



REVISTA DE FILOSOFÍA

I. ÉTICA, GLOBALIDAD CRÍTICA Y BIENESTAR HUMANO

II. DIMENSIÓN EPISTÉMICA Y DESARROLLOS CULTURALES

*III. LA EDUCACIÓN EN CONTEXTO INTERCULTURAL Y
DECOLONIAL*

*IV. REPENSAR LA EDUCACIÓN SUPERIOR: TEORÍAS Y
PRÁCTICAS*

Universidad del Zulia
Facultad de Humanidades y Educación
Centro de Estudios Filosóficos
"Adolfo García Díaz"
Maracaibo - Venezuela

Nº 99
2021-3
Septiembre-Diciembre

Revista de Filosofía

Vol. 38, N°99, (Sep-Dic) 2021-3, pp. 241 - 257
Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela
ISSN: 0798-1171 / e-ISSN: 2477-9598

Consideraciones éticas sobre el uso de anticonceptivos orales de emergencia: Aspectos teórico-filosóficos para la discusión

Ethical Considerations on the use of Emergency Oral Contraceptives: Theoretical-Philosophical Aspects for Discussion

Carol Raquel Arrellano Urrelo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8138-2439>
Ministerio de Salud – Piura -Perú
serranaindia@hotmail.com

Anita Elizabeth Preciado Marchan

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1818-8174>
Universidad Cesar Vallejo – Piura - Perú
apreciadoma16@ucvvirtual.edu.pe

Maribel Diaz Espinoza

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5208-8380>
Universidad Tecnológica del Perú - Piura
c20937@utp.edu.pe

Resumen:

Este trabajo está depositado en Zenodo:
DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5644649>

Desde los inicios de la humanidad, la sexualidad y la reproducción han sido temas de reflexión científica y filosófica, dada la considerable incidencia que tienen en el desarrollo de las sociedades humanas. Por este motivo, el tema del uso de anticonceptivos orales de emergencia se deja ver como un problema social que requiere de atención en América Latina, lugar donde se hacen presentes diversas asimetrías sociales, tales como: la pobreza, el crecimiento poblacional desmedido, la violencia, la migración, los embarazos no deseados, entre otros factores que agudizan la crisis en el contexto regional. En este orden de ideas, el artículo explora la dimensión ética y filosófica del uso de los anticonceptivos orales de emergencia, señalando la importancia de su evolución histórica, científica y de los diversos conflictos éticos a los que investigadores tuvieron que hacer frente para llegar a los métodos hoy conocidos. No obstante, no se pierde de vista las dificultades existentes en el tema -el desconocimiento de la población, los tabúes y la cultura de la desinformación- constituyéndose en un desafío adicional a esta problemática. El artículo no pretende llegar a una posición definitiva sobre el tema; por el contrario, aspira ser un espacio de encuentro entre el saber científico-técnico con la reflexión teórico-humanista.

Palabras clave: anticonceptivos orales de emergencia; realidad social; planificación familiar; desigualdades sociales; dilemas éticos.

Recibido 19-05-2021 – Aceptado 12-08-2021

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional
(CC BY-SA 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

Abstract:

Since the beginning of humanity, sexuality and reproduction have been subjects of scientific and philosophical reflection, given the considerable impact they have on the development of human societies. For this reason, the issue of the use of emergency oral contraceptives is seen as a social problem that requires attention in Latin America, a place where various social asymmetries are present, such as: poverty, excessive population growth, violence, migration, unwanted pregnancies, among other factors that exacerbate the crisis in the regional context. In this vein, the article explores the ethical and philosophical dimension of the use of emergency oral contraceptives, pointing out the importance of its historical evolution, making it scientific, and the various ethical conflicts that researchers had to face in order to reach the methods known today. However, it does not lose sight of the existing difficulties on the subject - the population's ignorance, taboos and the culture of disinformation - constituting an additional challenge to this problem. The article does not pretend to arrive at a definitive position on the subject; on the contrary, it aspires to be a space for reflection and meeting between scientific-technical knowledge and theoretical-humanist.

Keywords: Emergency oral Contraceptives; Social Reality; Family Planning; Social Inequalities; Ethical Dilemmas.

Introducción

En el siglo XX se han dado importantes avances en cuanto a la universalización del conocimiento de temas altamente debatidos como los derechos humanos, la fertilización, el tratamiento con células madres, la clonación, entre otros; de igual forma, ha hecho avanzar a la humanidad hacia nuevas interrogantes científicas y a nuevos espacios de reflexión filosófica y ética. La ética, en particular la ética aplicada, se ha encontrado cada vez más en relación con la praxis humana, con el accionar dentro de diversos contextos científicos y tecnológicos, cuestionando cómo la naturaleza humana puede ser partícipe de los cambios propiciados a nivel social. Por esta razón, los enfoques clínicos se presentan como un horizonte innovador dentro de la ética aplicada, tratando de brindar una postura coherente, racional y autárquica con respecto a la propiedad del cuerpo, la salud y las necesidades humanas de reproducción.

La sexualidad humana afecta directamente la evolución biológica y social de la especie, incidiendo en ella positiva o negativamente. Por ende, resulta vital reconocer que el aumento poblacional, los embarazos no deseados y el aborto, son realidades problemáticas presentes, que forman parte del diario acontecer en América Latina y a nivel global. En este punto, el control de natalidad, el uso de anticonceptivos orales de emergencia, se constituyen en temas de reflexión que trascienden la dimensión médica, convirtiéndose en interrogantes con connotaciones existenciales, éticas, religiosas, filosóficas, psicológicas y jurídicas. Su

discusión afecta e incide directamente sobre la población, en particular sobre las mujeres, quienes deben lidiar con la paradoja de afrontar el derecho a la propiedad de su cuerpo, frente al derecho a la vida desde el momento de la procreación.

Empero, más allá de estos temas y debates teóricos, la realidad contextual latinoamericana dista mucho de ser la ideal, no existiendo campañas preventivas para el embarazo precoz, para la planificación familiar, para el uso adecuado de métodos anticonceptivos, siendo una franca violación al derecho humano a la salud y la información. Este hecho se ve agravado cuando el personal o instituciones garantes de la salud integral de los individuos y de su bienestar reproductivo, no tienen conocimientos o tienen conceptos erróneos acerca de la anticoncepción oral de emergencia, especialmente cuando no existen como producto para ser distribuidos masivamente a la población¹. Por este motivo, vincular la ética con aspectos que escapan de la ortodoxia filosófica, es de suma importancia, porque permite comprender al hombre desde diversas aristas y en un mayor grado de complejidad.

