

UN CASO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA PARA LA MODIFICACIÓN DE UNA NORMA OFICIAL MEXICANA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Alfonso AYALA SÁNCHEZ

SUMARIO: I. *Historia de los derechos reproductivos*. II. *Planificación familiar en México*. III. *Anticoncepción de emergencia*. IV. *Cómo se crea una Norma Oficial Mexicana*. V. *Creación de la Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993*. VI. *Inclusión de la píldora anticonceptiva de emergencia en la Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993*. VII. *Inclusión de la píldora anticonceptiva de emergencia en el cuadro básico de medicamentos*. VIII. *Conclusión*. IX. *Bibliografía*.

El involucramiento de la sociedad en la planeación, el ejercicio y la rendición de cuentas de los servicios públicos es una tendencia creciente en las naciones desarrolladas, siendo la salud pública uno de los campos en donde más se han realizado recientemente reformas dirigidas a promover la participación ciudadana.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud pública como todas las medidas organizadas, ya sean públicas o privadas, que intentan prevenir la enfermedad, promover la salud y prolongar la vida entre toda la población.² De acuerdo a la OMS existen tres funciones principales que deben proveer los organismos de salud pública nacionales: 1) la valoración y el monitoreo de la salud de comunidades y poblaciones en riesgo, a fin de identificar sus problemas y prioridades de salud; 2) la formulación de políticas públicas diseñadas para solucionar los problemas y prioridades de salud ya detectados, tanto a nivel local como nacional; y 3) el asegurar que todas las poblaciones cuenten con acceso a cuidados de salud apropiados y económicamente accesibles, incluyendo servicios de promoción de la salud y de prevención de enfermedades.³

Por lo anterior, se entiende que la salud pública es de vital importancia para las naciones modernas, y que las decisiones que tomen los encargados

¹ Martin, Graham P., *Public Participation in Health: Theory, Policy and Practice in user Involvement in Cancer-Genetics Pilots*, Universidad de Nottingham, 2009, tesis para obtener el grado de doctor en Filosofía, p. 321.

² Organización Mundial de la Salud, Public Health, 2013, www.who.int/trade/glossary/story076/en/ (consultado el 15 de noviembre de 2013).

³ *Idem*.

de la materia tendrán repercusiones muy serias en las vidas de muchos ciudadanos. De las funciones mencionadas, la concerniente a las políticas públicas en materia de salud es tal vez la más importante, ya que “las políticas proporcionan sustancia, congruencia y consistencia a los servicios de salud, ya que siendo estas la consecuencia de una o más decisiones, aportan, a su vez, un marco de referencia para la toma de las decisiones subsecuentes”,⁴ además de que rebasan el ámbito exclusivamente médico y científico, e incluyen consideraciones tanto económicas como político-partidistas.

Debido a la importancia de la salud pública para la sociedad y los diversos intereses que existen, muchas veces contrarios entre sí, con respecto a la forma en cómo se deben de asignar los recursos económicos en el sistema de salud, cada vez son más los ciudadanos que demandan que su opinión sea escuchada al momento en que los gobernantes y legisladores diseñan las políticas públicas. Esto está ocasionando que algunos países democráticos comiencen a transitar desde un estado clientelar a uno de democracia participativa. Para Barber,⁵ estos dos modelos de estado difieren en tres puntos centrales: el papel de los individuos en la gobernanza, la forma de comunicación y el papel de los líderes.

Así, el estado clientelar tiene consumidores o clientes, mientras que el democrático tiene ciudadanos activamente involucrados. El estado clientelar se caracteriza porque la comunicación es vertical, generalmente desde los líderes o las élites hacia las masas, mientras que una democracia participativa incluye comunicaciones verticales, donde los ciudadanos hablan y se escuchan entre sí. En el estado clientelar los líderes dictan las políticas para proveer servicios a sus clientes o consumidores, mientras que en una verdadera democracia participativa los líderes facilitan las acciones e iniciativas ciudadanas.⁶

Desde el punto de vista de quienes gobiernan, también existen ventajas en la participación ciudadana. El que la sociedad se involucre activamente en las políticas públicas ayuda a planear el lugar y la configuración de los servicios; provee evidencias sobre la calidad de la experiencia de los pacientes;

⁴ Motta-Murguía, Lourdes y Tamés, Regina, “Mecanismos de democracia deliberativa al servicio de los derechos sexuales y reproductivos: el caso de la anticoncepción de emergencia en México”, en Cabal, Luisa y Motta, Cristina (comps.), *Más allá del derecho: justicia y género en América Latina*, Bogotá, Siglo del Hombre Editores-Universidad de los Andes-CESO, 2005, pp. 327-378.

