Imposición de una Ética de Mínimos

PAZ ROBLEDO H.¹

1. Médico-Pediatra. Diplomada en Salud Integral del Adolescente Facultad de Medicina PUC. Magíster © en Psicología del Adolescente Facultad de Psicología UDD. Past-President del Comité de Adolescencia, Sociedad Chilena de Pediatría.

El día 28 de marzo del 2008, el Tribunal Constitucional realizó la votación y definición del fallo sobre el requerimiento presentado por 36 diputados de la coalición opositora en contra del Decreto Supremo N° 48/2007 del Ministerio de Salud, que aprueba las "Normas Nacionales Sobre Regulación de la Fertilidad". Este fallo de carácter inapelable¹, declaró la inconstitucionalidad del punto 3.3. de la Sección C de las normas referidas, el que ordena al sistema público de salud aconsejar y distribuir los métodos de "Anticoncepción Hormonal de Emergencia".

Es importante aclarar que este fallo no se pronunció acerca de otros métodos anticonceptivos contenidos en las mismas Normas sobre Regulación de la Fertilidad, ni menos aún respecto a otras normas vigentes del Ministerio de Salud. Además, desestimó la solicitud planteada de declarar la inconstitucionalidad del punto 4.1.1. de la Sección C de dichas normas, referidas a los denominados "Dispositivos Intrauterinos" (DIU), junto con rechazar el requerimiento que buscaba declarar inconstitucionales las normas sobre confidencialidad en la orientación y consejería acerca del uso de métodos de regulación de la fertilidad a menores de edad, por estimar que con ello no se vulnera el derecho constitucional preferente de los padres para educar a sus hijos.

En una poco usual comunicación de prensa, el Tribunal Constitucional explicita, el 4 de abril 2008, que *"el fallo tampoco podrá tener otro*

*alcance que la declaración de inconstitucionalidad de los respectivos capítulos del Decreto Supremo N° 48 que han sido objeto del requerimiento y no se pronunciará acerca de la comercialización de producto farmacéutico alguno"*², generando así una de las inequidades más graves en el acceso a tecnología de salud que hayamos enfrentado en Chile: sólo las personas que puedan costearlo, tendrán garantizado el acceso a la Anticoncepción de Emergencia en Chile.

Con este fallo queda de manifiesto la inmadurez y las contradicciones de nuestro sistema democrático. Nuestra sociedad no es aún capaz de desarrollar los debates y espacios de reflexión para permitir el crecimiento y la libre toma de decisiones de todos y cada uno de los ciudadanos y ciudadanas. Pretende reemplazar este saludable debate –única forma de establecer consensos respetuosos entre personas con distintas posiciones ideológicas, políticas o religiosas– mediante la judicialización de las decisiones, imponiendo más inequidades sociales y sin abordar el fondo del asunto.

En la editorial pasada, correspondiente a los meses mayo y junio del 2008 (vol. 29 - N° 3), se expuso una postura personal técnica e ideológica frente al tema definido como la "Pildora del Día después". Como existen visiones distintas a la mencionada, me ha parecido importante aportar desde el punto de visto científico, técnico y valórico a la discusión.

Correspondencia a:

Paz Robledo H.

E-mail: probledo@minsal.cl

Quiero destacar la errada denominación utilizada en dicha editorial: los pediatras debemos estimular la denominación técnica de "Anticoncepción de Emergencia", más que "píldora del día después", enfatizando que no es un método de anticoncepción regular, si no una herramienta terapéutica de uso excepcional, con la cual es posible evitar miles de embarazos no planificados –y sus posibles problemas asociados (aborto provocado, cuidado infantil inadecuado)– en las mujeres en general y en las adolescentes en particular.

El Comité de Adolescencia de la Sociedad Chilena de Pediatría ha realizado una revisión crítica de la evidencia existente en el tema de anticoncepción de emergencia en base a progestágenos en lo que compete a las y los adolescentes de Chile. La conclusión de nuestro equipo de trabajo fue categórica. La investigación científica actual muestra claramente que **la anticoncepción de emergencia en base a derivados sintéticos de progesterona NO es abortiva**³⁻¹⁹.

