

Países de todo el mundo ponen la anticoncepción de emergencia en manos de las mujeres

UNA REVISIÓN GLOBAL DE LEYES Y POLÍTICAS

Todos los países deberían adoptar medidas para satisfacer las necesidades de planificación de la familia de su población lo antes posible, en todo caso para el año 2015, y deberían tratar de proporcionar acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación de la familia y a servicios conexos de salud reproductiva relacionados que no estén legalmente prohibidos. El objetivo sería ayudar a las parejas y los individuos a alcanzar sus objetivos de procreación y brindarles todas las oportunidades de ejercer el derecho a tener hijos por elección.

PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO,
EL CAIRO, EGIPTO, 5-13 DE SEPTIEMBRE, 1994, PÁR. 7.16

El sistema de las Naciones Unidas y los donantes deberían... apoyar a los estados en ... movilizar y proveer suficientes recursos para satisfacer la creciente demanda de acceso a información, asesoramiento, servicios y seguimiento sobre la gama más amplia posible de métodos seguros, efectivos, asequibles y aceptables de planificación de la familia y anticonceptivos, incluidas nuevas opciones y métodos subutilizados...

ACCIONES CLAVE PARA LA ULTERIOR IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN
DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO
NUEVA YORK, ESTADOS UNIDOS, 30 JUNIO-2 JULIO, 1999, PÁR. 57

Entre 1995 y 2000, las mujeres de todo el mundo sufrieron más de 300 millones de embarazos no deseados.¹ Durante el mismo período de tiempo, más de 700.000 de estas mujeres murieron por causas relacionadas con el embarazo, incluidas más de 400.000 que murieron por complicaciones de abortos en condiciones de riesgo.² Muchas de estas mujeres podrían haber evitado los embarazos no deseados usando anticoncepción de emergencia (AE), un medio seguro y efectivo para prevenir el embarazo después de relaciones sexuales sin protección. Aunque muchos estados están tomando medidas para poner la AE en manos de las mujeres, hay millones de mujeres en el mundo que se podrían beneficiar de la AE y no han oído hablar de ella. Entre las que sí conocen que existe, son pocas las que saben dónde obtenerla o cómo usarla.

La situación la empeoran los extremistas en contra de la libre elección que han trabajado para bloquear el acceso de las mujeres a la AE. Estos ataques estratégicos revelan que existe un

* El Centro de Derechos Reproductivos agradece su ayuda en la traducción del inglés de esta publicación a la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO).

intento programado para socavar el derecho básico de las mujeres a controlar sus vidas reproductivas. Los países que limitan la disponibilidad de la AE ponen innecesariamente en riesgo la salud física y mental de las mujeres. Esto es particularmente cierto en países que no garantizan el acceso a abortos seguros y legales, donde muchas mujeres a las que se niega la AE se ven obligadas a recurrir a métodos abortivos inseguros. Los estados, al no cumplir con su obligación de hacer de la AE una opción anticonceptiva accesible, violan el compromiso acordado en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de garantizar “la gama más amplia posible de métodos seguros y efectivos de planificación de la familia y anticonceptivos”.³ Este informe examina las iniciativas de estados en todo el mundo destinadas a hacer más accesible la AE. Estas iniciativas parten del reconocimiento de que la AE es un medio para prevenir el embarazo, no para ponerle término. Las medidas para mejorar el acceso a la AE incluyen el registro de productos de AE, hacerla accesible sin receta médica, y asegurar que ésta esté al alcance de mujeres con el mayor riesgo de embarazos no deseados, incluidas víctimas de violación y adolescentes. Los estados de todo el mundo, con el fin de cumplir con sus compromisos internacionales de reducir el embarazo no deseado, así como impedir muertes y enfermedades relacionadas con el embarazo, deben empezar a dar pasos esenciales para garantizar el acceso a la AE a todas las mujeres.

I. La anticoncepción de emergencia es anticoncepción

Los intentos de hacer la AE ampliamente accesible dependen del reconocimiento por parte de los estados de que la AE es un método anticonceptivo y no una forma de aborto. La comunidad médica ha tomado esta posición y ha aconsejado a los estados que hagan lo mismo. Diversos estados han reconocido oficialmente que la AE es un medio de prevenir el embarazo, posición que está implícita en la definición legal de aborto ya aceptada en muchos países.

A. LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA IMPIDE EL EMBARAZO

El propósito de la anticoncepción es impedir el embarazo. De acuerdo con la ciencia médica aceptada, el embarazo empieza con la implantación del óvulo fertilizado en la pared del útero.⁴ El proceso de implantación comienza al final de la primera semana después de la fertilización.⁵ Los métodos que retardan o inhiben la ovulación, bloquean la fertilización, o impiden la implantación del óvulo fertilizado son medios de impedir el embarazo.⁶ Cualquier mecanismo que funciona antes de la implantación es por definición un anticonceptivo.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia ha declarado que “la AE no es un abortivo porque tiene efecto antes de la etapa más temprana de la implantación”.⁷ Los puntos de vista aceptados por la comunidad médica están reflejados en la definición de la AE que da la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS describe la AE como “métodos anticonceptivos que las mujeres pueden usar en los primeros días después de un coito sin protección para impedir un embarazo no deseado”.⁸ Los anticonceptivos de emergencia

Países de todo el mundo ponen la anticoncepción de emergencia en manos de las mujeres

incluyen las píldoras de AE y el dispositivo intrauterino (DIU).⁹ Estos pueden impedir el embarazo retardando o inhibiendo la ovulación, deteniendo la fertilización del óvulo, o inhibiendo la implantación de un óvulo fertilizado en el útero.¹⁰ No obstante, una vez que la implantación ha comenzado, las píldoras de AE son inefectivas puesto que no pueden interferir con un embarazo existente.¹¹

Muchos países han aprobado explícitamente la AE como método anticonceptivo y han concedido licencia a medicamentos existentes o han aprobado nuevos medicamentos para su uso como AE; además han incorporado la AE en los servicios de planificación familiar regulados por el estado y en protocolos para el tratamiento de víctimas de violencia sexual; o han respaldado la AE a través de publicidad y campañas de información. Estos países abarcan las principales regiones geográficas del mundo.¹⁵

Muchos países que permiten la AE—como Argentina, Brasil, Colombia, El Salvador, Kenya, Pakistán, Tailandia y Venezuela—tienen leyes sumamente restrictivas del aborto.¹⁶ La aceptación de la AE en esos países revela el entendimiento de que la AE es anticoncepción, no aborto. Por ejemplo, la ciudad de Rosario, Argentina, ha incorporado la AE al Programa de Maternidad Responsable administrado por la Secretaría Municipal de Salud.¹⁷ Asimismo, a nivel nacional, el Ministerio de Salud de Kenya permite que todos los trabajadores de la salud en instalaciones adecuadas con personal calificado distribuyan AE.¹⁸ En 2001, Colombia concedió la aprobación final para la comercialización y distribución de la AE.¹⁹

El uso de la AE ha tenido una repercusión significativa en la prevención de embarazos no deseados y abortos en todo el mundo. Por ejemplo, en Estados Unidos se calcula que se evitaron unos 51.000 abortos mediante el uso de AE en el año 2000; el uso de AE representó aproximadamente 43% de la disminución general de los abortos en Estados Unidos entre los años 1994 y 2000.²⁰ Debido a su potencial de reducir la mortalidad y morbilidad maternas provocadas por abortos inseguros, la AE tiene un papel especialmente importante en países en los que el acceso al aborto seguro está restringido.

La diferencia entre la AE y otras formas de anticoncepción se ha exagerado. De hecho, varios estudios han confirmado que la AE actúa en general como otros anticonceptivos hormonales, al inhibir el desarrollo y la maduración folicular o la liberación del propio óvulo, impidiendo o retardando así la ovulación.²¹ Algunos investigadores han propuesto que éste podría ser el mecanismo principal o único de acción.²² En cualquier caso, la AE no difiere tanto de una serie de otros métodos anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos orales, el DIU y los inyectables. Todos estos métodos a veces actúan postcoitalmente, es decir, después de que ha tenido lugar el coito. Aunque los anticonceptivos orales, los DIU y los inyectables actúan primordialmente para inhibir la ovulación o impedir la

Las píldoras de AE proporcionan una elevada dosis de las hormonas contenidas en las píldoras anticonceptivas orales corrientes y contienen una combinación de estrógeno y progestina, o sólo progestina.¹² Las píldoras de AE en general se toman dentro de las 72 horas posteriores a un coito no protegido, y cuanto antes se toman más probabilidades tienen de impedir el embarazo.¹³ El DIU, cuando se inserta siete días después de un coito sin protección, también se puede usar como método de AE.¹⁴

fertilización, también pueden actuar para impedir la implantación si la fertilización ya ha tenido lugar.²³

B. LAS LEYES DE ABORTO EN EL MUNDO EXCLUYEN LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Las leyes de aborto en todo el mundo reconocen la distinción entre el aborto y la anticoncepción. Pueden hacerlo explícitamente, por ejemplo, definiendo restringidamente los métodos de aborto para excluir los que actúan previamente a la implantación. No obstante, es más común que las leyes hagan esta distinción implícitamente, refiriéndose a procedimientos realizados en etapas avanzadas del desarrollo fetal en la gestación. Otras leyes de aborto se refieren a poner término a un “embarazo” o provocar una “pérdida”, ambos términos que, según el uso médico y legal, parten del supuesto de que la implantación ya ha tenido lugar.

