujetas de derechos.

Uno de los obstáculos que frecuentemente se presentan para que toda ciudadana y ciudadano haga ejercicio de sus derechos, en especial los sexuales y los reproductivos, es que en general, no contamos con información básica sobre derechos humanos, por eso tendemos a presionar, condicionar e imponer a otras personas nuestros valores para las decisiones en relación con su sexualidad y su reproducción.

En consonancia con lo expuesto más arriba, consideramos que es labor indispensable de las personas que trabajamos en relación con la salud de las mujeres, enfocarnos en un marco de derechos humanos que nos permita asumir un punto de partida para acciones congruentes y respetuosas de la ciudadanía de los y las usuarias de servicios de salud.

¹ El Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE) es una red articulada de organizaciones e instituciones no gubernamentales y gubernamentales, públicas y privadas, que trabajan en el campo de la salud, educación y derechos sexuales y reproductivos

JUSTIFICACIÓN

Los datos estadísticos evidencian que en nuestro país existe un alto porcentaje de embarazos no deseados. Esto se presenta debido a varias razones, entre ellas podemos citar desconocimiento de métodos anticonceptivos, errores en el uso de estos métodos y / o las relaciones de poder que ejercen los hombres sobre las mujeres, las cuales se manifiestan tanto en violaciones sexuales como en la dificultad de muchas mujeres al negociar un método anticonceptivo con su pareja.

Los datos que presentamos a continuación evidencian que las preferencias en fecundidad distan de la realidad de muchas mujeres. Es en este contexto que la anticoncepción de emergencia podría ser una herramienta muy útil para la prevención de embarazos no deseados y de abortos.

a) Preferencias de fecundidad

El número de mujeres censadas en el 2000 fue de 1 907 565. De ellas 1 027 624 (53.9%) tenían entre 15 y 49 años.

Según la última encuesta de salud reproductiva realizada en 1999 entre mujeres de 18 y 44 años, el 85.6% habían tenido relaciones sexuales y en promedio había iniciado su vida sexual activa a los 18 años. (Chen, Rosero, Brenes, León, González y Venegas, 2001)

Dicha encuesta también reveló que existía entre las mujeres entrevistadas, una necesidad sentida por planear su fecundidad, como lo demuestran los siguientes datos referidos a las mujeres casadas y unidas:

- El 80% utilizaba métodos anticonceptivos.
- El 51.6% de las mujeres fértiles no deseaban tener más hijos.
- El 77.9% de las mujeres fértiles que deseaban un hijo o hija más, esperaban tenerlo hasta dentro de un año o más.
- El número promedio deseado de hijos e hijas, entre mujeres fértiles era de 2.7.

b) Hechos relacionados con la fecundidad

No obstante los deseos manifiestos de las mujeres por decidir cuándo y cuántos hijos o hijas tener y a pesar de la alta prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, en la práctica la situación es la siguiente:

- En la encuesta antes mencionada se encontró que el porcentaje de embarazos no deseados era del orden de 41.4% entre las mujeres casadas y unidas con algún hijo vivo. Dicha cifra es similar a la encontrada en otro estudio realizado en 1991, entre mujeres embarazadas, en este caso el porcentaje de embarazos no deseados fue de 45% (Madrigal, 1992)
- El número de mujeres atendidas en los hospitales de la CCSS por complicaciones de aborto, se ha mantenido relativamente estable (el promedio anual para el período 1998 - 2002 es de 8850). Utilizando las cifras de hospitalizaciones por aborto, correspondientes al período 1984 – 1991, dos estudios que utilizaron metodologías

diferentes, llegaron a estimar entre 4000 y 8500 el número de abortos inducidos en Costa Rica por año. (Brenes, 1994; Muñoz, s.f.)

- La proporción de nacimientos correspondiente a adolescentes madres se ha mantenido en alrededor de 20% anual desde 1997. La cifra preliminar para el primer semestre del 2003 es de 20.2%. En algunos cantones, como Parrita, Talamanca y La Cruz alcanza más de un 30%.

c) Factores relacionados con la fecundidad

La diferencia entre lo que las mujeres desean en torno a su fecundidad y lo que se presenta en la práctica, es producto de diversos factores; es posible que algunos de ellos sean los siguientes:

Método anticonceptivo utilizado.

Un porcentaje importante de las mujeres casadas y unidas (44.5%) utilizan métodos anticonceptivos que requieren un uso correcto y consistente para que sean muy eficaces para evitar embarazos. Las mujeres que utilizan pastillas (25%) pueden olvidar tomárselas. En cuanto al condón (usado por un 10.9%) es necesario disponer del mismo al momento de la relación sexual, tomar la decisión de usarlo y manipularlo adecuadamente. (Chen et al., 2001)

También un 8.3% intenta evitar los embarazos por medio de métodos “naturales”, lo que implica seguir instrucciones precisas para su eficaz funcionamiento así como tomar decisiones sobre cuándo y cómo tener relaciones sexuales. (Chen et al., 2001)

Para aumentar la probabilidad de que una persona use correcta y consistentemente un método anticonceptivo, la escogencia del mismo debe ser una decisión aceptada voluntariamente. Esto implica tener amplia información sobre las características de todos los métodos anticonceptivos, tener acceso fácil a ellos y no tener influencia de otras personas incluyendo a quienes proveen los servicios de salud reproductiva. Varios estudios han demostrado la existencia de barreras administrativas y médicas que impiden a las personas utilizar el método anticonceptivo deseado. (Díaz, 2000)

Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual

La encuesta de salud reproductiva de 1999 ya mencionada, indica que solamente un 29.8% de las mujeres entrevistadas utilizó anticonceptivos en la primera relación sexual. Entre las mujeres que se protegieron de quedar embarazadas, la mitad utilizó el condón o el método del ritmo. Entre las razones que señalaron para no usar anticonceptivos citaron: lo inesperado del hecho (31%), el deseo de embarazarse (24%) y el desconocimiento (20%).

Según la encuesta de fecundidad (2001), las mujeres entre 18 y 44 años tuvieron en promedio su primera relación sexual a los 18 años. Este dato insta a reflexionar sobre la importancia de respetar el derecho de las personas adolescentes a una información completa, científica y laica sobre la sexualidad. Además, las personas jóvenes deben tener acceso a servicios de salud reproductiva de óptima calidad, incluyendo la provisión de anticonceptivos.

En Costa Rica se sigue sin implementar un programa sostenible de educación para la sexualidad dirigido a niños, niñas y jóvenes, pese a que legalmente es una obligación del Ministerio de Educación y del Ministerio de Salud, según lo establecido en el Código de la Niñez y la Adolescencia y por compromisos adquiridos internacionalmente en la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. Este hecho ha sido denunciado por la Defensoría de los Habitantes.

Violencia basada en género

Según Almeida (2003) “la violencia basada en género es cualquier acción que tenga como resultado daño físico o emocional, causado por el abuso de poder de una persona sobre otra, y que tiene su raíz en las desigualdades de género” (p. 9).