I. Enfoque histórico

A lo largo de la historia, el hombre ha hecho notorio el deseo de controlar su sexualidad y, por ende, la fertilidad, no dejando al azar la posibilidad de perpetuar la existencia. Desde la antigüedad, se ha reconocido la necesidad de una anticoncepción eficaz, la cual, en primera instancia, estaría vinculada a creencias míticas y mágicas diversas, con alternativas buscadas en el entorno e incluso en las supersticiones, pero, con el transcurrir del tiempo y con el avance en materia médica, se empezaron a utilizar prácticas razonables, derivadas del conocimiento racional².

Dicha travesía histórica puede resumirse de la siguiente manera:

- 1. En Egipto:** El Papiro de Petri o de Kahum (1850 a.c), parece ser el documento más antiguo relacionado con el tema del control natal, data del reinado del Faraón Amenemhat III de la VII dinastía. Describe varios procedimientos para el control de la fertilidad en mujeres: el primero tiene como ingrediente activo excremento de cocodrilo en un vehículo pastoso, el segundo es una especie de lavativa compuesta por miel y carbonato de calcio y la tercera se refiere a una sustancia gelatinosa no especificada³. El más conocido de estos escritos es el Papiro de Ebers, considerado como el libro médico más antiguo del mundo. Data de 1550 años a.c., donde se recomienda, con propósitos anticonceptivos, triturar astillas de acacia con miel, luego convertirlas en hilachas y colocarlas en la vagina.

¹ Cfr. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS); GUTMACHER INSTITUTE: “Hechos sobre el aborto inducido en todo el mundo”. OMS, Suiza, 2012.

² Cfr. LUGONES, M. “Orígenes de la anticoncepción”. *Revista Cubana de Medicina General e Integral*, 2014.

³ Cfr. LUGONES, M. “Orígenes de la anticoncepción”. *Op. Cit.* MACHADO, R. *Historia de la anticoncepción*. La Científico Técnica, La Habana, 2011.

Estas prácticas médicas fueron evolucionando con el paso de los siglos, hasta adecuar sus procedimientos a formas más modernas de medicina. Entre estos ejemplos encontramos el Papiro de Berlín, que data de la XIX dinastía egipcia, 1300 años a.c., el mismo consta de ocho apartados en los que se enfatiza sobre el reconocimiento de la preñez, la esterilidad y aconseja fumigaciones vaginales con fórmulas mágicas⁴.

- 2. En Grecia:** numerosos médicos y escritores se refirieron a la anticoncepción y hablaron de diversos métodos. Entre ellos destacan: Platón, Aristóteles y Hesíodo. Pero, es Aristóteles quien en su *Historia de los animales*⁵ llegó a considerar que el exceso de población conduciría al decaimiento de la vida social dentro de la *polis*. Para el estagirita, los métodos anticonceptivos se utilizaban para impedir la fecundación dentro del cuello uterino, por lo cual, planteó varios procedimientos naturales, como el aceite de cedro, aceite de oliva, incienso o ungüento de Saturno, cuya finalidad era endurecer el cuello del útero, impidiendo la fertilidad⁶.
- 3. En Roma:** Sorano de Éfeso, el más grande Ginecólogo de la antigüedad (98-130 a.c.), en su *Obra Ginecológica*, reseñó las diversas técnicas anticonceptivas de su época. Para tales fines, destacaba el uso de aceite de oliva, miel, bálsamo o resina de cedro, lo cual debía introducirse en el útero, resultando, según los testimonios de la época, en métodos efectivos. Por otro lado, también recomendaba el uso de lana de forma intravaginal, previamente empapada en vino, de igual forma, el uso de pomadas sobre el pene, con el propósito de matar el espermatozoide y/o obstaculizar su paso hacia el cuello uterino⁷.
- 4. En la Edad Media:** Al Rhazes consideraba las técnicas y métodos anticonceptivos como un capítulo legítimo de la práctica médica y, como tal, digno de discusión y análisis. En su libro *La quinta esencia de la experiencia*, aparte de las fórmulas mágicas, describe cerca de veinticuatro diferentes prescripciones anticonceptivas, particularmente en forma de supositorios⁸. En este mismo período, Avicena, al igual que Al Rhazes, reconocía la legitimidad de la práctica anticonceptiva en la medicina. Tanto Avicena como Hamadan, detallaron diversos métodos racionales para prevenir el embarazo, entre los que destacan los ungüentos vaginales, el coito

⁴ .Cfr. LUGONES, M. "Orígenes de la anticoncepción". *Op. Cit.*

⁵ Cfr. ARISTÓTELES. *Historia de los animales*. Edición de José Vara Donado, Akal, S.A., Madrid, 1990.

⁶ Cfr. BLÁZQUEZ MARTÍNEZ, José María. "Los anticonceptivos de la Antigüedad Clásica". *Actas del Segundo Seminario de Estudios sobre la Mujer en la Antigüedad*, Valencia 2000.

⁷ Cfr. BLÁZQUEZ MARTÍNEZ, José María. "Los anticonceptivos de la Antigüedad Clásica". *Op. Cit.* LUGONES, M. "Orígenes de la anticoncepción". *Op. Cit.*

⁸ Cfr. PALERMO, T.; BLECK, J., WESTLEY, E. "Conocimiento y uso de la anticoncepción de emergencia: un análisis multicultural". *Perspectivas Internacionales sobre Salud Sexual y Reproductiva*. N° 40 (2), 2014.

interrumpido, la oclusión vaginal, entre otros⁹. A estos procedimientos se suman los propuestos por Himes, el cual sugería el uso de estricnina, mercurio y arsénico con fines anticonceptivos, medidas que en la actualidad se reconocen por ser ineficaces y peligrosas¹⁰.

