



Colombia Médica

ISSN: 0120-8322

colombiamedica@correounivalle.edu.co

Universidad del Valle

Colombia

Restrepo, Humberto; Artúz, Manuel Antonio
La anticoncepción de emergencia: ¿De interés para la salud pública?
Colombia Médica, vol. 33, núm. 3, 2002, pp. 131-137
Universidad del Valle
Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28333307>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La anticoncepción de emergencia ¿de interés para la salud pública?**Humberto Restrepo, M.D.¹, Manuel Antonio Artuz, M.D.²****RESUMEN**

Los embarazos no deseados continúan siendo un problema de salud pública no resuelto en el mundo entero, pero muy especialmente en los países del tercer mundo, donde la terminación de estos en gran parte, se lleva a cabo en condiciones inseguras, acarreando para la madre y la sociedad efectos devastadores tanto desde el punto de vista de salud personal como graves consecuencias sociales. Se hace una discusión acerca de la manera como la utilización de la anticoncepción de emergencia contribuye a la prevención de este problema, así como al cumplimiento constitucional de la preservación de los derechos humanos, en especial de la mujer.

Palabras Claves: Anticoncepción de emergencia. Contracepción. Derechos sexuales y reproductivos.

A pesar de la efectividad de los contraceptivos modernos, aún ocurren en el mundo un gran número de embarazos indeseados y son muchas las mujeres que buscan su terminación. En 1995 se estimó que se realizaron en el mundo que entre 40 y 50 millones de abortos, de los cuales un tercio fueron llevados a cabo en condiciones de inseguridad¹. Se estima que entre 50 mil y 100 mil muertes maternas por año en el mundo están relacionadas con el aborto, lo cual hace que el aborto inducido sea un problema del mayor interés en la salud pública de los países, especialmente en los llamados “en desarrollo” si se tienen en cuenta que la mayoría de estas muertes suceden en estos países (Figura 1). Además, cada año más de 500 mil mujeres en el mundo pierden la vida a causa de complicaciones del embarazo y del parto; de estas muertes 99% ocurren en los “países en desarrollo”².

Una de las razones por la cual esto ocurre es la falta de servicios adecuados para la práctica del aborto en condiciones seguras, porque probablemente es ilegal o está en contra de las creencias religiosas de la nación o porque los servicios, aún en sitios donde es legal,

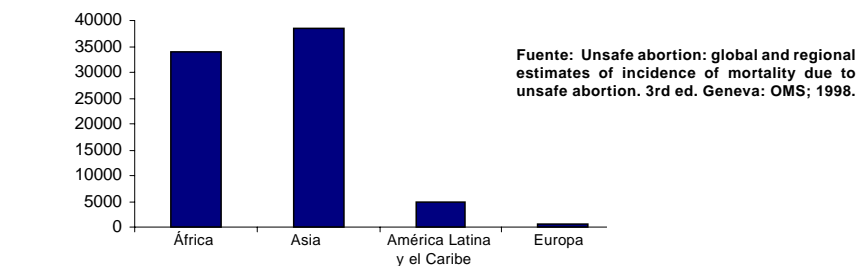


Figura 1. Muertes por aborto realizado en condiciones de riesgo

son muy costosos. Este panorama refleja no sólo la falta de una política de mayor cobertura de maternidad segura sino también de una necesidad insatisfecha de planificación familiar.

Por centurias, las mujeres han utilizado una gran variedad de aditamentos y preparaciones para evitar el embarazo después que ha ocurrido un coito, pero fue sólo hasta finales de la década de 1960 y comienzo de 1970 cuando se comenzó a utilizar métodos hormonales de emergencia para evitar el embarazo. Desde entonces se ha ido progresando en el desarrollo de esta tecnología y actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha incluido las píldoras contraceptivas de emergencia a su lista de medicamentos esen-

ciales, haciéndolas más disponibles en muchos países. La anticoncepción de emergencia es un método que ofrece a la mujer una “segunda oportunidad” cuando ha tenido un acto sexual sin protección, bien por falla del método en uso, uso incorrecto de él o porque fue obligada a tenerlo.

En este artículo se hace una revisión de algunas de las realidades sociales que viven las mujeres en Colombia en relación con el ejercicio de sus derechos humanos y de su salud sexual y reproductiva, con la intención de mostrar que el acceso y uso de la anticoncepción de emergencia por parte de un grueso número de la población femenina de Colombia, es una medida de salud pública que a todos interesa, es salvadora de vidas y contribuye a mejorar el capital humano de la mujer al promover su salud sexual y reproductiva y el ejercicio de sus derechos humanos.