Tal como los doctores Croxatto A., Ortiz S., y Díaz F²⁰ explican y fundamentan en su artículo, *"se denomina anticoncepción de emergencia (AE) a los métodos anticonceptivos que las mujeres pueden utilizar después de haber tenido una relación sexual sin protección anticonceptiva, con el fin de evitar un embarazo no deseado. Para tal efecto, se recomienda usar pastillas de levonorgestrel solo, o pastillas combinadas de etinilestradiol y levonorgestrel, que son hormonas contenidas también en las píldoras anticonceptivas de uso regular. La diferencia es que la AE se administra en dosis más altas y solamente dentro de los 5 días que siguen a la relación sexual no protegida, y es más efectiva cuanto antes se tome. Las píldoras registradas en Chile (Postinor-2, Tace) contienen solamente levonorgestrel, son más efectivas para prevenir el embarazo y tienen menos efectos molestos que las píldoras combinadas con etinilestradiol"*.

Las pastillas de levonorgestrel son inocuas y no tienen contraindicaciones médicas. Están aprobadas por la Organización Mundial de la Salud y por las agencias reguladoras de medicamentos de Europa, Estados Unidos y la ma-

yoría de las de Asia y de América Latina. Estas agencias, como también la chilena, exigen que los productos pasen por un riguroso escrutinio de su seguridad y eficacia antes de ser aprobados. La AE permite evitar embarazos no deseados: cuando no se ha usado otro método antes del acto sexual, cuando el método utilizado ha fallado o cuando ha habido una violación.

Se estima que después de un acto sexual único que tenga lugar en la segunda o tercera semana de un ciclo menstrual solamente se embarazan 8 de cada 100 mujeres. Si las mismas mujeres usan las pastillas de levonorgestrel dentro de los primeros 4 días después del coito, se estima que no se embarazan mas de dos, es decir es efectivo en cerca del 75% de los casos, pero ya al quinto día pierde eficacia y solo previene el 31% de los embarazos. Por lo tanto, la eficacia de este método es mayor mientras más pronto se use después de una relación sexual.

Cuando una mujer toma la píldora de levonorgestrel dentro de los primeros días después de un coito, es posible que ésta impida la ovulación si aún no ha ocurrido, que interfiera con la migración de espermatozoides desde el cuello uterino hasta la trompa o que interfiera con el proceso de adhesión y capacitación de los espermatozoides en la trompa. A través de cualquiera de estos mecanismos es que la píldora puede impedir la fecundación. Si ya ha ocurrido la fecundación cuando la mujer toma la píldora, tiene no más de un 50% de probabilidades de embarazarse, el 50% de los cigotos se pierde espontáneamente. Si el cigoto es normal y viable, la píldora no impedirá ni alterará su desarrollo, pues la sustancia que contiene es una progestina sintética y las progestinas favorecen el embarazo. Esto explica por qué el método es poco eficaz para prevenir el embarazo cuando se usa tardíamente.

Una progestina sintética es una molécula semejante a la progesterona y actúa en el organismo del mismo modo que ella. La progesterona se produce en el ovario a partir de la ovulación y su función principal es transformar el endometrio que creció estimulado por los estrógenos en un endometrio receptivo al embrión. La administración de progesterona antes de la ovulación suprime la ovulación y la migración

espermática, pero la progesterona que se administra después de la fecundación ayuda a que se establezca y se mantenga el embarazo. De ahí su nombre, que viene de **pro-gestación**. El levonorgestrel hace lo mismo que la progesterona. La progesterona no es abortiva, aunque se administre en altas dosis. Por el contrario, es esencial para el embarazo.