- 5. Siglo XVIII y XIX:** A finales del siglo XVIII e inicios del XIX, el clérigo y economista inglés Thomas Robert Malthus, estuvo en medio de una gran controversia relacionaba los métodos de control de la natalidad y los problemas relacionados con el rápido crecimiento de la población. Este polémico pensador fue el primero en relacionar el control de natalidad con el crecimiento demográfico¹¹. Estas creencias fueron favorecidas gracias al avance de la industrialización y el urbanismo en las sociedades occidentales; por ende, los métodos anticonceptivos adquirieron una mayor difusión, sobre todo en Francia, Alemania e Inglaterra y, pese a que seguían siendo un privilegio de la burguesía, en este período se da una democratización en cuanto a su uso, lo cual constituye un hecho positivo para la humanidad¹².

En esta época, Francis Place, enfatizó la importancia social y económica de la planificación familiar. Place llamó la atención a los estadistas, a los líderes obreros, a los periodistas y a los ciudadanos influyentes sobre la necesidad de una instrucción en anticoncepción. No se limitó a señalar los aspectos técnicos y médicos de la fertilidad, sino que resaltó las implicaciones económicas relacionadas con la prevención del embarazo. Entre los beneficios de la anticoncepción señalaba la disminución de la pobreza y la elevación del nivel de vida de las masas¹³.

En el plano médico, en el año 1850, el Vienés Emil Knauer descubrió que las hormonas presentes en los ovarios eran responsables de las características sexuales femeninas. Posteriormente, en 1897, Beard J. supuso que la supresión de la ovulación durante el embarazo era debido a la acción del cuerpo amarillo, hipótesis confirmada más tarde por Pearl y Surface, al observar que la producción de huevos en las gallinas disminuía si se inyectaba extracto de cuerpo amarillo de mamífero¹⁴.

⁹ Cfr. URIZA GUTIÉRREZ, Germán. “Anticonceptivos de Barrera”. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Vol. XL, N° 2, 1989.

¹⁰ Cfr. PALERMO, T.; BLECK, J., WESTLEY, E. “Conocimiento y uso de la anticoncepción de emergencia: un análisis multicultural”. *Op. Cit.*

¹¹ Cfr. LUGONES, M. “Orígenes de la anticoncepción”. *Op. Cit.*

¹² Cfr. MACHADO, R. *Historia de la anticoncepción*. *Op. Cit.*

¹³ Cfr. PALERMO, T.; BLECK, J., WESTLEY, E. “Conocimiento y uso de la anticoncepción de emergencia: un análisis multicultural”. *Op. Cit.* Place es considerado el verdadero fundador del movimiento para el control de la natalidad, ya que fue el primero en promover y adelantar una campaña entre las clases populares, difundiendo el conocimiento y las medidas preventivas del embarazo.

¹⁴ Cfr. SCHIAVON, E. “Anticoncepción de emergencia: de viejo secreto a derecho sexual y reproductivo”. *Perinatol. Reproduc. Hum.*, N° 17, 2013.

6. Siglo XX: Para comienzos del siglo XX, Haberlandt L., profesor de la Universidad de Innsbruck en Austria, demostró que el uso de extractos de ovario por vía oral a ratones causaba limitación de la procreación. A partir de ello, Haberlandt propuso que la administración de hormonas podía controlar la natalidad y en los años siguientes, llegó a desarrollar un preparado que llamó infecundina, que no alcanzó a utilizar debido a su muerte prematura¹⁵. Para 1928, George Corner y William Allen en Estados Unidos, identificaron una hormona que favorecía la implantación y el embarazo, a la cual le dieron el nombre de Progesterona (Pro = en favor de, Gestare = dar a luz). Paralelamente, Edward Doisy, también en Estados Unidos, identificó la hormona que inicialmente había estudiado Knauer y la llamó Estrógeno (Oistros = deseos locos, Gennein = engendrar)¹⁶.

Años después, Butenandt identificó la estrona, un derivado estrogénico y en 1932 Doisy aísla otro derivado, el estradiol. El estradiol es el estrógeno natural más potente y viene a ser el principal producto de los ovarios, teniendo como gran desventaja la vulnerabilidad a ser inactivado en el estómago, por lo cual no puede administrarse por vía oral. Para 1938, se daría un gran avance cuando al agregar un grupo etinilo en la posición 17, se pasaba el estradiol a etinilestradiol, estrógeno que es muy poderoso y con la ventaja de ser activo por vía oral.

En los años siguientes sería sintetizado el 3-metiléter de etinilestradiol, también denominado mestranol¹⁷. Mestranol y etinilestradiol son diferentes del estradiol natural y siempre deben considerarse sustancias farmacológicas. El mestranol es más débil que el etinilestradiol y debe convertirse en etinilestradiol para realizar un efecto farmacológico. En humanos las diferencias entre los dos estrógenos carecen de significancia. El etinilestradiol es el preparado que se encuentra prácticamente en la totalidad de las píldoras anticonceptiva¹⁸.

En 1943, Makepace, Weinstein y Friedman, concluyeron que el embarazo puede no ser la única situación que modifique las señales hormonales que impiden una nueva gestación. Raphael Kurzrok, observando que la lactancia afecta las señales hormonales, simulando la presencia de un embarazo, postula como hipótesis que utilizando algunas sustancias se pudiese llegar a modificar el ciclo de la ovulación, y

¹⁵ Cfr. LUGONES, M. "Orígenes de la anticoncepción". *Op. Cit.* MACHADO, R. *Historia de la anticoncepción. Op. Cit.*

¹⁶ Cfr. *Ibid.*

¹⁷ Cfr. *Ibid.*

¹⁸ Cfr. CONSORCIO LATINOAMERICANO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA. "Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*". N° 70(4), 2010. MORENO, A., RODRIGUEZ, J. "Informe de la juventud en España". Instituto de la Juventud, Madrid, 2012. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Informe 1990 - 2014*. OMS, Suiza, 2014.

si esas sustancias se pueden elaborar, de seguro serían un buen método anticonceptivo¹⁹.

Estas discusiones científicas se desarrollaron en escenarios tensos, caracterizados por los fenómenos políticos y económicos que se suscitaron luego de la primera guerra mundial, la cual determinó cambios sociales drásticos, entre los que destacaron el avance en las comunicaciones, donde el control de natalidad encontró un espacio de aceptación, en medio de la crisis social²⁰.