Las leyes de aborto de varios países reconocen explícitamente que el embarazo no empieza hasta que el óvulo fertilizado se implanta en la pared del útero. Por ende, cualquier medicamento o dispositivo médico que actúe previamente a la implantación es, por definición, un anticonceptivo. Ejemplos de países que entran dentro de esta categoría son Nueva Zelanda, cuyas leyes establecen que “aborto significa el procedimiento médico o quirúrgico realizado con el propósito de causar la destrucción o muerte de un embrión o feto *después de la implantación*”.²⁴ La ley alemana declara explícitamente que los “procedimientos cuyos efectos ocurren *antes de que el óvulo fertilizado anide en la pared uterina* no constituyen aborto en el sentido de esta ley”.²⁵ De modo similar, la ley en Zimbabwe define el embarazo como “un embarazo intrauterino en el que el feto está vivo”.²⁶ La ley de aborto de Holanda dispone que “la terminación del embarazo *no* significa la aplicación de un método *para impedir el anidamiento [implantación] de un óvulo fertilizado en el útero*”.²⁷ La ley de aborto de Liberia declara que no es aplicable a “medicamentos u otras sustancias para *evitar el embarazo, ya sea impidiendo la implantación de un óvulo fertilizado o mediante cualquier otro método que opere antes, en o inmediatamente después de la fertilización*”.²⁸ En un reglamento federal, el gobierno de Estados Unidos también define que el embarazo comienza con la confirmación de la implantación.²⁹ El Tribunal Federal Norteamericano del Distrito Este de Louisiana (Estados Unidos) ha sostenido que “el aborto, tal como se entiende comúnmente, no incluye el DIU, la píldora “del día después” [píldoras de AE] o por ejemplo, las píldoras del control de la natalidad”.³⁰

Un gran número de países cuyas leyes no definen el aborto y el embarazo explícitamente, emplea frases descriptivas para referirse a etapas avanzadas de gestación, excluyendo el período previo a la implantación. Las leyes de aborto de una serie de países se refieren a la “terminación del embarazo”, o “procuración de pérdidas”, frases que implícitamente excluyen procedimientos llevados a cabo con anterioridad a la implantación del óvulo fertilizado en la pared uterina.³¹ En el Reino Unido, en abril de 2002, la Suprema

Países de todo el mundo ponen la anticoncepción de emergencia en manos de las mujeres

Corte de Inglaterra y Gales desechó una demanda jurídica interpuesta por la Sociedad para la Protección del Infante No Nacido, que reivindicaba que las píldoras de AE contravenían las Infracciones contra la Ley de Agravios contra la Persona de 1861.³² El tribunal determinó que la AE no puede, de acuerdo con la ley, inducir un aborto.³³ El magistrado a cargo del caso sostuvo que “hasta la etapa de fijación, el embrión no está ligado de manera alguna a la mujer”.³⁴ Y agregó “las definiciones médicas actuales que se dan en los diccionarios médicos sostienen el punto de vista de que el embarazo empieza cuando el blastocisto se ha implantado en el endometrio y además particularmente, que el aborto espontáneo es la terminación de esta clase de embarazo posterior a la implantación”.³⁵

El tribunal sostuvo que la píldora de AE “no puede provocar que un óvulo fertilizado que está implantado se desimplante, es decir, no puede actuar después de que el proceso de implantación está completo”.³⁸ El tribunal además expresó que “la píldora de AE, para que sea efectiva, se ha de tomar antes de las 72 horas siguientes a la relación sexual—cuando la implantación no ha comenzado”.³⁹ Asimismo, en abril de 2001, la Sección Judicial del Consejo de Estado francés desechó las denuncias contra la autorización de comercializar Norlevo, y Tetragynon, dos píldoras de AE que contenían levonorgestrel.⁴⁰ En ambos casos el tribunal sostuvo que el producto era un anticonceptivo hormonal y no un abortivo.⁴¹

PRESIONADOS POR FUNDAMENTALISTAS RELIGIOSOS, ALGUNOS ESTADOS HAN CALIFICADO A LA AE DE ABORTIVO.

A pesar de la aceptación difundida de la AE como anticonceptivo, esas calificaciones erróneas siguen privando a incontables mujeres de uno de los métodos más seguros y efectivos para impedir embarazos no deseados. El gobierno de Uganda ha prohibido la AE declarando que la “píldora del día después es claramente abortiva”.³⁶ En las Filipinas, el Departamento de Alimentación y Medicamentos, con la aprobación del Departamento de Salud, retiró el Postinor (levonorgestrel 750 mcg) del registro de medicamentos. Esta acción ha negado injustificablemente a todas las mujeres filipinas el acceso al Postinor basado en la creencia errónea que “tiene un efecto abortivo y contraviene disposiciones existentes de la ley”.³⁷

II. Los estados están tomando medidas para promover el acceso de las mujeres a la anticoncepción de emergencia

Muchos países han ido más allá de simplemente reconocer que la AE es un método anticonceptivo y han puesto en práctica medidas para promover el acceso a ella. Por ejemplo, muchos estados han registrado productos destinados a la AE y hay un creciente número de ellos que en la actualidad permiten que se venda la AE sin receta médica. Además, algunos estados han tomado medidas para que la AE esté al alcance de las mujeres que corren el mayor riesgo de embarazos no deseados, tales como víctimas de violación y adolescentes. En esta sección analizamos cuatro medidas—registro de productos destinados a la AE, venta de los mismos sin receta, garantía de acceso a víctimas de violación, y protección del derecho de las adolescentes a la AE—y recomendamos que

los estados de todo el mundo tomen éstas y otras medidas para que la AE sea accesible a las mujeres que la necesitan.

EN POR LO MENOS DOS PAÍSES SE CUESTIONÓ LA LEGALIDAD DE LA AE, PERO MÁS TARDE ESTA FUE CONFIRMADA.

El Ministerio de Salud de Perú trató de negar el acceso a la AE y pidió al Consejo Médico Peruano que decidiera si la AE va en contra del derecho constitucionalmente protegido a la vida desde el momento de la concepción.⁴² Se delegó la tarea a la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, que apoyó el uso de la AE hasta 48 horas después de un coito no protegido.⁴³ Del mismo modo, la Corte Suprema de Chile originalmente prohibió el suministro de la píldora de AE Postinal en agosto de 2001 sobre la base de que era una forma de aborto y contravenía por lo tanto el derecho a la vida constitucionalmente protegido.⁴⁴ Los tribunales de aquella época aceptaron la creencia de los obispos católicos de que el embarazo se establece después de la fertilización.⁴⁵ Cuatro meses después, la Corte Suprema cambió su postura y autorizó la venta de Postinor-2.⁴⁶ El Instituto de Salud Pública de Chile y grupos de derechos de las mujeres argumentaron que negar el acceso a las mujeres a la AE las dejaba vulnerables a los efectos dañinos de abortos en malas condiciones o inseguros.⁴⁷

A. LOS ESTADOS DEBERÍAN REGISTRAR PRODUCTOS DESTINADOS A LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Una de las medidas más importantes que puede tomar un estado para mejorar el acceso a la AE es registrar un producto destinado a la AE. Hasta la fecha esto lo han hecho más de cien países.⁴⁸ Hay productos especializados empaquetados especialmente y etiquetados para ser usados como AE.⁴⁹ Aunque hay píldoras anticonceptivas comunes que pueden servir como AE tomadas en el momento y en dosis adecuadas, sin un producto especializado, las mujeres y los proveedores podrían cuestionar la legitimidad de la AE como método para prevenir el embarazo.⁵⁰ La existencia de un producto específico o marca registrada también crea canales para la comercialización social,⁵¹ y hace que la AE se pueda conseguir fácilmente comprándola en farmacias.

Además, un producto especializado puede asegurar que las mujeres usen el método de la manera más efectiva posible. La amplia variedad de fórmulas de píldoras anticonceptivas orales en el mercado hace que adaptarlas al uso como AE sea una tarea desafiante y aumenta el margen de error en la usuaria.⁵² Previamente a la aprobación de una píldora destinada a la AE en México, una encuesta mostró que a pesar de que 74% de los proveedores conocían la AE, menos del 40% entendían correctamente las dosis para el tratamiento y sólo 7% la había recetado alguna vez.⁵³

Países de todo el mundo ponen la anticoncepción de emergencia en manos de las mujeres

A falta de una píldora registrada de AE compuesta únicamente por levonorgestrel, la mujer que desee conseguir el efecto equivalente tendría que tomar dos dosis de 25 minipíldoras con contenido de levonorgestrel con 12 horas de lapso entre las dos tomas.⁵⁴ De hecho, hasta el lanzamiento del Postinor-2 en Australia en julio de 2002, las mujeres australianas que deseaban impedir el embarazo después de un coito sin protección, con mínimos efectos secundarios producto del levonorgestrel, tenían que recurrir a este régimen inconveniente de minipíldoras.⁵⁵ Tomar dos dosis de una píldora de AE con 12 horas de intervalo es más fácil que tragar 25 minipíldoras dos veces en 12 horas. Además, la píldora de AE Levonelle ahora es accesible en una sola dosis, lo cual impide que las mujeres se salten una segunda dosis después de 12 horas.⁵⁶ Los productos registrados promueven la legitimidad, la accesibilidad y conocimiento de la AE, lo cual se traduce en un mayor uso y explica por qué el uso de AE es superior en países de altos ingresos con productos de AE registrados.⁵⁷

Países en todas las principales regiones geográficas del mundo han registrado productos dedicados. Estos países son, entre muchos otros, Argentina, Alemania, Bangladesh, Brasil, Egipto, Estados Unidos, Francia, Jamaica, Kenia, Nueva Zelanda, Polonia y Rusia.⁵⁸

La AE se ha utilizado sin riesgo en el mercado global durante varias décadas.⁵⁹ En 1995, la OMS agregó el tratamiento combinado de estrógeno-progestina (Yuzpe) a la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.⁶⁰ En 1997, la OMS incluyó el tratamiento de AE con sólo levonorgestrel en esa lista.⁶¹

No obstante, es importante observar que en muchos países los precios de mercado de productos registrados son prohibitivos para muchas mujeres. Por ejemplo, en Bolivia, donde 34% de la población vive con menos de 2 dólares al día,⁶² Imediat N—el único producto accesible de AE registrado—se vende en farmacias por el equivalente a 10 dólares.⁶³ Aunque los estados y el sector privado necesitan tomar acciones inmediatas para hacer los productos de AE asequible a las mujeres, los proveedores de salud y las organizaciones no gubernamentales (ONG) deberían seguir aumentando el conocimiento de las mujeres sobre el uso de anticonceptivos orales comunes como la AE.