⁵ Barber, Brendan R., “Participatory Democracy in Health Care: The Role of the Responsible Citizen”, *Trends in Health Care, Law and Ethics*, Nueva Jersey, vol. 7, núm. 3-4, 1992, pp. 9-13.

⁶ *Idem*.

desarrolla la rendición de cuentas en los tomadores de decisiones; contribuye a darle legitimidad a las decisiones tomadas; y clarifica las opciones que enfrentan los gobernantes.⁷

De acuerdo al investigador Albert Weale,⁸ algunas de las razones por las que es necesario que aumente la cantidad y calidad de las consultas públicas para definir las políticas de salud son las siguientes:

- a) Planear los servicios desde el punto de vista de los pacientes.
- b) Mejorar la calidad técnica de las decisiones.
- c) Consultar a los donadores de tejidos biológicos.
- d) Rectificar desbalances en la influencia política.
- e) Evitar confrontaciones innecesarias y crear las condiciones para el consenso.
- f) Identificar perspectivas antagónicas en diversos asuntos de salud pública, particularmente con respecto a sus dimensiones morales.
- g) Cumplir con la condición democrática de publicidad.
- h) Entender la estructura de las creencias de la sociedad.
- i) Legitimar las decisiones tomadas.
- j) Proveer información sobre la función de la asistencia social de una sociedad.

Idealmente, la democracia participativa y las discusiones públicas promueven un mejor entendimiento de las posiciones de aquellos con quienes se disiente, ayudando a encontrar puntos en común y a identificar intereses compartidos.⁹ Una democracia es real cuando los ciudadanos sienten que tienen intereses en juego, debido a que son verdaderos participantes de la sociedad. La democracia no consiste en dejar que burócratas decidan cuáles son las prioridades para la comunidad, mucho menos las despiadadas fuerzas del mercado. La democracia “implica construir una agenda social, basada en las necesidades humanas a través de la participación popular activa e informada en cada nivel de decisión”.¹⁰

⁷ Larson, Lon N. *et al.*, “Values, Participatory Democracy, and Health Care Reform”, *American Journal of Pharmaceutical Education*, Virginia, vol. 58, núm. 4, 1994, pp. 417-421.

⁸ Weale, Albert, “What is so Good about Citizens’ involvement in Healthcare?”, en Andersson, Edward *et al.* (comps.), *Healthy Democracy: The Future of involvement in Health and Social Care*, Londres, The National Centre for Involvement, 2006, pp. 37-43; Weale, Albert, “Democratic Values, Public Consultation and Health Priorities: a Political Science Perspective”, en Oliver, Adam (comp.), *Equity in Health and Healthcare*, Londres, The Nuffield Trust, 2003, pp. 41-51.

⁹ Weale, Albert, “What is so Good...”, *cit.*, nota anterior, pp. 37-43.

¹⁰ Krieger, Nancy, “On becoming a Public Health Professional: Reflections on Democracy, Leadership, and Accountability”, *Journal of Public Health Policy*, Oxford, vol. 11, núm. 4, 1990, pp. 412-419.

En las sociedades modernas es imperativo que la salud pública esté firmemente arraigada en un discurso de defensa de los valores y derechos democráticos, sostenidos en primer lugar por los mismos profesionales de la salud. Como acertadamente puntualiza Nancy Krieger, “las libertades civiles no son una opción; son una necesidad, ya que sin dichas salvaguardas, la democracia termina burlándose de los derechos de las minorías, convirtiéndose a su vez, en la tiranía de la mayoría”.¹¹ Es con estas ideas en mente que se analizará el caso de la inclusión de la píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) tanto en la Norma Oficial Mexicana (NOM) 005-SSA2-1993 como en el Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud.

No obstante, para comprender de manera más clara la importancia que tuvo la inclusión de la PAE en la NOM, antes es necesario analizar dos procesos casi simultáneos que tuvieron lugar a partir de la segunda mitad del siglo XX en el mundo: primero, la lucha por el reconocimiento de los derechos tanto sexuales como reproductivos de las mujeres, surgidos a partir de movimientos sociales y acompañados por la ONU y algunos gobiernos progresistas, y segundo, el cambio en las políticas gubernamentales sobre el control de la natalidad, a raíz de que se reconoció que el aumento sin control de la población mundial generaría un serio impacto en el planeta.¹²

I. HISTORIA DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

Las políticas públicas concernientes a los derechos reproductivos deben de reconocer el derecho básico de todas las parejas y personas a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos, así como a proporcionar la información y los medios para hacerlo. El proceso de reconocimiento de los derechos reproductivos ha ido gestándose desde las reivindicaciones de los movimientos sociales, las luchas feministas, de diversidad sexual y de género, y presenta avances significativos en décadas recientes.¹³

Los derechos tanto sexuales como reproductivos de las personas tienen su origen en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que marca el antecedente jurídico de posteriores convenciones inter-

¹¹ *Idem.*

¹² ONU, “World Population Monitoring 2001”, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, 2001, p. 80, www.un.org/esa/population/publications/wpm/wpm2001.pdf (consultado el 15 de noviembre de 2013).

