La anticoncepción oral de emergencia en Costa Rica: la ruta del laberinto

Autor Colectiva
Wednesday, 14 de July de 2010
Modificado el Tuesday, 20 de July de 2010

Gabriela Arguedas Ramírez
Farmacéutica y bioeticista, Costa Rica.

La situación en Costa Rica, respecto de la AOE basada en levonorgestrel, ha sido tan escabrosa que podríamos incluso retratarla como un escenario desolador; tal parece que nos enfrentáramos a un camino sin salida. Suena dramático, pero no es para menos. Si le damos un vistazo a la cadena de eventos de los últimos años, veremos que en este país los derechos sexuales y los derechos reproductivos permanecen más tiempo en el banquillo de los acusados que en la mesa de diálogo. Tanto es así que quienes entran a los territorios del activismo a favor de estos derechos, tienen ya su cuota fija de enemigos ad portas.

El ejemplo más revelador de lo que sucede en este país es el criterio, dividido y contradictorio, emitido por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) en respuesta a la consulta planteada por la Comisión de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, con relación al Proyecto de Ley No. 16.887 de Reforma de la Ley General de Salud, que busca introducir un capítulo de derechos sexuales y derechos reproductivos. Este capítulo pretende, entre otros importantes objetivos, proveer de un marco jurídico claro para la administración de la anticoncepción oral de emergencia. A la fecha, no existe ninguna prohibición para el registro, distribución, prescripción y dispensación de la AOE basada en levonorgestrel, no obstante, debido a la gran confusión (tanto legal como técnico-científica) que sigue persistiendo al respecto, tampoco hay ninguna regulación que expresamente reconozca la AOE como una opción farmacológica de uso permitido en el país. Ese aparente vacío legal termina operando a favor de quienes abogan en contra de la AOE, que son también quienes han logrado articular alianzas con el poder político, en detrimento de los derechos humanos de las mujeres.

Ahora veamos la controversia generada por la diferencia de criterios entre el departamento técnico y el departamento legal de la CCSS sobre la AOE. El departamento legal responde que “no puede dejarse de lado que la anticoncepción de emergencia es un tema bastante polémico, y tal y como se explicó ampliamente, existe sobrada jurisprudencia que contraría la tesis que sostiene la OMS, en el sentido que se entiende jurisprudencialmente que la 'concepción' no es a partir de que el óvulo se implanta en la matriz, sino desde el momento mismo en que el óvulo es fecundado, estableciéndose incluso una protección para lo que favorezca al ser humano desde antes de la concepción misma”.

Quienes se mantengan actualizados sobre este tema sabrán que la información científica más reciente y rigurosa, relativa al mecanismo de acción de la AOE, ha descartado que el levonorgestrel en dosis altas produzca cambios en el endometrio que impidan la implantación de un óvulo fecundado. Un estudio de Fernando Saraví, del 2007, publicado en la revista Medicina de Buenos Aires, Argentina; demuestra que no hay evidencia, en mujeres que tomaron levonorgestrel en dosis de anticoncepción de emergencia, de cambios morfológicos en el endometrio durante los días clave para la implantación. Y en la revisión de la literatura no existe evidencia concluyente que demuestre afectación para la implantación de un óvulo fecundado, cuando la mujer se ha expuesto a AOE basada exclusivamente en levonorgestrel (Durand, Cravioto y Raymond 2001).

Es decir, sobre este aspecto particular, podríamos sospechar que la tendencia a afirmar tajantemente que la AOE basada en levonorgestrel es anti-implantatoria, está ligada más a temores inducidos por posturas moralistas y dogmáticas, que a evidencia científica.

Pues bien, el Departamento Legal de la CCSS no sólo afirma que la AOE basada en levonorgestrel es anti-implantatoria, sino que además utiliza el término aborto en su argumentación. Vemos cómo la argumentación legal es claramente tendenciosa y busca provocar pánico moral.

Lo cierto es que según el marco legal y la jurisprudencia costarricense, no existe obstáculo real para la AOE basada en levonorgestrel, puesto que, como bien se sabe, el mecanismo de acción se basa, fundamentalmente, en inhibir la ovulación y en obstaculizar la capacitación de los espermatozoides, sin embargo, estos argumentos se siguen rechazando, y para ello se utiliza información desactualizada y sobre todo, se arguye apelando a premisas de índole religiosa.

Ahora bien, el criterio médico de la CCSS alegó sobre el proyecto de ley mencionado que “los aspectos que incluye, como la educación e información en el tema y la anticoncepción de emergencia, están fundamentados en sólida evidencia científica y en los que nuestro país está muy rezagado en relación con otros países de Latinoamérica y principalmente con otros de América Central. Hay evidencia científica robusta que demuestra que no es abortiva y que debe ofrecerse dentro de toda oferta básica de servicios”

Y además, a través de dicho criterio se sugirió la siguiente redacción para uno de los artículos del proyecto: “Todas las mujeres en edad fértil tienen derecho al uso de la anticoncepción de emergencia, así como a contar con información y acceso a la anticoncepción de emergencia de manera ágil, oportuna y eficaz. El Ministerio de Salud deberá autorizar su uso y las instituciones públicas y privadas encargadas de la salud deberán ofrecerlos”

Queda claro así que desde la contraparte médica hay conocimiento sobre el mecanismo de acción del levonorgestrel utilizado en dosis adecuadas para AOE, y que además, desde una perspectiva de derechos sexuales y de derechos reproductivos, existe preocupación por las condiciones de las mujeres que viven en Costa Rica, pues se sitúan en un lugar de desventaja respecto del resto de la región latinoamericana, en razón de ser este país, uno de los pocos, junto con Haití y Guyana, que aún no cuenta con esta opción farmacológica para evitar embarazos no deseados en casos de emergencia (violación sexual, rotura de condón, incumplimiento de método anticonceptivo oral, etc.)

Y es que, a fin de cuentas, el espíritu del proyecto de ley 16.887 es hacer justicia en materia de derechos humanos de las mujeres, en el ejercicio de su sexualidad y sus decisiones reproductivas. Es por esto que se desata la polémica, porque el meollo del asunto no es realmente científico-técnico, sino moral y político. La moralidad hegemónica conservadora habla a través de diversos espacios, incluyendo las instituciones públicas. El control sobre el cuerpo y la vida sexual de las mujeres es lo que realmente está en discusión. Además, ya filósofos y filósofas de la ciencia como Sandra Harding, Tomas Khun o Mario Bunge, nos han dejado sin la ilusión de ver la ciencia como un campo neutral. Sin embargo, sí tenemos herramientas para asegurar una toma de decisiones en el ámbito médico, cada vez menos influenciada de prejuicios, dogmas y del peso muerto de la costumbre. Una de esas herramientas es la medicina basada en la evidencia, que constituye una vía ética y técnicamente responsable. Lamentablemente no tenemos instrumentos similares para la interpretación de las normas jurídicas. Por eso sucede este tipo de contradicciones, porque la ley (y su interpretación) tampoco es neutral, es una construcción social, y por ende, es producto también de las tenciones sociales que, en resumidas cuentas, siguen estando ligadas de una u otra forma al poder patriarcal.

Finalmente surge la inquietud ¿cómo se administra una contradicción tan seria como ésta? Pues no hay una respuesta clara todavía. Mientras tanto, ya sabemos quiénes pagarán el precio de la inacción y del pensamiento retrógrado.