

"CONTRACEPCION DE EMERGENCIA" UN MAL LLAMADO METODO CONTRACEPTIVO

Dr. Rafael Luis Pineda

*Profesor Adjunto de Ginecología,
Facultad de Medicina,
Universidad Nacional de Rosario*

INTRODUCCIÓN

Se define médicamente a la **anticoncepción o "contracepción de emergencia"** como *"el uso de métodos para evitar el embarazo después de haber tenido relaciones sexuales sin la protección adecuada"*¹ o como aquellos *"métodos que la mujer puede usar luego de un coito para prevenir el embarazo"*^{2,3}. También ha sido llamada **"anticoncepción postcoital"** o **"píldora del día siguiente"**².

Son varios los regímenes que pueden utilizarse en este sentido⁴:

- a) combinación de estrógenos y progestágenos sintéticos,
- b) estrógenos sintéticos solamente,
- c) dispositivos intrauterinos,
- d) progestágenos sintéticos solamente,
- e) danazol,
- f) antipregesterónicos (mifepristone).

Si bien el primero que fue descrito fue la utilización de elevadas dosis de estrógenos sintéticos, el primero que fue ampliamente usado fue una combinación de estrógenos y progestágenos sintéticos administrados por vía oral⁵. También se ha propuesto la inserción de un dispositivo intrauterino luego de un coito "no

protegido" con una elevada "tasa de efectividad" en impedir el desarrollo del embarazo si este ha ocurrido⁶ y, más recientemente, se han publicado experiencias con el uso del mifepristone (RU 486)⁴, una píldora que, utilizada durante las primeras semanas del embarazo, provoca el aborto al competir en el endometrio con la progesterona que lo sostiene.

La bibliografía moderna muestra numerosas publicaciones sobre el tema⁷ y es evidente una tendencia mundial a la amplia difusión de estos métodos a través de campañas institucionales dirigidas a informar sobre su existencia a las posibles usuarias. En este sentido durante los últimos años la Organización Mundial de la Salud, a través de su Programa de Investigación, Desarrollo y Entrenamiento de Investigadores en Reproducción Humana⁸⁻¹⁰ (sostenido económicamente por el Banco Mundial), en 1996 el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología - a través de una campaña de distribución de información para usuarias y médicos (*"Practice Pattern on Emergency Contraception"*) apoyada por la Henry J. Kaiser Family Foundation¹¹⁻¹³, y más recientemente la Oficina de Investigaciones en Población de la Universidad de Princeton (Princeton, NJ) - a través de la llamada a un teléfono sin cargo o por la consulta a su página en Internet¹ -, han insistido en la necesidad de que estos métodos sean bien conocidos por las posibles usuarias⁷ (particularmente mujeres jóvenes y adolescentes sexualmente activas y no usuarias regulares de métodos anticonceptivos).

vos convencionales o en riesgo de que estos fallen), para ser ampliamente usados. Para avalar estas campañas, la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos, aunque no ha aprobado el régimen de anticonceptivos orales utilizados como "contracepción de emergencia", ha sostenido que es seguro y efectivo^{7,11,13,14-16}. Recientemente en la Argentina, el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación ha aprobado una combinación hormonal similar a la descrita en 1974 por Yuzpée y col.⁵ (certificado n° 45.273).

Referimos nuestro análisis a los mecanismos de acción y a los aspectos éticos en el uso de ésta asociación hormonal sintética, pero muchas de las consideraciones que hagamos pueden ser aplicadas a las otras formas de "contracepción de emergencia".

MECANISMO DE ACCIÓN DE LA "CONTRACCIÓN DE EMERGENCIA"

La "contracepción de emergencia" puede actuar¹⁷:

(a) antes de la fecundación, inhibiendo o alterando la ovulación, interfiriendo los mecanismos de la fertilización, o

(b) una vez que se ha producido la unión del óvulo con el espermatozoide - la fecundación - alterando el transporte del embrión hacia el útero, inhibiendo su implantación en el endometrio^{3,18-22} o provocando la eliminación de un embrión recién implantado.

Estos últimos mecanismos posibles constituyen los puntos más conflictivos

en la discusión sobre el modo de acción de la "contracepción de emergencia", ya que implican la eliminación de un embrión recién concebido, inmediatamente antes de su implantación en el endometrio o en los días siguientes a ocurrida la anidación.

El capítulo de "Contraceptivos Postcoitales"²³ del clásico texto de Hafez sobre Reproducción Humana comienza textualmente: *"la contracepción postcoital es definida como la inhibición farmacológica de la implantación luego de un coito no protegido. Teóricamente esto es similar a la contracepción "postconcepcional" que es farmacológicamente la interrupción de un embarazo luego de la implantación"*, y el párrafo siguiente comienza dice que *"el término interceptivo fue sugerido para agentes que interfieran con la implantación (Navqui RH, Warren JC. Interceptives: drugs interrupting pregnancy after implantation. Steroids 1971; 18:731)"* (textos de la pag. 747). Más adelante, al referirse al mecanismo de acción, expresa que *"los estrógenos postcoitales son efectivos solo si se administran dentro de las 72 hs. después del coito debido a que los estrógenos usados de este modo aparentemente previenen el embarazo por interferencia con la implantación del blastocisto en el endometrio. (...) Es posible que la administración postcoital de estrógenos altere el balance estrógeno-progesterona, por lo que se alteraría el desarrollo endometrial y el blastocisto no podría implantarse"* (texto de la pag. 753). Al tratar más en detalle los *"mecanismos fisiológicos de los contraceptivos postcoitales"* refiere como posibles causas de *"interferencia con la*

implantación del blastocisto" factores mio-metrales y endometriales, agentes ovotóxicos, interferencia con enzimas uterinas del embarazo (anhidrasa carbónica y monoamino-oxidasa), prevención de la disolución de la zona pelúcida al contacto con el endometrio y la luteolisis.