En Gran Bretaña, Marie Stopes, tras escribir el libro *El amor en el matrimonio*, recibió cartas de mujeres que expresaban el temor a un posible embarazo no deseado. En respuesta publicó: *La maternidad sabia* y en 1921, en compañía de su esposo Humprey Verdon Roe, establecieron la primera clínica móvil para la prestación de los servicios anticonceptivos, no sólo en lo tocante a los aspectos eugenésicos y sociales, sino un espacio, una posibilidad más para seguir en su lucha para liberar a la mujer de la servidumbre de la gestación no deseada, y como medio de ofrecerle libertad, satisfacción sexual y una maternidad jubilosa²¹. Tras su muerte en 1956, *The Times* de Londres afirmó que Marie Stopes había transformado el pensamiento de una generación, al profundizar acerca de los aspectos físicos, psicológicos y sexuales del matrimonio, así como del papel de los anticonceptivos en la vida conyugal²².

En 1944, Russel Marker, comenzó a producir progesterona a partir de un compuesto llamado Diosgenina, hallado en la raíz de la planta denominada *Cabeza de negro*. Años más tarde descubrió que en la raíz del barbasco se daban diez veces más cantidad de Diosgeina. Al mismo tiempo, en Alemania, Inhoffer realizó investigaciones con la Etisterona, un derivado de la progesterona, obtenido a partir de plantas²³.

Para mediados del Siglo XX, los laboratorios Syntesis y G.D. Searle, anunciaron la elaboración de dos derivados de la progesterona: la Noretindrona y el Noretinodrel, quedando por establecerse la dosificación adecuada que tuviese un mínimo de efectos secundarios. Estos a la larga serían los gestágenos de los primeros anticonceptivos orales utilizados²⁴. Para la misma época, la Worcester Foundation for

¹⁹ Cfr. LUGONES, M. "Orígenes de la anticoncepción". *Op. Cit.* MACHADO, R. *Historia de la anticoncepción. Op. Cit.*

²⁰ Cfr. SCHIAVON, E. "Anticoncepción de emergencia: de viejo secreto a derecho sexual y reproductivo". *Op. Cit.*

²¹ Cfr. *Ibid.*

²² Cfr. LUGONES, M. "Orígenes de la anticoncepción". *Op. Cit.*

²³ Cfr. LUGONES, M. "Orígenes de la anticoncepción". *Op. Cit.* Cfr. MACHADO, R. *Historia de la anticoncepción. Op. Cit.*

²⁴ Cfr.. MACHADO, R. *Historia de la anticoncepción. Op. Cit.*

Experimental Biology patrocina los trabajos de John Rock en Harvard, Gregory Pincus y M.C. Chang en Worcester²⁵.

En 1956, en San Juan de Puerto Rico y en Haití, se administran bajo supervisión médica, el primer anticonceptivo oral combinado, el Enovid ® (0.15 mg de Mestranol y 9.85 mg de Noretindrona) y la primera píldora de sólo gestágeno, el Norlutin (Noretindrona); siendo aprobados por la F.D.A. en 1957. Más adelante, en 1960, se introducen masivamente los anticonceptivos orales. Desde entonces son considerados, John Rock y Gregory Pincus, los padres de la píldora anticonceptiva²⁶.

En 1963, Hershel Smith, sintetizó el Racemato de Norgestrel Gonano, siendo la primera síntesis total de un gestágeno. Poco tiempo después se aisló su componente biológicamente activo, el Levo-norgestrel, observando y demostrando que los anticonceptivos orales con altas dosis conferían algunos beneficios para la salud, así como un aumento en el riesgo cardiovascular²⁷.

Fue el British Committee on Safety of Drug quien comunicó que los productos con más estrógenos tenían relación con más informes de embolia pulmonar, trombosis de venas profundas, trombosis cerebral y trombosis coronaria. A su vez el Kingdom's Royal Collage of General Practitioner's informó que con la reducción del contenido de estrógenos se disminuía la incidencia de trombosis en un 25%, por lo tanto, los anticonceptivos orales pasaron de las altas concentraciones estrógenicas a las inferiores a 50 ug por tabletas, dejándose de fabricar aquellas con más de 50 ug de estrógenos²⁸.

Para 1974, Dionne y Vickerson, sugirieron reducir aún más los estrógenos - a 30 ug -, siendo estas denominadas microdosis y anunciaron que a estas dosis el riesgo relativo de trombo - embolismo es similar al de la población que no usaria de anticonceptivos orales. Hoy día están disponibles píldoras que incluyen 20 ug de Etinil-estradiol, sustancia que ha seguido siendo el estrógeno más utilizado. En este mismo año, el Estudio del Real Colegio de Médicos Generales (Royal Collage of General Practitioners Study), señaló que las altas dosis de gestágenos también se correlacionaban con un aumento en las cifras de tensión arterial y con un mayor riesgo de enfermedad arterial, años antes Woods había llamado la atención sobre la relación anticonceptivos orales e hipertensión arterial²⁹.

²⁵ Cfr. LUGONES, M. "Orígenes de la anticoncepción". *Op. Cit.* MACHADO, R. *Historia de la anticoncepción*. *Op. Cit.*

²⁶ Cfr. *Ibíd.*

²⁷ Cfr. *Ibíd.*

²⁸ Cfr. *Ibíd.*

²⁹ Cfr. *Ibíd.*

El Levonorgestrel fue la base de los primeros anticonceptivos orales combinados que incluían 30 ug de Etinil-Estradiol, siendo la primera en usarse en micro dosis. Para la misma época se observó que algunos gestágenos, especialmente los 17-a-hidroxi derivados, al combinarlos con estrógenos también predisponían a enfermedad cardiovascular. Para disminuir estos efectos metabólicos adversos se sintetizaron nuevos gestágenos y se disminuyó considerablemente su concentración³⁰.

Bradley et al en *New Engl J Med* de 1978 y Wallace et al en *Lancet* de 1979, explicaron la relación existente entre los esteroides sexuales y los niveles de lipoproteínas séricas y el colesterol. En 1979 Lachnit-Fixson propuso reducir aún más la concentración total de los esteroides administrados por ciclo e intento reproducir el ciclo menstrual, surgiendo la píldora trifásica. El Levonorgestrel hizo parte de los primeros anticonceptivos orales trifásicos, introducidos en Alemania en 1979 y en los E.E.U.U. en 1985. Con un diseño que imitaba el ciclo menstrual normal, régimen 6, 5, 10, se conseguía administrar una menor concentración total de gestágenos³¹.