1. Profesor Asistente, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

2. Profesor Titular, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La Constitución Política de Colombia, promulgada el 4 de julio de 1991, en el Capítulo 2 “De los derechos sociales, económicos y culturales”, artículos 42, 43, 44, 45 y 48 coincide con los parámetros internacionales sobre los derechos sexuales y reproductivos al establecer los derechos y deberes de la institución familiar, la igualdad y protección de hombres y mujeres, la protección de la niñez y la juventud y el derecho a la salud. Igualmente la Ley 100 de 1993, en su Decreto 1938 de agosto de 1994, reglamenta el plan de beneficios en el sistema nacional de seguridad social en salud, que establece entre otros el Plan de Atención Básica (PAB) y el Plan Obligatorio de Salud (POS) y declara entre sus objetivos generales “1. Propiciar el desarrollo integral del ser humano y el bienestar comunitario, a través de la promoción de valores, actitudes y comportamientos saludables en la esfera sexual y reproductiva que favorezcan el desarrollo de la identidad, la autoestima, el respeto por los demás y los valores éticos de la solidaridad, convivencia y tolerancia y 2. Mejorar el estado de salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres en todas las etapas del ciclo vital mediante la provisión de servicios de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud dentro de un enfoque de género y desarrollo humano.”

A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo en 1994, los países en el mundo entero han estado luchando por la implementación, dentro de los programas de atención en salud, del concepto de la salud sexual y reproductiva para hombres y mujeres. Allí se estableció que “Todas las parejas y todos los individuos tienen el derecho

básico de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios para hacerlo”³ (Principio 8). Este derecho es la clave de una mejor salud reproductiva para millones de mujeres en el mundo.

Según la CIPD “los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coacción, la discriminación y la violencia”. El informe acerca del desarrollo humano, emanado de las Naciones Unidas y publicado en 1994, acuña la frase “seguridad humana” para significar que el individuo debe estar libre de amenazas, ya sean éstas de origen violento o no y además se le definía como la suma de siete diferentes dimensiones -económica, alimentaria, de salud, de medio ambiente, personal, comunitaria y política. Esto significa un cambio en la manera de ver el mundo, donde se tome como referencia al individuo e incluya medidas preventivas para reducir la vulnerabilidad y minimizar los riesgos, tomando acciones donde falle la prevención, que significa la necesidad de buscar soluciones a las causas que atentan contra la seguridad presente y futura no sólo del individuo sino también de su familia y del desarrollo sostenible de la sociedad. Como lo establece el mismo informe, desarrollo humano y seguridad humana, no son sinónimos, sino dos conceptos que se deben reforzar entre sí, porque algunos de los objetivos a alcanzar son liberar a los individuos del terror y de la necesidad.

Los miembros más vulnerables de la sociedad que son los menos educados, las mujeres, los niños y los más pobres, ven su libertad de acción limitada por causa de ambos temores, de modo que se necesitan medidas de ac-

ción social que promuevan entre otros, el acceso a servicios de salud de buena calidad, oportunos y eficientes.

HECHOS DEMOGRÁFICOS EN COLOMBIA

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud llevada a cabo por PROFAMILA en el año 2000⁴¹ en Colombia, la tasa total de fecundidad es de 2.6 hijos por mujer, con una tasa bruta de natalidad de 23 nacimientos por mil habitantes y la tasa general de fecundidad es de 91 nacimientos por mil mujeres en edad fértil.

En los últimos 25 años la edad mediana al nacimiento del primer hijo ha presentado muy poca variación para los distintos grupos de edad; actualmente es de 22.1 años; 19% de las mujeres adolescentes (15 a 19 años) al momento de la encuesta, había estado embarazadas o ya había tenido partos; una de cada 5 de las adolescentes de 17 años ha estado alguna vez embarazada. A pesar que la encuesta encontró que la casi totalidad de las mujeres en edad fértil, sin importar su estado civil, conoce por lo menos un método anticonceptivo, tan sólo un poco más de la mitad de ellas utiliza alguno y llama la atención que, entre los métodos modernos menos conocidos esta la anticoncepción de emergencia, con sólo 22% a nivel del país.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar en Colombia se encontró en 6.2% entre las mujeres casadas o unidas; el análisis encontró que ésta asciende a 18% entre las mujeres adolescentes casadas o unidas y el componente más importante de la demanda total de planificación familiar es de mujeres que desean limitar los nacimientos (63%). En el momento de la encuesta se encontró que 52% de los embarazos actuales y de los ocurridos en los últimos cinco años no fueron

deseados, 23% definitivamente no deseados y 29% deseados pero para más tarde.