Para efectos del presente documento, haremos alusión a dos tipos de violencia basada en género: la violencia doméstica y la violación sexual. Se retoman estos problemas debido a su pertinencia con el tema, ya que la prevención del embarazo no deseado producto de la violencia basada en género, es una de las situaciones en las cuales la OMS (1998), indica el uso de la Anticoncepción de Emergencia.

Violencia doméstica

El problema de la violencia doméstica o intra - familiar en el país, es mucho mayor de lo que se percibía hace algunos años. Cuando una mujer se ve expuesta en sus espacios de confianza a peligro físico o es controlada con amenazas o el uso de la fuerza física se está frente a un caso de violencia doméstica. Este tipo de violencia incluye el maltrato físico, el emocional o psicológico, el patrimonial y el sexual que se refiere a cualquier forma de degradación sexual o sexo obligado como:

- Intentar tener actividad sexual cuando la mujer no está totalmente consciente, no se le pregunta o tiene miedo a decir que no.
- Obligar a la mujer a tener relaciones sexuales sin protección anticonceptiva o contra infecciones de transmisión sexual.

La violencia sexual y especialmente ser obligada a tener relaciones sexuales puede ser una situación que para muchas mujeres es difícil denunciar. Por ello es muy probable que los 2092 casos registrados en el 2001 por violencia intra familiar sea una cifra que se aleja de la realidad. De los casos denunciados, 330 (16%) fueron catalogados como abuso sexual. (www.poderjudicial.go.cr)

El tema de la violencia doméstica y en particular la violencia sexual es un aspecto íntimamente ligado a la construcción de género, por lo tanto es un aspecto que debe ser incluido dentro de las temáticas en la educación para la sexualidad que el Estado le está negando a la niñez y la adolescencia de este país.

Violaciones

La violación es un delito grave tipificado en el Código Penal de nuestro país, en el capítulo de delitos sexuales. El artículo 56 y siguientes castiga hasta por 18 años al autor del delito.

El caso de las violaciones es particularmente especial porque se ha encontrado que muchas de las personas agresoras son conocidas por la víctima. Razón por la que muchos casos no son denunciados ante las autoridades respectivas.

La violencia sexual afecta a la mujer y a la familia de muy diversas maneras, atentando contra su integridad personal, sexual y existencial. Este hecho marca su historia y altera sus proyectos de vida. Cuando la víctima aún se encuentra en la etapa crítica, la confirmación de embarazo, resultado de la violación puede convertirse en un choque emocional tan intenso, que desencadene una crisis. Así, embarazo por violación, cuya incidencia es difícil de cuantificar en Costa Rica, constituye una agresión a la esencia misma de cada mujer, un traumatismo y una herida a su existencia.

La violación, aparte de la connotación dolorosa del hecho brutal, en este caso para una mujer, es una “*emergencia médica*”. Más allá del contexto en que se produjo, o sea si fue con aplicación de fuerza o no, una violación puede presentar como emergencia médica lo siguiente:

1. Traumatismos físicos leves o graves.
2. Traumatismos psicológicos siempre graves.
3. Contagio de infecciones de transmisión sexual.
4. Riesgo de embarazo no deseado (4.7% de las mujeres que han sido violadas quedan embarazadas. En las adolescentes, 12-17 años, el porcentaje es más alto, 5.3% (Holmes, 1996, citado por ACLU).
5. Riesgo de aborto en condiciones inseguras.
6. Riesgo de muerte, producto de las lesiones o del trauma emocional que lleva al suicidio.

Aunque en realidad la mujer o los familiares no piensan en todas las secuelas posibles, la mayoría piensa en el sufrimiento, la vergüenza y la culpa.

Desde el punto de vista científico, y, de acuerdo a investigaciones, un embarazo puede producirse en cualquier día del ciclo menstrual, inducido por ovulaciones que se dan incluso durante la menstruación (Wilcox, A., Dunson, D. y Baird, D., 2000)

En este contexto, una violación debe ser manejada integralmente desde cualquier servicio, sea legal, psicológico o médico y tendría que ser remitida necesariamente a tres espacios de atención profesional:

1. Administración de justicia.
2. Sistema de salud.
3. Servicio de Psicología.

En cualquiera de estas tres instancias, una atención integral dirigida a la mujer debe incluir información completa, científica, correcta y entendible sobre los riesgos a los

que está expuesta producto de la violación, en particular, que la probabilidad de un embarazo no deseado puede disminuirse significativamente si se utiliza la Anticoncepción de Emergencia de manera oportuna.

Según datos de la sección de estadísticas del Poder Judicial en el 2002 se presentaron ante el Organismo de Investigación Judicial (OIJ) 632 casos de violación. Esta cifra ha venido en aumento como se puede observar a continuación:

**Casos de violación presentados ante el Organismo de Investigación Judicial
1998 – 2002**

Años	Casos
1998	393
1999	350
2000	482
2001	552
2002	632
Total	2409

Fuente: Poder Judicial, Sección de Estadísticas, Área de Estadísticas Policiales.
Información en línea www.poderjudicial.go.cr

Los países en que hay acceso a la anticoncepción de emergencia, se ha reducido significativamente el número de abortos. Por ejemplo, se calcula que en los Estados Unidos, el acceso a la anticoncepción de emergencia previno 51 000 abortos en el año 2001 y se estima que redujo un 43% de los abortos entre 1994 y 2000. (Consortio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia, 2003) Por su parte, en México la AE podría evitar los 100 000 abortos que se reconoce, se realizan al año.

En el caso de nuestro país, en el año 1991, se presentó un proyecto de ley ante la Asamblea Legislativa para modificar el Código Penal en lo relativo al aborto terapéutico, el mismo proponía legalizar los abortos llevados a cabo para terminar embarazos productos de violaciones o incestos. Este proyecto generó una gran polémica nacional y no tuvo trascendencia en el ámbito jurídico; pero sí permitió el cuestionamiento de la verdadera situación del aborto en el país, además de la imposición de la maternidad a raíz de un delito grave como es la violación.

ANTECEDENTES

Internacional

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la anticoncepción hormonal de emergencia (AE) como “métodos hormonales que pueden ser usados para prevenir un embarazo luego de una relación sexual sin protección”. (WHO, 1998)

El método se conocía anteriormente como “la píldora del día siguiente” por su efectividad posterior al coito. En 1963 se demostró ser efectivo por primera vez en un estudio realizado en Yale. Desde entonces diversos estudios han comprobado que previene embarazos luego de una relación coital sin protección, pero antes que se establezca un embarazo. (Croxato 2001)

Una revisión publicada en Cochrane Library incluyó 15 estudios, concluye que el régimen de levonorgestrel es más efectivo que el combinado o Yuzpe y ocasiona menos efectos secundarios. (Cheng, 2002; Lancet, 1998)

La misma revisión médica menciona como antecedente que AE es subutilizada a nivel mundial, condición que pone a las mujeres en riesgo de abortos provocados (estimados en 20% de las concepciones en países en desarrollo) con un aumento en la morbilidad y mortalidad materna. (Cheng, 2002) A ello hay que agregar el embarazo no deseado, estimado en 36% en países en desarrollo. (Tew, s.f.)

