

**CONSIDERACIONES JURÍDICAS ACERCA DEL USO DE LA
ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN COSTA RICA**

**LEGAL CONSIDERATIONS ABOUT THE USE OF EMERGENCY ORAL CONTRACEPTION IN
COSTA RICA**

M.Sc. Bárbara Eva Soto Prats*

Abogada con énfasis en Ciencias Forenses, Universidad de Costa Rica.
Masteranda en Derecho Procesal de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina.
barbiesp17@hotmail.com

Dr. Franz Vega Zúñiga**

Coordinador de la Cátedra de Ciencias Forenses. Facultad de Derecho, Universidad de Costa Rica, Costa Rica

RESUMEN: Se hace una crítica a la falta de regulación de parte de las autoridades de salud en el tema de la anticoncepción de emergencia y se aborda desde un análisis objetivo, el mecanismo de acción de los anticonceptivos de emergencia, para al final dar la opinión de los autores acerca de la píldora del día después.

PALABRAS CLAVE: Anticoncepción de emergencia; píldora del día después.

ABSTRACT: This paper reviews the lack of regulation from the health authorities in the matter of emergency contraception from an objective analysis, the mechanism of action of the emergency contraceptives, and finishes with the opinion of the authors about the morning after pill.

KEYWORDS: emergency contraception, morning after pill.

Fecha de recepción: 19 de septiembre de 2013.

Fecha de aprobación: 27 de mayo de 2014.

INTRODUCCIÓN

La pastilla del día siguiente, píldora del día después o anticonceptivo de emergencia, como se les quiera llamar, son fármacos que se utilizan para prevenir un embarazo después de una relación sexual no protegida.

En el colectivo social existe una gran incertidumbre acerca del mecanismo de acción de la denominada “pastilla del día siguiente”, pues algunos artículos científicos han publicado que se trata de un producto abortivo mientras que otros demuestran evidencia en el sentido contrario.

Si a lo anterior le agregamos, que en Costa Rica no existe tan siquiera una directriz emanada del órgano rector en salud acerca de la anticoncepción oral de emergencia (AOE), entonces ante la controversia científica en relación a si es o no abortiva, queda una estela de dudas que impide que el producto se comercialice en nuestro país dejando a las usuarias sin la posibilidad de hacer valer su derecho a escoger entre una forma de anticoncepción y otra pues el fármaco no se vende en las farmacias so pena de ser “abortivo y prohibido”.¹

Así las cosas, es fácil darse cuenta que lo que existe en el fondo es la eterna discusión de si el producto de la concepción es o no una persona y por lo tanto, si la *pastilla del día siguiente* podría estar favoreciendo la pérdida de seres

*Abogada graduada de la Universidad de Costa Rica con Énfasis en Ciencias Forenses.

**Abogado y Médico Forense. Coordinador de la Cátedra de Ciencias Forenses de la Universidad de Costa Rica.

¹Soto Prats, B. (2012). *La legalidad de la pastilla del día después en Costa Rica. Análisis médico – legal.* (Trabajo Final de Graduación por el Título de Licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José Costa Rica.

humanos, motivo por el cual es necesario zanjar la duda de cara a la reciente resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos² en donde se delimita el concepto de persona para el derecho.

ANTECEDENTES

Costa Rica es el único país en Latinoamérica que no se ha pronunciado sobre el tema de la anticoncepción de emergencia, según el último Índice realizado por el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia³. En otras palabras, no existen ni leyes, ni reglamentos, ni decretos, ni fallos de ninguna autoridad que investigue y se pronuncie sobre lo que en Costa Rica se debe aplicar con respecto al uso y distribución de la pastilla de anticoncepción de emergencia (PAE).

Claro está que ello no quiere decir que no se sepa nada del tema, ni que no hay controversia en este país por el uso de la AOE. Al contrario, como no existe legislación alguna, la discusión está muy candente, pues todavía es posible influenciar, de un lado o del otro de la balanza, para que se tome una decisión por la autoridad que le corresponde hacerlo. Así, los grupos más conservadores del país, como lo es la Iglesia Católica presionan para que no apruebe el uso del fármaco, argumentando que la pastilla es abortiva, mientras que las corrientes más liberadoras empujan a que la pastilla sea entregada gratuitamente hasta en la Caja Costarricense de Seguro Social.