Hasta el año 2001 sabíamos muy poco sobre el mecanismo de acción de las píldoras anticonceptivas de emergencia y los científicos se limitaban a proponer mecanismos hipotéticos. En los últimos años, se han realizado investigaciones cruciales para poner a prueba las hipótesis y se han logrado decisivos avances. Para hacerlo, fue necesario llevar a cabo investigaciones difíciles y costosas debido a las realidades éticas, logísticas y técnicas que había que superar. Nunca hubo datos disponibles en la literatura científica que avalaran que el levonorgestrel impida el embarazo por un mecanismo que impida la implantación. No obstante, ese mecanismo fue la hipótesis de muchos.

Ahora tenemos evidencia de que no es así. En dos especies animales muy distantes como son la rata y el mono Capuchino se administró levonorgestrel o placebo (una inyección sin droga) después de la fecundación y luego se contó el número de animales preñados en ambos grupos. Si el levonorgestrel interfiriera con la implantación del embrión, deberíamos encontrar menos hembras preñadas entre las que recibieron la droga que entre las que recibieron placebo. El resultado fue que el número de hembras preñadas fue idéntico en ambos grupos, lo cual permite rechazar la hipótesis de que el levonorgestrel interfiere con la implantación. Por otra parte, tanto en esas dos especies como en la mujer se demostró que el levonorgestrel dado antes de que ocurra la ovulación interfiere con ese proceso impidiendo que se fecunde el óvulo.

Estos hallazgos concuerdan con un estudio reciente desarrollado en Australia en el cual se comprobó que si una mujer tiene una relación no protegida al final de su período fértil, en un momento cercano a la ovulación, y toma las píldoras anticonceptivas de emergencia después de ocurrida la ovulación, tiene las mismas posibilidades de embarazarse como si no las

hubiera tomado. Por otra parte, los estudios destinados a evaluar la posibilidad de que el levonorgestrel impida la implantación muestran que no produce cambios en el endometrio que puedan interferir con este proceso cuando es administrado en las dosis que contienen las píldoras anticonceptivas de emergencia.

*En resumen, la inhibición de la ovulación y la alteración de la migración espermática son los únicos mecanismos documentados con datos experimentales que pueden explicar cómo las píldoras anticonceptivas de emergencia evitan el embarazo. Por lo tanto, porque previenen el embarazo solamente cuando impiden la fecundación, **no son abortivas**".*

Otro destacado investigador latinoamericano, el Dr. Carlos Nagle, quien dirige el Centro de Investigación en Reproducción Humana y Experimental (CIRHE) del Instituto Universitario CEMIC (Buenos Aires), Centro Colaborador de la OMS en investigación y desarrollo en salud reproductiva, Vicepresidente de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana (ALIRH), junto con ratificar los conceptos emitidos por el Dr. Croxatto, aporta otros elementos adicionales muy importantes – *"No hay ninguna evidencia en el mundo entero de que este tratamiento con levonorgestrel sea abortivo, salvo en ratas y en conejas", "... el error de creerlo abortivo en humanos se debe a que si lo es en conejos y ratas modelos no adecuados para compararlos con humanos..."* (experiencias realizadas en la Universidad de Yale en la década de los 60). *"Para la implantación del embrión, ratas y conejas requieren de un pico de estradiol, que hace que el endometrio se haga receptivo del embrión. En monas y mujeres, este mecanismo es distinto: el endometrio es preparado con antelación a la ovulación, y luego de la ovulación se inicia una fase totalmente espontánea –fase progestacional o lútea– en la cual se produce la implantación del embrión. En ratas y conejas, esta fase no es espontánea, se produce con el coito; si no tienen coito, no hay fase lútea".*

En respuesta a consulta periodística –Marzo 2007– sobre la insistencia de la Iglesia Cató-

lica en catalogar la PAE como un método abortivo, Nagle señala: *"La culpa la tuvieron los laboratorios de producción farmacéutica que en el prospecto de todos los anticonceptivos hormonales escriben que 'interfieren con el componente endometrial de la implantación', eso quiere decir, que impide que el embrión se implante, es decir, que es abortivo. Pero esa es una falacia total: lo que hacen los anticonceptivos es impedir la ovulación"*.