B. LOS PAÍSES DEBERÍAN HACER ACCESIBLE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA SIN RECETA

Resulta problemático negar a las mujeres la adquisición de la AE presentando una receta médica, puesto que la AE surte efecto en la prevención del embarazo cuando se toma dentro de las 72 horas después del coito sin protección. Incluso dentro de este lapso de tres días, la efectividad va disminuyendo al paso de cada día: Postinor-2, una píldora de AE que contiene sólo levonorgestrel, es 95% efectiva dentro de las primeras 24 horas después del coito, 85% efectiva dentro de las 48 horas, y 58% efectiva dentro de las 72 horas.⁶⁴ El índice de éxito de 95% dentro de las primeras 24 horas es una fuerte razón para hacer accesible la compra de la AE sin receta médica. Muchas mujeres tienen dificultad para tener acceso a médicos incluso dentro del plazo de 72 horas, especialmente en zonas rurales, durante fines de semana y vacaciones. La disponibilidad de la AE sin receta médica facilita el acceso de las mujeres a

ella y contribuye a impedir embarazos no deseados.

La OMS considera que la AE es un método seguro, conveniente y efectivo de anticoncepción moderna.⁶⁵ Además, la AE es segura en casos de automedicación porque no es tóxica para la mujer ni para el embrión si ya ha tenido lugar la implantación.⁶⁶ El método tiene un bajo margen de abuso o sobredosis y cualesquiera efectos secundarios por una sobredosis son bien conocidos y menores.⁶⁷ Cuando se toma en cuenta que la AE adquirida sin receta médica se puede usar en lugar de remedios caseros para impedir el embarazo después de un coito sin protección,⁶⁸ la seguridad de la AE autoadministrada es incluso más obvia. La utilización del método simplemente requiere que la mujer determine el tiempo transcurrido desde el coito sexual sin protección. Cualquier interacción entre la AE y otros medicamentos no sería fatal y tendría pocas probabilidades de afectar seriamente la eficacia de la AE. Las condiciones que trata la AE—falta anticonceptiva o falta de uso de anticonceptivos durante el coito—son de tal clase que la mujer puede diagnosticarlas con facilidad, y la AE no tiene contraindicaciones.⁶⁹

Las mujeres pueden obtener legalmente AE en una farmacia sin receta médica en más de 30 países (*véase recuadro abajo*).⁷⁰

En Canadá, la AE se puede obtener normalmente sin receta en tres provincias (British Columbia, Québec y Saskatchewan),⁷¹ y Salud Canadá ha recomendado reformar los reglamentos de Alimentación y Medicamentos para que esta política tenga cobertura nacional.⁷²

EJEMPLOS DE PAÍSES (POR REGIÓN) DONDE SE PUEDE OBTENER LA AE SIN RECETA MÉDICA:

- * **El Caribe:** Jamaica
- * **América Latina:** Argentina
- * **Europa Occidental:** Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Noruega, Portugal, Reino Unido, Suecia, Suiza
- * **Europa Oriental:** Albania, Lituania
- * **África:** Benin, Camerún, Costa de Marfil, Gabón, Guinea, Kenya, Madagascar, Mali, Marruecos, Mauricio, Namibia, República del Congo, Senegal, Sudáfrica, Togo, Túnez
- * **Oriente Medio:** Israel
- * **Asia:** China, Malasia, Sri Lanka, Tailandia, Vietnam
- * **Oceanía:** Australia, Nueva Zelanda

Hacer accesible la AE sin receta médica ha demostrado ser una estrategia fructífera para prevenir el embarazo no deseado. En Francia, más de un millón de mujeres han usado la AE sin receta desde junio de 1999,⁷³ y en Nueva Zelanda, el cambio a la compra sin receta médica provocó un 15% de aumento en las ventas en farmacias de píldoras de AE.⁷⁴ Estudios sobre el suministro de AE en varios países subrayan su efectividad. En una encuesta telefónica a usuarias venezolanas de AE, la mayoría respondió que las instrucciones eran claras y tomaron el medicamento correctamente.⁷⁵ En estudios que evalúan los efectos del acceso a la AE sin receta médica en Francia, Noruega, Portugal y Suecia, muchas mujeres señalaron que apreciaban la privacidad y el ahorro en

Países de todo el mundo ponen la anticoncepción de emergencia en manos de las mujeres

costo y tiempo al no tener que visitar a un médico.⁷⁶ Otro estudio en Ghana mostró que el tratamiento se autoadministraba correctamente, sin un aumento de la incidencia de coitos sin protección.⁷⁷

Estudios sobre el suministro adelantado de AE demuestran que para la mayoría de las mujeres, tener el método a fácil alcance aumenta la probabilidad de que sea usado, sin que disminuya el uso regular de anticonceptivos. Por ejemplo, un estudio reciente realizado en Estados Unidos encontró que era más probable que mujeres jóvenes a las que se les había suministrado AE por adelantado hubieran usado el método de manera temprana luego de haber tenido relaciones sexuales no protegidas, que aquellas mujeres a las que no se les había provisto con AE por adelantado. Además, las mujeres que tenían píldoras de AE a la mano no mostraron un aumento en las relaciones sexuales no protegidas ni tampoco una reducción en el uso regular de anticonceptivos que las mujeres que no habían sido provistas con un suministro de antemano.⁷⁸ Del mismo modo, en un estudio de 1.083 mujeres en Edimburgo, Escocia, 89% de las mujeres que recibieron AE por adelantado informaron que no habían cambiado su régimen regular de anticoncepción,

y esas mismas mujeres no tenían más probabilidades de repetir el uso de AE que las mujeres a las que no se había suministrado AE por adelantado.⁷⁹ Los intentos de mejorar la accesibilidad de la AE no finalizan al conseguir que el método se pueda adquirir sin receta médica. Para obtener todos los beneficios de la AE, las mujeres necesitan acceso a información que las instruya sobre su disponibilidad y uso adecuado. Líneas telefónicas de AE las 24 horas,⁸⁰ inserciones en paquete debidamente diseñadas y farmacéuticos capacitados para responder preguntas sobre AE, son medios a través de los cuales se puede proporcionar información valiosa a las clientes.

ESTADOS UNIDOS HA NEGADO ACCESO A LA AE SIN RECETA MÉDICA.

Un fabricante de medicamentos solicitó a la Food and Drug Administration (FDA) que el Plan B, una píldora de AE, se pudiera obtener sin receta.⁸¹ Aunque un consejo de asesores de la FDA recomendó que se aprobara la solicitud, hasta ahora ésta ha sido negada y funcionarios de la FDA han sometido el producto a un nivel de escrutinio sin precedentes.⁸² La decisión de no aprobar que el Plan B se pudiera obtener sin receta médica fue tomada a pesar de que importantes organizaciones médicas, incluida la American Medical Association, habían autorizado la venta sin receta.⁸³ Actualmente, seis estados—Alaska, California, Hawai, Maine, Nuevo México y Washington—permiten que los farmacéuticos distribuyan AE sin requerir receta médica.⁸⁴ Se han aprobado leyes similares en el Senado de New Hampshire, la Asamblea del Estado de Nueva York y el Comité de la Cámara de Illinois, pero sigue siendo incierto que estas reglamentaciones lleguen a ser leyes estatales.⁸⁵

C. LOS PAÍSES DEBEN HACER DEL SUMINISTRO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA UN COMPONENTE NECESARIO EN LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN

La AE es una opción de tratamiento médico vital que permite a víctimas de ataques sexuales prevenir el embarazo no deseado y evitar el aborto en condiciones de riesgo. Hay una serie de países que han emprendido acciones—a través de legislación y de medidas reglamentarias—para habilitar a las víctimas de violación a tener acceso a la AE sin dilación en establecimientos de salud pública. Estas medidas deberían ser reforzadas y replicadas en países de todo el mundo; los proveedores tienen la clara obligación de garantizar a las víctimas de violación el acceso oportuno a la AE.