Analizando los nacimientos para las categorías de alto riesgo reproductivo, se encontró que en los últimos cinco años 42% de estos se podían clasificar en categorías de riesgo elevado para mortalidad. Otro factor importante a tener en cuenta es la violencia contra la mujer, tanto dentro como fuera del hogar y en especial lo referente al fenómeno de violación. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud⁴ reveló que en Colombia 41% de las mujeres entrevistadas, que alguna vez habían estado unidas o casadas, sufrieron algún tipo de violencia física por parte de su pareja; dentro de este mismo grupo 11% contestó que había sido violada por el esposo o compañero, alcanzando Cali un porcentaje mayor (15.6%) que en el resto de Colombia. En esta ciudad, durante los meses de junio 1998 a agosto 1999, se llevó a cabo una investigación con mujeres violadas⁵. Se encontró que 34.7% nunca había tenido relaciones sexuales ni coitales, 81.8% eran solteras, 63% abortaron y tan sólo 12% de las víctimas utilizó la anticoncepción de emergencia. Sobre este último tema los investigadores dicen "la orientación sobre la anticoncepción de emergencia para los casos de violación, se da más bien en forma excepcional, lo cual puede indicar desconocimiento generalizado tanto en servicios de salud y personal médico, como en autoridades policiales a las cuales recurren algunas de las víctimas".

LOS DERECHOS HUMANOS DE LA MUJER

Una mirada de los derechos humanos de la mujer, muestra como la morbilidad y la mortalidad materna están relacionadas con la negación del ejercicio de estos derechos (Figura 2),

porque la vulnerabilidad de ellas durante el embarazo como consecuencia de la falta de oportunidades de educación y empleo les impide ejercer su independencia para evitar embarazos no deseados a través del conocimiento y uso de métodos contraceptivos apropiados y el acceso a servicios de salud de buena calidad para asegurar una maternidad sin riesgos.

Así pues, que la mujer ejerza con entera libertad su escogencia de ser madre y que sobreviva a la maternidad, es fundamental para la dignidad humana de ella y para la construcción de familias y sociedades con base en la justicia social y en la equidad de géneros. La vulnerabilidad de las mujeres a los abusos sexuales y de otras clases, tanto dentro como fuera del matrimonio, eleva el riesgo de tener embarazos no deseados e inseguros (Figura 3).

Las costumbres religiosas, sociales y económicas se encuentran profundamente reflejadas en las leyes de los

países, e históricamente han sido utilizadas para justificar la discriminación en contra de las mujeres. El lenguaje de los derechos humanos como generalmente se utiliza, raramente es aplicado a la salud reproductiva; sin embargo, la promoción de la aplicación y el respeto de los derechos humanos sirve para la protección y el avance de ésta, pues la investigación en las ciencias sociales, más allá de los índices estadísticos de las tasas, razones y proporciones, muestran los factores comportamentales, culturales y sociales que juegan papel preponderante en la obtención de la maternidad segura⁶ y revelan las brechas existentes entre los derechos que los gobiernos alegan que gozan las mujeres y los que ellas en realidad ejercen.

Para ilustrar lo anterior se cita a manera de ejemplo cómo se violan dos de los derechos humanos de las mujeres en el mundo y especialmente en Colombia. En la Declaración Universal de