Durante la década de los ochenta se introdujeron el Gestodeno, Norgestimato y Desogestrel, también del grupo de los Gonano, que tienen al parecer un impacto metabólico favorable mucho mayor que sus predecesores. La combinación de uno de estos, con el Etinil-estradiol, conforman los anticonceptivos de última generación, los de gran uso y de amplia evaluación actual, donde el sinérgismo es evidente³².

Para 1995, se comienzan a utilizar en Perú los anticonceptivos orales combinados, de muy baja dosis que asocian 20 Ug de Etinil Estradiol y 75 ug de Gestodeno. Las pequeñas cantidades de estrógeno y gestágeno, inhiben mejor la ovulación que grandes cantidades de estrógeno o gestágenos solos³³.

En la actualidad se investigan otros estrógenos para disminuir el riesgo de complicaciones vasculares. Se estudia el anticonceptivo no esteroide "Centchroman" también conocido como "Saheli", el cual es un antiestrógeno y se administra dos veces a la semana durante las 12 primeras semanas y luego una vez semanal³⁴. El Centchroman es comercializado en la India, produce asincronía entre el transporte ovular y la preparación endometrial para su recepción, no tiene efecto sobre el eje hipotálamo-hipófisis-ovario ni sobre el embrión. Al suspenderse su uso el efecto

³⁰ Cfr. MACHADO, R. *Historia de la anticoncepción*. Op. Cit.

³¹ Cfr. *Ibíd.*

³² Cfr. *Ibíd.*

³³ Cfr. LUGONES, M. "Orígenes de la anticoncepción". Op. Cit. MACHADO, R. *Historia de la anticoncepción*. Op. Cit

³⁴ Cfr. *Ibíd.*

anticonceptivo desaparece rápidamente y los embarazos subsecuentes son normales³⁵.

Para el final de la década del 90, Trussell et al, señalaron que el método de Yuzpe reduce el riesgo de embarazo en cerca del 75%; lo ejemplifican señalando que, si 100 mujeres tienen coito sin protección durante la segunda o tercera semana del ciclo, aproximadamente ocho van a quedar en gestación, en cambio si se utiliza el método de Yuzpe, los embarazos van a ser sólo dos (tasa de falla del 2%), reduciéndose el riesgo en el 75%. Igual lo señalan otros autores, quienes informan disminución del riesgo de embarazo en el 75,4% (rango: 65,5%-82,4%). Las cifras permiten interpretar que el riesgo de embarazo se reduce cuatro veces³⁶.

El método de Yuzpe no es abortivo y no es eficaz cuando el proceso de implantación se ha iniciado. Ho, asevera que el método de Yuzpe puede prevenir más del 74% de los posibles embarazos, pero la incidencia de efectos adversos, especialmente gastrointestinales es alta. El 46% de las mujeres presentan náuseas, el 22% vómitos, el 23% vértigos y el 20% tensión mamaria. Frecuentemente pueden experimentar cefalea. Cabe destacar, que estos efectos generalmente no demoran más de 24 horas³⁷.

Para evitar los efectos adversos que producen los estrógenos combinados en la anticoncepción oral de emergencia, se estudió la administración de píldoras de sólo progestina o minipíldoras, administrándose 750 ug de Levonorgestrel en las primeras doce horas de un coito sin protección y repetida una segunda dosis a las doce horas esquema que fue aprobado por la FDA en julio de 1999³⁸.

7. **Siglo XXI.** En el año 2002, como resultado de un ensayo clínico realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se concluyó que era igualmente eficaz la administración de en una sola dosis de 1.500 µg de Levonorgestrel para la anticoncepción de emergencia, en un plazo hasta de ciento veinte horas posteriores al coito³⁹.

Por otro lado, actualmente diversas sustancias han sido propuestas como anticonceptivos hormonales de emergencia: Mifepristona, Gestrinona y Acetato de Ulipristal. En un tiempo estuvo propuesto el Danazol, un producto con propiedades

³⁵ Cfr. *Ibíd.*

³⁶ Cfr. *Ibíd.*

³⁷ Cfr. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Ensayo aleatorio de levonorgestrel versus Yuzpe. Régimen de contracepción oral combinada.* The Lancet, EEUU, 2012.

³⁸ Cfr. *Ibíd.*

³⁹ Cfr. *Ibíd.*

antiprogestagénicas y androgénicas, pero no existe solidez en los datos ni aprobación para uso clínico⁴⁰.

La Mifepristona se desarrolló a inicios de los años 80's por investigadores en la compañía farmacéutica francesa Roussel-Uclaf. Mientras estudiaban los receptores antagonistas a glucocorticoides, descubrieron que algunos de los compuestos bloqueaban los receptores de progesterona, los cuales tienen una estructura similar⁴¹.

Después de refinar el compuesto, se inició la producción del RU- 486, un potente antiprogestágeno, producto que hoy se conoce como Mifepristona. Se ha propuesto como anticonceptivo de emergencia tomado en dosis altas (más de 50 mgs), dosis medianas (de 25 – 50 mgs) y bajas dosis (10 mg), en una sola administración, en los días posteriores al coito, con resultados que parecen ser similares en cuanto a eficacia, pero el tiempo hasta el inicio del subsiguiente ciclo menstrual luego del tratamiento se aumenta con el incremento de la dosis⁴².

Un metaanálisis de ensayos aleatorios realizado en China en el 2009 por Cheng et al⁴³, informó que la mitad de la dosis propuesta de Mifepristona, o sea 25 mgs, tiene una tasa de falla menor que Levonorgestrel, y el lapso hasta la llegada de la menstruación de los dos regímenes es similar. Sin embargo, en otros dos ensayos aleatorios, el primero de Von Hertzen et al en Suiza y el segundo por Hamoda et al, en el Reino Unido, se comparó la eficacia de 1.500 ugs de Levonorgestrel y 10 mgs de Mifepristona en anticoncepción de emergencia, se observa que no existen diferencias significativas en la eficacia y los porcentajes de embarazo para los dos regímenes eran, respectivamente: 1,8% y 1,5% en el primer ensayo, mientras que en el segundo era 2,0% y 1,3%⁴⁴.