²Corte Interamericana de Derechos Humanos caso *Artavia Murillo y otros ("fecundación in vitro") vs. Costa Rica* Sentencia de 28 de noviembre de 2012 Recuperado de <http://www.csjn.gov.ar/data/cidhfa.pdf> el día 25 de agosto de 2013.

³ *Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia. (2010). Índice CLAE de acceso a la anticoncepción de emergencia: La situación de la anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe: Barreras y facilitadores en la accesibilidad.*

Para tomar una decisión razonada sobre si la anticoncepción oral de emergencia debe aprobarse o no en Costa Rica, lo esencial es analizar profundamente el tema, con base en información especializada y técnica que se refiera al respecto. Así, se debe investigar sobre el mecanismo de acción de la “pastilla del día después”, cuándo y cómo opera, y se debe discutir cuáles son los argumentos de los que consideran a la “pastilla del día después” como abortiva y los que no, tomando como base la definición de persona, a la luz de la normativa y jurisprudencia costarricense, respecto de la que estableció la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso Artavia Murillo y otros VS Costa Rica, caso de la fertilización in vitro.

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

La Organización Mundial de la Salud, en el año 2005, definió la anticoncepción de emergencia, también conocida como *contracepción de emergencia; contracepción poscoital; contracepción preimplantación, contracepción poscoital de urgencia* o simplemente: *la píldora del día siguiente*⁴- como “(...) métodos que las mujeres pueden usar como respaldo y en caso de emergencia, dentro de los primeros días posteriores a una relación sexual sin protección, con el objetivo de prevenir un embarazo no deseado. Los métodos anticonceptivos de emergencia no son adecuados para uso regular.”⁵

Siempre se debe enfatizar en la idea que la anticoncepción de emergencia es, como su nombre bien lo indica, una forma de evitar el embarazo no deseado en caso de *emergencia*, o sea, cuando no se pudo utilizar un método de anticoncepción regular.

⁴ Acosta Navas, B. y Muñoz Hiraldo, ME. (2005). **Contracepción poscoital de urgencia**. En: *Revista Pediatría de Atención Primaria*, N° 31, Vol. 8.. Julio/septiembre 2006. Madrid, España.

⁵ OMS. (2005). **Levonorgestrel para anticoncepción de emergencia**. Nota descriptiva N° 244. Recuperado el 14 de julio del 2011 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/index.html>.

Debe quedar claro que estos métodos no son para el uso cotidiano, porque no son tan eficaces y confiables como los métodos tradicionales utilizados antes o durante el coito. Además, su eficacia se reduce conforme se utilicen con mayor lejanía a la relación sexual. Este método anticonceptivo se prescribe en los casos en que hubo relaciones sexuales sin protección, o con protección fallida, si no se desea quedar embarazada, especialmente en casos de violación o agresión sexual a fin de evitar el embarazo.

CLASIFICACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Algunos clasifican la anticoncepción de emergencia en dos grandes grupos: la anticoncepción hormonal y la no hormonal.

La anticoncepción de emergencia no hormonal se denomina así porque involucra instrumentos y otros mecanismos que no son medicamentos a base de hormonas. Básicamente, dentro de la segunda clasificación, se habla de dos subtipos, los cuales son la utilización de un instrumento intrauterino llamado *dispositivo intrauterino* (DIU) o T de cobre, y el uso de drogas como el *Danazol* y *Mifepristone* (RU-486).

La *anticoncepción de emergencia hormonal* o *anticoncepción oral de emergencia* (AOE) se refiere al “uso de medicaciones hormonales (a base de hormonas) antes de transcurridas las 120 horas, contadas a partir del coito sin protección o con una incorrecta protección, para evitar el embarazo no deseado. Esto incluye tanto los productos que están etiquetados y dedicados para el uso como anticoncepción de emergencia por la institución estadounidense Food and Drug Administration (FDA) como el uso combinado de anticonceptivos orales.”⁶ Para efectos de este artículo, el grupo que interesa es el último, el hormonal.