En el trabajo original de Yuzpe y col.⁵, que describe y prueba esta metodología, se reconocen los efectos abortivos de la medicación usada en la forma que se indica: *"si el tratamiento se efectúa al comienzo del ciclo (...) el efecto mayor se produce sobre el estroma (endometrial) causando su maduración precoz (...). En esta situación, un óvulo fertilizado no podría ser aceptado para su implantación (= intercepción). Por otra parte, si la administración se produce tardíamente en el ciclo, la posibilidad de un efecto abortivo de la medicación se apoya en la aparición de un 42% de ciclos prolongados"*. El efecto abortivo puede manifestarse, entonces, por un efecto luteolítico de la combinación hormonal o por modificaciones de la maduración endometrial, con alteraciones a nivel celular o del complejo enzima-receptor. En un comentario recientemente aparecido en Lancet²⁴ se reconoce la *"interferencia con el desarrollo de la mucosa uterina necesaria para la implantación"* como mecanismo de acción de esta asociación hormonal.

Por otra parte, Mark Dinwoodie²⁵, un médico generalista inglés, insiste en la necesidad de saber si la paciente está gestando antes de administrar estas píldoras, y resume muy bien el sentimiento popular en el uso de estas píldoras: *"poco se sabe sobre el efecto de la contracep-*

ción de emergencia cuando el embarazo se ha establecido (...) pero sospecho que las mujeres que creen estar embarazadas intentarán tomarlas para inducir un aborto temprano".

En los últimos informes bianuales de los Programas de Investigación, Desarrollo y Entrenamiento de Investigadores en Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud se hace referencia a los métodos "contraceptivos" postcoitales. Las investigaciones sobre este método comenzaron en el Programa a partir de 1983 con la llamada "píldora de las vacaciones" un progestágeno que era administrado después de un coito no protegido, observando un elevado número de ciclos alterados⁹. En el informe correspondiente al bienio 1986-1987, Van Look enumera las características ideales que debería tener un "contraceptivo postcoital", destacando *"(a) la capacidad de interferir con el desarrollo pre-embionario o con la implantación, (b) una acción de larga duración, (c) la capacidad de producir una completa protección interceptiva cuando es administrada en una sola oportunidad, (d) un alto grado de especificidad para que al ciclo no se altere"*¹⁰. Más adelante, al enumerar las direcciones futuras hacia las que se orienta la contracepción dice que *"debe ponerse especial énfasis en la investigación para un mejor conocimiento del proceso de implantación en el sentido de lograr agentes postcoitales más efectivos"*. En el informe 1992-1993 se afirma que estos *"métodos pueden ser empleados antes de la implantación en el útero de un huevo fertilizado"*¹¹.

Al analizar las potenciales orientaciones de las futuras investigaciones para lograr una mayor eficacia en la "contracepción de emergencia", von Hertzen y Van Look¹⁷ refieren la necesidad de profundizar los conocimientos actuales en relación a los eventos que ocurren luego de la fertilización y hasta que se establezca exitosamente el embarazo, teniendo en cuenta el papel fundamental que juega el embrión en este período²⁶. Esto afirma, una vez más, que el objetivo primordial de esta metodología es actuar en el período crítico que media entre la fecundación y la implantación completa.

ANÁLISIS ÉTICO DE LA "CONTRACEPCIÓN DE EMERGENCIA"

1. *Fundamentación ética en relación con su demostrado efecto abortivo.*

De lo expresado anteriormente, resulta claro que la "contracepción de emergencia" actúa impidiendo la implantación endometrial de un embrión recién concebido o a través de su eliminación, si la implantación ha ocurrido recientemente, impidiendo la continuación de su desarrollo. En otras palabras, produce un aborto temprano suprimiendo un ser humano recién concebido, lo que constituye un acto seriamente ilícito que destruye al más inocente de los seres humanos.

La intencionada confusión semántica, que analizaremos más adelante, es una de las características predominantes de la discusión ética de estos métodos.

En la ya citada página de la Universidad de Princeton en Internet¹, cuando se

refiere a los "*mecanismos de acción de los anticonceptivos de emergencia*" dice: "lo que hacen las PAE (píldoras anticonceptivas de emergencia) y las minipíldoras de emergencia, principalmente, es modificar el endometrio (...) para inhibir la implantación de un huevo fecundado", pero cuando responde a la pregunta sobre si "*los anticonceptivos de emergencia pueden provocar un aborto?*", responde: "no, el uso de la anticoncepción de emergencia no produce un aborto. (...) La ciencia médica define el inicio de un embarazo como la implantación de un huevo fecundado en la capa de mucosa que recubre el útero. La implantación ocurre de 5 a 7 días después de la fecundación. Los anticonceptivos de emergencia funcionan antes de la implantación y no cuando la mujer está embarazada".

"Los anticonceptivos orales que se usan para la anticoncepción de emergencia no provocan aborto porque surten su efecto antes de que comience el embarazo. Se cree que estas píldoras (...) modifican el revestimiento del útero, o endometrio, con lo cual evitan la implantación"²⁷.