La violación es un suceso común en muchos países y afecta a mujeres tanto casadas como solteras. En Estados Unidos, aproximadamente 30.000 mujeres son violadas cada año.⁸⁶ Un estudio realizado en Perú reveló que la mitad de las mujeres en la capital, Lima, y casi dos terceras partes de las mujeres en el departamento del Cuzco, han sufrido por lo menos un caso de violencia física o sexual por parte de sus parejas.⁸⁷ Además, del 14 al 36 por ciento de las mujeres casadas en varios distritos de Uttar Pradesh, India, declararon haber sido atacadas sexualmente por sus maridos.⁸⁸

El ataque sexual frecuentemente resulta en embarazos no deseados. De las 300.000 mujeres que son violadas cada año en Estados Unidos, aproximadamente de 25.000 a 32.000 se embarazan como consecuencia y cerca de la mitad de estas mujeres sufren un aborto.⁸⁹ En México, del 7 al 26% de las víctimas de ataques sexuales se embarazan de sus agresores; además en Tailandia y Corea, los centros de crisis por violación informan que del 15 al 18% de sus clientes quedan embarazadas como consecuencia de una violación.⁹⁰ Entre adolescentes jóvenes, el porcentaje de embarazos atribuidos a violación e incesto es muy alto: el 90% de las pacientes de 12 a 16 años de edad en un hospital de maternidad en Lima, Perú, declararon haber sido violadas, mientras que el 95% de los embarazos de mujeres menores de 15 años en un refugio de Costa Rica fueron causados por incesto.⁹¹

La AE protege a la mujer de los peligros de abortos en malas condiciones al prevenir el embarazo no deseado después de un ataque sexual. Aproximadamente el 72% de las mujeres en la Ciudad de México que denuncian una violación lo hacen en los tres días después del ataque; un alto porcentaje de embarazos relacionados con la violación en esa ciudad podría prevenirse si se proporcionara AE cuando se reporta el delito.⁹² Cada embarazo prevenido mediante el uso de AE significa un aborto potencial menos. Las mujeres que ya han sufrido el trauma del ataque sexual no tendrían que pasar por el trauma adicional de un aborto en condiciones de riesgo.

Hay una serie de estados y hospitales que recientemente han tomado medidas para promover el acceso de víctimas de violación a la AE, abriendo así el camino al reconocimiento de la AE como un componente crucial de la atención y el cuidado. Varios países latinoamericanos han emprendido un papel determinante en garantizar la

Países de todo el mundo ponen la anticoncepción de emergencia en manos de las mujeres

AE en casos de violación. En Mendoza, Argentina, la policía provee AE como práctica estándar en el manejo de casos de violación.⁹³ Todos los hospitales públicos de Buenos Aires ahora tienen que seguir un protocolo titulado Guía de Acción para Víctimas de Violación, que incluye el uso de AE.⁹⁴ En 1999, el ministro de Salud brasileño emitió normas nacionales sobre el suministro de AE a víctimas de violencia sexual.⁹⁵ En abril de 2004, el Ministerio de Salud de Chile expidió la Resolución no. 527 que exige que las víctimas de ataque sexual reciban AE a petición.⁹⁶

El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social de Perú ha empezado a capacitar a empleados del Centro de Emergencia de las Mujeres para desarrollar un procedimiento de asesoría sobre AE a víctimas de ataque sexual.⁹⁷ Aunque estos individuos no están autorizados a distribuir AE, la capacitación puede instarles a recomendar o a informar a clientes sobre este método. Además, en Ecuador, después de un entrenamiento de capacitación en AE y discusiones de grupos focales, el 95% de los médicos, enfermeras y enfermeras-parteras reconocieron la AE como válida, en tanto que sólo el 36% de ellos tenía esa apreciación antes del entrenamiento.⁹⁸ Además, México ha abierto importantes caminos en la promoción del acceso a la AE de las víctimas de ataques sexuales. La Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar de enero de 2004 autoriza la distribución de AE a mujeres que han sido sometidas a sexo involuntario sin protección anticonceptiva.⁹⁹ Cinco años antes, en 1999, la Comisión de Salud y Seguridad Social de la Asamblea del Distrito Federal, junto con un grupo de ONGs, difundieron 113.000 ejemplares de un folleto sobre AE y aborto legal a víctimas de violación y también anuncios en la radio sobre el tema.¹⁰⁰

También en Asia y en África se han hecho intentos para familiarizar a las víctimas de ataques sexuales con la AE para impedir el embarazo. Por ejemplo, la Oficina de Salud de la Familia de Sri Lanka publicó un *Manual sobre Tecnología Anticonceptiva* en el que se recomienda el uso de AE después de una violación.¹⁰¹ En una serie de países africanos, han sido las ONGs las que han dirigido en gran parte este tipo de actividades. En Zimbabwe, el Proyecto Musasa, una ONG creada para asistir a víctimas de violencia sexual y abuso doméstico, compiló un manual que remite a los consejeros a que se informen sobre el derecho de las mujeres a la AE.¹⁰² El Centro de Crisis por Violación en Cape Town, Sudáfrica, otra ONG que aborda las necesidades de víctimas de violencia sexual, tiene un sitio en internet en el que recomienda a las víctimas de violación que temen un embarazo pedir al médico de su zona que les proporcione AE.¹⁰³

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), en su Sección de Salud y Comunidad, destacó la importancia del acceso a la AE en una publicación titulada *Manejo Clínico de Víctimas de Violación: Guía para el Desarrollo de Protocolos para su Uso en Situaciones de Personas Refugiadas y Desplazadas Internamente*.¹⁰⁴ El ACNUR produjo la guía en colaboración con la OMS y el Grupo de Trabajo Interagencial sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Refugiados.¹⁰⁵ La guía incluye un anexo que contiene protocolos para el uso de la AE.¹⁰⁶ Del mismo modo, *Salud*

Reproductiva en Situaciones de Refugiados: Un Manual Interagencial y el informe del ACNUR *Violencia Sexual y Violencia basada en el Género contra Refugiados, Retornados y Personas internamente Desplazadas: Normas para la Prevención y Respuesta*, incluyen píldoras de AE para la atención a víctimas de violación.¹⁰⁷ El Fondo de Población de Naciones Unidas proporcionaba AE en los paquetes de emergencia de salud reproductiva que se daba a los refugiados de Kosovo en Albania y a mujeres en campos en Tailandia. Asimismo, el Programa de Violencia Sexual y de Género para refugiadas burundianas en campos de Tanzania también ofrecía AE a las víctimas de violación.¹⁰⁸

En Estados Unidos, hay cinco estados que tienen leyes que exigen a las salas de urgencia de los hospitales que proporcionen información sobre AE a víctimas de ataques sexuales,¹⁰⁹ y un sexto estado tiene pautas no ejecutables que recomiendan que se proporcione este tipo de información.¹¹⁰ Además, cinco estados tienen leyes que exigen a las salas de urgencia que suministren AE a las víctimas de ataque sexual a petición,¹¹¹ mientras que dos estados más tienen principios no obligatorios que recomiendan el suministro de AE a petición.¹¹² Se ha presentado un proyecto de ley al Congreso (HR 2527) que establecería que todas las salas de urgencia en todo el país proporcionen AE a las víctimas de ataques sexuales.¹¹³ Grupos médicos prominentes, incluidos la Asociación Médica Americana de Estados Unidos y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, así como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, apoyan la provisión de AE a las víctimas de violación dentro del protocolo básico de atención médica.¹¹⁴

Muchas veces es necesaria una legislación enérgica y clara que garantice el acceso a la AE de las víctimas de violación frente a los prejuicios individuales de funcionarios gubernamentales, trabajadores hospitalarios o farmacéuticos. Un caso elocuente es el de la muchacha de 13 años llamada Paulina que fue víctima de violación en México.¹¹⁵ El Ministerio Público no sólo descuidó ofrecer a Paulina el acceso a la AE a pesar de que ella fue en busca de atención dentro de las 72 horas después de la violación, sino que funcionarios estatales y autoridades de salud le impidieron poner legalmente fin al embarazo, el cual con toda probabilidad podría haberse prevenido si Paulina hubiese tenido acceso a la AE.¹¹⁶ El caso de Paulina está pendiente en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos; las ONGs que han presentado el caso piden, entre otras cosas, reglamentaciones gubernamentales que establezcan el suministro de AE a todas las víctimas de violación como un estándar de atención médica.¹¹⁷

Disposiciones legales que permiten a los proveedores de atención a la salud “la objeción de conciencia” al suministro de AE a víctimas de violación propician abusos similares de arbitrariedad. Criterios aceptados de ética médica y muchas leyes nacionales exigen que quienes ejercen la profesión médica y objetan a la provisión de un servicio deben remitir a los pacientes a otros profesionales adecuados que estén dispuestos a ofrecer el servicio.¹¹⁸ Este principio se incorporó en la recientemente aprobada Normas y Guía Técnica sobre el Servicio de Atención de Emergencia para Víctimas de Violencia Sexual en Chile. De acuerdo con este instrumento, en caso de que un médico asistente considere por razones

Países de todo el mundo ponen la anticoncepción de emergencia en manos de las mujeres

personales o religiosas que no puede proveer la AE a una víctima de violación, debe remitir el caso a un profesional capaz de manejar la petición de la paciente.¹¹⁹

D. LOS PAÍSES DEBERÍAN ELIMINAR BARRERAS AL ACCESO DE LAS ADOLESCENTES A LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Las opciones anticonceptivas son clave para hacer realidad el derecho de las adolescentes a tomar decisiones con respecto a la reproducción. Desafortunadamente, las adolescentes enfrentan muchos obstáculos para obtener información y acceso a anticonceptivos. Los factores que contribuyen al acceso restringido de las adolescentes a la AE incluyen su falta de conocimiento acerca de la disponibilidad de píldoras de AE; barreras con respecto al uso de clínicas de planificación familiar, incluida la vergüenza, la falta de familiaridad con las clínicas y los horarios inconvenientes de las clínicas; el miedo a un examen pélvico; y la angustia por las actitudes recriminatorias de los proveedores.¹²⁰

Para superar estos obstáculos, el Consorcio Internacional para la Anticoncepción de Emergencia recomienda la creación de clínicas amigables para las jóvenes que protejan la privacidad y la confidencialidad; establecer instalaciones accesibles con horas flexibles; y ofrecer servicios asequibles.¹²¹ Hacer accesible la AE mediante compra también puede ayudar a aliviar la vergüenza que enfrentan las adolescentes para pedir a su médico que se la recete.