⁶ *Pediatrics: Diario oficial de la Academia Americana de Pediatría. (2005). Emergency Contraception: Committee on Adolescence. Recuperado el 18 de agosto del 2011 de <http://pediatrics.aappublications.org/content/116/4/1026.full.html>.*

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

En la industria farmacéutica existen básicamente dos tipos de fármacos que son etiquetados de manera específica para la anticoncepción de emergencia. Uno es el método unihormonal a base de Levonorgestrel⁷ mismo que se ha popularizado por el hecho de presentar mayor eficacia así como tener menos efectos secundarios que el otro método que es bihormonal, en el que (se combinan dos hormonas: estrógeno⁸ con progestina⁹).

Este método bi-hormonal, conocido también como método Yuzpe, incluye no solo los fármacos etiquetados específicamente para la contracepción oral de emergencia, sino también los anticonceptivos regulares que utilizados en determinadas dosis producen el mismo efecto de los AOE específicamente fabricados para tal fin.¹⁰

Recalcamos que aunque no se venda en Costa Rica la “*pastilla para el día después*”, los anticonceptivos de uso regular son de venta libre y algunos de ellos

⁷ El método de Levonorgestrel puro o solo “usa la hormona metabólicamente activa encontrada en los anticonceptivos orales hechos de progestina sola y la misma hormona encontrada en algunos anticonceptivos orales combinados. Esta hormona, base del método de AOE de levonorgestrel puro, se llama progestina, y el levonorgestrel es un tipo de esta hormona.” *Ibidem*.

⁸ Los estrógenos son “compuestos con actividad biológica común, manifestada por la habilidad para estimular el desarrollo y la mantención de los caracteres sexuales femeninos.” (Arriagada, R. y Aedo, S. (2008). **Estrógenos y Progestinas**. En: Revista Obstetricia y Ginecología, N° 1, Vol. 3. Chile. Recuperado el 15 de setiembre del 2011 de www.revistaobgin.cl/app/webroot/files/pdf/VOL3N120080.pdf)

⁹ Las progestinas son hormonas o esteroides sexuales sintéticos, dado que no existen naturalmente en el ser vivo. La progestina es el compuesto sintético equivalente a la hormona progesterona que se produce naturalmente por el cuerpo de la mujer, y que tiene como función principal, como su nombre lo sugiere, la preparación del organismo femenino para un embarazo, desde la fecundación, implantación y mantenimiento de todo el embarazo. Sin esta hormona, el embarazo es imposible de que se lleve a cabo exitosamente. (Arriagada, R. y Aedo, S. (2008). **Estrógenos y Progestinas**. En: Revista Obstetricia y Ginecología, N° 1, Vol. 3. Chile. Recuperado el 15 de setiembre del 2011 de www.revistaobgin.cl/app/webroot/files/pdf/VOL3N120080.pdf)

¹⁰ Trussell, J., Ellertson, C. y Stewart, F. (1997). **The effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception**. En: Revista Family Planning Perspectives, N° 28, Vol. 2. New Jersey, Estados Unidos.

tomados en las dosis adecuadas en el momento correcto¹¹, producen el mismo efecto de la anticoncepción de emergencia, lo cual desde ya evidencia un contrasentido de la no comercialización de la *pastilla del día después*”.

Entre las marcas de gestágenos orales que se pueden conseguir en las farmacias costarricenses y que se pueden utilizar como AOE están: Microgynon®, Nordette®, Norgylen®, Norgyl® y Ovrál®. Por ende, resulta inconsistente que si se tiene al alcance de todas las personas productos farmacéuticos que además de anticonceptivos regulares, funcionan como anticonceptivos de emergencia, la compra, venta y distribución de los mismos sean vistos y tratados como un tabú en Costa Rica, creando confusiones en la población, y cerrando la información fidedigna y la accesibilidad a las AOE a muchas personas que las desean.

MECANISMOS DE ACCIÓN DE LOS AOE.

El mecanismo de acción que tiene la pastilla de anticoncepción de emergencia, sea del tipo uni-hormonal, o bi-hormonal es la supresión o inhibición de la ovulación¹²¹³ con la consecuente imposibilidad de que ocurra la fecundación.¹⁴

¹¹ Por ejemplo, si se toma 4 pastillas de Microgynon, Nordette o Norgylen lo antes posible, antes de las 72 horas a la relación sexual, y 4 pastillas 12 horas después de la primera dosis; o si se toma 2 pastillas de Norgyl u Ovrál lo antes posible, antes de las 72 horas a la relación sexual, y 2 pastillas 12 horas después de la primera dosis.