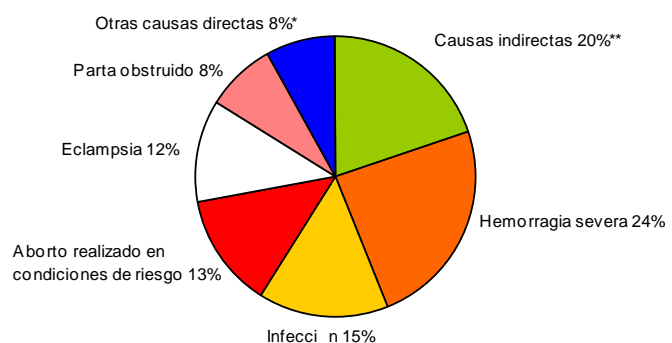
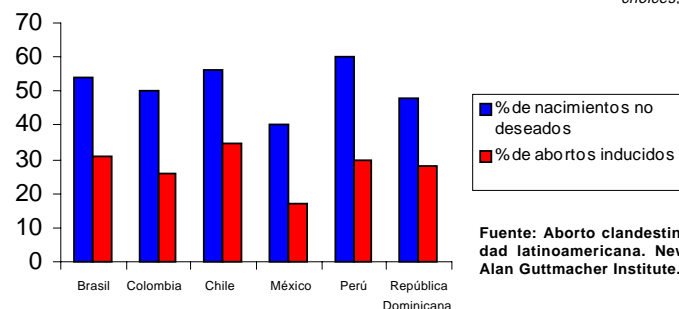


Figura 2. Causas de la mortalidad materna en el mundo

* Otras causas incluyen embarazo ectópico, embolia y causas relacionadas con la anestesia

** Las causas indirectas incluyen anemia, malaria y enfermedad cardíaca

Fuente: United Nations Population Fund. *The state of the world population 1999, 6 billion: a time for choices*, 1999.



Fuente: Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. New York: The Alan Guttmacher Institute. 1994

Figura 3. Embarazo no deseado y aborto inducido en América Latina y el Caribe

los Derechos Humanos, cuando se establece que “todo ser humano tiene el derecho inherente a la vida y que éste debe ser protegido por la Ley...” no sólo se está estableciendo que nadie puede ser condenado a la pena capital de manera arbitraria, sino que, el derecho a la vida significa también provisión de condiciones de salud y de dignidad humanas, para las cuales los estados deben adoptar medidas positivas conducentes a reducir la mortalidad materna. Pero si suceden 1.400 muertes maternas diarias en el mundo, la mayoría de ellas en los países en desarrollo ¿no es esto un reflejo de la negación que algunos gobiernos hacen del derecho a la vida a las mujeres? Por tanto, se deben tomar medidas que aseguren “el acceso a servicios apropiados de salud que le permitan a la mujer decidir si desea o no ser madre, tener un embarazo sin riesgos y asegurarle a las parejas la mejor opción de tener un hijo saludable”⁷.

Si se echa un vistazo a otro de los derechos humanos, como es el que “cada cual tiene el derecho a la libertad y la seguridad de su persona...” vemos que éste es una defensa muy poderosa de la integridad individual y del derecho de la mujer de escoger libremente su maternidad, porque ha sido ratificado por la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos, al reconocer que la satisfacción de las necesidades básicas en salud son parte del derecho personal a la seguridad. Se encuentra que el aborto inseguro es la segunda causa de muerte materna, especialmente en Colombia. ¿No es otra violación a los derechos humanos de la mujer la falta de garantías para el tratamiento de los abortos en condiciones seguras, el aprovisionamiento fácil de anticonceptivos, así como impulsar acciones para hacer menos restrictiva la Ley?⁸

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo llevada a cabo

en El Cairo, en septiembre de 1994 y la Cuarta Conferencia sobre la Mujer realizada en Pekín en 1995, recalcaron la importancia que tiene el responder a las necesidades de las mujeres especialmente en lo relativo a la salud reproductiva y la planificación familiar, para así garantizarles el derecho que tienen no sólo ellas sino las parejas en general al acceso a la información y a los servicios para llevar una vida sexual y reproductiva satisfactoria, responsable, libre de coerción y de decidir por sí mismo cuántos hijos desean tener y cuándo los desean tener.

Para enfrentar estos retos la sociedad debe realizar cambios, entre otros, que permitan mejorar la educación y mayor capacidad de decisión de las mujeres. Los programas de planificación familiar, a través de la implementación de la anticoncepción de emergencia ayudan a las mujeres alcanzar sus metas reproductivas permitiéndole evitar los embarazos indeseados.

LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

La anticoncepción de emergencia se refiere a los métodos que pueden prevenir el embarazo cuando se ha tenido un coito sin protección; algunas de las razones incluyen falla del método que se estaba usando, uso incorrecto de éste o coitos realizados bajo coacción y sin protección contraceptiva⁹. “La anticoncepción de emergencia puede ayudar a reducir los embarazos no planificados, muchos de los cuales resultan en abortos en condiciones de riesgo y perjudican gravemente la salud de las mujeres” es la opinión de Comité Directivo del Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia de la OMS.