Las adolescentes con poca experiencia en el uso de anticonceptivos tienen un alto riesgo de embarazo no deseado;¹²² en todo el mundo, de 15 a 17 millones de adolescentes se embarazan cada año.¹²³ Cada nacimiento está asociado con altos niveles de mortalidad y morbilidad maternas por muchas razones, incluida la inmadurez fisiológica de las adolescentes.¹²⁴ Comparadas con mujeres en sus veinte años de edad, las adolescentes tienen el doble de probabilidades de morir en el parto y las muchachas de menos de 15 años tienen cinco veces más probabilidad de morir en el parto.¹²⁵ Además, las adolescentes con embarazos no deseados pueden carecer de la preparación emocional y psicológica necesaria para cuidar a un hijo. Si se hace la AE más ampliamente accesible se contribuye a reducir embarazos no deseados y potencialmente riesgosos. Por ejemplo, en un estudio de Estados Unidos sobre 160 mujeres de 14 a 20 años que habían dado a luz previamente, aquellas a las que se les había dado de antemano AE tuvieron tasas de embarazo sustancialmente inferiores seis meses después, comparadas con las que sólo estaban informadas sobre el método.¹²⁶

Además, a nivel global, de los 15 a 17 millones de adolescentes que se embarazan cada año, 4.4 millones abortan y el 40% de estos abortos se realizan en condiciones de riesgo.¹²⁷ Aproximadamente el 13% de las muertes relacionadas con el embarazo en mujeres de todas las edades, o una cada ocho, son el resultado de un aborto en malas condiciones.¹²⁸ La amplia disponibilidad de la AE podría ayudar a disminuir el número de abortos peligrosos que ocurren cada año.

Francia e Inglaterra han aprobado recientemente medidas para aumentar el acceso de las adolescentes a la AE. En enero de 2002, el gobierno francés emitió un decreto que permite a las muchachas menores de 18 años obtener AE en la farmacia gratuitamente y sin necesidad de obtener receta ni aprobación de los padres.¹²⁹ En los casos en que no hay un médico o un centro de planificación familiar de fácil acceso, la ley francesa ha autorizado que enfermeras en escuelas secundarias distribuyan AE en casos de apuro o urgencia.¹³⁰ Durante el año siguiente a que esta ley entrara en vigor, de 2001 a 2002, casi 5.830 estudiantes francesas obtuvieron píldoras de AE de las enfermeras de sus escuelas.¹³¹ Ofrecer AE en las escuelas puede reducir el número de embarazos no deseados y crea la oportunidad de que las adolescentes consulten a profesionales de atención a la salud. La ley prescribe que las enfermeras que suministren AE a estudiantes concierten una cita de seguimiento médico para esas estudiantes.¹³² El Secretario General de la Asociación de Planificación Familiar en Francia atribuye el descenso reciente de 20 al 25% en el número de pacientes adolescentes que abortan a la ley que autoriza a las enfermeras de escuelas suministrar la AE.¹³³

En el Reino Unido, el Parlamento ha aprobado una disposición que permite la venta de AE sin receta a todas las mujeres de más de 16 años,¹³⁴ y hay dos supermercados en el condado de Somerset que distribuyen AE gratis a muchachas adolescentes como parte de un programa piloto financiado públicamente y emitido por la autoridad local de salud.¹³⁵ En el sur de Londres, el colegio Chesnut Grove está poniendo la AE a disposición de sus alumnas, incluso de aquellas menores de 16 años.¹³⁶

Finalmente, en América Latina, el 18 de febrero de 2004, el Ministerio de la Protección Social de Colombia emitió la Circular no. 18, en la que se esbozan metas, actividades y criterios para la prestación de servicios de atención primaria a la salud. La circular aborda específicamente el acceso de las adolescentes a la anticoncepción y exige el suministro de AE a adolescentes que no tienen seguros de salud, que viven en comunidades desplazadas, económicamente precarias y en condiciones de riesgo.

Conclusiones

La AE está ampliamente aceptada como un método de anticoncepción y muchos países han tomado medidas para aumentar el acceso de las mujeres a ella. Gracias a los esfuerzos de legisladores, hospitales y ONGs, cada vez más mujeres pueden prevenir embarazos no deseados con el uso de AE. Los países de todo el mundo deberían seguir reconociendo explícitamente la AE como un método seguro y efectivo para prevenir el embarazo y expandir sus esfuerzos para incrementar el acceso a ella. Estos esfuerzos deberían incluir como mínimo lo siguiente:

- registrar por lo menos un producto dedicado de AE;
- permitir la venta de AE sin receta médica;
- desarrollar legislación y normas que aseguren que las mujeres que han sido víctimas de una violación tengan acceso a la AE de manera oportuna; y
- poner en vigor leyes y políticas que reconozcan el derecho de las adolescentes a usar AE y que reduzcan los obstáculos que enfrentan para tener acceso a la AE.

La AE cumple un papel único como método postcoital que impide el embarazo no deseado y que puede ayudar a reducir el número de abortos inseguros realizados todos los años. La AE promueve la salud de las mujeres y el control de sus vidas reproductivas, y como tal, constituye un elemento vital de la atención a la salud de las mujeres y de la planificación familiar.

Notas

- 1 GLOBAL HEALTH COUNCIL, *Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World*, 2002, p. 7, <<http://www.globalhealth.org/assets/publications/PromisesToKeep.pdf>>, visitada el 24 de marzo, 2005.
- 2 *Ibid.*, pp. 7-8.
- 3 *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, 21ª Sesión Especial, 30 de junio-2 de julio, 1999, N.U. Doc. A/S-21/5/Add.1, 1999, p. 53.
- 4 GARY CUNNINGHAM *et al.*, (eds.), *Williams Obstetrics*, 19ª ed., McGraw-Hill, Nueva York, 1993, p. 664.
- 5 *Ibid.*, pp. 116, 165.
- 6 AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG), *Statement on Contraceptive Methods*, 1998.
- 7 INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO) [FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA], "Ethical Aspects of Induced Abortion for Non-Medical Reasons", 1998, p. 11, en *Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology by the FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health*, FIGO, Londres, 2003, p. 63, <http://www.figo.org/content/PDF/ethics-guidelines-text_2003.pdf>, visitada el 24 de marzo, 2005.
- 8 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) [ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)], *Emergency Contraception, A Guide For Service Delivery*, WHO/FRH/FPP/98.19, 1998, p. 7, <http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_FRH_FPP_98.19.pdf>, visitada el 12 de mayo, 2004. La OMS también declara que las píldoras de AE "no interrumpen el embarazo y por lo tanto no constituyen aborto". *Ibid.*, p. 20.
- 9 JAMES TRUSSELL, CHARLOTTE ELLERTSON, FELICIA STEWART, JACQUELINE KOENIG y ELIZABETH G. RAYMOND, "Emergency Contraception: A Cost-Effective Approach to Preventing Unintended Pregnancy", *Women's Health in Primary Care*, vol. 1, no. 1, 1998, pp. 55-69.
- 10 CONSORCIO INTERNACIONAL SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (ICEC), *Posicionamientos sobre la Anticoncepción de Emergencia: ¿Cómo actúan las píldoras anticonceptivas de emergencia en la prevención del embarazo?*, 2003, <<http://www.cecinfo.org/files/FINALMecanismoAcc.pdf>>, visitada el 24 de marzo, 2005 [en adelante *Posicionamientos sobre la Anticoncepción de Emergencia*].
- 11 *Ibid.*
- 12 PATH, *Manual sobre Recursos Para Elaborar Programas de Píldoras Anticonceptivas de Emergencia*, 2004, p. A-55, <http://www.path.org/files/RH_ec_toolkit_sp.pdf>, visitada el 24 de marzo, 2005.
- 13 ICEC, *What is Emergency Contraception?*, <<http://www.cecinfo.org/html/fea-what-is-ec.htm>>, visitada el 23 de septiembre, 2004; las píldoras de AE se pueden tomar hasta cinco días después de un coito sin protección, pero cuanto antes se tomen más probabilidades hay de que impidan el embarazo. Véase además *ibid.*, p. A-55.
- 14 PATH, *supra* nota 12, p. A-55.
- 15 Véase ICEC, *ECPs Status and Activity by Country*, <<http://www.cecinfo.org/files/ecstatusavailability.pdf>>, visitada el 22 de septiembre, 2004; PLANNED PARENTHOOD FEDERATION OF AMERICA, *Fact Sheet: A Brief History of Emergency Hormonal Contraception: Emergency Contraceptive Pills (ECPs) are Used Around the World*, <<http://www.plannedparenthood.org/pp2/portal/files/portal/medicalinfo/ec/fact-emergency-contraception-history.xml>>, visitada el 24 de marzo, 2005; NOT-2-LATE.COM (THE EMERGENCY CONTRACEPTION WEBSITE), *Emergency Contraception Around the World*, <<http://ec.princeton.edu/worldwide>>, visitada el 22 de septiembre, 2004; POPULATION COUNCIL, *Reproductive Health and Family Planning, Emergency Contraception*, <<http://www.popcouncil.org/rhfp/ec.html>>, visitada el 22 de septiembre, 2004; CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS Y ESTUDIO PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER (DEMUS), *Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que Afectan sus Vidas Reproductivas—América Latina y el Caribe*, Centro de Derechos Reproductivos, Nueva York, 1997, pp. 178-179; CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS Y DEMUS, *Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que Afectan sus Vidas Reproductivas—América Latina y el Caribe, Suplemento 2000*, Centro de Derechos Reproductivos, Nueva York, 2001, p. 57; PROFAMILIA, *Anticoncepción de Emergencia: Un Derecho de la Mujer*, PROFAMILIA, Bogotá, 2001, p. 74; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), Programa Mujer, Salud y Desarrollo, *Hoja Informativa: Anticoncepción de Emergencia en las Américas*, 2001, <<http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/emergencycontraceptionsp.PDF>>, visitada el 24 de marzo, 2005.
- 16 ANIKA RAHMAN, LAURA KATZIVE y STANLEY K. HENSHAW, "A Global Review of Laws on Induced Abortion, 1985-1997", *International Family Planning Perspectives*, vol. 24, no. 2, 1998, pp. 56, 58.
- 17 CONSORCIO LATINOAMERICANO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (CLAE), *Boletín*, vol. 1, no. 1, 2002, p. 6.
- 18 MINISTRY OF HEALTH OF KENYA, *Reproductive Health, Family Planning Policy Guidelines and Standards for Service Providers*, 1997, p. 26.
- 19 PROFAMILIA, *supra* nota 15, p. 74.
- 20 RACHEL K. JONES, JACQUELINE E. DARROCH y STANLEY K. HENSHAW, "Contraceptive Use Among U.S. Women Having Abortions in 2000-2001", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 34, no. 6, 2002, pp. 294, 300, <<http://www.agi-usa.org/pubs/journals/3429402.pdf>>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 21 Véase ICEC, *Posicionamientos sobre la Anticoncepción de Emergencia*, *supra* nota 10.
- 22 Véase INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD

Países de todo el mundo ponen la anticoncepción de emergencia en manos de las mujeres

- FEDERATION (IPPF) [FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA], "Emergency Contraception Works Primarily by Inhibiting Ovulation", 11 de julio, 2002, <http://ippfnet.ippf.org/pub/IPPF_News/News_Details_s.asp?ID=2127>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 23 ACOG, *Statement on Contraceptive Methods*, *supra* nota 6.
- 24 Contraception, Sterilization and Abortion Act 1977, no. 112, art. 2 (cursivas agregadas).
- 25 Penal Code, art. 218, publicado por C.H. Beck, 1997 (traducción no oficial, cursivas agregadas).
- 26 Termination of Pregnancy Act, 1997, ch. 15:10, art. 2.
- 27 Law of May 1, 1981 (Stb. 257), traducida en *International Digest of Health Legislation*, vol. 32, 1981, p. 442 (cursivas agregadas).
- 28 Amendment to Criminal Code, Title 26, ch.16, 19 de julio, 1976, art. 6, reimpresso en *Annual Review of Population Law*, vol. 16, 1977 (cursivas agregadas).
- 29 Protection of Human Subjects, Definitions, *Code of Federal Regulations*, vol. 45, sec. 46.203.
- 30 Caso *Margaret S. v. Edwards*, 3 de marzo, 1980, Distrito del Este de Louisiana, *Federal Supplement*, vol. 488, pp. 181, 191.
- 31 CHRISTOPHER TIETZE y STANLEY K. HENSHAW, *Induced Abortion, A World Review, 1986*, Alan Guttmacher Institute, Nueva York, 1986, p. 5.
- 32 Caso *Smeaton v. Secretary of State for Health*, 18 de abril, 2002, EWHC 610 (Admin), <<http://www.bailii.org/ew/cases/EWHC/Admin/2002/610.html>>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 33 *Ibid.*, p. 18.
- 34 *Ibid.*, p. 126(vii).
- 35 *Ibid.*, p. 148.
- 36 Carta de P.K. Asiimwe, Ministry of Justice and Constitutional Affairs, Uganda, al Director General of Health Services, Uganda, Re: Seeking Guidance on the Legal Definition of Abortion in Uganda, 7 de mayo, 2002, no. ADM/7/161/01 (advirtiendo que Viekel, un producto de AE, es abortivo y por lo tanto cae dentro de la prohibición penal del aborto en Uganda); véase también AMERICAN SOCIETY FOR EMERGENCY CONTRACEPTION e ICEC, *The Emergency Contraception Newsletter*, vol. 7, no. 1, 2002, p. 5, <<http://www.cccinfo.org/files/ecupdate-02-7-1.rtf>>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 37 BUREAU OF FOOD AND DRUGS [DEPARTAMENTO DE ALIMENTACIÓN Y MEDICAMENTOS], *Bureau Circular No. 18 s. 2001*, 7 de diciembre, 2001; AMERICAN SOCIETY FOR EMERGENCY CONTRACEPTION e ICEC, *The Emergency Contraception Newsletter*, vol. 6, no. 2, 2001/2002, p. 8, <<http://cccinfo.org/files/ecupdate-02-6-2.rtf>>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 38 Caso *Smeaton v. Secretary of State for Health*, *supra* nota 32, p. 13(i).
- 39 *Ibid.*, p. 13(ii).
- 40 CONSEJO DE ESTADO, 25 de abril, 2001, no. 216521, <http://www.conseil-etat.fr/ce/jurispd/index_ac_ld0150.shtml>, visitada el 5 de abril, 2005.
- 41 *Ibid.*; Caso *Smeaton v. Secretary of State for Health*, *supra* nota 32, p. 286.
- 42 CLAE, *Boletín*, *supra* nota 17, p. 8.
- 43 *Ibid.* El Ministerio de Salud quedó insatisfecho con este resultado y presionó al Consejo Médico Peruano para que volviera a delegar la decisión al Consejo de Ética, el cual todavía no había emitido una decisión. Véase ANNA-BRITT COE, CENTER FOR HEALTH AND GENDER EQUITY [CENTRO PARA LA SALUD Y EQUIDAD DE GÉNERO], *Informing Choices: Expanding Access to Emergency Contraception in Peru*, 2002, p. 3, <<http://www.genderhealth.org/pubs/CoeECPeruSept2002.pdf>>, visitada el 29 de marzo, 2005.
- 44 DEBORAH MEACHAM y LEZAK SHALLAT, "Chileans to Bishops: the Choice is Not Yours to Make", *Panos Features*, 4 de enero, 2002 <<http://www.panos.org.uk/newsfeatures/featuredetails.asp?id=1047>>, visitada el 29 de marzo, 2005.
- 45 *Ibid.*
- 46 *Ibid.*
- 47 *Ibid.*
- 48 ICEC, *Dedicated Products and their Availability*, <<http://www.cccinfo.org/html/res-product-issues.htm>>, visitada el 23 de septiembre, 2004; ICEC, *ECPs Status and Activity by Country*, *supra* nota 15; NOT-2-LATE.COM, *supra* nota 15; IPPF, *Directorio de Anticonceptivos Hormonales*, <[http://contraceptive.ippf.org/\(0jzjzjw2kyllxp5541lljpuj\)/introduction.aspx](http://contraceptive.ippf.org/(0jzjzjw2kyllxp5541lljpuj)/introduction.aspx)>, visitada el 29 de marzo, 2005.
- 49 ELISA WELLS y MICHELE BURNS, CONSORCIO SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, *Expansión de la anticoncepción de emergencia hacia el acceso global: Una estrategia colaborativa para satisfacer las necesidades de las mujeres*, 2001, p. 3, <http://www.ippfwhr.org/publications/download/monographs/ec_expansion_s.pdf>, visitada el 29 de marzo, 2005.
- 50 *Ibid.*
- 51 *Ibid.*
- 52 Véase *ibid.*
- 53 *Ibid.*, p. 16.
- 54 Véase WHO, *supra* nota 8, p. 20.
- 55 Véase ADELE HORIN, "There's Got To Be A Morning After", *Sydney Morning Herald*, 28 de junio, 2003, <<http://www.smh.com.au/articles/2003/06/27/1056683908357.html>>, visitada el 29 de marzo, 2005.
- 56 "New single dose Levonelle regimen", *The Pharmaceutical Journal*, 15 de noviembre, 2003, <<http://www.pharmj.com/Editorial/20031115/news/levonelle.html>>, visitada el 29 de marzo, 2005.
- 57 WELLS y BURNS, *supra* nota 49, p. 31.
- 58 ICEC, *Dedicated Products and their Availability*, *supra* nota 48; ICEC, *ECPs Status and Activity by Country*, *supra* nota 15; NOT-2-LATE.COM, *supra* nota 15; IPPF, *Directorio de Anticonceptivos Hormonales*, *supra* nota 48.
- 59 "Certain Combined Oral Contraceptives for Use as Postcoital Emergency Contraception", *Federal Register*, vol. 62, 1997, pp. 8609, 8610.
- 60 WELLS y BURNS, *supra* nota 49, p. 6.