¹² OMS. (2012). **Fact Sheet N° 244: Emergency contraception**. Recuperado el 19 de septiembre del 2012 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en>.

¹³ FIGO e ICEC. (2011). **Mecanismo de Acción: ¿De qué modo las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel (PAE de LNG) previenen el embarazo?** Recuperado el 23 de abril del 2011 de [http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion_de_emergencia/ICEC%20FIGO%20\(MOA_FINAL_2011%20SPA\).pdf](http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion_de_emergencia/ICEC%20FIGO%20(MOA_FINAL_2011%20SPA).pdf).

¹⁴ Sobre el mecanismo de supresión de la ovulación de la AOE ver: L. Marions, K. Hultenby, I. Lindell, X. Sun, B. Stabi, K. Gemzell-Danielsson, Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action, *Obstetrics and Gynecology* 2002; Durand, del Carmen Cravioto; Raymond, Duran-Sanchez; De la Luz Cruz-Hinojosa; Castell- Rodriguez, Schiavon. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel

Este es el mismo mecanismo de acción de los anticonceptivos regulares, pero la dosis y la forma en que se administra es distinta, lo cual explica que las PAE sean prácticamente 20% menos eficaces que las anticonceptivas orales regulares.

El efecto sobre la ruptura folicular también es un mecanismo asociado al mecanismo que afecta la ovulación, pues se dice que la PAE puede hacer que el folículo no se llegue a romper, por lo que no se libera ningún óvulo del ovario, y la fecundación se imposibilita.¹⁵

Como un segundo mecanismo de acción, aunque no comprobado con un alto grado de seguridad científica, se encuentra *el efecto que tiene la PAE sobre la migración espermática.*^{16 17}

Cuando no se utiliza ningún método anticonceptivo regular ni de anticoncepción de emergencia, lo normal es que, luego de ocurrido el coito, los espermatozoides migren desde el cuello uterino en dos fases. Se dice que la primera fase es una etapa rápida y breve ya que en ella los primeros

administration in emergency contraception. *Contraception*. 2001. Hapangam, Glasier and Baird. Marion, Cekan, Bygdeman y Gemzell- Danielsson. The effects of periovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception*. 2001. Weismiller, David. *Emergency Contraception*. American Family Physician. Vol. 70. N. 4. Saravi, Fernando D. *Contracepción de emergencia con levonorgestrel*. *Medicina*. 2007; 67: 481-490.

¹⁵ Croxatto, H. y Ortiz, M.E. (2004). **Mecanismo de acción del levonorgestrel en la anticoncepción de emergencia**. En: *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 69, N°2. Santiago, Chile. Recuperado el 11 de agosto del 2012, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262004000200011&script=sci_arttext

¹⁶ Baird, D.T. (2009). **Emergency contraception: how does it work?** En: *Revista Reproduction Biomedicine Online*, N° 18, Vol. 1. Recuperado el 10 de setiembre del 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19281662>.

¹⁷ Alegre del Rey, E.J. (2012). **Informe sobre la píldora del día siguiente: levonorgestrel postcoital a altas dosis**. Informe publicado en julio del 2012. Recuperado el 10 de setiembre del 2012 de escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica17/como.html.

espermatozoides llegan a la trompa de Falopio en pocos minutos¹⁸. Si bien es cierto que los espermatozoides en una primera fase llegan mucho antes de lo que duraría cualquier fármaco en tener efecto, es falso decir que estos primeros espermatozoides son los que fecundan al óvulo, pues esto lo hace la segunda fase de espermatozoides. Así, la segunda fase en la migración espermática se caracteriza por ser sostenida en el tiempo, durante la cual los espermatozoides almacenados en las criptas del cuello uterino –después de recibir la denominada “capacitación espermática”- migran sucesivamente hacia la trompa en el curso de varios días¹⁹. El 83% de los días del período fértil (que son alrededor de 5 días, 4 antes de la ovulación y el día mismo de la ovulación) están antes de la ovulación, y cuando el coito ocurre en alguno de estos días, los espermatozoides tienen que esperar entre 1 y 5 días en el tracto genital de la mujer hasta que ocurra la ovulación²⁰.