El Presidente de la Sociedad Chilena de Reproducción y Desarrollo, en carta publicada en la prensa nacional²¹, señaló: *"Hemos leído con asombro y preocupación como se han hecho interpretaciones ligeras e inexactas de datos muy parciales de la literatura científica, llegando a conclusiones simplemente erróneas sobre los mecanismos de acción del LNG (levonorgestrel, el principio activo de la A.E.). La insistencia en este error, reproducida y amplificada por diversos actores sociales, que no tienen las competencias necesarias para emitir opiniones fundadas en una materia tan compleja como lo es la fisiología reproductiva, hace recordar el viejo adagio, 'mentir, mentir, que al final siempre algo queda'"*.

Con este falso debate se destruyen los caminos de entendimiento que nos han permitido avanzar como sociedad. No se reconoce que los espacios más adecuados para analizar técnicamente estos temas como son los centros académicos y las Sociedades Científicas, las que careciendo, en teoría, de interés político, religioso y/o valórico, permiten discutir en base a la evidencia disponible y no a meras hipótesis sin bases reales.

Por ello, son los espacios validados por los pares, como las sociedades científicas en donde debemos dar esta discusión.

Las Sociedades científicas afines al tema, tanto a nivel internacional como nacional no manifiestan las "dudas razonables" invocadas por los detractores de la anticoncepción de emergencia²²⁻²⁹.

Tanto la Sociedad Chilena de Ginecología Infante Juvenil de Chile, SOGIA, la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Chile, SOCHOG; El Comité de Adolescencia Sociedad Chilena

de Pediatría a nivel nacional, además de los Organismos Internacionales de referencia Mundial como la Organización Mundial de la Salud OMS, Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, FIGO, Sociedad de Medicina del Adolescente (USA), no presentan dudas en este tema. Cabe mencionar también que los equipos de ética médica se han manifestado abiertamente en relación a los dilemas de éste ámbito del conocimiento³⁰.

La Sociedad Chilena de infertilidad, en su declaración pública del día 18 de abril 2008³¹, afirma que *"la evidencia científica demuestra claramente que el levonorgestrel usado como anticonceptivo de emergencia no interfiere con el desarrollo ni con la implantación del embrión, y no es abortivo. Investigaciones científicas recientes demuestran que tiene efecto anticonceptivo cuando inhibe la ovulación, siendo éste el mecanismo que da cuenta de su eficacia. Otros estudios demuestran que el levonorgestrel no impide el embarazo cuando se toma después de ocurrida la ovulación. Por esto, es más probable que logre inhibir la ovulación y por lo tanto el embarazo cuanto antes se tome después del acto sexual"*.

Entre los científicos que hacemos investigación en este tema existe consenso en los puntos señalados anteriormente. No obstante, no todas las instituciones y profesionales que trabajan en salud han incorporado en su acervo los resultados de las investigaciones más recientes y continúan manifestando dudas al respecto. Contribuye a esta confusión el hecho que existen textos que no han sido actualizados, incluidos los insertos en los envases de los productos comerciales, y que mencionan, entre otras posibilidades, un eventual efecto abortivo, lo que está absolutamente descartado a la luz de la evidencia actual".

Comparto absolutamente los argumentos esgrimidos por el Dr. Aníbal Faúndez, actual Presidente del Grupo de Trabajo para la Prevención del Aborto Provocado e Inseguro de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), quien manifestó a una emisora nacional (4 de abril 2008): *"la prohibición para repartir la píldora de emergencia deri-*

*vará en un mayor número de abortos entre adolescentes". Quiso suponer que las personas del Tribunal constitucional estaban convencidas que con eso se van a reducir los abortos, pero que el efecto será exactamente el contrario*³².