¹³ Prijić-Samaržija, Snježana, “The Moral Status of Contraception and Openness to Procreation”, *Philosophy and Society*, vol. 23, núm. 4, 2012, pp. 4-18.

nacionales.¹⁴ La primera de este tipo de convenciones fue la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán, realizada del 22 de abril al 13 de mayo de 1968, en la capital de Irán. En ella se preparó un documento no vinculante, llamado la Proclamación de Teherán, que en su inciso 16 declaraba que “los padres tienen el derecho humano fundamental para determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos”.¹⁵

Posteriormente, en la Conferencia sobre Población de Bucarest en 1974 se especificó que se trataba de un derecho de las parejas e individuos. En tanto, la Primera Conferencia sobre la Mujer, celebrada en México en 1975 con motivo del Año Internacional de la Mujer, abordaba el tema desde la perspectiva del derecho a la integridad corporal y al control de las mujeres sobre su capacidad reproductiva.¹⁶

En 1984, en la Reunión Internacional sobre Mujeres y Salud en Ámsterdam, se adoptó el término derechos reproductivos, lo que repercutió en un movimiento mundial, en donde las mujeres buscaban ampliar los alcances del concepto de derechos humanos. Casi una década después, en 1993, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena, los Estados aceptaron considerar como una violación a los derechos humanos, toda infracción de los derechos específicos de las mujeres.¹⁷

Fue hasta 1994, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (auspiciada por la ONU) que en su Plan de Acción se definen los derechos reproductivos de la siguiente forma:

Los derechos reproductivos comprenden ciertos derechos humanos ya reconocidos en las leyes nacionales, en documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y personas a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de

¹⁴ De Barbieri, Teresita, “Derechos reproductivos y sexuales. Encrucijada en tiempos distintos”, *Revista Mexicana de Sociología*, México, UNAM, vol. 62, núm. 1, enero-marzo de 2000, pp. 45-59.

¹⁵ Proclamación de Teherán, *Derechos Humanos. Órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México*, núm. 34, noviembre-diciembre de 1998, www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/34/pr/pr38.pdf (consultado el 15 de noviembre de 2013).

¹⁶ Salazar García, Marisol, “Los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres en México en el marco jurídico internacional”, en Galeana, Patricia (comp.), *Los derechos reproductivos de las mujeres en México*, México, Federación Mexicana de Universitarias, 2010, pp. 37-80.

¹⁷ *Idem*.

la información y los medios para hacerlo, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado posible de salud sexual y reproductiva. Incluyen también el derecho de todos a tomar decisiones relativas a la reproducción libres de discriminación.¹⁸

Finalmente el reconocimiento internacional de los derechos reproductivos se concretó en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada del 4 al 15 de septiembre de 1995 en Beijing, en donde participaron representantes de 189 Estados, entre ellos México. En el artículo 94 de la Plataforma de Acción de la Conferencia, en el apartado “la mujer y la salud”, se describe a la salud reproductiva como “la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y sin procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”.¹⁹ Además, el artículo 96 reconoce los derechos reproductivos consensuados en El Cairo en 1994, y señala que “los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación o la violencia”.²⁰

Estas convenciones y los acuerdos internacionales subsiguientes han tenido injerencia en la forma en que se diseñan e implementan las políticas públicas en los diversos países firmantes. No obstante eso, en México el reconocimiento de los derechos reproductivos de las y los ciudadanos ha sido un proceso lento. El 31 de diciembre de 1974 se reformó mediante decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación (DOF)* el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, estipulando que “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”.²¹ Esta previsión en nuestra carta magna la colocaba a la vanguardia en Latinoamérica con respecto a los derechos reproductivos de los ciudadanos. Sin embargo, todavía pasarían varias décadas hasta que las leyes secundarias reglamentaran la utilización de los diversos métodos de anticoncepción existentes, incluida la píldora anticonceptiva de emergencia.

¹⁸ Meléndez Elizalde, Tania L., “Derechos reproductivos: los valores y las políticas públicas”, *El Cotidiano*, México, UAM-Azcapotzalco, vol. 23, núm. 149, mayo-junio de 2008, pp. 101-103.

¹⁹ ONU, Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres, Beijing 1995, www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm (consultado el 15 de noviembre de 2013).