De estos conceptos bien confusos se deduce que el problema ético fundamental está centrado, no solo en la definición del comienzo de la vida humana, sino también en la separación artificial que se plantea entre la fecundación y el comienzo del embarazo. Los promotores de la "contracepción de emergencia" no consideran a la fecundación como el comienzo de una nueva vida humana, sino que la consideran cuando se ha producido la implantación. Así, lo que llaman "*inicio del embarazo*", coincidiendo

do con la implantación del "concebido" en el endometrio, constituye - según su idea equivocada - el comienzo de la vida. Con ésta distinción se hace "posible" aplicar cualquier acción deletérea, directa o indirecta, sobre el huevo fecundado y no implantado, ya que la vida (o el embarazo) "no ha comenzado" y eliminar a un recién concebido porque, en realidad y para este concepto, la vida aún no existe. En realidad, no se habla de vida sino que se utiliza el término "inicio del embarazo"; de este modo, la vida recién concebida es puro dato, un acontecimiento sin sustancia, sin considerar al sujeto, sin valorar la realidad que la vida humana constituye.

Otra situación sobre la que se intenta fundamentar la utilización de esta metodología, es la consideración legal del comienzo de la vida humana. En este sentido, una reciente editorial del British Medical Journal dice que la contracepción de emergencia "*actuando antes de la implantación, (...) no constituye aborto bajo los términos de la presente legislación*"²⁸, apoyándose en la legislación inglesa que, además de aceptar el aborto provocado, permite la manipulación e investigación sobre el embrión humano hasta los 14 días desde la concepción²⁹. De igual modo, Tadiar y Robinson³⁰, establecen que "*la contracepción de emergencia administrada inmediatamente después de un coito no protegido podría, probablemente, ser legal en países con leyes que restringen, de algún modo, el aborto - particularmente en el caso de que el embarazo no es reconocido hasta la implantación completa (Alemania,*

Liberia, Nueva Zelanda). Esto puede ser verdadero aún en casos en que la fertilización ha ocurrido, ya que desde la prevención de la fertilización del óvulo hasta que se haya completado el proceso de la implantación no constituye un aborto en esos países". Juega aquí una legislación humana apoyada en un falso concepto biológico, pesando más que la verdad en su estricto sentido. Cabe consignar que la legislación argentina reconoce a la concepción como comienzo de la vida humana.

Plantear esta diferenciación entre resulta éticamente impropio ya que no habrá embarazo si antes no hay una persona humana y solo una vez concebida ésta será posible aquel. Por tanto, para que exista un embarazo es necesaria la concepción del un ser humano y, por otra parte, es bien sabido que el embrión recién concebido - y antes de su implantación - produce señales biológicas en el nivel molecular que facilitan su reconocimiento y preparan su implantación²⁶, manteniendo una evidente "comunicación" con su madre prácticamente desde el momento mismo de la concepción. De este modo, entonces, el embarazo comienza antes de la implantación, sin duda en la concepción, no siendo válida la aplicación del concepto de "inicio del embarazo".

Por otra parte, a través de los recientes aportes de la biología, podemos asegurar que equivocan el planteo inicial al asimilar el comienzo de la vida con la implantación o lo que llaman el comienzo del embarazo y, al respecto, existe una abundantísima bibliografía científi-

ca que demuestra que ésta aseveración es falsa. En la fecundación - unión del espermatozoide con el óvulo - comienza a una nueva vida, biológica y genéticamente única e irrepetible, por la constitución de un nuevo genoma con aportes genéticos del padre y de la madre, pero sustancialmente nuevo por el re-arreglo genético que ocurre en el apareamiento de los cromosomas por pares. Este proceso es un continuo que caracteriza a todos los seres que se reproducen por gametos, y que tiene como característica la coordinación del proceso por el genoma y la gradualidad en la expresión de los cientos de miles de genes que lo constituyen. De este modo, ya desde la fecundación, y aún antes de la implantación, este nuevo sistema biológico comienza a actuar como una estructura independiente, dotada de individualidad genética, comportándose como una totalidad en constante y autónoma organización, hasta la constitución, semanas después, de un organismo completo. Se trata, entonces, de un nuevo individuo que comienza su propio ciclo vital, en el que está inscripta su propia naturaleza y en el cual no pueden reconocerse categorías que reduzcan su humanidad o las condiciones de respeto que merece como tal.

La discriminación del ser humano en las primeras fases de su existencia no tiene sustentación antropológica y biológica, ya que el ser humano es, desde su inicio (el cigoto, o aún antes³¹) un ser perteneciente a la especie humana y poseedor de una vida personal aún no totalmente expresada pero en vías de hacerlo.

Debe aplicársele, entonces el siguiente principio ético fundamental *"bastaría la sola probabilidad de encontrarse ante una persona humana para justificar la más rotunda prohibición de cualquier intervención destinada a eliminar el embrión humano"*³².

Como ya se ha dicho, la genética y la biología del desarrollo testimonian la naturaleza plenamente humana del embrión, que no será otro que un individuo de la especie humana en la fase inicial de su ciclo vital (desde la fertilización el cariotipo del embrión está constituido por moléculas de DNA que contienen las secuencias de ácidos polidesoxirribonucleótidos específicamente humanos), que lo va conduciendo - a través de un proceso coordinado, continuo y gradual - a hacerse un adulto como cualquiera de nosotros. Ya lo afirmaba Tertuliano a fines del siglo II de nuestra era, cuando decía *"es ya un hombre aquél que lo será"*³³. Por otra parte, éstas características esenciales del proceso de desarrollo del embrión han sido reconocidas y sintetizadas en el informe final del *Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embryology* (Informe Warnock, Inglaterra): *"el 'timing' de los diferentes estadios del desarrollo del embrión es crítico; desde que ha comenzado el proceso, no hay un momento particular del proceso de desarrollo que sea más importante que otro; todas son partes de un proceso continuo y a menos que cada estadio tenga lugar normalmente, en el momento preciso, y en la secuencia correcta, el desarrollo posterior cesará"*²⁹.