Esta circunstancia ofrece una posibilidad real y concreta de que en la mayoría de los casos el Levonorgestrel pueda actuar sobre la migración o vitalidad de los espermatozoides²¹.

También afecta la migración espermática pues vuelve el moco cervical (a través del cual los espermatozoides se desplazan en el útero) grueso y denso, y

¹⁸ Távara Orozco, L. (2011). **Puesta al día sobre los mecanismos de acción de la anticoncepción oral de emergencia**. En: Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, y el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Moore, K. y Persaud, T.V.N. (2004). **Embriología Clínica**. (Trad. Gea consultoría Editorial). España: Editorial Elsevier.

²¹ Croxatto, H. y Ortiz, M.E. (2004). **Mecanismo de acción del levonorgestrel en la anticoncepción de emergencia**. En: Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Vol. 69, N°2. Santiago, Chile. Recuperado el 11 de agosto del 2012, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262004000200011&script=sci_arttet

también es posible que afecte en sí al espermatozoide pues puede afectar su capacidad para adherirse al ovulo.²²

Asimismo, se puede hablar de otro mecanismo de acción de la PAE, el cual es el que ha generado mayor discusión en torno a si es o no abortiva la pastilla: se trata del *efecto anti-implantatorio de la PAE*.

Ahora bien, algunos estudios han sugerido alteraciones histológicas y bioquímicas en el endometrio luego del tratamiento de anticoncepción de emergencia, llevándolos a indicar que estas píldoras pueden actuar afectando la receptividad endometrial a la implantación del óvulo fecundado^{23,24}.

Así, se indicaba que la PAE también tenía efectos, no solo antes de la fecundación, sino que después de la fertilización, siendo que la PAE eliminaba al óvulo fecundado al no permitirle implantarse en el endometrio, con lo que se cometía un aborto (definido como la interrupción de la vida desde la fecundación).

Sin embargo, otros estudios²⁵ han demostrado que las diferencias entre los estudios realizados en biopsias de endometrios que han sido sometidos a la PAE

²² Távara Orozco, L. (2011). **Puesta al día sobre los mecanismos de acción de la anticoncepción oral de emergencia**. En: Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, y el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia.

²³ Comisión de Adolescencia de la Academia Americana de Pediatría. (2005). **Emergency Contraception**. Citado en Collado Martínez, H., Leal Esquivel, A. y Chang Yeung, H. (2005). **La Anticoncepción de emergencia" incluye un efecto anti-implantatorio y por lo tanto es abortiva**. Recuperado el 15 de julio del 2011 de <http://www.diarioextra.com/2005/noviembre/01/opinion03.php>.

²⁴ Kahlenborn, C., Stanford, J. y Larimore, W. (2002). **Postfertilization Effect of Hormonal Emergency Contraception**. En: Revista *The Annals of Pharmacotherapy*, vol. 36, Marzo 2002. Recuperado el 10 de setiembre del 2012 de <http://www.polycarp.org/postfertilization.pdf>

²⁵ Raymond, E. G., Lovely, L.P., Chen-Mok, M., Seppälä, M., Robert J. Kurman, R.J. y Lessey, B. A. (2001). **Effect of the Yuzpe regimen of emergency contraception on markers of endometrial receptivity**. En: *Oxford Journals*, N°15, Vol. 11. Recuperado el 8 de setiembre del 2012 de <http://humrep.oxfordjournals.org/content/15/11/2351.full>; Meng CX, Marions L, Bystrom B, Gemzell-Danielsson K. (2010): Effects of oral and vaginal administration of levonorgestrel emergency contraception on markers of endometrial receptivity de la revista *Human Reproduction*; Palomino W, Kohen P, Devoto L.

y los que no, no han sido iguales a los resultados obtenidos en los estudios^{26 27} en los que se basan los investigadores que indican que la PAE tiene un efecto anti-implantatorio. Así se ha llegado a concluir en uno de esos estudios realizados en el 2009 que las evidencias obtenidas a partir de estudios con diseños experimentales adecuados, ajustados a las dosis y esquemas utilizados en la anticoncepción de emergencia, indican la ausencia de efectos significativos en el endometrio que apoyen efectos anti-implantatorios derivados de la administración de levonorgestrel^{28 29 30}

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud ha cambiado su criterio respecto a la anticoncepción de emergencia, y ello ocurrió por la actualización de las bases científicas que sustentaban su posición. Así, han concluido que las píldoras anticonceptivas de emergencia que contienen levonorgestrel previenen la ovulación y que no tienen un efecto detectable sobre el endometrio (revestimiento

(2010) A single midcycle dose of levonorgestrel similar to emergency contraceptive does not alter the expression of the Lselectin ligand or molecular markers of endometrial receptivity *en la revista Fertility and Sterility*.