Por muchos años a la anticoncepción de emergencia se le ha conocido como la “píldora del día siguiente”, término

engañoso, porque no es necesario esperar hasta el siguiente día para empezar a utilizar el método. El método más comúnmente utilizado se le conoce como el “régimen de Yuzpe”, en alusión al Dr. Albert Yuzpe de la Universidad de Ontario Occidental del Canadá, quien en la década de 1970 propuso este método con la utilización de píldoras anticonceptivas combinadas (PAC) que contienen etinil estradiol y levonorgestrel.

En la actualidad entre los métodos de emergencia disponibles además de las PAC, se encuentran el dispositivo intrauterino y las píldoras de progestina sola de alta concentración y se hallan en fase de estudio las antiprogestinas y los anticonceptivos orales que contienen noretisterona/noretindrona^{10,12}.

Cualquier mujer en edad reproductiva está a riesgo de un embarazo indeseado (Cuadro 1). Las consecuencias de estos embarazos son dramáticas en especial para el grupo de mujeres adolescentes quien como se mostró antes necesita de planificación familiar como resultado de su inicio temprano de la actividad sexual, de la falta de educación y de desventaja en relación con su compañero sexual al momento de negociar el uso de medidas contraceptivas. En esta última situación juegan papel la frecuencia de uniones inestables, los conflictos emocionales o lo “secreto” o no “socialmente aceptado” de su actividad sexual, así como la falta de accesibilidad a servicios de planificación que les garantice la confidencialidad¹³.

El interés por la anticoncepción de emergencia ha crecido considerablemente en los últimos años. En diciembre de 1995, siete organizaciones comprometidas con la salud reproductiva conformaron el Consorcio para la Contracepción de Emergencia, con el ánimo de promover su accesibilidad en todo el mundo¹⁴. En la actualidad la

Cuadro1
Tabla comparativa de embarazos deseados y no deseados y su terminación, por regiones en el mundo

Región	Total de embarazos anuales (en millones)	Embarazos y nacimientos planificados ¹ (porcentaje del total)	Embarazos no planificados que terminan en aborto (porcentaje del total)	Embarazos no planificados que terminan en nacimiento no planificado ² (porcentaje del total)
En todo el mundo	210	62	22	16
Países desarrollados	28	51	36	13
Países en desarrollo	182	64	20	16
Africa	40	70	12	18
Asia Oriental	40	61	30	9
Resto de Asia	83	66	17	17
América Latina y el Caribe	18	48	23	29
Europa Oriental	11	37	57	6
Resto de Europa	7	67	21	12
Japón, EE.UU., Canadá, Australia, Nueva Zelanda	10	55	23	22

1. Incluye mortinatos y abortos espontáneos

2. Nacimientos no planificados son nacimientos no deseados o no oportunos

Fuente: *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide*. New York: The Alan Guttmacher Institute; 1999.

OMS ha incluido en su listado de medicamentos esenciales las píldoras anti-conceptivas de emergencia, haciéndolas más fácilmente disponible en varios países. La mayoría de los estudios¹⁵ han mostrado que son las mujeres solteras, nulíparas y menores de 25 años de edad quienes están en mayor riesgo de requerir anticoncepción de emergencia porque son las que tienen el más alto riesgo de tener coitos sin protección y embarazos no deseados. Las causas más comunes para la necesidad de la anticoncepción de emergencia, según algunos estudios seleccionados se muestran en el Cuadro 2; un poco más de la mitad de las mujeres que requirieron la anticoncepción de emergencia, fue porque no estaban protegidas por ningún método contraceptivo al momento de tener el coito.

Las principales situaciones en las cuales una mujer puede requerir de anticoncepción de emergencia son:

1. Coito voluntario sin protección contraceptiva.
2. Uso incorrecto o inconsistente del método contraceptivo que está usando en la actualidad.
3. Falla en el cálculo del período de

Cuadro 2
Razones para el uso de anticoncepción de emergencia, según estudios seleccionados

Referencia	Nº contracepción (%)	Razón Falla del método de barrera (%)	Otras motivos* (%)
Tully, 1983	52	34	14
Hoffman, 1983	46	43	11
Bagshaw, 1988	57	32	11
Kane, 1989	67	25	8
Roberts, 1995	45	48	7

* Coito interrupto fallido, violación, olvido de píldoras, vómito de píldoras, etc.