"La naturaleza racional del hombre no admite reducción en alguna o en todas sus

capacidades, actividades y funciones, a pesar de que no se hayan manifestado en las primeras fases del desarrollo del cuerpo humano. Hacer coincidir la persona con conceptos equivocados o confusos respecto a sus facultades, además de comprometer irremparablemente la unidad y la identidad ontológica de la persona humana, legitima una inicua forma de discriminación entre los seres humanos sobre la base arbitraria de sus atributos o capacidades. Algunos insisten que el embrión, en las fases iniciales de su desarrollo - hasta el 7° u 8° día para algunos, al 14° - 15° para otros -, está dotado de una identidad e individualidad genética, pero no de individualidad orgánica: (pero) en sentido ontogénico nos encontramos frente al mismo individuo humano que reconocemos en el embrión implantado, en el feto o en el neonato. No siendo reconocida la individualidad sustancial, falta uno de los dos requisitos fundamentales de la persona humana³⁴.

Considerar que el embrión no existe, o constituye una forma de vida humana distinta durante el lapso que media entre la concepción y la implantación (el falso concepto del pre-embrión), es tratar de establecer una justificación ética que permita, entre otras situaciones y especialmente en estos casos, el uso de la "contracepción de emergencia". En conclusión, "cualquier separación entre individuo y persona en el ser humano es arbitraria, un juego entre la filosofía y las ciencias biológicas sin un real valor cognoscitivo"³⁵. Por eso, "cualquier manipulación a que sea sometido el embrión y que no implique una acción directa al resguardo de su integridad física, al mejoramiento de sus condiciones de

salud o a la supervivencia individual"³⁶ viola el respeto debido a la persona humana.

Se alega que si la utilización de la "contracepción de emergencia" se generalizara evitaría, solo en los Estados Unidos, alrededor de 1 millón de abortos y el nacimiento de aproximadamente 2 millones de niños no deseados por año⁴; pero, en realidad se estaría evitando abortos en embarazos más avanzados por medio de otras formas más sutiles de aborto, producto de una manipulación semántica y "antropológica" a través de la cual se trata de suprimir la vida del embrión - entre otras situaciones - en nombre del "respeto a la autonomía de la mujer". Como se ha dicho antes, por un lado se manipulan los conocimientos biológicos atribuyendo el comienzo de la vida a la implantación, en la mucosa uterina, de un embrión concebido días antes (6 por lo menos). Además, se recurre al concepto de "pre-embrión" para descategorizar los primeros días de la vida humana y así poder eliminarlo, descargando de la conciencia el peso de la eliminación de una vida humana. Por otro lado, se concede a la mujer la potestad para decidir sobre otra vida en nombre de su propia "autonomía", considerando esta situación como un acto privado y privativo de la mujer sin tener la menor consideración al ser humano recién concebido³⁰. En las Filipinas, por ejemplo, las mujeres tienen "derecho a su autodeterminación reproductiva", como parte de los derechos humanos, por lo que se sostiene que cuando se ha expuesto a un coito no protegido debería tener acceso a la contracepción de emergencia³⁰. En defi-

nitiva, actúa como juez y parte en el litigio que se plantea por la subsistencia de la vida humana recién concebida.

El hecho de que estos productos puedan tener un verdadero efecto anticonceptivo, impidiendo la unión del óvulo con el espermatozoide - el efecto preconceptivo que citábamos antes - no altera el juicio ético que merece la "contracepción postcoital", ya que su utilización puede conducir, deliberada y voluntariamente, a un aborto, efecto que sin duda se busca si la fecundación ha ocurrido. Este es un ejemplo más de la existencia de una "zona gris" en los mecanismos de acción de los diferentes contraceptivos, de los imprecisos límites existentes entre aquellos procedimientos realmente anticonceptivos y aquellos que provocan abortos tempranos (preimplantatorios o postimplantatorios inmediatos), límites que se hacen cada vez más estrechos hasta fundirse y no saber cuando un procedimiento es realmente anticonceptivo o abortivo. Cuando se intenta legislar para introducir la contracepción de emergencia, esta cuestión se hace más crítica, y así lo reconocen Tadiar y Robinson³⁰, citando a Cook³⁷ cuando dicen que *"la controversia sobre cuando termina la contracepción y comienza el aborto puede afectar el marco regulatorio de la contracepción de emergencia"*. Esta situación es, en definitiva, una manifestación más de la mentalidad contra la vida que reina en la sociedad de estos tiempos.