- 61 *Ibid.*
- 62 UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM [PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO], *Human Development Report 2003: Bolivia, Indicators*, <http://hdr.undp.org/statistics/data/cty/cty_f_BOL.html>, visitada el 29 de marzo, 2005.
- 63 CLAE, *Lista de precios de los productos dedicados de AE por países*, septiembre de 2004.
- 64 FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (FHI), *Contraceptive Technology & Reproductive Health Series*, Self-Study, Contents, Sec. 1, Timing, 1998, <<http://www.fhi.org/training/en/modules/ECP/slpg16.htm>>, visitada el 28 de marzo, 2005; “The not so bitter pill makes debut”, *Manly Daily* (Australia), 10 de febrero, 2004. Véase también “NEJM ‘Sounding Board’ Article Argues for FDA Approval of OTC Status for Emergency Contraception”, *Kaiser Daily Reproductive Health Report*, 12 de septiembre, 2002, <http://www.kaisernet.org/daily_reports/print_report.cfm?DR_ID=13411&dr_cat=2>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 65 WHO, *supra* nota 8, p. 7.
- 66 *Citizen’s Petition, Food and Drug Administration, Department of Health and Human Services, Petition to make EC available OTC*, 14 de febrero, 2001, p. 3, <http://reproductiverights.org/pdf/EC_petition.pdf>, visitada el 28 de marzo, 2005 [en adelante *Citizen’s Petition*]. (La petición fue presentada por American Public Health Association, American Medical Women’s Association, Association of Reproductive Health Professionals, National Asian Women’s Health Organizations, National Black Women’s Health Project, National Family Planning and Reproductive Health Association, Planned Parenthood Federation of America, Reproductive Health Technologies Project, y 58 organizaciones más, a través de su asesor legal, el Centro de Derechos Reproductivos).
- 67 *Ibid.*
- 68 Véase, por ejemplo, MARIE-NOELLE GUICHI, “Safe birth control pills now available in Cameroon”, *Inter Press Service (IPS)*, 9 de enero, 2002, <http://www.afrol.com/News2002/cam001_birth_control.htm>, visitada el 28 de marzo, 2005 (que describe un estudio de 1999 en Camerún de un grupo de 485 estudiantes universitarias que revelaba que casi 9% de las mujeres se autoadministraban una alta dosis de nivaquina después del coito, en tanto que 15% se tragaban o insertaban dentro de la vagina mezclas caseras después del coito corriendo el riesgo de provocar infecciones, esterilidad o la muerte. El Ministerio de la Salud de Camerún autorizó la venta de la píldora de AE Norlevo en respuesta a estas prácticas).
- 69 *Citizen’s Petition, supra* nota 66, p. 3.
- 70 HEATHER BOONSTRA, “Emergency Contraception: Steps Being Taken to Improve Access”, *Guttmacher Report*, vol. 5, no. 5, 2002, pp. 10, 11, <<http://www.agi-usa.org/pubs/journals/gr050510.pdf>>, visitada el 28 de marzo, 2005; “Non-Prescription Emergency Contraception to Become Available in New Zealand”, *Kaiser Daily Reproductive Health Report*, 24 de mayo, 2002, <http://www.kaisernet.org/daily_reports/rep_index.cfm?hint=2&DR_ID=11355>, visitada el 28 de marzo, 2005; “Belgium to Allow Over-the-Counter Sale of Emergency Contraception”, *Kaiser Daily Reproductive Health Report*, 6 de junio, 2001, <http://www.kaisernet.org/daily_reports/rep_index.cfm?hint=2&DR_ID=5008>, visitada el 28 de marzo, 2005; ELIZABETH AUBENY, French Association for Contraception, *Emergency Contraception Over The Counter*, Powerpoint presentation at 7th Congress of the European Society of Contraception, 10-13 de abril, 2002, <<http://www.contraception-esc.com/powerpoint/G1.Genes2.ppt>>, visitada el 28 de marzo, 2005; “Emergency Contraception and the ‘Back Up Your Birth Control’ Campaign”, *Making the Connection—News and Views on Sexuality: Education, Health and Rights*, SEICUS, vol. 2, no. 2, 2002, <<http://www.siecus.org/inter/connection/conn0023.html>>, visitada el 28 de marzo, 2005; ROBERTA MANCUSO, “Morning-after pill no longer prescription only”, *Townsville Bulletin/Townsville Sun* (Australia), 1 de enero, 2004, p. 5; “U.S. women playing global catch-up on morning-after pill”, *Deutsche Presse-Agentur*, 20 de mayo, 2003.
- 71 CENTRE FOR RESEARCH IN WOMEN’S HEALTH, *Sexual Choices & Reproductive Health*, <<http://www.crw.org/programs/sexualhealth.php>>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 72 HEALTH CANADA ONLINE, *Information: Morning After Pill*, mayo de 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/english/media/releases/2004/2004_27bk1.htm>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 73 AUBENY, *supra* nota 70, depositiva 10.
- 74 CUSHLA MANAGH, “Dramatic rise in urgent pill sales”, *The Dominion Post*, 5 de febrero, 2004, p. 2.
- 75 AMERICAN SOCIETY FOR EMERGENCY CONTRACEPTION e ICEC, *The Emergency Contraception Newsletter*, vol. 7, no. 2, 2002/2003, p. 15, <<http://www.cecinfo.org/files/ecupdate-02-7-2.rtf>>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 76 *Ibid.*, p. 16.
- 77 AMY LOVVORN, JOANA NERQUAYE-TETTEH, EVAM KOFI GLOVER, ALEX AMANKWAH-POKU, MELISSA HAYS y ELIZABETH RAYMOND, “Provision of Emergency Contraceptive Pills to Spermicide Users in Ghana”, *Contraception*, vol. 61, no. 4, 2000, pp. 287-93.
- 78 “Young Women With Advance Supply of EC No Less Likely To Use Other Contraceptives Than Women Without EC, Study Says”, *Kaiser Daily Reproductive Health Report*, 31 de marzo, 2004, <http://www.kaisernet.org/daily_reports/print_report.cfm?DR_ID=22951&dr_cat=2>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 79 FHI, “El acceso fácil a las píldoras es importante: Exigir receta para las PAE representa una barrera importante para el uso eficaz”, *Network en español*, vol. 21, no. 1, 2001, <<http://www.fhi.org/sp/networks/sv21-1/ns2114.html>>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 80 Por ejemplo, la Federation of Obstetrics and Gynaecological Society of India estableció una línea de emergencia de AE en abril de 2003. Véase “Emergency contraceptive help’s just a phone call away”, *The Times of India*, 24 de mayo, 2003, <<http://timesofindia>

Países de todo el mundo ponen la anticoncepción de emergencia en manos de las mujeres