II. Enfoque ético-social

El uso de la anticoncepción oral de emergencia sigue siendo un tabú en muchos sectores y segmentos sociales en América Latina. La lucha por frenar la tasa creciente de embarazos no deseados, abortos en poblaciones vulnerables, ha hecho que las políticas sanitarias sean más sensibles de cara a la promoción y prevención de la salud sexual y

⁴⁰ Cfr. PEI, X., NAI, W. *¿Puede la etno-farmacología contribuir al desarrollo de fármacos anti-fertilidad?*, *Ethnopharmacol*, EEUU, 2010.

⁴¹ Cfr. MACHADO, R. *Historia de la anticoncepción*. Op. Cit.

⁴² Cfr. MACHADO, R. *Historia de la anticoncepción*. Op. Cit.. PEI, X., NAI, W. *¿Puede la etno-farmacología contribuir al desarrollo de fármacos anti-fertilidad?*. Op. Cit.

⁴³ Cfr. CHENG, L., IMEZOGLU, A., ESCURRA, E., LOOK, P. "Intervenciones para la anticoncepción de emergencia". Disponible en: (revisión Cochrane). Biblioteca Cochrane, Issue 2, Software de actualización. Oxford, 2012.

⁴⁴ Cfr. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Ensayo aleatorio de levonorgestrel versus Yuzpe. Régimen de contracepción oral combinada*. Op. Cit.

reproductiva de las mujeres y adolescentes. Por esta razón, encontramos en esta reflexión un campo de estudio interdisciplinar, sustentando en diversas teorías de la antropología filosófica, bioética, sociología, medicina y psicología. El objetivo es sostener una postura teórico-filosófica coherente, en correspondencia con los postulados de la medicina social y de la promoción de la salud sexual y reproductiva⁴⁵.

A partir del siglo XX se agudiza la discusión ética, filosófica y clínica sobre el uso de anticonceptivos orales de emergencia. En la década de 1970 del siglo pasado, se dan diversas posturas conceptuales sobre la vida, la fertilización, sobre la efectividad de dichos mecanismos y la implementación de la anticoncepción oral de emergencia como método para regular la natalidad y el crecimiento poblacional.

Entre 1980 y 1990, se plantean una serie de controversias dogmáticas, religiosas y míticas, dando paso a un período de tensiones con el credo de la iglesia católica, la sociedad civil y el estado laico. Juan Pablo II, intervino en este debate, señalando que: “en el origen de toda persona humana hay un acto de Dios; ningún hombre viene a la existencia por azar; es siempre el término del amor creador de Dios. De esta fundamental verdad de fe y de razón resulta que la capacidad procreadora inscrita en la sexualidad humana (en su verdad profunda) es cooperación con la potencia creadora de Dios⁴⁶”.

En este momento histórico, resulta destacable el papel de los colectivos sociales ante los foros internacionales, donde se decantaron por el trato digno de la mujer, el derecho a la propiedad del cuerpo, así como el derecho de las mismas para poder elegir sobre el término de su embarazo. En tal sentido, el embarazo no deseado representaba ya el 59% de los embarazos a nivel mundial, el 62% de los embarazos en países en vías de desarrollo y durante las tres últimas décadas fueron responsables de más del 80 a 90% de los abortos registrados a nivel global⁴⁷.

Entre 1990 y el año 2000, el uso de los anticonceptivos orales de emergencia comienza a regularizarse, adoptándose políticas normativas sobre su uso y distribución en centros de atención sanitaria⁴⁸. No obstante, el crecimiento poblacional y demográfico no se detuvo, contrario a lo previsto tras la implementación de estos métodos, sino que creció en casi seis millones anualmente, incidiendo en la tasa de abortos, pasando a treinta y cinco por cada mil mujeres. La tasa de abortos por embarazos no deseados cayó de cuarenta y seis a

⁴⁵ Cfr. SCHIAVON, E. “Anticoncepción de emergencia: de viejo secreto a derecho sexual y reproductivo”. *Op. Cit.*

⁴⁶ Cfr. PAPA JUAN PABLO II. “Las enseñanzas de la Humanae Vitae y de la Familiaris Consortio sobre la procreación responsable”. *L'Osservatore Romano*, 23 de octubre de 1983, p.20.

⁴⁷ Cfr. CONSORCIO LATINOAMERICANO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA. *Op. Cit.* CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA / INSTITUTO CARLOS III. *Vigilancia de las infecciones de transmisión sexual 1995-2010*. Centro Nacional de Epidemiología. Área de Vigilancia del VIH y conductas de riesgo, España, 2013.

⁴⁸ Cfr. MORENO, A., RODRIGUEZ, J. “Informe de la juventud en España”. *Op. Cit.*

veintisiete por cada mil mujeres en países desarrollados y de treinta y nueve a treinta y siete por cada mil mujeres en países en vías de desarrollo⁴⁹.

Contrario a estos indicadores, en América Latina y el Caribe, la tasa de abortos aumentó del 23% en 1990 al 32% en el año 2014 ⁶. Mientras las políticas anticonceptivas dan cuenta de la disminución de los embarazos no deseados en países desarrollados, en países de la región la situación es inversa y las altas tasas de aborto están directamente relacionadas con escasas políticas de planificación familiar⁵⁰.

En América Latina, las mujeres, especialmente las adolescentes, carecen de opciones para la anticoncepción, a pesar de que ya no se discute si el uso de la anticoncepción oral de emergencia es legal o no. El debate actual se plantea en términos de cómo hacer para que la anticoncepción se constituya en una opción frente a la maternidad indeseada en poblaciones vulnerables⁵¹. A estos factores se suma la confusión con respecto al empleo y accesibilidad a los mismos, presentándose esta realidad fundamentalmente en las usuarias de escasos recursos económicos y en poblaciones periféricas. Desde este punto de vista, los anticonceptivos orales de emergencia deben ser vistos como métodos alternativos, no rutinarios, que brindan la oportunidad prevenir los embarazos no deseados⁵².

La implementación de métodos anticonceptivos ha llevado a controversias a nivel global. Por un lado los detractores, quienes argumentan que la vida debe respetarse desde el momento de la concepción, así que el uso de estos métodos debe ser limitado y restringido. Mientras que quienes están a favor del uso de la anticoncepción de emergencia se basan en los derechos de la mujer, en el derecho humano de decidir sobre el cuerpo, la salud y la reproducción⁵³.