La sub - utilización de este método ha sido documentada en diversos estudios: resultados preliminares indican que entre los gineco - obstetras en Centroamérica, el porcentaje que la había prescrito en el año previo varió entre 56% en Guatemala y 88% en Nicaragua. (Córdova, 2002). En otros contextos: la indicaron el 61% de gineco - obstetras en Brasil (Galvao, 2000) y el 75% de los pediatras de un distrito de New York (Golden, 2001)

Cabe mencionar que en cuatro de seis países centroamericanos –El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Honduras- las normas oficiales de planificación familiar y salud reproductiva incluyen la AE, lo que no ocurre en Costa Rica y Panamá. (CLAE, 2003)

Existen varios factores que contribuyen a la sub - utilización de AE, entre ellos –para potenciales usuarias y proveedores de salud- cabe mencionar el bajo conocimiento de su existencia, desconocimiento del mecanismo de acción, baja percepción del riesgo de embarazo y temores o creencias erróneas respecto a su uso.

Cabe resaltar el pronunciamiento que hizo la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO, 2002). Esta organización reconoce que:

- Las personas tienen derecho a beneficiarse de los nuevos avances científicos en materia de salud sexual y reproductiva
- Si no se definen políticas que garanticen el disfrute de los derechos se está menoscabando la atención que reciben las personas

- La anticoncepción de emergencia ayuda a reducir el número de embarazos no deseados sin necesidad de recurrir al aborto.

Ante tales enunciados, la FIGO (2002) recomienda:

1. El pronto acceso a la anticoncepción hormonal de emergencia mejora el índice de éxito y por tanto disminuye los riesgos para la salud. Por tanto la profesión médica debería abogar por una política que posibilite el acceso fácil y continuo de toda mujer a la anticoncepción de emergencia.
2. La anticoncepción de emergencia no es apropiada como método anticonceptivo habitual desde un punto de vista médico. Los médicos tienen la obligación de asegurarse de que la información sobre la anticoncepción de emergencia es correcta y está disponible; también han de discutir futuras estrategias con los individuos para evitar la necesidad de la anticoncepción de emergencia.
3. El acceso a la anticoncepción de emergencia debería ser un componente esencial del cuidado inmediato a las víctimas de violaciones con riesgo de embarazo. En vista de su especial vulnerabilidad en la sociedad las adolescentes son otro grupo que debería tener fácil acceso a la anticoncepción de emergencia.

Nacional

En el ámbito nacional se han realizado investigaciones que indagaron el conocimiento, las actitudes y las prácticas de personas proveedoras de salud y usuarias potenciales en torno a la píldora anticonceptiva de emergencia.

El Centro Centroamericano de Población (CCP), adscrito a la Universidad de Costa Rica (UCR), indagó el conocimiento, las opiniones y las actitudes de las personas proveedoras de salud respecto a la anticoncepción de emergencia, específicamente entre profesionales en farmacia y gineco-obstetricia. (Marín, 2002; Marín 2004)

En una de las investigaciones se entrevistó a 93 profesionales en farmacia del Área Metropolitana de San José. Los resultados revelan un alto conocimiento de la existencia de la AE (77%), situaciones en que ésta es indicada (56%) y sus efectos secundarios (76%). Por el contrario, el conocimiento es pobre con relación al mecanismo de acción, el modo de uso y la eficacia. Un 42% de las personas creen que es abortiva y sólo un 24% las califica como muy eficaces. Por último, sólo un 13% las había recetado en el último año. (Marín, 2002)

En la otra investigación desarrollada por el CCP, se entrevistó a 42 profesionales en gineco-obstetricia. Al igual que en la investigación previa, existe un alto conocimiento sobre la existencia de la AE (92%), las situaciones en que se recomienda su uso (80%) y los efectos secundarios (82%). Se puede notar que un alto porcentaje (75%) mencionan que son eficaces o muy eficaces y un 72% refirió que estaría dispuesto a prescribir la anticoncepción de emergencia. (Marín, 2004)

Por su parte, durante el 2003 la Asociación Demográfica Costarricense (ADC), Organización no Gubernamental (ONG) que trabaja en el área de la salud sexual y

reproductiva, desarrolló una investigación cuyo objetivo era explorar el conocimiento y la actitud de las usuarias potenciales con relación a la AE. Se entrevistó a 90 estudiantes universitarias y a 30 usuarias de un EBAIS. En las estudiantes universitarias se encontró que un 53.9% han escuchado sobre las AE, un 8,2% las ha utilizado y un 43% estaría dispuesta a utilizarlas. Por su parte, las usuarias del EBAIS sólo un 10% dijeron conocer la AE, pero un 60% estarían dispuestas a utilizarlas. (Carvajal y Maroto, 2003)

Paralelamente, durante el 2003 la ADC indagó sobre el conocimiento y la actitud de personas clave, entendidas como representantes de ONG y otras organizaciones vinculadas con los temas de salud sexual y reproductiva. Se entrevistaron 9 personas de 7 organizaciones diferentes. En las 7 organizaciones, al menos una de las personas entrevistadas, conocían sobre la AE. Todas las personas entrevistadas están de acuerdo en que es necesario incluir los procedimientos de anticoncepción de emergencia en las normas de la Caja Costarricense del Seguro Social. Asimismo, creen que en su organización apoyarían la difusión de programas que brinden información y asesoría sobre AE a la población con que trabajan. (Carvajal y Maroto, 2003)

Respecto al contexto nacional, cabe resaltar dos puntos respecto a la anticoncepción de emergencia:

- La AE no está incluida en las normas o protocolos de la Caja Costarricense del Seguro Social.
- No existe un producto dedicado (Levonorgestrel) para la AE, por lo tanto sólo se puede utilizar el método Yuzpe (pastillas anticonceptivas de uso regular).

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

➤ ¿Qué es la Anticoncepción de Emergencia (AE)?

Son métodos anticonceptivos utilizados en situaciones de emergencia a los que las mujeres pueden recurrir para prevenir embarazos no deseados. El método anticonceptivo de emergencia está indicado cuando una mujer fue forzada a tener relaciones sexuales, tuvo una relación sexual voluntaria sin protección o con protección defectuosa. La AE debe usarse horas o días después de la relación sexual.

Las formas en que se puede usar la AE son los métodos hormonales y el dispositivo intrauterino.

Los métodos Hormonales. Estos son los más comunes y han sido utilizados en muchos países durante más de 30 años. Consiste en una dosis elevada de píldoras anticonceptivas. Son presentaciones que contienen solo Progestina o que contienen Estrógenos (Etinil- Estradiol) y Progestina (Levonorgestrel).

Estas píldoras deben ser ingeridas por la mujer dentro de las 72 horas siguientes a la relación coital sin protección o con protección defectuosa. Debe tomarse una primera dosis lo antes posible y una segunda dosis dentro de las siguientes 12 horas.

Cabe explicitar que la acción preventiva es más efectiva mientras más pronto se tome, después del coito.