2. Manipulación semántica.

En el plano científico y social se va arraigando un fenómeno preocupante,

el uso de una terminología engañosa y confusa. Se trata de la tendencia actual a enmascarar el vocablo "aborto" utilizando una nomenclatura que no refiera directamente a este acto y, a su vez, que no "asuste" por las connotaciones que el término implica. Esta situación se advierte en los prospectos de algunos anticonceptivos, en manuales de divulgación dirigidos al público y, también, en publicaciones científicas. La nueva terminología - "*interceptivo*" - le quita dramatismo al uso del término y engaña a quien no conoce su verdadero sentido. Ya en el texto de Hafez²³ se emplea éste término, y Edward²⁶ define la "*intercepción*" como la utilización de un agente que prevenga la implantación del embrión en el útero. Insiste en que no es contracepción, a la que define como la prevención de la fertilización, ni es aborto, ya que esto implica la eliminación de un feto implantado. Cualquier compuesto que modifique las funciones endometriales, previene o altera la implantación, implicando mecanismos de intercepción, los que involucran el corto periodo que media entre la llegada del embrión a la cavidad uterina y su implantación en el "nido" endometrial. El efecto interceptivo de los estrógenos utilizados luego de un "*coito sin protección*" es avalado por Anand Kumar³⁸ cuando afirma que se previenen las "concepciones intrauterinas" pero no los embarazos ectópicos.

Von Hertzen y Van Look¹⁷ dicen textualmente: *"para alcanzar la más elevada eficacia, la droga ideal para la contracepción de emergencia debe actuar **interceptiva-***

mente; esto es, debe ser capaz de interferir con los eventos fisiológicos que ocurren luego de la fertilización - durante el período temprano del desarrollo embrionario antes de la implantación. (...) Aquellos compuestos que actúan en un determinado momento postovulatorio, como es el momento crítico de la preparación del endometrio para la implantación, deben ejercer su efecto a lo largo de la fase fértil, más el tiempo necesario hasta que ocurra el efecto esperado".

El empleo de este término es una forma sutil de evitar el uso de la palabra "aborto", pero queda bien claro que se refiere a la eliminación de un embrión en las etapas más iniciales de su desarrollo, al impedir su implantación en la mucosa endometrial. Para reafirmar estos conceptos, podemos citar a Ralph Rahwan³⁹ del Colegio de Farmaceuticos de la Ohio State University en Columbus, quien - en respuesta a una editorial del Lancet en la que se afirmaba que *"la contracepción de emergencia no constituía un aborto"* - dice que los *"interceptivos (...) interfieren primariamente con la implantación de un óvulo fertilizado y representa un aborto muy temprano. Los libros de embriología reconocen que la concepción se produce en la fertilización. El término "contracepción de emergencia" tal como es usado en la editorial (...) es equivocado. El término correcto (...) es el de "intercepción de emergencia" o el de "terminación del embarazo de emergencia". La palabra "contraceptivo" debe restringirse a aquellas drogas o procedimientos que interfieren con la fertilización o con la gametogénesis"*. Del mismo modo, John Scotson⁴⁰, comentando otra editorial sobre el tema, dice

que *"es vital usar adecuadamente palabras y frases. Jeanette Cayley titula su editorial "contracepción de emergencia", pero contracepción significa "contra la concepción", o sea prevenir o evitar que ocurra la concepción. El objeto de utilizar una píldora post-coital es prevenir la anidación y el desarrollo del concepto y procurar un aborto químico temprano. No se puede prevenir algo que ya ocurrió y, por lo tanto, el uso del término contracepción de emergencia para un aborto temprano es erróneo. De acuerdo al prospecto del producto PC4 del laboratorio Schering (producto similar en venta en algunos países europeos), es primariamente utilizado para prevenir la implantación en el endometrio de un óvulo fertilizado"*.

3. Objeción de conciencia en los profesionales involucrados en la provisión de estos "métodos contraceptivos de emergencia".

Tadiar y Robinson³⁰ reconocen que el problema ético en la "contracepción de emergencia" es espinoso, pero se preguntan si la obligación de los médicos no es informar de su existencia cuando una mujer consulta *"buscando ayuda"* luego de un coito no protegido. *"¿Es ético negar los beneficios de una tecnología que es menos riesgosa que llevar a término un embarazo o provocar un aborto clandestino?"* e invoca el principio de la beneficencia para preguntarse si este puede ser utilizado para alcanzar los objetivos del método. Frente a este planteo deben tenerse en cuenta, por lo menos, dos hecho importantes: (1) la intencionalidad de la contracepción de emergencia

en evitar la prosecución del embarazo, si este se ha logrado y (2) el derecho del médico a expresar libremente su objeción a la indicación del método en defensa de sus ideales. Con relación al primero, es fundamental establecer que cualquier derecho humano termina cuando comienza el derecho de otro ser humano; por tanto, el principio de beneficencia también debe ser aplicado al embrión recién concebido, independientemente de que se haya implantado o no, ya que todo ser humano concebido tiene derecho a que le sea respetado su derecho a la vida, independientemente de las decisiones de sus progenitores. Este tema ha sido tratado más arriba cuando afirmábamos que es un grave error sostener que el aborto es un derecho de la mujer y que constituye un acto privado de ella (en este sentido, es evidente la tendencia actual a que la mujer -por medio de una información previamente recibida - utilice el método sin recurrir a su médico).

Con respecto al segundo - la objeción de conciencia - los profesionales involucrados en la atención de pacientes, en las llamadas situaciones de "riesgo de embarazo", tienen el derecho a rechazar la prescripción o administración de estas píldoras por razones de conciencia basadas en la demostración científica de los efectos abortivos de esta asociación hormonal. La objeción de conciencia tiene valor ético y legal, y no puede ser considerada una falta al deber de los profesionales de la salud en la atención de sus pacientes, ya que en esta situación - como

se ha dicho - se pone en riesgo de ser eliminada la vida humana recién concebida. Es más, el deber de los médicos ante los pacientes que solicitan este tipo de intervenciones farmacológicas es el de alertar sobre los efectos directos que su uso tiene sobre el embrión recién concebido.