Fuente: *Emergency contraception: a guide to the provision of services*. WHO/FRH/FPP/98.19; 1998.

fertilidad.

4. Falla en la abstinencia coital durante los días fértiles.
5. Coito interrupto fallido.
6. Ruptura o deslizamiento del condón o método de barrera en uso.
7. Inicio del método hormonal, inyectable u oral, tardíamente en el ciclo.

La anticoncepción de emergencia difiere en algunos aspectos de la anticoncepción regular. Se hace hincapié en que el uso de la anticoncepción de emergencia es precisamente para los casos de emergencia y no se debe utilizar como método contraceptivo regular por varias razones: los efectos secundarios sobre todo náuseas, vómitos y cefa-

lea hacen muy poco probable que la mujer pueda recurrir a ellos de manera regular; la eficacia medida como tasa por cien mujeres expuestas al año, es muy inferior a los contraceptivos de uso regular; el costo de la tableta por evento resulta más alto que el uso regular de los anticonceptivos orales combinados o solo de progestina.

Como es baja la probabilidad que una mujer quede embarazada después de un único coito sin protección, la eficacia de la anticoncepción de emergencia se ha medido en términos de la proporción de embarazos que se pueden evitar si el método es usado; así, se ha calculado que la eficacia de las píl-

doras anticonceptivas previenen alrededor de 75% y los dispositivos intrauterinos liberadores de cobre (DIU) 98%; igualmente la tasa de falla de la anticoncepción de emergencia se encuentra entre 1% y 3% y para los DIU por debajo de 1%¹¹.

Desde el punto de vista práctico, todas las mujeres pueden usar las píldoras de anticonceptivos orales combinados o de levonorgestrel solo, como píldoras de anticoncepción de emergencia sin peligro alguno, porque al tomarse por un tiempo muy breve, las contraindicaciones relativas para el uso de las píldoras anticonceptivas corrientes no aplican, aún en los casos como cuando hay antecedentes de complicaciones cardiovasculares graves, angina de pecho, migrañas focales y enfermedad grave del hígado, las ventajas superan a los riesgos teóricos de un embarazo en este tipo de pacientes¹⁶. Así, tenemos que la única contraindicación para el uso de las píldoras de emergencia es el embarazo, porque una vez el huevo se ha anidado, las píldoras son inefectivas. Las píldoras anticonceptivas de emergencia no afectan al óvulo fecundado que ya se ha implantado en el útero, tampoco causan daño al embrión, por tanto no son abortivas¹⁷. El mecanismo de acción de las píldoras usadas como de emergencia no se ha dilucidado completamente, pero los estudios hechos por varios investigadores apuntan básicamente a dos situaciones: el retraso en la ovulación y alteraciones endometriales que podrían inhibir la implantación¹⁶⁻¹⁸.

Los efectos secundarios asociados con el uso de las píldoras contraceptivas combinadas como anticonceptivos de emergencia son frecuentes y generalmente molestos. Las náuseas, los vómitos, la cefalea, los mareos y la fatiga son los más comunes; también se presentan con alguna regularidad la mastalgia y la sensación de ardor

epigástrico, pero en general desaparecen al cabo de 24 horas después de la ingesta de la segunda dosis. Los efectos secundarios se presentan con menor intensidad y frecuencia cuando se utilizan las píldoras de progestina sola como píldoras de emergencia. Se ha recomendado utilizar aspirina o algún antiemético antes de iniciar la ingesta de las tabletas para reducir la intensidad de las molestias.

Básicamente hay dos tipos de métodos de anticoncepción de emergencia:

1. Tabletas de anticonceptivos orales:
 - a. Combinados (etinil estradiol y levonorgestrel).
 - b. Levonorgestrel solo.
2. Dispositivo intrauterino liberador de cobre (DIU)

Las píldoras anticonceptivas de emergencia se deben tomar en dos dosis, una cada doce horas, dentro de las 72 horas siguientes al coito sin protección. Si se utilizan píldoras anticonceptivas corrientes combinadas de etinilestradiol y levonorgestrel, se debe garantizar que la paciente tome en cada dosis 100 mg de etinilestradiol y 500 mg de levonorgestrel. Si utiliza las píldoras de progestina sola deberá tomar por dosis 750 mg de levonorgestrel. La otra medida alternativa a las píldoras contraceptivas es la inserción de un DIU dentro de los 5 días siguientes al coito sin protección. Su uso está especialmente indicado cuando han pasado las 72 horas del coito sin protección y cuando la paciente considera continuar su uso por largo tiempo como método contraceptivo. En estos casos se debe tener en cuenta los criterios de elegibilidad de la OMS para el uso de DIU como método contraceptivo, especialmente lo relativo a las categorías 3 y 4¹⁹.