Es importante resaltar que la AE no debe utilizarse como método anticonceptivo de uso regular ya que no es tan efectivo como otros anticonceptivos regulares y no protegen contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluido el VIH / SIDA.

➤ ¿Cómo funciona la anticoncepción hormonal de emergencia?

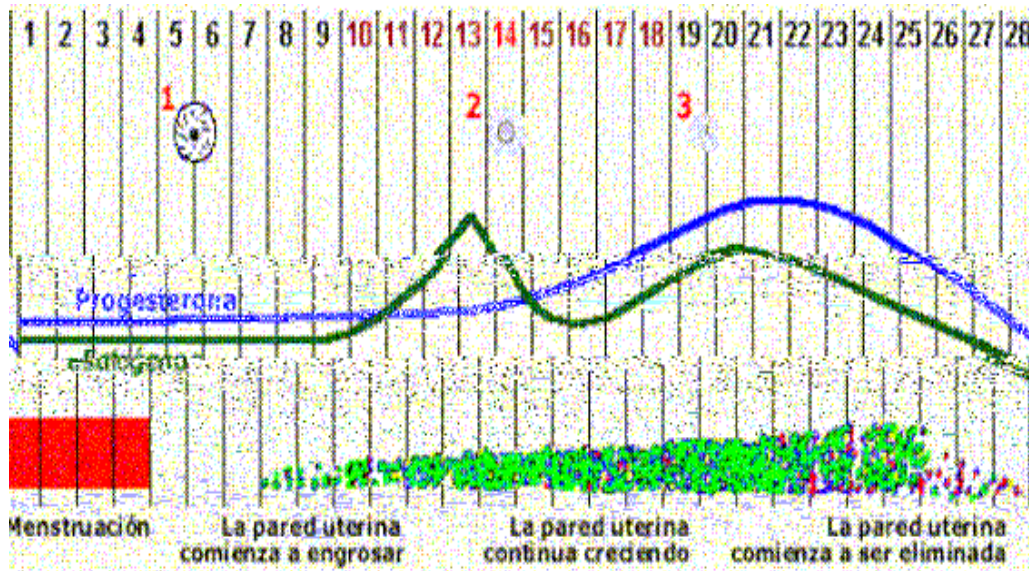
Durante el ciclo menstrual de las mujeres, se dan una serie de cambios en el sistema reproductivo. Estos cambios que ocurren todos los meses en las mujeres se dan en ovarios, trompas de Falopio, endometrio y vagina.

El ciclo menstrual tiene cuatro fases:

- Fase menstrual: si no ocurriera un embarazo, el endometrio / capa interna del útero, se desprende produciendo sangrado, el cual se llama menstruación.
- Fase proliferativa: es el período en que el endometrio se regenera y crece, coincide con el crecimiento y maduración del óvulo (marcado con el número 1 en el Gráfico 1).
- La ovulación: se da cuando el óvulo madura y sale a las trompas de Falopio. Ésta marca el período fértil (marcado con el número 2 en el Gráfico 1).

- La fase secretoria: es la fase que se da cuando se ha producido la ovulación, al mismo tiempo el endometrio se prepara, ya no se engrosa, sino que las glándulas crecen, se llenan de secreciones y de vasos sanguíneos, por influencia de las hormonas que son liberadas a la sangre por el ovario cuando se produce la ovulación. Estos cambios son preparatorios por si se diera la fecundación del óvulo para permitir su anidación en el útero (marcado con el número 3 en el Gráfico 1).

**Gráfico 1:
El ciclo menstrual**



Un embarazo se puede producir si se tiene una relación sexual sin utilizar un método el día de la ovulación o alguno de los cinco días anteriores a ésta. Estos son los seis días fértiles (los cinco días antes de la ovulación y el de la ovulación).

La ubicación de estos días fértiles dentro del ciclo menstrual varía de una mujer a otra y en la misma mujer.

Investigaciones realizadas desde 1964 con sustancias hormonales, han demostrado que éstas son eficaces para evitar que se produzca un embarazo no deseado, cuando se administran en las circunstancias mencionadas (fallo o no uso de un método anticonceptivo).

Múltiples estudios con mujeres y modelos animales han demostrado que la anticoncepción hormonal de emergencia puede interferir con la migración y función de los espermatozoides y / o con el proceso ovulatorio, procesos que son necesarios para que se dé la fecundación.

También muchos otros estudios han mostrado que probablemente interfiera con eventos previos a la fecundación y no han mostrado alteraciones importantes del endometrio que lo hagan incompatible con la implantación. En estudios experimentales con modelos animales (ratas y monas Cebus Apella), se ha demostrado que la anticoncepción hormonal post coital no interfiere con la gestación. (Ortiz, ICIMER, 2002)

En resumen, según el momento del ciclo menstrual en que se usa la anticoncepción hormonal de emergencia éstas pueden:

1. Detener o retrasar la liberación del óvulo
2. Prevenir que los espermatozoides lleguen al óvulo
3. No hay evidencia científica de que la AE inhiba la implantación del óvulo fecundado en el endometrio.

Por lo anterior, la anticoncepción de emergencia trabaja en los eventos previos a la fecundación. Si ya la mujer está embarazada, la anticoncepción de emergencia no va a producir ningún daño al feto ni va a provocar el aborto. (Bracken, 1990)

➤ **Regímenes de la anticoncepción hormonal de emergencia**

Nos vamos a referir a los métodos hormonales que se utilizan como AE, entre los cuales podemos encontrar dos regímenes, a saber: el régimen sólo Levonorgestrel y el régimen combinado de estrógeno - progestina (Yuzpe).

En algunos países está disponible el régimen sólo Levonorgestrel (o producto dedicado, utilizado solamente como método de AE), en el cual se indica la cantidad de ingesta de los mismos. Por otro lado en los lugares en que no se vende el producto dedicado, como es el caso de nuestro país, se utiliza el régimen combinado de estrógeno - progestina (llamado Yuzpe, por el médico que lo descubrió). En este caso, la dosis puede variar de dos a cuatro pastillas, eso depende del anticonceptivo oral que se utilice (ver cuadro), lo que se mantiene es la frecuencia de la ingesta, es decir dos veces dentro de las primeras 72 horas después del coito, una lo antes posible después de la relación coital sin protección o con protección defectuosa y la otra en las siguientes 12 horas.