Para evitar el problema de la objeción de conciencia que pueden plantear los proveedores de diferentes métodos anticonceptivos, se ha dicho que es muy importante que las mujeres conozcan la existencia de estos métodos para que los utilicen aún sin la indicación médica, alegando que los efectos colaterales son menores y que de ese modo se facilitaría su uso⁴¹. En este sentido hay una profusa difusión en los medios de prensa en los Estados Unidos y en Europa, llegándose a utilizar los populares "teleteatros" para difundir estos métodos de emergencia. El extremo de la manipulación de la conciencia de las posibles y futuras usuarias es la difusión de estos métodos en los diarios escolares para que los adolescentes⁴⁴, la población hacia la que mayormente va dirigido hoy el uso de los métodos "contraceptivos de emergencia". En esta difusión no se hace referencia a los mecanismos de acción por lo que las posibilidades de decisión están limitadas por una información incompleta y sesgada.

Los operadores y dispensadores de estos productos, concibiendo falsamente que la vida humana comienza por lo menos 6 días después de la concepción - al tiempo de la implantación - tranquilizan sus conciencias y evitan transformarse en objetores, no creyendo coope-

rar con la destrucción de la vida humana. También, el uso perverso del término "contracepción" hace pensar en un efecto pre-conceptivo y no post-conceptivo como en realidad opera la mayoría de las veces. Muy probablemente, la autorización del producto en la Argentina se haya basado en la manipulación semántica de las acciones del método, más que apoyarse en el verdadero estudio de sus mecanismos de acción.

4. Los problemas éticos en la difusión popular y científica de los "métodos contraceptivos de emergencia".

Otro de los graves problemas éticos que se plantean en el uso de la "contracepción de emergencia" es la presión que, las instituciones internacionales ligadas a la planificación familiar y la industria farmacéutica, ejercen sobre los profesionales involucrados en la atención de pacientes en edad reproductiva, particularmente sobre los que se orientan a la atención de adolescentes, así como sobre las posibles usuarias. He aquí algunos ejemplos concretos: Tadiar y Robinson³⁰ convocan - solapadamente - a una forma de resistencia legal o moral al sostener que *"en la práctica, el fácil acceso a los métodos hormonales en muchos países en desarrollo permite a las mujeres el uso de estas drogas para prevenir el embarazo individualmente, a pesar de leyes o edictos religiosos que restrinjan su uso"; "Simplemente necesitamos una nueva mentalidad (...) ya que disponemos de los suministros para el método"* ha dicho Charlotte Ellertson del Population Council en la Reu-

nión de Consenso en Bellagio², mientras que un estudio de Robinson y col.⁴² insistió en *"la necesidad de cambiar las actitudes"* de los proveedores, de los encargados de formular las políticas y de las mujeres, a través de la comunicación. Son estos ejemplos claros de la tendencia a manipular las decisiones de las usuarias de estos métodos.

Un medio para introducir la "contracepción de emergencia" es emplear el concepto de *"aceptabilidad cultural"*³⁰ que se basa en las creencias de la mayoría de la población en relación a un hecho determinado, concepto por el cual no se tiene en cuenta la verdad sino solo las creencias populares. Así, para el caso de las Filipinas, como en muchos otros países, las mujeres no se consideran embarazadas hasta que no sienten las primeras señales de vida del feto, por lo que el *"vocablo 'embarazo' implica que la vida no ha sido creada al tiempo de la concepción"*; la *"mujer no se considera embarazada en las primeras semanas que siguen a la falta menstrual"*, solo *"está 'concibiendo' o en el proceso de transformarse en embarazada, que lleva un mes o más después de la falta menstrual"*³⁰, por lo cual no hay resistencia a la introducción de métodos de este tipo.

Otra muestra de esta situación es una reciente revisión sobre el tema. Ellertson y col.⁷, investigadores del Population Council y de la Oficina de Investigación sobre Población de la Universidad de Princeton, insisten en la necesidad de que el producto sea manufacturado de tal manera que su expendio se efectúe tal como debe utilizarse, ya que en los Esta-

dos Unidos los médicos lo indican fraccionando un envase de anticonceptivos de toma diaria. Consideran que disponer de esta forma farmacéutica es de *"interés para la salud pública por varias razones"*: (1) la promoción farmacéutica juega un rol importante en la educación de los médicos sobre el uso del producto, (2) la distribución del producto envasado de tal modo que cumpla las indicaciones de su uso afirman la legitimidad y conveniencia del uso de la contracepción de emergencia, (3) el envase debe estar estandarizado conteniendo de 2 a 4 píldoras, (4) la amenaza de litigio (acciones contra los médicos por "mala práctica) puede ser suficiente para disuadir a los médicos para prescribir estas píldoras fuera de una forma farmacéutica específica, independientemente de que *"los riesgos asociados al método son extremadamente bajos"*. Aquí se sostiene el *"rol educativo"* de la promoción de los productos y el *"efecto disuasivo"* de un rótulo de distribución específico, manifestación de esa presión sobre el médico para lograr el objetivo primario de convencerlo de las *"bondades del método"* y de *"la importancia de su uso desde el punto de vista de la salud pública"*. Otro ejemplo de la penetración que se pretende realizar con estos métodos es la constitución de un consorcio de organizaciones no gubernamentales, formado en 1995, que ha negociado con la industria farmacéutica europea la introducción de estos métodos en los países en desarrollo; la aparición del producto en la Argentina tal vez sea una manifestación de estos propósitos.