²⁰ *Idem*.

²¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4o, capítulo I, De los Derechos Humanos y sus Garantías, México, 2013.

II. PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MÉXICO

Las campañas de planificación familiar han sido un instrumento gubernamental que ha servido para mejorar la salud de las mujeres y los niños, así como para disminuir la mortalidad tanto materna como infantil. Con el desarrollo de tecnologías médicas y científicas que evitan la concepción (como los métodos de barrera, hormonales, químicos y quirúrgicos) se consiguió el objetivo de posponer y planificar de forma segura el nacimiento de los hijos, con lo que se conseguían hacer valer los derechos reproductivos de las personas, en especial de las mujeres.²²

Sin embargo, este no siempre ha sido el caso. Hasta hace algunas décadas, México era un país con una clara política pronatalista, y no fue sino hasta la década de los sesenta cuando muchos países comienzan a preocuparse por una desmedida explosión demográfica, y empiezan a adoptar políticas de planificación familiar. Es a partir de 1974 cuando el gobierno mexicano demuestra un interés por impulsar políticas a favor del control de la natalidad, primero con la creación del Consejo Nacional de Población y la promulgación de la Ley General de Población, y después con la modificación al artículo cuarto constitucional ya mencionado.²³ A partir de esta fecha el gobierno dirige sus esfuerzos a la difusión y distribución de más y mejores métodos anticonceptivos, crea campañas publicitarias en favor de la familia pequeña, e introduce la educación sexual en las escuelas públicas.²⁴

Como resultado de las políticas a favor de la planificación familiar, la tasa global de fecundidad de las mujeres mexicanas ha venido descendiendo desde la década de los ochenta, ubicándose en 2.3 hijos por mujer en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) del 2009, un hijo menos que en 1992 (3.5 hijos).²⁵

Si bien es cierto que la fecundidad de las mujeres mexicanas ha venido decreciendo en las últimas cuatro décadas, es importante señalar que en algunos grupos de edad, específicamente las mujeres adolescentes (12 a 19 años), se ha venido presentando una tendencia inversa. De acuerdo a la Enadid 2009 los nacimientos en las adolescentes pasaron de 12.1% en 1992 a 15.5% en 2009.²⁶ Si tenemos en cuenta que muchos de estos embarazos no son deseados y que los nacimientos en las adolescentes suelen implicar

²² Prijić-Samaržija, Snježana, *op. cit.*, nota 13, pp. 4-18.

²³ Meléndez Elizalde, Tania L., *op. cit.*, nota 18, pp. 101-103.

²⁴ *Idem.*

²⁵ INEGI, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Panorama Sociodemográfico de México. Principales resultados*, México, 2009, pp. 1-86.

²⁶ *Idem.*

un alto riesgo de muerte tanto para la madre como para el producto debido a las condiciones biológicas, sociales y económicas en las que se producen, la situación se vuelve alarmante.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Ensanut), que es el dato oficial más reciente, el porcentaje de adolescentes de entre 12 y 19 años de edad que iniciaron su vida sexual fue del 23% (25.5% hombres y 20.5% mujeres),²⁷ lo cual denota un aumento del 8% con respecto a la Ensanut 2006.²⁸ Del total de adolescentes sexualmente activos, 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, y de entre quienes sí utilizaron algún método, solo el 7.3% de las mujeres usó anticoncepción hormonal, por lo que la mayoría dependió de que el hombre utilizara bien el condón para evitar quedar embarazada.²⁹

No obstante este panorama, existen indicios de que algunas políticas públicas están comenzando a tener éxito. Aunque el número de adolescentes que sostiene una relación sexual sin protección es todavía importante, claramente se nota una reducción significativa con respecto a los niveles encontrados por la Ensanut 2006 (30% hombres y 57% mujeres)³⁰ y Ensanut 2000 (47.5% hombres y 79% mujeres),³¹ sin duda, debido a las políticas públicas de información para la prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual llevadas a cabo por los gobiernos anteriores.

En cuanto al embarazo adolescente, los resultados de Ensanut 2012 muestran que del total de las mujeres adolescentes de entre 12 y 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales, 51.9% reportó haber estado embarazada alguna vez y 10.7% estaba cursando un embarazo al momento de levantarse la encuesta,³² encontrándose aquí también una disminución con respecto a la proporción de embarazadas alguna vez, registrada en 2006 (61%).³³

²⁷ Oropeza Abúndez, Carlos (coord.), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2012, p. 80.

²⁸ Oropeza Abúndez, Carlos (coord.), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006, p. 68.

²⁹ Oropeza Abúndez, Carlos, *op. cit.*, nota 27, p. 81.