Actualmente se encuentra en fase de estudio por parte de la OMS, la eficacia anticonceptiva de 1.5 mg de levonorgestrel en dosis única y la utilización de diferentes dosis de mife-

pristona²⁰.

SUMMARY

Unwanted pregnancies are a non-resolved problem of public health worldwide, but the overwhelming majority of these pregnancies occur in developing countries. In these countries most terminations of unwanted pregnancies are performed in unsafe conditions, devastating effects on maternal health and social consequences are derived from these situations. In this paper is discussed the use of emergency contraception as a mayor approach to promote maternal health and to protect human rights of women.

Key words. Emergency contraception. Contraception. Sexual rights and reproductives.

REFERENCIAS

1. IPPF/WHO/AVSC International. *Medical and service delivery guidelines for family planning*. 2nd ed. New York: IPPF/WHO/AVSC International; 1997.
2. The Alan Guttmacher Institute. *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*. New York: The Alan Guttmacher Institute; 1994.
3. Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, mayo 5, 1995.
4. PROFAMILIA. *Salud sexual y reproductiva en Colombia*. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Resultados. Bogotá: PROFAMILIA; 2000.
5. Londoño L, Ortiz B, Gil A, et al. *Embarazo por violación: la crisis múltiple*. Cali: Fundación SIMUJER-COLCIENCIAS-BID; 2000.
6. Jejeebhoy SJ. The importance of social science research in the promotion of sexual and reproductive choice of adolescents. *Med Law* 1999; 18: 255-275.
7. United Nations. Human Rights Committee. General Comment 6, Article 6 (Right to Life). In: *Human Rights Instruments*. New York: United Nations. Supra note 85 at 85; 1986.
8. Ministerio de Salud. DANE. Presidencia de la República, DNP, OPS, UNFPA, UNICEF, PROFAMILIA. ¿Por qué se mueren las mujeres en Colombia? *Rev PROFAMILIA* 1996; 14: 24-30.
9. WHO/FRH/FPP/98.19. *Emergency contraception: a guide to the provision of services*. New York: WHO/FRH/FPP; 1998.

10. Trussel J, Rodríguez G, Ellertson C. New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428-433.
11. Trussel J, Ellertson C, Stewart F. The effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Fam Plann Perspect* 1996; 28: 59-64, 87.
12. Task Force on postovulatory methods of fertility regulation. Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception: a randomised trial. *Lancet* 1999; 353: 697-702.
13. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. General recommendation 24: *Women and health* (Art 12) UN GAOR, 1999. Un Doc A/54/38/ Rev 1. p. 3-7.
14. Concept Foundation. International Planned Parenthood Federation. Pacific Institute for Women's Health. *The program for appropriate technology in health*. Pathfinder International. The Population Council and The UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction; 1998.
15. WHO/FRH/FPP/98.19. *Emergency contraception: A guide to the provision of services*. Washington: WHO/FRH/FPP; 1998.
16. Rivera R, Jacobson I, Grimes D. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine devices. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 1263-1269.
17. Ling WY, Robichaud A, Zayid I, *et al.* Mode of action of dl-norgestrel and etinylestradiol combination in postcoital contraception. *Fertil Steril* 1979; 32: 297-302.
18. Ling WY, Wrixon W, Zayid I, *et al.* Mode of action of dl-norgestrel and etinylestradiol combination in postcoital contraception.II. Effect of postovulatory administration on ovarian function and endometrium. *Fertil Steril* 1983; 39: 292-299.
19. Hatcher R, Rinehart W. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Apéndice A. *Bol OMS*; julio 1999. p. 16-24.
20. Task Force on postovulatory methods of fertility regulation. Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception: a randomized trial. *Lancet* 1999; 353: 697-704.