Con relación a los **efectos colaterales "menores"**, se refiere que la mitad de las pacientes que utilicen el método padecerán náuseas y aproximadamente la mitad de ellas sufrirán vómitos que le exigirán la repetición de la toma para evitar la disminución en su efectividad. Podrán tener tensión mamaria, dolor de cabeza y vértigos, y deberán consultar inmediatamente al médico si padecen dolores abdominales importantes, dolores en los miembros inferiores, dolor en el pecho, tos o agitación, adormecimientos o calambres, intensos dolores de cabeza, debilidad, dificultades para hablar, visión borrosa o pérdida de la visión, todos estos síntomas ligados a los problemas tromboembólicos que pueden generarse con el uso de estas asociaciones de hormonas sintéticas⁹. La minimización de estos efectos colaterales en la información a las posibles usuarias constituye otra falta a la ética en la difusión pública de estos métodos y atenta contra la salud de quienes la utilizan, ya que pueden hacerlo confiadas de la inocuidad del procedimiento, de acuerdo a como han sido informadas.

CONCLUSIONES

Es evidente, por los argumentos que se han expuesto, que el mecanismo de acción de estos métodos está directamente relacionado con la eliminación temprana de un embrión recién concebido, a través de la *"intercepción"*, constituyendo una forma sutil, pero efectiva, de provocar un aborto. Por tanto, no constituye un método contraceptivo como erróneamen-

te se lo designa, y la utilización de terminologías ocultantistas y confusas como "intercepción" (para evitar las implicancias psicofísicas que el término "aborto" produce) constituyen un engaño tanto para médicos como para potenciales usuarias no avisadas. Seguramente muchas mujeres se opondrían a su uso si conocieran los verdaderos mecanismos por los que actúan estas píldoras.

La "contracepción de emergencia" no resiste al más mínimo análisis ético desde el punto de vista personalístico, ya que intenta la eliminación - real o potencial - de un ser humano recién concebido. No existen argumentos antropológicos o biológicos que la sostengan, y la utilización de una falacia biológica y jurídica para establecer una separación entre la concepción y la implantación - reconociendo el comienzo de la vida con la implantación (comienzo del embarazo), no en la fecundación - implica la discriminación del ser humano persona en las primerísimas etapas de su desarrollo embrionario.

Igualmente, los argumentos que se utilizan para zanjar la objeción de conciencia y difundir masivamente estos métodos se apoyan en procedimientos equivocados que faltan a la ética específica en ambos campos. Cuando se despersonaliza el embarazo, no solo se desprecia y elimina esa vida, sino que se establece una actitud que niega todo valor intrínseco a la vida como tal y desconoce la dignidad específica del ser humano. Asume el hombre una "actitud prometeica" por la que se cree señor de la vida y de la muerte al tener capacidad de

decidir sobre ellas, pero en realidad está encubriendo un profundo drama, el de cercenar su horizonte, el de arrastrar su propio ser sin verdadero sentido, hasta resultar derrotado y aplastado por una muerte irremediamente cerrada a toda perspectiva de sentido y esperanza⁴³.

En conclusión, el uso de la "contracepción de emergencia" constituye -en su intención y en su efecto- un acto seriamente ilícito, por que destruye al más inocente de los seres humanos y viola la dignidad y el respeto inmenso que se debe a la persona humana, derecho primero que adquiere en la concepción, mostrando, una vez más, el espíritu anti-vida que predomina en la sociedad actual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oficina de Investigaciones en Población, Princeton University. Anticoncepción de emergencia; <http://opr.princeton.edu/ec/>, 5/12/97.
2. IPPF. Bellagio Meeting on Emergency Contraception. Consensus Statement and Recommendations. April 1995; Bellagio, Italia.
3. Ellertson C. History and efficacy of emergency contraception: Beyond Coca-Cola. *Fam Plann Perspect* 1996; 28:44.
4. Glasier A. Emergency Postcoital Contraception. *N Eng J Med* 1997; 337:1058-64.
5. Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, Leyshon JI. Post-coital Contraception - A Pilot Study. *J Reprod Med* 1974; 13:53-8.
6. Lippes J, Malik T, Tatum HJ. The post-coital cooper T. *Adv Planned Parenthood* 1976; 11:24-9.
7. Ellerstone C, Winikoff B, Armstrong E, Camp S, Senanayake P. Expanding Access to Emergency Contraception in Developing Countries. *Studies in Family Planning* 1995; 26:251-63.
8. WHO. Development and Assessment of New Technologies. En *Research in Human*

Reproduction. Biennial Report 1988-1989. Geneva, 1990, pag. 23.

9. Van Look PFA. Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. En WHO Research in Reproduction. Biennial Report 1986-1987. Diczfalusy E, Griffin PD, Khana J. editores. Geneva, 1988, pag. 153-173.

10. WHO. Challenges in Reproductive Health Research, Biennial Report 1992-1993. Khana J, Van Look PFA, Griffin PD. Geneva, 1994.

11. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG News Release, April 28, 1997. Internet 26/12/97, <http://acog.com>.

12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Campaign educates public about emergency contraception (May 13, 1997). Internet, 26/12/97, <http://acog.com>.

13. Delbanco S, Mauldon J, Smith MD. Little Knowledge and Limited Practice: Emergency Contraceptive Pills, the Public, and the Obstetrician-Gynecologist. *Obstet Gynecol* 1997; 89:1006-11.

14. Ellertson C, Koenig J, Trussell J. How many U.S. women need emergency contraception? *Contemporary Ob Gyn* 1997; :102-28.