³⁰ Oropeza Abúndez, Carlos, *op. cit.*, nota 28, p. 70.

³¹ Leyva-López, Ahidee, "Anticoncepción de emergencia en estudiantes mexicanos", *Salud Pública de México*, México, INSP, vol. 52, núm. 2, marzo-abril de 2010, pp. 156-164.

³² Oropeza Abúndez, Carlos, *op. cit.*, nota 27, p. 83.

³³ Leyva-López, Ahidee, *op. cit.*, nota 31, pp. 156-164.

III. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Una opción importante en anticoncepción para este tipo de grupos vulnerables es la denominada “píldora del día siguiente”, si bien el término no es exacto, ya que las mujeres pueden tomar los fármacos antes de la mañana siguiente, inmediatamente después de haber sostenido relaciones sexuales sin protección y hasta al menos 120 horas después del coito.³⁴ Cabe señalar que este tipo de anticonceptivos no son de uso continuo, sino solo para casos en los que se incurrió en una relación sexual sin protección, ya sea por descuido, porque se olvidó tomar el anticonceptivo regular, debido a rotura del condón o cuando existe una violación. Son medicamentos para casos excepcionales, y bajo ningún motivo deben de usarse como el anticonceptivo de uso común, además de que no protegen contra enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA.³⁵

En la actualidad existen tres tipos de esquemas de píldoras anticonceptivas de emergencia:³⁶ 1) una combinación de píldoras de estrógeno y progestina (conocida como el régimen Yuzpe en referencia al investigador canadiense Abraham Albert Yuzpe, quien en 1974 demostró la eficacia y seguridad del método);³⁷ 2) píldoras exclusivas de progestina (levonorgestel); y 3) píldoras con antiprogestinas (mifepristona o acetato de ulipristal).

Las antiprogestinas (como el mifepristona) son moduladoras de los receptores de progesterona que han sido aprobadas para su uso en algunos países. Han demostrado ser muy eficaces como anticonceptivos de emergencia, con pocos efectos secundarios (el retraso de la menstruación después de la administración de la mifepristona es un efecto notable). Sin embargo, su uso como píldoras abortivas limita su aceptación más amplia para el uso de la anticoncepción de emergencia.

Respecto a los anticonceptivos hormonales de estrógeno y progestina, desde hace algunos años se han diseñado diversos ensayos intentando conocer cuál de estos dos métodos (Yuzpe o levonorgestel) es el más eficaz. Entre los resultados obtenidos, los más importantes fueron los siguientes:

³⁴ OMS, *Fact Sheet on the Safety of Levonorgestrel-Alone Emergency Contraceptive Pills (LNG ECPs)*, 2010, pp. 1-3, whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.06_eng.pdf (consultado el 15 de noviembre de 2013).

³⁵ *Idem.*

³⁶ Trussell, James y Raymond, Elizabeth G., *Emergency Contraception: a Last Chance to Prevent Unintended Pregnancy*, Nueva York, Universidad de Princeton, 2013, pp.1-31, <http://ec.princeton.edu/questions/ec-review.pdf> (consultado el 15 de noviembre de 2013).

³⁷ Yuzpe, Albert A. *et al.*, “Post Coital Contraception: A Pilot Study”, *The Journal of Reproductive Medicine*, Chicago, vol. 13, núm. 2, 1974, pp. 53-58.

- El levonorgestel por sí solo previno el 85% de los embarazos esperados, obteniendo una tasa de embarazos calculados del 1.1%, mientras que el régimen de Yuzpe previno solo el 57% de los embarazos esperados, con una tasa de 3.2% de embarazos calculados.³⁸
- La eficacia de ambos regímenes se incrementó dentro de las primeras 24 horas después de la relación sexual sin protección, y decreció en el tiempo al acercarse a las 72 horas. La eficacia del levonorgestrel se ha demostrado hasta las 96 horas; entre 96 y 120 horas su eficacia es desconocida. Por tanto, en la mayoría de los casos el uso de esta hormona después de las 72 horas se encuentra fuera de la licencia del producto (depende de la marca comercial).³⁹
- Las mujeres que utilizaron levonorgestel reportaron menos náuseas, vómitos, mareos, fatiga, y fueron menos propensas a necesitar una tercera dosis del medicamento.
- Los patrones de sangrado fueron similares en los dos grupos estudiados.