Régimen combinado de estrógeno y progestina (Yuzpe)	Régimen de Levonorgestrel (producto dedicado)
<ul style="list-style-type: none"> • Píldoras de 100 mcg de etinil estradiol más 0,5 mg de levonorgestrel (ó 1,0 mg de norgestrel tan pronto como sea posible, pero dentro de las 72 horas después de las relaciones coitales sin protección o con protección defectuosa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Píldoras de 0,75 mg de levonorgestrel (ó 1,5 mg de norgestrel) tan pronto como sea posible, pero dentro de las 72 horas después de las relaciones coitales sin protección o con protección defectuosa.
<ul style="list-style-type: none"> • Repetir dentro de las siguientes 12 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir dentro de las siguientes 12 horas • Estudios recientes han probado que en este régimen, tomarse las pastillas en una dosis única es tan eficaz como tomárselas en dos dosis. (Von Hertzen, et. al 2002; Arowojolu, Okewole y Adekunle, 2002) • (Ver anexo 1)

Régimen combinado de estrógeno y progestina (Yuzpe)			Régimen de Levonorgestrel
Los siguientes productos son los que están disponibles en Costa Rica			Estudios recientes señalan que puede ser usado dentro de las siguientes 120 horas después de las relaciones coitales sin protección o con protección defectuosa, aunque la eficacia es mayor en las primeras 48 horas. (Von Hertzen, et. al, 2002; Arowojolu, et. al, 2002; Rodríguez et. al, 2001; Ellerson et. al; 2003)
Producto	1era dosis (lo antes posible)	2 da dosis (dentro de las siguientes 12 horas)	
Lo - femenal Microgynon Nordette Norgylen* Marvelon	4 pastillas	4 pastillas	
Norgyl* Ovral	2 pastillas	2 pastillas	
* Se encuentran disponibles en la CCSS			
<ul style="list-style-type: none"> Eficacia: De 100 mujeres que tienen relaciones coitales sin protección o con protección defectuosa, 8 podrían quedar embarazadas. Si ellas usan AE, sólo 2 quedarían embarazadas. (75% de reducción del riesgo) (CLAE, 2001) 			<ul style="list-style-type: none"> Eficacia: De 100 mujeres que tienen relaciones coitales sin protección o con protección defectuosa, 8 podrían quedar embarazadas. Si ellas usan AE, sólo 1 quedaría embarazada. (89% de reducción del riesgo) (CLAE, 2001)
<ul style="list-style-type: none"> Efectos secundarios: Náuseas (50%) Vómito (20%) (CLAE, 2001) 			<ul style="list-style-type: none"> Efectos secundarios: Náuseas (23%) Vómito (6%) (CLAE, 2001)

- Otros efectos secundarios aparecen ocasionalmente dependiendo de la mujer y éstos se deben al alto nivel de hormonas en circulación sanguínea. Entre los efectos, se pueden mencionar dolor abdominal, dolor de cabeza, sensibilidad mamaria anormal, fatiga, mareos y manchado o sangrado vaginal irregular. Estos efectos se mantienen generalmente, durante el tiempo de ingesta, ya que temporales y no secuelas permanentes.
- La mejor forma de reducir a un mínimo las náuseas y el vómito es usar cuando sea posible el régimen sólo de levonorgestrel en lugar del régimen combinado.
- El uso de antieméticos (por ejemplo meclizina) ayudan a prevenir las náuseas y el vómito. Se recomienda tomar 1 pastilla 1 hora antes de tomar la AE.
- Luego de tomar la AE pueden haber cambios en la aparición de la siguiente menstruación (puede adelantarse o atrasarse 1 semana de la fecha esperada).
- Es importante acotar que la dosis indicada en el cuadro anterior es independiente de la edad de la mujer.

➤ **Mitos y realidades sobre la Anticoncepción de Emergencia**

La AE ha sido un tema polémico en su manejo público y con personal de salud. La controversia en torno a la AE, se debe en muchos casos, a mitos o estereotipos, que son importantes de conocer para llevar a cabo una adecuada labor de desmitificación y acercamiento a la realidad.

Mito	Realidad
La AE es abortiva	La AE no es abortiva, funciona de diversas maneras dependiendo en qué momento del ciclo menstrual se tome. Interfiere con la migración y función de los espermatozoides, la ovulación o la fertilización. No hay evidencia científica de que inhiba la implantación del óvulo fecundado al útero. En todo caso, si ya la mujer está embarazada, la AE no va a interrumpir el embarazo, ni va a causar ningún daño al embrión.

La AE es igual que la píldora francesa RU – 486

La píldora francesa Mifepristona (RU486) interrumpe el embarazo durante el primer trimestre

s9 Tc0.1nm-0.4(b)-0uad. e o laTJO -1.1479 T

Mito	Realidad
La AE protege contra las Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH / SIDA.	La AE no protege a la mujer de las Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo el VIH / SIDA.
La AE siempre provoca la menstruación inmediatamente después de ser tomadas.	La menstruación se presenta por lo general alrededor de la fecha prevista, aunque puede adelantarse o atrasarse unos días. Si no llega después de una semana de la fecha esperada se recomienda que la mujer se haga una prueba de embarazo, pues existe la posibilidad de que haya quedado embarazada.
Las mujeres que no pueden tomar pastillas anticonceptivas regulares tampoco pueden usar la anticoncepción de emergencia.	La dosis de hormonas que se toma con la AE es relativamente pequeña y se utiliza durante un corto lapso de tiempo, por lo tanto las contraindicaciones con el uso continuado de anticonceptivos hormonales no se aplican al método de emergencia. De acuerdo a la OMS no hay ninguna contraindicación para la toma de AE, ni siquiera en aquellas mujeres para las que no se recomiendan las pastillas anticonceptivas de forma regular.
Si la mujer utiliza AE varias veces en un mes, su efectividad disminuye.	La efectividad de la AE no disminuye por su uso frecuente. Una vez que se usó AE, lo indicado es iniciar un método anticonceptivo de uso regular. Estos métodos son más efectivos que la AE y producen menos efectos secundarios. AE debe reservarse para situaciones de emergencia.
La AE puede dañar al embrión si la mujer ya está embarazada.	No hay evidencia científica de contraindicación médica absoluta o relativa para la mujer si ya estaba embarazada o para el producto de la concepción.
La AE funciona como el Gutidos®	El Gutidos no funciona como anticonceptivo de emergencia. El Gutidos® está indicado para uso en manejo de amenorreas y el tratamiento del sangrado uterino disfuncional y corresponde a una formula combinada de estrógeno y progestágeno. El personal médico suele confundirlo con la Anticoncepción de Emergencia.
La AE promueve la irresponsabilidad y disminuye el uso de los anticonceptivos de uso regular.	Varios estudios recientes, compararon grupos de mujeres que tenían fácil acceso a la AE, con otros grupos que tuvieron que acudir a