²⁶ Yuzpe, A.A. Thurlow, H.J., Ramzy, I. y Leyshon, J.I. (1974). **Postcoital contraception- a pilot study**. En: Revista *The Journal of reproductive medicine*, N° 12, Vol. 2. Recuperado el 15 de Julio del 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4844513>.

²⁷ Collado Martínez, H., Leal Esquivel, A. y Chang Yeung, H. (2005). **La Anticoncepción de emergencia" incluye un efecto anti-implantatorio y por lo tanto es abortiva**. Recuperado el 15 de julio del 2011 de <http://www.diarioextra.com/2005/noviembre/01/opinion03.php>.

²⁸ Durand, M.; Larrea, F. y Schiavon, R. (2009). **Mecanismos de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia: efectos del levonorgestrel anteriores y posteriores a la fecundación**. En la revista *Salud pública México*, N°3, Vol. 51, del mes mayo/ junio 2009. Recuperado el 10 de setiembre del 2012 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000300017&lng=es&nrm=iso. ISSN 0036-3634.

²⁹ Noe, G., Croxatto, H., Salvatierra, A.M., Reyes, V., Villarroel, C., Munoz, C., Morales, G., Retamales, A. (2010). **Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation**. En revista *Contraception*, N°81, Vol. 5. Recuperado el 12 de julio del 2011 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20399948>.

³⁰ Novikova N, Weisberg E, Stanczyk FZ, Croxatto HB, Fraser I.S. (2007). **Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation – a pilot study**. En revista *Contraception*, N°75, Vol. 2. Recuperado el 12 de julio del 2011 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17241840>

interno del útero) o en los niveles de progesterona, cuando son administradas después de la ovulación.

Las PAE no son eficaces una vez que el proceso de implantación se ha iniciado y no provocarán un aborto³¹. En otras palabras, OMS desde el año 2005 dijo que el Levonorgestrel actúa por medio de la inhibición o retraso de la ovulación, pero no creando una barrera para la implantación del óvulo fecundado en el endometrio.

El tomar levonorgestrel solo como método de anticoncepción de emergencia cuando ya hay embarazo no estaría provocando efecto alguno sobre el embrión, pues su mecanismo de acción no es anti-implantatorio, o sea no va a causar su muerte o pérdida del producto de la concepción, según estos estudios.³²

ANÁLISIS A LA LUZ DE LA CIDH.

Afirma la Corte Interamericana de Derechos Humanos que el embrión, antes de la implantación no está comprendido en los términos del artículo 4 de la Convención Americana de Derechos Humanos y reafirma el principio de protección gradual e incremental de la vida prenatal

A efecto de comprender mejor el alcance de lo dicho supra, recordemos lo que reza el artículo 4.1 de la Convención Interamericana de Derechos Humanos llamada también Pacto de San José: *“Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.”*

³¹ OMS. (2005). *Levonorgestrel para anticoncepción de emergencia*. Nota descriptiva N° 244. Recuperado el 14 de julio del 2011 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/index.html>.

³² Cf. Soto Prats, B. (2012). *Op.cit.*

Aquí hay varios aspectos que deben ser analizados. El primero de ellos es el concepto de “concepción”, el segundo el de “persona”; el tercero el de “derecho a la vida” y por último, las palabras “en general” que tienen una importantísima relevancia.

Veamos. Si bien es cierto, la Corte dijo claramente que no entraría a analizar, por no ser de su competencia, cuándo inicia la vida, pues se trata de una cuestión de orden biológico y no jurídico, si deja claro, que quienes tienen derecho a que se les respete su vida son las personas y que la vida prenatal se debe respetar pero no absolutamente sino en forma gradual e incremental, dejando claro que el embrión en fase preimplantatoria no es persona y por lo tanto, aunque se trate de una vida embrionaria, no es la vida de una persona, por cuanto existen gradaciones de vida y no se puede proteger la vida embrionaria en igual medida que la de las personas.