De estos estudios se desprende que el levonorgestel es el fármaco hormonal que presenta una mayor efectividad para prevenir embarazos no deseados. El levonorgestrel ((8R,9S,10R,13S,14S,17R)-13-etil-17-etinil-17-hidróxi-1,2,6,7,8,9, 10,11,12,14,15,16-dodecahidrociclopenta[a]fenantren-3-ona)⁴⁰ es una progestina gonano (esteroide progestágeno) sintética de segunda generación, derivada de la 19-nortestosterona.⁴¹ Fue desarrollado a principios de la década de los años sesenta por el científico americano Herschel Smith para la compañía Wyeth Pharmaceuticals.⁴²

Químicamente, el levonorgestrel es un enantiómero levorrotatorio de la mezcla racémica norgestrel hormonalmente activo.⁴³ Tiene una afinidad de unión relativa *in vitro* de 323% de la progesterona con el receptor de progesterona humano, 58% de la testosterona con el receptor de andrógeno,

³⁸ Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation, “Randomized Controlled Trial of Levonorgestrel *versus* the Yuzpe Regimen of Combined Oral Contraceptives for Emergency Contraception”, *The Lancet*, Zurich, vol. 352, núm. 9126, 1998, pp. 428-433.

³⁹ Piaggio, Gilda *et al.*, “Timing of Emergency Contraception with Levonorgestrel or the Yuzpe Regimen”, *The Lancet*, Zurich, vol. 353, núm. 9154, 1999, p. 721.

⁴⁰ ChemExper, “Levonorgestrel”, Base de Datos de ChemExper, 2013, <http://www.chemexper.com/chemicals/supplier/cas/797-63-7.html> (consultado el 15 de noviembre de 2013).

⁴¹ Edgren, Richard A. y Stanczyk, Frank Z., “Nomenclature of the Gonane Progestins”, *Contraception*, vol. 60, núm. 6, 1999, p. 313.

⁴² Encyclopædia Britannica Online, “Levonorgestrel (Hormone)”, Chicago, Encyclopædia Britannica, 2013, <http://global.britannica.com/EBchecked/topic/338040/levonorgestrel> (consultado el 15 de noviembre de 2013).

⁴³ Edgren, Richard A. y Stanczyk, Frank Z., *op. cit.*, nota 41, p. 313.

7.5% del cortisol con el receptor glucocorticoide, 17% de la aldosterona con el receptor mineralocorticoide y <0,02% del estradiol con el receptor de estrógeno.⁴⁴

Algunos estudios han proporcionado una sólida evidencia de que el principal mecanismo de acción de las píldoras de levonorgestrel es prevenir o retrasar la ovulación.⁴⁵ Si el fármaco se toma antes de que la mujer comience a ovular, se inhibe el aumento de la hormona luteinizante pre-ovulatoria (HL), impidiendo el desarrollo folicular y la maduración, y/o la liberación del óvulo mismo.⁴⁶ Algunos estudios sugieren que el levonorgestrel previene la ruptura folicular o causa una disfunción lútea.⁴⁷

Respecto a la controversia generada sobre si el levonorgestrel inhibe la implantación del cigoto en el endometrio, se diseñaron dos estudios que intentaron estimar la eficacia del fármaco para evitar la implantación mediante la determinación del día del ciclo menstrual por análisis hormonal.⁴⁸ En ambos estudios, ningún embarazo ocurrió en mujeres que tomaron el levonorgestrel antes de la ovulación, mientras que sí se produjeron embarazos en mujeres que tomaron la píldora en el día en que comenzaban a ovular o en los días subsiguientes, con lo que quedó demostrado que el levonorgestrel no previene la implantación del cigoto.

⁴⁴ Sitruk-Ware, Regine, “New Progestagens for Contraceptive Use”, *Human Reproduction Update*, vol. 12, núm. 2, 2006, pp. 169-78.

⁴⁵ Noé, Gabriela *et al.*, “Contraceptive Efficacy of Emergency Contraception with Levonorgestrel given before or after Ovulation”, *Contraception*, Amsterdam, vol. 81, núm. 5, 2010, pp. 414-420; Okewole, Idris A. *et al.*, “Effect of Single Administration of Levonorgestrel on the Menstrual Cycle”, *Contraception*, Amsterdam, vol. 75, núm. 5, 2007, pp. 372-377; Croxatto, Horacio B., “Pituitary-Ovarian Function Following the Standard Levonorgestrel Emergency Contraceptive Dose or a Single 0.75 mg Dose given on the Days Preceding Ovulation”, *Contraception*, Amsterdam, vol. 70, núm. 6, 2004, pp. 442-450.

⁴⁶ FIGO, “Mecanismo de Acción ¿De qué Modo las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia de Levonorgestrel (PAE de LNG) previenen el Embarazo? *Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia*, Nueva York, 2001, pp. 1-3, [www.figo.org/files/figo-corp/ICEC_FIGO\(MOA_FINAL_2011_SPA\).pdf](http://www.figo.org/files/figo-corp/ICEC_FIGO(MOA_FINAL_2011_SPA).pdf) (consultado el 15 de noviembre de 2013).