15. Food and Drug Administration (FDA). Prescription Drug Products; Certain Combined Oral Contraceptives for Use as Postcoital Emergency Contraception. *Federal Register* 1997; 62:8609-12. Internet, 26/12/97, <http://wais.access.gpo.gov>.

16. Barnett AA. FDA advises on emergency contraception. *Lancet* 1996; 348:53.

17. von Hertzen H, Van Look PFA. Research on New Methods of Emergency Contraception. *Intern Fam Plan Perspect* 1996; 22:62-68.

18. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al. *Emergency Contraception: The Nation's Best Kept Secret*. Atlanta: Brindin the Gap Communications Inc., 1995.

19. Barnett B. La AE como método de refuerzo. *Network en Español* 1997; 17:12-13.

20. Hobbart M, Hoeldtke N, Calhoun B. Little Knowledge and limited Practice: Emergency Contraceptive Pills, the Public, and the Obstetrician-Gynecologist (letter). *Obstet Gynecol* 1997; 90:640.

21. Delbanco S, Mauldon J, Smith MD. Little Knowledge and Limited Practice: Emergency Contraceptive Pills, the Public, and the Obstetrician-Gynecologist (letter). *Obstet Gynecol* 1997; 90:640.

22. Ellertson C, Koenig J, Trussell J. How many U.S. women need emergency contraception? Patient Information. Common questions about emergency contraception. *Contemporary Ob Gyn* 1997; :111.

23. Aref I, Hafez ESE. Postcoital Contraceptives. En Hafez ESE. *Human Reproduction. Conception and Contraception*. Harper & Row, Publishers, Hagerstown, Virginia, 1980, pags. 747-767.

24. McCarthy M. Pressure for "morning-after" pill in USA. *Lancet* 1994; 344:1628.

25. Dinwoodie M. Emergency contraception. Care must be taken to ascertain that woman is not already pregnant. *BMJ* 1996; 312: 184.

26. Edward RG. Implantation, interception and contraception. *Hum Reprod* 1994; 9 (Suppl 2):73-87.

27. Blaney CL. Los AO: Una opción de emergencia. *Network en Español* 1996; 16(4):14-17.

28. Cayley J. Emergency contraception. Time to loosen medical controls over availability. *BMJ* 1995; 311:762-3.

29. Department of Health and Social Security. Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embriology (Chairman: M. Warnock), London: Her Majesty's Stationery Office, 1984: 11-19.

30. Tadiar FM, Robinson ET. Legal, Ethical and Regulatory Aspects of Introducing Emergency Contraception in the Philippines. *Intern Fam Plann Perspect* 1996; 22:76-80.

31. a la luz de los recientes estudios, la hipótesis de la completa inercia expresiva del genoma del embrión precoz durante el período de silencio transicional, exclusivamente controlado por los componentes de origen materno, debe ser revisada; por ejemplo, el gen SRY, localizado en la región teleomérica del brazo corto del cromosoma Y, sin duda de origen paterno, se expresa y es transcrito desde las primeras fases del desarrollo

embrionario, nada menos que en el estadio de pronúcleo: Ao A, Erickson RP, Winston RML, Handyside AH. Transcription of paternal Y-linked genes in the human zygote as early as the pronuclear stage. *Zygote* 1994; 2:281-8; Fiddler M, Abdel-Rahman B, Rappolee DA, Pergament E. Expression of SRY Transcripts in Preimplantation Human Embryos. *Am J Med Genetics* 1995; 55:80-4.

32. Juan Pablo II. Carta Encíclica sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana "Evangelium Vitae. Editorial Claretiana, Buenos Aires, 3a. edición, 1995, n° 60, pag. 108-9.

33. Tertuliano. Apologeticum IX,8 (Minge. *Patrología Latina* 1,371, 2.3; *Corpus Cristianorum* 1, 103, 1.35).

34. Colombo R. La natura e lo statuto dell'embrione umano. *Medicina e Morale* 1997; 47:761-7.

35. Ratzinger J. Intervención durante la conferencia de presentación de la encíclica "Evangelium Vitae". *L'Osservatore Romano* (ed. en español) 1995; 27:193.

36. Congregación para la Doctrina de la Fe. Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación "Donum Vitae". *L'Osservatore Romano* 1987; 19:149-53, I,1.

37. Cook RJ. Anti-progesterones and the Law. *IPPF Med Bull* 1986; 20:2-3.

38. Anand Kumar TC. The value and use of different contraceptive methods. *Hum Reprod* 1994; 9 (Suppl 2):1-10.

39. Rahwan RG. Morning-after birth control. *Lancet* 1995; 346:252.

40. Scotson J. Emergency contraception. Use of the term is erroneous. *BMJ* 1995; 311:762-3.

41. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: Statement from the Royal College of General Practitioners; en Paintin D (ed.): *The Provision of Emergency Hormonal Contraception*. London, 1995.

42. Robinson ET, Metcalf-Whittaker M, Rivera R. Introducing emergency contraceptive services: Communications strategies and the role of women's health advocates. *Int Fam Plann Perspect* 1996; 22:71-75,80.

43. Juan Pablo II. Carta Encíclica sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana "Evangelium Vitae. Editorial Claretiana, Buenos Aires, 3a. edición, 1995, n° 15, pag. 27.

(Dr. Rafael Luis Pineda, Gurruchaga 253, 2000 Rosario, Argentina. E-Mail: pineda@heca.sld.ar Fax 54 41852599)