En esa entrevista el Dr. Faúndez señaló: *"Chile es uno de los pocos países en el mundo en el que las personas informadas continúan afirmando que la píldora de anticoncepción de emergencia es abortiva. Tanto la Organización Mundial de la Salud como la FIGO afirman que los conocimientos actuales permiten asegurar que la anticoncepción de emergencia con progestágenos no impide la implantación, por lo que no deben existir dudas al respecto"*.

Es innegable que algunas personas presentan dudas. Pero esas dudas están claramente determinadas por su posición valórica y religiosa, muy válida y respetable en el ámbito de sus vidas personales, pero no aplicables en este tipo de discusiones, ya que cuando esto sucede, se termina imponiendo a todo un país la "ética de máximo" de algunos por sobre otros, en lugar de concordar abiertamente, como sociedad libre, cual es el rol de un Estado laico, es decir, cual es nuestra ética de mínimos.

En Chile, uno de los grandes problemas no cuantificados (lo impide la actual legislación punitiva), son los abortos provocados. Y, en particular, los abortos provocados en las adolescentes, quienes tienen con frecuencia relaciones sexuales no planificadas, sin la adecuada protección, tanto por el no uso o uso inadecuado de métodos anticonceptivos, por la mayor ocasionalidad de sus encuentros sexuales y por la violencia sexual³³ basada en los estereotipos de género de nuestra cultura. Además, con una mayor tasa de fracaso de los métodos existentes que en las mujeres adultas³⁴. Muchos de estos embarazos no planificados en adolescentes, podrían ser evitados con la anticoncepción de emergencia.

A partir de la década de los 70, en Chile la fecundidad general ha disminuido de manera sostenida; esta caída se registró en el contexto de importantes cambios socioeconómicos (urbanización, migración, industrialización, modernización), culturales (secularización de valores,

individualización en proyectos de vida, nuevos estilos de familia), de género (creciente inserción laboral y protagonismo social de las mujeres) y tecnológicos (especialmente en el desarrollo de una amplia gama de métodos anticonceptivos)³⁵.

Este proceso se ha basado en una política de salud –Planificación Familiar³⁶– que ha contribuido al logro del excelente nivel que muestran los indicadores de salud materno-infantil en el país; sin embargo, aún persiste una importante brecha en el acceso a los servicios de regulación de la fertilidad, en especial para las mujeres de los sectores de menor nivel socioeconómico³⁷.

La Tasa de Fecundidad General descendió en un 52% desde la década de los 60 a fines de los 90; pero en las mujeres menores de 20 años sólo se redujo en un 16%, lo que aumenta la importancia relativa de la maternidad en adolescentes³⁸.

Además de los riesgos biológicos documentados en el embarazo adolescente³⁹⁻⁴¹, especialmente en las adolescentes menores de 15 años (mayor riesgo de mortalidad materna, prematuridad y bajo peso al nacer), están los riesgos psicosociales: perpetuación del círculo de la pobreza de esa madre y su hijo/a; deserción escolar (que incide directamente en sus oportunidades laborales y desarrollo de sus habilidades personales) y recursos sociales que se pierden, al asumir precozmente roles para los que no estaba preparada en esta etapa de su desarrollo. Esta situación afecta más a las adolescentes provenientes de los sectores socioeconómicos más desfavorecidos, quienes deben asumir el cuidado y la crianza de su hijo/a en precarias condiciones, poniendo de manifiesto las inequidades sociales y de género de nuestro país.

Sin lugar a dudas todos y todas quisiéramos que todos las y los adolescentes y también adultos/as vivieran una sexualidad responsable, sana, plena e integral, acorde a los valores y proyectos de vida de cada persona. Ojalá nadie tuviese necesidad de utilizar anticoncepción de emergencia. Quienes trabajamos con adolescentes sabemos que la AE es una medida extraordinaria para una situación puntual; que debe ir acompañada de una orientación reflexiva y

de análisis cuidadoso de las conductas de riesgo con cada adolescente que la requiere, que se la debe estimular su empoderamiento, respecto de la salud, así como el desarrollo de estrategias de auto cuidado en su vida en general y en su sexualidad en particular. Pero, en este proceso hay y habrán adolescentes que vivirán el riesgo de un embarazo no planificado, para el que no están en absoluto preparadas y sería una aberración prohibir el acceso a una tecnología disponible gracias al avance científico, como es la AE, a todas ellas y, peor aún solo a las más pobres de nuestro país.