⁴⁷ Marions, Lena, “Emergency Contraception with Mifepristone and Levonorgestrel: Mechanism of Action”, *Obstetrics & Gynecology*, Washington D. C., vol. 100, núm. 1, 2002, pp. 65-71; Croxatto, Horacio B. *et al.*, *op. cit.*, nota 45, pp. 442-450; Hapangama, Dharani *et al.*, “The Effects of Peri-Ovulatory Administration of Levonorgestrel on the Menstrual Cycle”, *Contraception*, Amsterdam, vol. 63, núm. 3, 2001, pp. 123-129; Durand, Marta *et al.*, “On the Mechanisms of Short-Term Levonorgestrel Administration in Emergency Contraception”, *Contraception*, Amsterdam, vol. 64, núm. 4, 2001, pp. 227-234.

⁴⁸ Noé, Gabriela *et al.*, *op. cit.*, nota 45, pp. 414-420; Novikova, Natalia *et al.*, “Effectiveness of Levonorgestrel Emergency Contraception given before or after Ovulation – a Pilot Study”, *Contraception*, Amsterdam, vol. 75, núm. 2, 2007, pp. 112-118.

Lo que estos estudios manifiestan es que cuando el levonorgestrel se ingiere antes de que se produzca un aumento de la hormona luteinizante en el cuerpo de la mujer, se origina una disfunción ovulatoria durante los siguientes 5 a 7 días, tiempo durante el cual los espermatozoides que pudieran haber quedado de la relación sexual sin protección se vuelven inviables.⁴⁹ Sin embargo, el levonorgestrel tiene la misma efectividad para suprimir la ovulación, que un medicamento placebo, cuando se administra inmediatamente antes de que la ovulación se produzca.⁵⁰

Otros estudios han tratado de evaluar si el levonorgestrel produce cambios en las características histológicas y bioquímicas del endometrio que pudieran evitar la implantación del cigoto. Sin embargo, se demostró que el levonorgestrel no tiene efectos sobre este tejido, por lo que no tendría ningún mecanismo para evitar el embarazo una vez que la fertilización ha ocurrido.⁵¹ Toda esta información científica volvía al fármaco levonorgestrel un candidato atractivo para ser tomado en cuenta por el gobierno mexicano como un anticonceptivo de emergencia seguro y accesible para las mujeres.

IV. CÓMO SE CREA UNA NORMA OFICIAL MEXICANA

Teniendo en cuenta los antecedentes ya descritos, se necesitaba encontrar un mecanismo que le permitiera a la sociedad entablar un diálogo con sus representantes electos sobre los temas tanto del respeto a los derechos sexuales y reproductivos de los ciudadanos como del acceso a los nuevos métodos anticonceptivos de emergencia, que tan necesarios son sobre todo para los sectores más vulnerables de la sociedad.

Si bien mediante el sufragio los ciudadanos tienen la oportunidad de intervenir en las políticas públicas, muy frecuentemente la interacción directa entre gobernados y gobernantes finaliza el mismo día de la elección, aislando a los ciudadanos de la creación de políticas que los afectarán directamente. Sin embargo, existe otra manera en la que las personas con un interés en incidir en la política pueden participar en las decisiones de gobierno, esta es mediante las deliberaciones que por ley tienen que llevarse a cabo al momento de expedirse las disposiciones jurídicas de carácter general por parte de los órganos de la administración pública federal.⁵²

⁴⁹ Croxatto, Horacio B. *et al.*, *op. cit.*, nota 45, pp. 442-450.

⁵⁰ Novikova, Natalia *et al.*, *op. cit.*, nota 48, pp. 112-118; Noé, Gabriela *et al.*, *op. cit.*, nota 45, pp. 414-420.

⁵¹ *Idem.*

⁵² Motta-Murguía, Lourdes y Tamés, Regina, *op. cit.*, nota 4, p. 338.

Dentro de las disposiciones jurídicas mencionadas en el párrafo anterior se encuentran las normas oficiales mexicanas. La Ley Federal sobre Metrología y Normalización, en su artículo 3, fracción XI, define a una NOM como:

la regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes, conforme a las finalidades establecidas en el artículo 40, que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación.⁵³

Las NOM se deben formular a partir de un proceso de consulta abierto a la sociedad. Deben de subirse a Internet, consultarse y discutirse lo más ampliamente posible, lo que generalmente conlleva un proceso muy largo.⁵⁴ Para iniciar el proceso para elaborar o modificar una NOM, primero el interesado (ya sea una persona física o moral) debe de acercarse a la Secretaría correspondiente y hacer entrega en la Oficialía de Partes de su solicitud por escrito. La solicitud debe de cumplir con alguna de las materias y finalidades establecidas en el artículo 40 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y encontrarse dentro del ámbito de competencia de la Secretaría.⁵⁵