A fin de comprender esto mejor es importante analizar el concepto de concepción que tradicionalmente nos ha brindado la ciencia y el que nos da actualmente la CIDH.

La ciencia embriológica tradicionalmente ha hecho una similitud entre el término fecundación y concepción³³, no obstante, otros lo han equiparado con anidación o implantación³⁴. Si bien es cierto, en el artículo 4.1 de la Convención, se dice que la vida se protege *en general* desde el momento de la concepción, entonces, antes de esta sentencia, quedaba la duda, desde el punto de vista jurídico, si se debía proteger la vida desde la fecundación o desde la implantación.

33 “El desarrollo humano empieza en la fecundación (concepción) cuando un oocito (óvulo) de una mujer es fecundado por un espermio (espermatozoide) de un hombre” Cf . Moore; Persaud & Shiota. *Atlas de embriología clínica*. Editorial Médica Panamericana. Pag. 1. Traducción del Inglés por J. Pérez de Miguel Sanz. 1996.

³⁴ Cf. Marlasca, A. *Vida Humana y Persona*. Med. Leg. Costa Rica. [revista en internet], 2002. Sep [citado 2013 jul 19]; 19 (2): 5-12. Disponible en <http://www.scielo.sa.cr>

La Corte termina decantándose por desproteger, *en general*, al embrión en fase preimplantatoria y empezar a protegerlo, *en general*, a partir de la anidación, que inicia alrededor del día 6 post fecundación y se completa hacia el día 14³⁵

Como puede desprenderse de esto, la CIDH adopta una posición contraria a la que tomó la Sala Constitucional costarricense quien pretendió proteger al embrión desde el inicio de su desarrollo en la fecundación³⁶, concepto que equiparó a concepción y que en criterio de los autores, es el término correcto desde el punto de vista técnico.

Ahora, por el hecho que la Corte considere a la concepción como sinónimo de implantación, no se puede deducir a partir de esto, que el embrión en fase preimplantaria o preembrión, como le llaman algunos,³⁷ carezca de todo valor jurídico y moral, es decir, que quede absolutamente desprotegido, por cuanto el mismo artículo es claro al decir que el derecho que tienen las personas a que se les respete la vida, inicia en general a partir del momento de la concepción (no a partir de la fecundación), de donde surge la pregunta: ¿a partir de cuándo se es persona?

En honor a la verdad es que esto no lo deja en claro la CIDH en términos positivos, pero sí en términos negativos, cuando dice que el embrión no implantado no está contemplado en los términos del artículo 4 del Pacto de San José. A contrario sensu, podría decirse que sí lo estaría a partir de la implantación (proceso que tarda una semana como ya se mencionó), por lo que consideramos que para la CIDH se es persona, en el tanto en cuanto se sea un embrión implantado.

³⁵ Cf. Sadler, L. *Embriología Médica con orientación clínica*. 10ma edición. Editorial Médica panamericana. Traducción del inglés por José Luis Eduardo Ferrán. 2008.

³⁶ SALA CONSTITUCIONAL DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE COSTA RICA. Res: 2000-02306 del quince de marzo del dos mil.

³⁷ Cf. Botella, J.; Lanchares, J. & Mora, F. (editores). *Las primeras dos semanas de vida*. Ediciones Universidad de Salamanca. 1997, pag. 69.

Esto trae aparejado una serie de consecuencias, pues si el la misma Convención protege la vida humana a partir de la concepción, entonces podría pensarse que una vez implantado el blastocito en la pared uterina, se haría merecedor de la misma protección absoluta por la que abogó la Sala Constitucional, con lo cual se estaría negando desde ya, por ejemplo, el aborto por motivos terapéuticos o incluso de un feto anencefálico.

No obstante lo anterior, en nuestro criterio, al decir el citado artículo: *en general*, lo que está diciendo es que la vida humana del nasciturus se protege de manera relativa, es decir, no absoluta y por lo tanto, el nasciturus tiene un valor jurídico (y moral) gradual e incremental, de tal suerte que por el hecho de estar implantado, no lo hace una persona, sino tan solo una potencia de persona a la que se le debe brindar protección como bien jurídico tutelado, de menor rango que la vida en acto (sujetos humanos nacidos), no pudiendo por ello comparar al mismo nivel la vida humana a nivel embrionario con la de una persona nacida.”