Mito	Realidad
	<p>una persona profesional en medicina para obtenerla. Se demostró que las mujeres que tenían la AE en la casa no la usaron de forma incorrecta, ni más frecuentemente que las que tenían que acudir al centro médico. Se demostró además, que las mujeres con fácil acceso a la AE la usaron más temprano que las que no la tenían a mano, aumentando por lo tanto la eficacia para las que las tomaron antes. Informar y educar a las mujeres sobre la AE ofrece una oportunidad más para hablar sobre métodos anticonceptivos de uso regular y el uso del condón para la prevención de las ITS y el VIH / SIDA. Así como para prevenir embarazos no deseados que en Costa Rica alcanza un 40%.</p>
<p>Brindar información sobre AE promueve o incentiva las relaciones sexuales entre adolescentes.</p>	<p>Diversos estudios han demostrado que los adolescentes no son más propensos a tener relaciones sexuales luego que conocen AE. En Inglaterra, profesores capacitados dieron información sobre AE a 916 muchachos y 852 muchachas estudiantes de 10mo. año, todos de 14-15 años de edad. Otro grupo de 1058 muchachos y 968 muchachas de la misma edad y estudiantes de otras escuelas no recibieron información. Se concluyó que la intervención educativa aumentó el porcentaje de muchachos y muchachas que conocían los límites de tiempo para el uso correcto de AE. La intervención no modificó la actividad sexual o el uso de AE en el grupo informado (Graham, 2002).</p>
<p>Las mujeres quedan embarazadas debido a conductas sexuales irresponsables, por lo que deben asumir las consecuencias.</p>	<p>Las mujeres quedan embarazadas debido a diversos factores. En relación a los embarazos no deseados, muchas veces las mujeres no tienen información acerca de cómo prevenirlos, no tienen acceso a métodos anticonceptivos, por situaciones de violencia no tienen la posibilidad de negociar el uso de un método, o éste falló.</p>
<p>Las mujeres no piden información sobre AE porque no la necesitan.</p>	<p>Las mujeres no piden información sobre AE porque no conocen de su existencia. En Costa Rica, sólo un 3% de las mujeres conocen el método de la AE (Chen et al, 2001).</p>

MARCO LEGAL EN TORNO A LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)

Los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos ya reconocidos en nuestra legislación, éstos se encuentran en Tratados Internacionales, Convenciones y Conferencias Internacionales así como otros documentos de consenso alrededor del tema (Langer, 2000).

Específicamente y con relación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, Facio (s.f.) sistematiza, articula e integra algunos de los principales derechos que les han sido reconocidos a éstas, destacando entre ellos:

1. Derecho a la Vida (eliminando la muerte por parto).
2. Derecho a la Salud (incluyendo la salud sexual y reproductiva)
3. Derecho a la Libertad, seguridad e integridad personal.
4. Derecho a decidir el número e intervalo de los hijos e hijas (incluye el derecho a la autonomía reproductiva, y el derecho a realizar un plan de procreación con -asistencia médica o de una partera reconocida- en un hospital, o un ambiente alternativo).
5. Derecho a la Intimidad (que incluye el derecho de toda mujer a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias sobre sus funciones reproductivas).
6. Derecho a la igualdad y no discriminación.
7. Derecho a un trabajo libre de acoso.
8. Derecho a la Información adecuada y oportuna (incluye el derecho de toda persona a que se le dé información clara sobre su estado de salud, el derecho a ser informada sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción, y acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fecundidad y sobre las implicaciones de un embarazo para caso en particular).
9. Derecho a modificar las condiciones discriminatorias contra la mujer (incluye el derecho a modificar las costumbres que perjudican la salud reproductiva de las mujeres y las niñas).
10. Derecho a disfrutar del progreso científico en el área de la reproducción humana y el derecho a no ser objeto de experimentación en el área de la reproducción humana.

Puesto que en nuestro país no existe una legislación, o política pública específica que prohíba, impulse o promueva la aplicación de los métodos de AE como una alternativa para prevenir embarazos no deseados (que como su nombre lo indica, se utilice específicamente en situaciones de emergencia), se considera importante hacer un señalamiento de los principales instrumentos internacionales de reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres adultas, niñas y adolescentes, que han sido ratificados por Costa Rica; y otros compromisos relacionados con los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mismas, sobre los cuales se puede sustentar la necesidad de utilizar y difundir de manera educativa la adecuada utilización de la anticoncepción de emergencia.

▪ CONVENCIONES INTERNACIONALES

En materia de defensa de los derechos humanos de las mujeres se puede identificar la existencia de dos Convenciones Internacionales, las cuales se han convertido en parte del marco jurídico de nuestro país mediante su ratificación (por parte del Poder Legislativo), y posterior incorporación de las mismas como Leyes de la República, a saber:

- 1. Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la mujer** (CEDAW por sus siglas en inglés), ratificada por Costa Rica en 1984. En donde el Estado se compromete a:

"...adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres el acceso a los servicios de atención médica inclusive a los que se refieran a la planificación familiar..."

- 2. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer** (Belem Do Pará), ratificada por Costa Rica en 1995. En el artículo 4 de la misma, se menciona el derecho de toda mujer:

"...al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos..."

▪ CONFERENCIAS INTERNACIONALES

En el ámbito internacional existen dos compromisos en materia de defensa de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres, que si bien no forman parte de nuestro marco jurídico, si responden a un compromiso adquirido por el Poder Ejecutivo ante la comunidad internacional.

Estos compromisos responden a las dos siguientes conferencias:

- 1. Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo**, celebrada en el año 1994, en el Cairo. Es importante resaltar que en el Capítulo Séptimo, dedicado a los Derechos Sexuales, y la Salud Reproductiva se plantea:

- En lo referente a "los Derechos reproductivos y salud reproductiva", la necesidad de que los Estados tomen medidas dirigidas a garantizar:

7.6 "... La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la

salud debería abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia..."

- Con respecto a la "Planificación de la Familia", la imperante necesidad de que los Estados ejerzan medidas dirigidas hacia:

7.15 "...utilizar todos los medios de que disponen para apoyar el principio de la libertad de elección en la planificación de la familia."

7.21 "... a que proporcionen un ambiente propicio para el suministro (...) de servicios de información de buena calidad en materia de planificación de la familia y de salud reproductiva..."

7.23 "... b) Proporcionar información accesible, completa y precisa sobre los diversos métodos de planificación de la familia, que incluya sus riesgos y beneficios para la salud, los posibles efectos secundarios..."

2. Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer, celebrada en el año 1995, en Beijing. La Declaración de Beijing, plantea el compromiso de los Estados para garantizar:

- "Garantizar la plena aplicación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas como parte inalienable, integral e indivisible de todos los derechos humanos y libertades fundamentales".
- "El reconocimiento explícito y la reafirmación del derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad..."
- "Garantizar el acceso de las mujeres en condiciones de igualdad a los recursos económicos, incluidos (...) la ciencia y la tecnología..."

Además se cuenta con la **Plataforma de acción** establecida dentro de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, específicamente dentro del componente de acción denominado *c. La mujer y la Salud*.

De esta Plataforma de acción puede se puede mencionar que:

92. "Es preciso lograr que la mujer pueda ejercer el derecho a disfrutar el mas alto nivel posible de salud durante todo su ciclo vital (...) La buena salud es indispensable para vivir en forma productiva y satisfactoria y el derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud y en particular su propia fecundidad es fundamental para su emancipación".

94. "La salud reproductiva es una estado general del bienestar físico, mental y social (...) entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (...) lleva implícito el derecho (...) a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la

regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos..."

95. "... los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos (...) Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello..."

▪ **LEGISLACIÓN NACIONAL**

En nuestro país existen distintas leyes, códigos y decretos relacionados con la salud y derechos sexuales reproductivos, y por tanto son pertinentes con el tema de la AE. Cabe rescatar que, en gran medida, las normativas vigentes responden a compromisos adquiridos por el Estado costarricense, al firmar y ratificar Convenciones y Conferencias internacionales, como las destacadas anteriormente.