Este debate se constituye en un dilema de dimensiones clínicas, bioéticas, políticas y jurídicas, con implicaciones de índole internacional. Al ser un asunto humano, evidencia grandes desencuentros en cuanto a vertientes teóricas. Por un lado, trata del derecho de la mujer sobre su cuerpo, por otro lado, invoca el derecho a la vida del no nacido, desplazando el derecho de las mujeres a decidir acerca de su vida, convirtiéndose en el nudo gordiano de la controversia en torno a los diversos métodos anticonceptivos⁵⁴.

En las tres últimas décadas, se ha sostenido una gran polémica sobre la aplicabilidad y las formas en que deben manejarse los métodos anticonceptivos de emergencia en la

⁴⁹ Cfr. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Informe 1990 – 2014. *Op. Cit.*

⁵⁰ Cfr. *Ibíd.*

⁵¹ Cfr. CONSORCIO LATINOAMERICANO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA. *Op. Cit.*

⁵² Cfr. SCHIAVON, E. “Anticoncepción de emergencia: de viejo secreto a derecho sexual y reproductivo”. *Op. Cit.*

⁵³ Cfr. SCHIAVON, E. “Anticoncepción de emergencia: de viejo secreto a derecho sexual y reproductivo”. *Op. Cit.*

⁵⁴ Cfr. *Ibíd.*

población. Se ha mantenido abierto el debate en torno a si el empleo de la anticoncepción oral de emergencia es abortiva o no, pero, más allá de ello, existe un desconocimiento sobre cómo usarlos correctamente para evitar problemas de salud y demás consecuencias derivadas del un uso inadecuado de estos⁵⁵. Ante ello, Latinoamérica carece de programas de educación sexual, salud reproductiva y campañas de planificación familiar eficientes, capaces de transferir información y brindar conocimientos oportunos.

Otros factores relevantes a considerar en esta discusión son las variables culturales, económicas, sociales y el problema del género en la implementación de la anticoncepción en la población latinoamericana. Las desigualdades y asimetrías sociales conducen a elevadas tasas de embarazos no deseados, procreación no planificada y acentuación de la crisis poblacional en la región. Por otro lado, es en las mujeres donde recae una mayor responsabilidad en cuanto al uso de los diversos métodos anticonceptivos; mas, no puede afirmarse que las mujeres están por delante de los varones, en cuanto a la implementación de los mismos, dado que la realidad sociocultural, ha desvalorizado el tema, el cual no se encuentra presente en el ideario social de los adolescentes –varones o hembras- en América Latina.

En América Latina priva la desinformación. No se toman las medidas pertinentes si no hay una motivación negativa que impulse a hacer lo contrario. Los adolescentes buscan motivos que respalden una acción de conocimiento o de aceptación de algo, mientras que para otras sociedades es a la inversa, el motivo está en la información⁵⁶.

En el ideario latinoamericano, el tema de la anticoncepción oral de emergencia no se constituye en un asunto prioritario, no es un tema transmitido generacionalmente; por el contrario, se aprende y se ejecuta de acuerdo a las consecuencias de determinados actos y contextos erróneos. "Por consiguiente, se persigue llegar al ideario del adolescente, con la finalidad de sensibilizarlo sobre la necesidad de hacerse responsable de los actos, teniendo una perspectiva crítica sobre su cuerpo, sobre el cuidado de su salud y sobre las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva²⁹.

Ahora bien, en América Latina existen profundas debilidades en los sistemas de educación sexual en adolescentes, de igual manera, en la presencia de estudios clínicos con respecto a al uso de métodos anticonceptivos en población adolescente. El comportamiento de los adolescentes merece especial atención, dado que tienden a la construcción de sus conocimientos, respondiendo a un conjunto muy variado de influencias que le permiten comprender la realidad.

⁵⁵ Cfr. OBSERVATORIO DE SALUD DE LA MUJER. *La educación y promoción de la salud sexual. Problemas y pautas de intervención con vistas a reducir embarazos no deseados. El punto de vista de Profesionales*. CIMOP, Madrid, 2012. CONSORCIO LATINOAMERICANO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA. *Op. Cit*

⁵⁶ Cfr. BANDURA, A. "Evolución de la teoría cognitiva social". En: . SMITH, K.G; HITT, M.A. (Eds.), *Grandes mentes en la dirección*, Oxford University Press, 2005.

El adolescente organiza la información en conceptos y los relaciona entre sí. En ese sentido, lo que obtiene son constructos personales que condicionan sus comportamientos, posteriormente, puede dimensionar ontológicamente el entramado social que le rodea. Frente a necesidades reales y explícitas, como lo es evitar un embarazo no deseado, los adolescentes actúan en respuesta a un problema específico que pone a prueba la capacidad de racionalizar los actos humanos, desarrollando constructos lógicos para solventar determinada situación⁵⁷.

El adolescente se ve obligado a dimensionar la realidad, obligándose a tomar una perspectiva crítica sobre su conducta frente al uso de los anticonceptivos orales de emergencia. Con ello, no se pretende fomentar el uso descuidado de la sexualidad ni de los métodos de planificación familiar; por el contrario, con ello afirmamos la capacidad racional de los adolescentes en la toma de decisiones sobre su cuerpo, sobre su salud sexual y reproductiva, por lo cual se hace necesario avanzar hacia la enseñanza, divulgación y promoción de métodos de prevención del embarazo no deseado.

Con ello nos encontramos en un problema de interés para la filosofía y la psicología social, pero también, en un problema epistemológico, al tratarse del papel que juega el saber, el conocimiento, en la aceptación y aplicación de herramientas que pueden prevenir daños en su salud sexual y reproductiva, ayudándoles a definir y codificar una ontología social. En América Latina, son múltiples los factores que inciden en la población, en especial en los adolescentes; son aspectos que se asocian unos a otros, determinando la realidad contextual y social en la que hacen vida los individuos.