- indiatimes.com/cms.dll/html/uncomp/articleshow?msid=47320241>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 81 Carta de Steven Galson, Acting Director, Center for Drug Evaluation and Research, Department of Health and Human Services, a Joseph A. Carrodo, Senior Director, Regulatory Affairs, Barr Research, Inc., 7 de mayo, 2005, <<http://www.fda.gov/cder/drug/infopage/planB/default.htm>>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 82 *Ibid.* Véase también LIZA MUNDY, "Dubious Conceptions," *Slate*, 1 de junio, 2004, <<http://www.slate.com/id/2101525>>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 83 "AMA Urges FDA to Allow Over-the-Counter Sale of Emergency Contraception", *Kaiser Daily Reproductive Health Report*, 6 de diciembre, 2000, <http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/print_report.cfm?DR_ID=1492&dr_cat=2>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 84 THE HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION, *Women's Fact Sheet: Emergency Contraceptive Pills*, febrero de 2004, <<http://www.kff.org/womenshealth/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=31598>>, visitada el 28 de marzo, 2005; "Maine Governor Signs Bill To Authorize Pharmacists to Dispense EC Without Doctor's Prescription", *Kaiser Daily Reproductive Health Report*, 24 de marzo, 2004, <http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/print_report.cfm?DR_ID=22838&dr_cat=2>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 85 Véase "N.H. Senate Approves Bill That Would Allow Women to Purchase EC From Pharmacists Without Prescription", *Kaiser Daily Reproductive Health Report*, 22 de marzo, 2004, <http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/print_report.cfm?DR_ID=22797&dr_cat=2>, visitada el 28 de marzo, 2005; véase "New York Assembly Approves Bill That Would Allow EC To Be Sold Without Prescription", *Kaiser Daily Reproductive Health Report*, 4 de febrero, 2004, <http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/print_report.cfm?DR_ID=22024&dr_cat=2>, visitada el 28 de marzo, 2005; véase "Illinois House Committee Approves Bill That Would Allow Sale of EC Without Doctor's Prescription", *Kaiser Daily Reproductive Health Report*, 26 de febrero, 2004, <http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/print_report.cfm?DR_ID=22386&dr_cat=2>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 86 CENTER FOR POLICY ALTERNATIVES, *Emergency Contraception for Sexual Assault Victims*, 2003, <<http://www.cfpa.org/issues/issue.cfm/issue/EC-SexualAssault.xml>>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 87 Véase COE, *supra* nota 43, p. 1.
- 88 RUPSA MALLIK, CENTER FOR HEALTH AND GENDER EQUITY, *Beyond the Magic Bullet: Introduction of Emergency Contraceptive Pills in India*, 2003, p. 2, <<http://www.genderhealth.org/pubs/MallikECPillsIndiaJul2003.pdf>>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 89 CENTER FOR POLICY ALTERNATIVES, *supra* nota 86.
- Véase también NARAL PRO-CHOICE MINNESOTA, *Fact Sheet: Rape Survivors Deserve the Standard of Care: Emergency Contraception*, 12 de enero, 2004, <<http://www.prochoiceminnesota.org/s06factsheets/200311056.shtml>>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 90 MARIA DE BRUYN, *Violence, pregnancy and abortion: Issues of women's rights and public health*, 2ª ed., Ipas, Chapel Hill, 2003, p. 12, <http://www.ipas.org/english/publications/violence_womens_rights_en.pdf>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 91 *Ibid.*
- 92 *Ibid.*, p. 35.
- 93 CLAE, *Boletín*, *supra* nota 17.
- 94 IPPF, "Assistance to survivors of sexual violence in Buenos Aires", 27 de agosto, 2003, en <http://ippfnet.ippf.org/pub/IPPF_News/News_Details_s.asp?ID=2872>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 95 Véase DE BRUYN, *supra* nota 90, p. 36.
- 96 MINISTERIO DE SALUD, Resolución No. 527, 6 de abril, 2004. De acuerdo con esta resolución, se requiere el consentimiento de los padres para suministrar AE a víctimas de ataque sexual que sean menores de edad.
- 97 COE, *supra* nota 43, p. 3.
- 98 Véase DE BRUYN, *supra* nota 90, p. 35.
- 99 Norma Oficial NOM-005-SSA2-1993, sec. 5.3.1.1.
- 100 Véase DE BRUYN, *supra* nota 90, p. 45.
- 101 FAMILY HEALTH BUREAU, Ministry of Health, Government of Sri Lanka, *Handbook on Contraceptive Technology*, 1996, p. 22.
- 102 Véase DE BRUYN, *supra* nota 90, p. 45.
- 103 Véase *ibid.*, p. 46.
- 104 WHO y UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (UNHCR) [ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS REFUGIADOS], Health and Community Section, *Clinical Management of Survivors of Rape: A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*, WHO/RHR/02.08, 2002, <<http://www.rhrc.org/pdf/cmrs1.pdf>>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 105 AMERICAN SOCIETY FOR EMERGENCY CONTRACEPTION e ICEC, *The Emergency Contraception Newsletter*, *supra* nota 36, p. 15.
- 106 WHO y UNHCR, *supra* nota 104, anexo 7.
- 107 UNHCR, *Reproductive Health in refugee situations, an Inter-agency Field Manual*, 1999, pp. 40, 43, <<http://www.unfpa.org/emergencies/manual>>, visitada el 28 de marzo, 2005; UNHCR, *Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons, Guidelines for Prevention and Response*, 2003, p. 148, <http://www.unicef.org/gl_sgbv03.pdf>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 108 Véase DE BRUYN, *supra* nota 90, p. 14.
- 109 Estos estados incluyen California, Illinois, Nuevo México, Nueva York y Washington. THE ALAN

- GUTTMACHER INSTITUTE, *State Policies in Brief: Access to Emergency Contraception*, 1 de mayo, 2004, <http://www.agi-usa.org/pubs/spib_EC.pdf>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 110 El estado es Ohio. *Ibid.*
- 111 Estos estados incluyen California, Nuevo México, Nueva York, Carolina del Sur y Washington. *Ibid.*
- 112 Estos estados incluyen Ohio y Oregon. Oregon también instruye a los proveedores de la salud que se niegan a proporcionar AE que remitan al paciente a otro proveedor de la salud. *Ibid.*
- 113 THE HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION, *supra* nota 84.
- 114 Véase CATHOLICS FOR A FREE CHOICE (CFFC) [CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR], *Second Chance Denied: Emergency Contraception in Catholic Hospital Emergency Rooms*, 2000, p. 15, <<http://www.catholicsforchoice.org/PDF/EC%20Study.pdf>> visitada el 28 de marzo, 2005; véase también PLANNED PARENTHOOD FEDERATION OF AMERICA, *Fact Sheet: Obstructing Access to Emergency Contraception in Hospital Emergency Rooms*, <http://www.plannedparenthood.org/library/facts/obstructing_032102.html>, visitada el 28 de marzo, 2005.
- 115 Véase “The Center for Reproductive Rights And Mexican Partners Seek Justice For Young Mexican Rape Victim”, *Reproductive Freedom News*, Center for Reproductive Rights, vol. 11., no. 2, 2002, <http://www.reproductiverights.org/rfn_02_04.html#special>, visitada el 28 de marzo, 2005 [en adelante *Reproductive Freedom News*]; véase también “Centro de Derechos Reproductivos busca justicia internacional para menor violada a quien le fue negado el derecho al aborto”, Comunicado de prensa, Centro de Derechos Reproductivos, 6 de marzo, 2002, <http://www.reproductiverights.org/esp_pre_02_0306paulina.html>, visitada el 28 de marzo, 2005 [en adelante Comunicado de prensa, Centro de Derechos Reproductivos].
- 116 Comunicado de prensa, Centro de Derechos Reproductivos, *ibid.*
- 117 *Reproductive Freedom News*, *supra* nota 115.
- 118 REBECCA J. COOK y BERNARD DICKENS, *Considerations for Formulating Reproductive Health Laws*, WHO, 2000, p. 34.
- 119 MINISTERIO DE SALUD, *supra* nota 96.
- 120 WELLS y BURNS, *supra* nota 49, p. 46.
- 121 *Ibid.*
- 122 *Ibid.*, p. 32.
- 123 “Adolescents Need Access to Reproductive Health Information and Services, UNFPA Executive Director Thoraya Obaid Stresses”, Comunicado de prensa, UNFPA, 10 de mayo, 2002, <<http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=79&Language=1>>, visitada el 28 de marzo, 2005 [en adelante Comunicado de prensa, UNFPA].
- 124 Véase *ibid.*
- 125 WHO, *Fact Sheet N° 276: Making Pregnancy Safer*, febrero de 2004, p. 3, <http://whqlibdoc.who.int/fact_sheet/2004/FS_276.pdf>, visitada el 5 de abril, 2005.
- 126 “Contraceptive Use Does Not Decline Among Teenage Mothers Supplied With Emergency Contraception, Study Says”, *Kaiser Daily Reproductive Health Report*, 21 de marzo, 2003, <http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?hint=2&DR_ID=16724>, visitada el 5 de abril, 2005. Dieciocho por ciento de las adolescentes que no recibieron un suministro de AE de antemano se embarazaron dentro de los seis meses posteriores, mientras que sólo el 7% de las adolescentes que sí dispusieron de un suministro de AE por adelantado se embarazaron dentro del mismo período de tiempo.
- 127 Comunicado de prensa, UNFPA, *supra* nota 123.
- 128 WHO, *supra* nota 125, p. 2.
- 129 Código de Salud Pública, art. L5134-1, <<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnArticleDeCode?commun=CSANPU&art=L5134-1>>, visitada el 5 de abril, 2005; “French Government Allows Minors to Receive Free Emergency Contraception Without Prescription or Parental Approval”, *Kaiser Daily Reproductive Health Report*, 11 de enero, 2002, <http://kaisernetwork.org/Daily_reports/rep_index.cfm?DR_ID=8904>, visitada el 5 de abril, 2005. El decreto exige que los farmacéuticos que faciliten medicamentos “hablen brevemente con las mujeres jóvenes” para asegurarse de que ellas saben cómo usar el medicamento. El decreto también indica que los farmacéuticos deben asesorar a jóvenes que recurren a la AE por sobre otras formas de control de natalidad y recomendarles que visiten a un médico con regularidad. *Ibid.*
- 130 Ley No. 2000–1209 del 13 de diciembre, 2000, *Journal Officiel*, 14 de diciembre, 2000, p. 19.830.
- 131 CÉCILE CALLA, “Près de six mille jeunes filles ont obtenu la pilule du lendemain auprès de leur infirmière scolaire en 2001–2002; Au lycée, le Norlévo est entré dans les mœurs”, *Le Figaro*, 20 de diciembre, 2002.
- 132 Ley No. 2000–1209 del 13 de diciembre, 2000, *supra* nota 130.
- 133 Véase CALLA, *supra* nota 131.
- 134 “Emergency Contraception to Become Available Without Prescription in England”, *Kaiser Daily Reproductive Health Report*, 11 de diciembre, 2000, <http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?DR_ID=1589>, visitada el 5 de abril, 2005.
- 135 IPPF, “UK Supermarkets to Provide Emergency Contraception”, 20 de marzo, 2002, <http://ippfnet.ippf.org/pub/IPPF_News/News_Details.s.asp?ID=1853>, visitada el 5 de abril, 2005.
- 136 “School Offers Morning-After Pill”, *BBC News*, 30 de septiembre, 2002, <<http://news.bbc.co.uk/1/hi/england/2288221.stm>>, visitada el 5 de abril, 2005.