1. Decreto Ejecutivo 27913 – S de Salud Sexual y Reproductiva, en este decreto, aprobado en el año 1999, los artículos 4, 5 y 6 indican que, en todas las instancias públicas y privadas que se brinden servicios en salud sexual y salud reproductiva debe crearse una instancia denominada “*Consejería en Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales*”, constituida por un equipo interdisciplinario de profesionales. Algunas de las funciones de la misma son:

- a. Diseñar y ejecutar campañas de educación y divulgación sobre los derechos en salud reproductiva y sexual, métodos de control de fecundidad y sobre la oferta de servicios de atención al público en esa materia.
- b. Organizar y ejecutar procesos de actualización y capacitación al personal de salud sobre salud y derechos reproductivos y sexuales.
- c. Ofrecer información a las personas usuarias sobre las ventajas, limitaciones y contraindicaciones de los métodos de control de fertilidad y apoyar la selección del método más conveniente en cada caso.

Según indica el decreto, la consejería siempre debe garantizar que se reconozcan las necesidades específicas por género, grupo étnico, condición socio – económica e identidad étnica.

2. El Código de la Niñez y la Adolescencia, hace mención a derechos sexuales y a derechos reproductivos, relacionados con la temática en cuestión en los siguientes artículos:

- **Artículo 41: Derecho a la atención médica.** Las personas menores de edad gozarán de atención médica directa y gratuita por parte del Estado. Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad. No podrá aducirse ausencia de representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo ni otra circunstancia.

- **Artículo 55: Obligaciones de autoridades educativas.** Será obligación de los directores, representantes legales o encargados de los centros de enseñanza de educación básica preescolar, maternal u otra organización, pública o privada, de atención a personas menores de edad: c) Poner en ejecución los programas de educación sobre salud preventiva, sexual y reproductiva que formule el ministerio del ramo.

3. En la Política Pública de la Persona Joven, el capítulo de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, plantea el Derecho a la salud integral y condiciones de vida saludables en las dimensiones física, mental, sexual, social, ambiental y espiritual.

Uno de los objetivos específicos de este derecho es garantizar los mecanismos de acceso e información de las personas jóvenes a servicios integrales de salud y bienestar social de calidad, que permitan un óptimo desarrollo físico, mental, sexual, socio – ambiental y espiritual sin distinción alguna. Dentro de este objetivos específico, bajo el subtítulo de “*Afectividad y salud sexual y reproductiva*”, la política detalla los siguientes puntos:

3.23 Promoción de acciones de articulación para fortalecer servicios integrales de educación de la sexualidad y afectividad, enfatizando en el ejercicio de los derechos sexuales de las personas jóvenes, los cuales incluyen el acceso a la información y el conocimiento, la toma de decisiones para una sexualidad responsable y sana, contemplando las diferencias en la orientación sexual y adecuándolos a la realidad de las personas jóvenes.

3.24 Fomento de estrategias de prevención de ITS / VIH / SIDA, dentro de un marco de promoción de la salud integral de las personas jóvenes, tomando en cuenta las peculiaridades del tema, incorporando con claridad un enfoque diferenciado desde la diversidad sexual y abarcando todas las formas de prevención existentes.

3.26 Fortalecimiento y ejecución de acciones intersectoriales e integrales, tendientes al empoderamiento de la población femenina y masculina respecto a su derecho y libertad de elegir y tomar decisiones en la dimensión sexual y en la reproductiva, respetando las normas jurídicas nacionales vigentes.

3.27 Fortalecimiento y ampliación de acciones intersectoriales tendientes a reducir el embarazo antes de los 15 años, enfatizando en la educación, el desarrollo de la capacidad de prevención y la utilización de métodos de protección, tanto entre hombre como entre mujeres jóvenes.

3.28 Fomento del ejercicio de una sexualidad responsable por parte de hombres y mujeres.

Anticoncepción de Emergencia

Tomando como punto de partida la evidencia científica, que demuestra que el método de anticoncepción de emergencia no es abortivo, el principio general del derecho en nuestro país nos indica "que lo que no está prohibido, está permitido", y al no existir en Costa Rica una ley o tipificación específica que penalice o criminalice el uso, o la difusión con fines educativos de los principales métodos de anticoncepción y planificación familiar (incluyendo la anticoncepción de emergencia), no podrán tener

consecuencias penales aquellas personas que lleven a cabo estas acciones (Madden, 2003).

Es entonces, dentro del anterior marco jurídico en que se evidencia que el método anticonceptivo de emergencia se instaura dentro del marco de derechos humanos de las mujeres, jóvenes y adultas, reconocidos en diferentes tratados, conferencias, Convenciones Internacionales, políticas y decretos nacionales, toda vez que su conocimiento e implementación está estrictamente pero no limitado al ejercicio del derecho a la libertad, salud, educación, información y desarrollo científico.

En Costa Rica contamos con normativa que establece la obligatoriedad del sector de salud, de fortalecer e implementar acciones preventivas en materia de salud sexual y salud reproductiva, incluido el acceso a la información y a servicios de prevención de embarazos no deseados e ITS, incluyendo el VIH / SIDA. De esta manera, la información y el acceso a la AE, como un método para prevenir embarazos no deseados, se torna en el ejercicio de un derecho humano, y por tanto, se vuelve imprescindible su inclusión dentro de normativas oficiales de salud, que faciliten el ejercicio del derecho de las mujeres a tomar decisiones sobre su sexualidad y reproducción, con libertad, información y autonomía.

BIBLIOGRAFÍA

----- Conferencia Mundial Sobre la Mujer (1996). Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia; Ministerio de Planificación y Política Económica.

----- Informe de la Conferencia Internacional de población y desarrollo el Cairo 5 al 13 de setiembre 1994 (1995), Fondo de Población de las Naciones Unidas

Almeida, M. (2003) Protocolo de atención en Salud Sexual y Reproductiva para Mujeres en Situación de Violencia Basada en Género. Río de Janeiro: BEMFAM.

American Civil Liberties Union (ACLU). (2003). E.C. in the E.R. A manual for improving services for women who have been sexually assaulted.

Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception

Bracken MB Oral contraception and congenital malformations in offspring: a review and meta-analysis of the prospective studies. *Obstet Gynecol* 1990;76:552-7

Brenes, I.(1994) Actitudes y prácticas del aborto. Evidencia en Costa Rica. Tesis para optar por el grado de Maestría. Escuela de Estadística, Sistema de Estudios de Postgrado, Universidad de Costa Rica.

Cabria, A. y Martínez, A. Anticoncepción de Emergencia. Un derecho Sexual y Reproductivo. Guía para promover la Salud Comunitaria. Pacific Institute for Women's Health.

Carvajal, J. y Maroto, A. (2003) Conocimiento, actitud y práctica de usuarias potenciales sobre Anticoncepción de Emergencia. San José: Asociación Demográfica Costarricense.
<http://www.adc.or.cr/noticias/news.php?newsid=3>

Chen, M; Rosero, L.; Brenes, G.; León, M.; González, M. y Venegas, C. (2001) Salud Reproductiva y Migración Nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. San José: Programa Centroamericano de Población, (PCP) de la Escuela de Estadística e Instituto de Investigaciones en Salud (INISA). Universidad de Costa Rica.