En razón de lo anterior, la vida y la salud integral de la madre siempre estará por encima de la vida del producto de la concepción, pudiendo ella optar por su propia vida aún en contra de la del feto y sobre todo del embrión preimplantatorio que en criterio de la CIDH, es sujeto de una protección menor, así en teoría, podría disponerse de los embriones fecundados en una caja de Petri en el tanto en cuanto, se les respete su dignidad de embrión, léase bien, dignidad de embrión humano, no de persona humana. Esta dignidad embrionaria estará delimitada por las leyes de cada país.

CONCLUSIÓN

Quienes argumentan a favor del uso y distribución de la PAE se basan en los actuales posicionamientos de los organismos y autoridades científicas y de salud que respaldan esta tesis.

La anticoncepción de emergencia es promovida por instituciones como la Organización Mundial de la Salud, la Food and Drug Administration, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, el Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia, el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, entre otros. Dichos organismos internacionales han llegado a la conclusión de que el uso y distribución de la pastilla de anticoncepción de emergencia debería permitirse en Costa Rica. Esto debido a que se descartó, con un grado alto de seguridad científica, que la pastilla de anticoncepción de emergencia, sobre todo la de levonorgestrel solo, tenga como mecanismo de acción el efecto sobre la implantación del embrión al útero. Además, se confirmó, con base en los argumentos dados por las mismas autoridades científicas internacionales, que la denominada *pastilla del día después* funciona principalmente mediante un mecanismo de acción: la supresión del proceso de ovulación. Se ha probado científicamente, mediante estudios controlados y recientes, que la PAE inhibe varias etapas del proceso de ovulación, por lo que este proceso o se retrasa o del todo no ocurre, por lo que la fecundación no llega a presentarse. Si se llega a esa conclusión que enfatiza que el mecanismo de acción de la pastilla de anticoncepción de emergencia es la supresión o retraso en la ovulación, es claro que la misma no afecta cuando la fecundación ya ha tenido lugar, ni mucho menos cuando el producto se ha implantado en el útero.

Así las cosas el uso y distribución de la pastilla de anticoncepción de emergencia compuesta de levonorgestrel puro debe ser legal en Costa Rica. Esto debido a que no tiene efectos sobre el proceso de implantación, ya que una vez fecundado el óvulo, la ingesta de la pastilla no provocaría ningún daño sobre el óvulo fecundado, ni alteraría la composición del endometrio.

En Costa Rica la resolución de la Sala Constitucional número 2000-02306 del quince de marzo del dos mil fue contradicha por la sentencia de la CIDH a la que nos hemos referido párrafos arriba siendo clara al afirmar que antes de la implantación (anidación del blastocisto en el útero), el ser en gestación no es persona de donde que aún el caso hipotético de que la pastilla del día siguiente

impidiera la anidación del óvulo ya fecundado en fase de blastocisto, no se estaría configurando ningún ilícito penal por cuanto el útero no estaría embarazado y al no estarlo no podría darse el aborto, pues por definición, el mismo, en su concepción más amplia, sería la terminación del embarazo en cualquier momento de la gestación, y para que exista embarazo, el óvulo fecundado debe haberse implantado primero en el útero.

Por ende, el uso de la pastilla del día después no es abortiva y la mujer que tome la pastilla del día después compuesto por levonorgestrel no estaría causando la muerte de ninguna persona por lo que los elementos del tipo penal de aborto no se configuran y por eso no hay delito alguno.

En Costa Rica las leyes se deben reformar para actualizarse con los nuevos adelantos de la ciencia, y tomar en consideración que si la anticoncepción oral de emergencia es comprobada científicamente de no tener efectos anti-implantatorios, la misma debe distribuirse en el país sin restricción alguna (que no sea un medicamento distribuido bajo receta médica). En otras palabras, no solamente se debería permitir el uso de la PAE para casos de violación, por ejemplo, sino que debería estar a disposición para todas las personas y de cualquier edad, pues abogamos por una ética de mínimos, es decir, si alguien piensa que no debe tomar anticonceptivos de emergencia por razones éticas, pues que no los tome, pero que por ello, no se quiera obligar a los otros a actuar de la misma manera.