Llamo a mis colegas de todos los sectores a que sinceremos la discusión de fondo, la que esta pendiente en nuestra sociedad y aprendamos a escuchar y respetar a los otros y, en particular, a las otras. Reconozcamos los derechos conquistados, en particular, los derechos que a las mujeres nos han costado tanto; el derecho a decidir informada, responsable, soberana y libremente sobre nuestros cuerpos, y nuestras vidas, como corresponde a todos los seres humanos. Centremos nuestra discusión en el ámbito técnico, en base a la evidencia actualizada, respetando y reconociendo los avances científicos validados a nivel nacional e internacional, asumiendo los compromisos suscritos por Chile al respecto.

Pongámonos de acuerdo en como garantizemos, como pediatras miembros de equipos de salud integrales, el desarrollo de personas sanas, autónomas, capaces de tomar decisiones informadas, formando parte de una comunidad pluralista y democrática.

Referencias

- 1.- <http://www.tribunalconstitucional.cl>
- 2.- <http://www.tribunalconstitucional.cl/index.php/tribunal/noticias/ver/27>
- 3.- Novikova N, Weisberg E, Stanczyk F, Croxatto H, Fraser I: Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation -a pilot study. *J Contraception* 2006.
- 4.- Piaggio G, Ellertson C: Resúmenes del XVII FIGO Congress of Gynecology and Obstetrics, 2-7 November 2003, Santiago, Chile. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 1168-71.
- 5.- Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP), Project INFO. Planificación Familiar un Manual Mundial para proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2007.
- 6.- Croxatto HB, Ortiz ME, Muller L: Mechanism of action of emergency contraception. *Steroids* 2003; 68: 1095-8.
- 7.- Croxatto HB, Brache V, Pavez M, et al: Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraception. *Contraception* 2004; 70: 442-50.
- 8.- De Santis M, Cavaliere AF, Straface G, Carducci B, Caruso A: Failure of the emergency contraceptive levonorgestrel and the risk of adverse effects in pregnancy and on fetal development: an observational cohort study. *Fertil Steril* 2005; 84: 296-9.
- 9.- Society for Adolescent Medicine (USA): Provision of Emergency Contraception to Adolescents. Position paper. Preparado por Gold M, Sucato GS, Conard LAE, Adams Hilliard PJ. *Journal of Adolescent Health* 2004; 35: 66-70.
- 10.- World Health Organization: Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428-33.
- 11.- Trussell J, Ellertson Ch, von Hertzen H, et al: Estimating the effectiveness of emergency contraception pills. *Contraception* 2003; 67: 259-65.
- 12.- Piaggio G, von Hertzen H: Effect of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception. Resúmenes del XVII FIGO Congress of Gynecology and Obstetrics, 2-7 November 2003, Santiago, Chile.
- 13.- Palomino A, Boric A, Gabler F, et al: Efecto de levonorgestrel como anticoncepción de emergencia sobre receptores de endometrio durante la ventana de implantación. Resúmenes de la XVIII Reunión de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana. Varadero, Cuba 28-31 Mayo, 2003.
- 14.- Ortiz ME, Ortiz RE, Fuentes M, Parraguez VH, Croxatto HB: Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey *Cebus apella*. *Human Reproduction* 2004; 19: 1352-56.
- 15.- Muller AL, Lladós C, Croxatto HB: Postcoital treatment with levonorgestrel does not disrupt postfertilization events in the rat. *Contraception* 2003; 67: 415-9.
- 16.- Norris Turner A, Ellertson C: How safe is emergency contraception? *Drug Safety* 2002; 25: 695-706.
- 17.- International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional de Planificación de a Familia, IPPF). Declaración del Panel Médico Asesor (IMAP) sobre Anticoncepción de Emergencia. IPPF Medical Bulletin 2004; 38 (1): 1-2.
- 18.- International Consortium for Emergency Contraception: Emergency Contraceptive Pills: Medical and