La sexualidad forma parte de la vida humana y, en la adolescencia, las posturas con respecto a esta son modificables, de acuerdo a su estabilidad psicológica y social. En otras palabras, los comportamientos adolescentes se desarrollan de acuerdo al avance de su edad y factores externos, hasta llegar a configurarse una visión definitiva sobre la sexualidad. Bajo esta perspectiva, se acentúa la importancia del entorno o los contextos como determinantes en las formas de ejercer la condición adolescente, las que dependerían en cómo se conforman unos contextos vitales, cuyas variables son relativamente posibles de aislar. Los adolescentes actúan en función de las posibilidades que tienen, de las dinámicas, interacciones y prácticas que se producen en sus años de vida y, finalmente, en función de las respuestas que reciban de las instituciones que les rodean.

En este orden de ideas, se puede afirmar que la adolescencia y sus patrones conductuales son una creación social. Las instituciones, así como la familia, son responsables en gran medida de la realidad social. Al igual que los demás fenómenos

⁵⁷ Cfr. HOGMARK S., KLINGBERG-ALLVIN M, GEMZELL-DANIELSSON K, OHLSSON H, ESSÉN B. "Medical students' knowledge, attitudes and perceptions towards contraceptive use and counselling: a cross-sectional survey in Maharashtra", *India. BMJ Open*, N° 3(12), 2013.

sociales —modas, costumbres, movimientos— producen un sentimiento de impotencia en las personas que intentan cambiarlos o evitarlos. Los adolescentes nacen —y son determinados— por una sociedad que tiene unas características específicas: individualista, tutelada, hedónica, con muchas posibilidades, competitiva, consumista, desilusionada, liberada, heterogénea, con problemas de identidad.

Estos factores inciden negativamente en la toma de decisiones de los adolescentes sobre su cuerpo; por lo tanto, las instituciones como la escuela, los centros de salud, los centros de planificación familiar, deben agotar los mecanismos para orientar la salud sexual de los adolescentes. Es un trabajo educativo mancomunado, puesto que la educación codifica la existencia humana. En este proceso, a través de distintos estímulos sociales y educativos, los adolescentes, han pasado a construirse socialmente como un mercado, como una “etapa” inmanente y cerrada sobre sí misma, abandonada, en cierto modo, a su suerte, más allá de toda trascendencia de todo referente exterior y/o de futuro.

A esto se suma la violencia, el embarazo precoz, la presión social, entre otros aspectos que determinan la realidad social circundante, donde los adolescentes deben dar paso a dar paso a nuevos aprendizajes y a nuevos códigos sociales que se manifiestan en la convivencia, producto del embarazo no planificado. Esto altera el orden personal y subjetivo, las codificaciones existenciales de la niñez desaparecen, modificando el conjunto de reglas que rigen las relaciones entre individuos.

La configuración de una nueva identidad entra en conflicto con la existencia individual. Usando, desde posturas psicoanalíticas, la identificación proyectiva para dar sentido a cambios de comportamientos asociados a la paternidad. De igual forma, se adquieren roles violentos para lidiar con la ansiedad de la pérdida de identidad. Esta realidad involucra conductas específicas frente a la concepción y la vida; origina dilemas éticos, morales, ontológicos, axiológicos, existenciales y psicológicos, dado que el embarazo precoz neutraliza los nexos de dependencia familiar de los adolescentes.

Este hecho lleva a abordar el tema de la dignidad de la persona. El embarazo precoz conduce a alterar el orden en las formas de vida social y en las dinámicas familiares. De allí que el conocimiento y la aceptación de los adolescentes de los anticonceptivos orales de emergencia, debe estar al margen de creencias y actitudes sexistas, religiosas o culturales. De esta forma, la integridad física y psíquica de las personas se convierte en un asunto prioritario. Esto significa que estamos en contra de asignarle al adolescente un estado permanente de incertidumbre en tanto debe hacer frente a sus necesidades sexuales. El modelado familiar, la influencia de medios de comunicación, los valores y comportamientos que se dan en el seno de contextos sociales deprimidos, la violencia estructural de la propia sociedad, entre otros aspectos, contribuyen en el desarrollo social del adolescente.

Consideraciones finales

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-SA 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

El siglo XX y el siglo XXI, han estado caracterizados por ser épocas de avances científicos en torno al tema de la reproducción humana, así como en el control de natalidad y el empleo de métodos anticonceptivos orales de emergencia novedosos. Empero, pese al progreso científico, la dimensión ética y filosófica siempre ha estado presente detrás de las investigaciones clínicas.

El uso de la anticoncepción oral de emergencia, ha tenido como horizonte garantizar el derecho a la propiedad del cuerpo, el derecho a la salud, a la toma de decisiones, a la vida digna, siendo un debate intenso en América Latina, lugar donde las asimetrías sociales son evidentes y las comunidades, ajenas al avance en materia de anticoncepción. El tema, pese a estar alejado de los temas tradicionales de la filosofía, aborda diversas categorías propias de la ética, como la responsabilidad, la autarquía, la libertad, la concienciación sobre el propio cuerpo, la existencia y sobre la vida.

La anticoncepción se trata de un asunto humano, se trata de hombres y mujeres que requieren de atención en materia de salud y de ejercer el derecho de planificar su vida en espacios sociales dificultosos. Hacer uso de la anticoncepción oral de emergencia, se realiza considerando todo un engranaje cultural, sistemas de creencias, conductas y valores a los cuales responden los sujetos. El tema debe aislarse del misticismo religioso, del dogmatismo comunitario y tratarse como un tema humano, cuyas repercusiones inciden en la vida individual y colectiva.

El embarazo no deseado lleva a cambios estructurales dentro de las dinámicas sociales, aumenta la tasa de población e incide en el crecimiento de brechas sociales. Por ello, prevenir el embarazo a través de los anticonceptivos orales de emergencia, resulta ser una opción eficaz y accesible. Su empleo cumple con los principios reglamentarios de la bioética. Garantiza la autonomía de las personas, así como su derecho a la salud y la vida, a la dignidad como persona. Defiende el derecho a la mujer de elegir sobre su cuerpo, a tener acceso a la información y a los avances de la ciencia, previniendo la proliferación de prácticas violentas, como los abortos clandestinos.



UNIVERSIDAD
DEL ZULIA

REVISTA DE FILOSOFÍA

Nº 99-3 _____

*Esta revista fue editada en formato digital y publicada en octubre de 2021, por el **Fondo Editorial Serbiluz**, Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela*

www.luz.edu.ve
www.serbi.luz.edu.ve
www.produccioncientificaluz.org