Cheng, L.; Imezoglu, AM; Ezcurra, E.; Van Look PFA (2002) Interventions for emergency contraception. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue2. Oxford: Update Software.
http://www.medscape.com/viewarticle/435203_print. 2002

Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (2003). Cuadro resumen de la situación actual de la anticoncepción de emergencia en países latinoamericanos. Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia. Documento preliminar. 2003

Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia. (2001) Expansión de la anticoncepción de emergencia hacia el acceso global. Una estrategia colaborativa para satisfacer las necesidades de las mujeres.

Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (2001) Estrategias de Abogacía.

Croxatto et al. (2001) Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception* 63. 111-121

Díaz, S. (2000) Apoyo a la implementación de las consejerías en salud sexual y reproductiva. Caja Costarricense del Seguro Social, Sección Salud de la Mujer.

Dunn S and Gullbert E. Emergency Contraception. *Journal of Obstet Gyne of Canada* 2003;131:1-7.

Ellertson C et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstet Gynecol* 2003;101:1168-71.

Facio A (s.f). “Asegurando el Futuro”. Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Graham, A. Improving teenagers' knowledge of emergency contraception: cluster randomised controlled trial of a teacher led intervention. *BMJ* 2002;324:1179.

Hatcher, R.; Rinehart, W.; Blackburn, R.; Geller, J. y Shelton, J. (1999) Lo Esencial de la Tecnología anticonceptiva. Baltimore: Facultad de Salud Pública, Universidad de Johns Hopkins, Programa de Información en Población.

International Federation of Gynecologists and Obstetrician (FIGO) Guidelines, June 2001 (published May 2002)

Lancet (1998) Taskforce on Postovulatory Methods of Fertility Regulation: Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352:428-33.

Langer Ana y otros.(2000) “Salud Sexual y Reproductiva. Reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y Oportunidades” Population Council / Banco Interamericano de Desarrollo.

Madden, Rosemary (2003) (inédito).

Madrigal, J.; Sosa, D.; Gómez, M. (1991) El embarazo no deseado en Costa Rica: Informe de Resultados. Asociación Demográfica Costarricense. San José.

Marín, C. (2002) Nivel de conocimiento de los farmacéuticos acerca de las píldoras anticonceptivas de emergencia en San José en el año 2002. *Revista Costarricense de Salud Pública*. Año 11 No. 21. Diciembre 2002. ISSN 1409-1429

Marín, C. (2004) Conocimientos, actitudes y prácticas de los gineco-obstetras sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (AE). Estudio piloto en San José de Costa Rica, año 2002. Población y Salud en Mesoamérica. Revista Electrónica. Volumen 1, número 2, artículo 1, enero - junio, 2004. ISSN-1659-0201

Muñoz, B. (s.f.) Metodología para estimar el aborto inducido en Costa Rica. Asociación Demográfica Costarricense.

Rodrigues I, et al. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected intercourse. Am J Obstet Gynecol 2001;184:531-7.

Tew, S. (s.f.) Unnplanned pregnancy common worldwide neither Legal Status of Abortion nor Health Risk deters women from terminating pregnancies. The Alan Guttmacher Institute. News Release.
http://www.guttmacher.org/pubs/archives/abortww_nr.html. Consultado el 25/04/2003

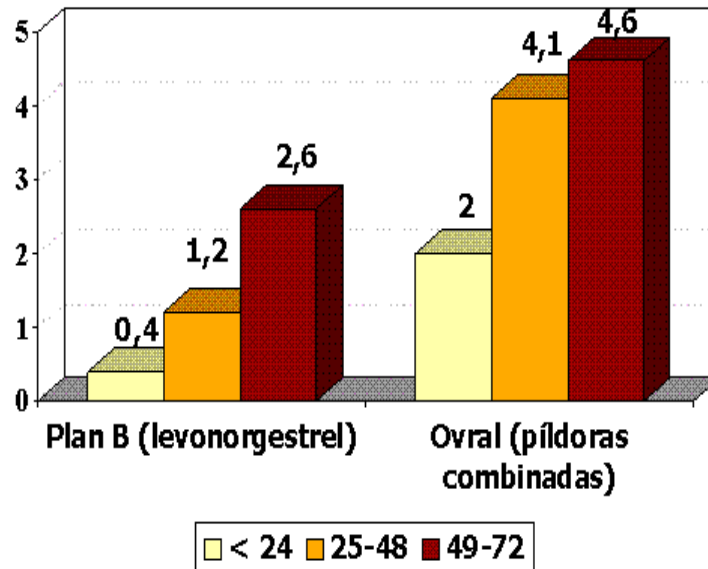
Von Hertzen H et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentred randomized trial. Lancet 2002;360:1803-10.

WHO (1998) Emergency contraception: A guide to the provision of services. WHO/FRH/FPP/98.19
http://www.who.int/reproductive-health/publications/FPP_98_19/FPP_98_19_chapter2.en.html. 1998.

Wilcox, A.; Dunson, D. y Baird, D. (2000) El periodo de la "ventana fértil" en el ciclo menstrual: estimados específicos por día en un estudio prospectivo. BMJ VOLUME 321 18 NOVEMBER 2000 bmj.com

ANEXO 1

Embarazos (%) post levonorgestrel y píldoras combinadas según horas entre la relación coital sin protección y la dosis



Fuente: Task Force on Posovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined contraceptives for emergency contraception. Lancet 1998;:352:428-33. Citado por Hormonal Emergency Contraception. Melissa Sanders Wanner, Pharm. D., Rachel L. Couchenor, Pharm. D. Pharmacotherapy 22(1): 43-53, 2002. © 2002 Pharmacotherapy Publications.

ANEXO 2
Anticoncepción regular después del uso
de la anticoncepción de emergencia y su eficacia

Método	Cuándo iniciar o reiniciar su uso	Eficacia ²	
		Uso Común	Uso Correcto Consistente
Condón	Inmediatamente	14	3
Diafragma con espermicida	Inmediatamente	20	6
Espermicida	Inmediatamente	26	6
Anticonceptivos orales combinados	Dentro de los 5 primeros días del ciclo menstrual	6-8	0.1
Inyectable	Dentro de los 7 primeros días del ciclo menstrual	2.3	2.3
DIU	Durante el siguiente ciclo menstrual	0.8	0.6
Métodos de conocimiento de la fertilidad	Según la técnica usada	20	1-9
Implantes	Dentro de los 7 primeros días del ciclo menstrual	0.1	0.1
Esterilización femenina	Sólo después de elección libre e informada	0.5	0.5

Tomado de: Hatcher, R.; Rinehart, W.; Blackburn, R.; Geller, J. y Shelton, J. (1999) Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Baltimore: Facultad de Salud Pública, Universidad de Johns Hopkins, Programa de Información en Población.

² Embarazos por cada 100 mujeres en los primeros 12 meses de uso