- service delivery guidelines. Second Edition, 2004. Washington DC, USA.
- 19.- *De Santis M, Cavaliere AF, Straface G, Carducci B, Caruso A*: Failure of the emergency contraceptive levonorgestrel and the risk of adverse effects in pregnancy and on fetal development: an observational cohort study. *Fertil Steril* 2005; 84: 296-9.
 - 20.- *Croxatto HB, Ortiz ME, Díaz S*: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Revisión actualizada a noviembre 2006, "Nociones Básicas sobre la Generación de un nuevo individuo y sobre la Píldora Anticonceptiva de Emergencia".
 - 21.- Carta del Presidente de la Sociedad Chilena de Reproducción y Desarrollo, Publicada en el Mercurio abril 2001.
 - 22.- *World Health Organization, Reproductive Health and Research*: Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Geneva, 2004. www.who.int/reproductive-health.
 - 23.- *Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Project INFO*: Planificación Familiar un Manual Mundial para proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2007.
 - 24.- *Recomendaciones para la Supervisión de Salud del Adolescente; Asociación Americana de Pediatría (AMA)*: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1980.html>
 - 25.- http://www.sochipe.cl/nueva/html/estetoscopio/5-4/5_4_editorial.htm
 - 26.- *Society for Adolescent Medicine (USA)*: Provision of Emergency Contraception to Adolescents. Position paper. Preparado por Gold M, Sucato GS, Conard LAE, Adams Hilliard PJ. *Journal of Adolescent Health* 2004; 35:66-70
 - 27.- *World Health Organization (Organización Mundial de la Salud)*: Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy and side effects of immediate post coital levonorgestrel used repeatedly for contraception. *Contraception* 2000; 61: 303-8.
 - 28.- *World Health Organization. Levonorgestrel for Emergency Contraception Fact Sheet-March 2005*: www.who.int/reproductive-health.
 - 29.- *Federación de Ginecología y Obstetricia (FIGO)*: Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology. Emergency Contraception. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. London, 2003.
 - 30.- Bioethical issues involved in the prescription of levonorgestrel *Rev Méd Chile* 2005; 133: 841-6.
 - 31.- Declaración Sociedad Chilena de fertilidad en carta redactada al Director del Diario el Mercurio, abril 2008 firmada por su Presidente, Dr. Ricardo Pomer T.
 - 32.- www.radiocooperativa.cl
 - 33.- Guía de Apoyo para el Trabajo con niños y mujeres en violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales, UNICEF, Carabineros de Chile, 2004.
 - 34.- *Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Project INFO*: Planificación Familiar un Manual Mundial para proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2007
 - 35.- Maternidad Adolescentes en América latina y el Caribe: Tendencias, problemas y desafíos; Boletín de la Infancia y Adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio, N° 4, enero 2007.
 - 36.- Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad, Ministerio de Salud, septiembre 2006.
 - 37.- Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, Ministerio de Salud, Septiembre 2005.
 - 38.- Datos DEIS, elaboración propia.
 - 39.- *Molina R, Luengo X, Sandoval J, Gonzalez E, Molina T*: Factores de Riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas. *Rev Chil Obst Ginecol Inf y Adolec* 1998; 5: 17-28.
 - 40.- *Donoso J, Becker L, Villarroel*: Embarazo en la Adolescente Chilena menor de 15 años. Análisis de la última década del siglo XX. *Rev Ch Obs Gin* 2001; LXVI: 391-6.
 - 41.- *Luengo X, Gonzalez E*: Hijos de madres adolescentes. En Molina R, Sandoval J, González E. *Salud Sexual y Reproductiva en la adolescencia*. Ed. Mediterráneo, 2003.