Una vez que la solicitud ha sido recibida, se somete la propuesta de elaboración o modificación de la NOM a la consideración del Comité Consultivo Nacional de Normalización correspondiente, el cual debe de decidir si acepta o no estudiar la solicitud presentada.⁵⁶ Estos comités, de acuerdo a la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, son los órganos colegiados encargados de la elaboración de las NOM y la promoción de su cumplimiento. Le corresponde a una autoridad de la Secretaría u órgano administrativo competente en el tema presidir y coordinar el Comité, y deberán estar integrados “por personal técnico de las dependencias competentes, según la materia que corresponda al comité, organizaciones de industriales,

⁵³ Ley Federal sobre Metrología y Normalización, México, título primero, capítulo único, artículo 3o., fracción XI, 2012.

⁵⁴ Ortiz, Mauricio y Frenk, Julio, *Camino y destino: una visión personal de las políticas públicas de salud*, México, Cuadernos de Quirón, Memoria, 2009, p. 313.

⁵⁵ Sener, Proceso para la Elaboración o Modificación de una Norma Oficial Mexicana en Materia de Gas LP, México, 2012, <http://www.sener.gob.mx/res/198/normalizacion.pdf> (consultada el 15 de noviembre de 2013).

⁵⁶ *Idem.*

prestadores de servicios, comerciantes, productores agropecuarios, forestales o pesqueros; centros de investigación científica o tecnológica, colegios de profesionales y consumidores”,⁵⁷ siempre manteniendo un equilibrio entre los sectores involucrados.

En caso de que la solicitud se acepte, el Comité lo publicará en el Programa Nacional de Normalización o en su suplemento, y se pasará a la segunda etapa. Cada comité puede crear subcomités a cargo de materias específicas, en los que debe cuidarse que se mantengan los criterios de representatividad y equilibrio entre sus miembros. A su vez, los subcomités son los encargados de designar al Grupo de Trabajo responsable del anteproyecto de la NOM.⁵⁸

El Grupo de Trabajo debe de elaborar dicho anteproyecto junto con su Manifestación de Impacto Regulatorio (MIR) y someter ambos documentos a consideración tanto del Subcomité como del Comité. Es importante mencionar que de acuerdo al artículo 64 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización “las resoluciones de los comités deberán tomarse por consenso; de no ser esto posible, por mayoría de votos de los miembros. Para que las resoluciones tomadas por mayoría sean válidas, deberán votar favorablemente cuando menos la mitad de las dependencias representadas en el Comité y contar con el voto aprobatorio del presidente del mismo”.⁵⁹

Una vez que el anteproyecto ya ha sido aprobado por el Comité, debe de enviarse junto con el MIR a la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (Cofemer) para su dictamen. La Cofemer hace públicos tanto el anteproyecto como el MIR durante los siguientes 20 días hábiles, con el fin de que los interesados puedan señalar lo que a su derecho convenga, y después de dicho plazo, debe de tomar en consideración todas las opiniones recibidas para realizar su dictamen.⁶⁰ Una vez recibido el dictamen aprobatorio por parte de la Cofemer, se publica en el *DOF* el proyecto de NOM para consulta pública, a efecto de que dentro de los siguientes 60 días naturales los interesados presenten sus comentarios al Comité consultivo nacional de normalización correspondiente.⁶¹

⁵⁷ Ley Federal sobre Metrología y Normalización, México, título tercero, capítulo V, artículo 62, 2012.

⁵⁸ Sener, *op. cit.*, nota 55.

⁵⁹ Ley Federal sobre Metrología y Normalización, México, título tercero, capítulo V, artículo 64, 2012.

⁶⁰ Motta-Murguía, Lourdes y Tamés, Regina, *op. cit.*, nota 4, p. 339.

⁶¹ Ley Federal sobre Metrología y Normalización, México, título tercero, capítulo II, sección I, artículo 47, fracción I, 2012.

Al término del plazo, el Comité estudiará dichos comentarios, y en su caso, procederá a modificar el proyecto en un plazo que no excederá los 45 días naturales.⁶² Finalmente se ordenará la publicación en el *DOF* de las respuestas a los comentarios recibidos, así como de las modificaciones al proyecto, cuando menos 15 días naturales antes de la publicación de la NOM. Una vez aprobadas por el Comité de normalización respectivo, las NOM serán expedidas por la dependencia competente y publicadas en el *DOF*.⁶³

V. CREACIÓN DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA 005-SSA2-1993

Existieron dos antecedentes legales que darían origen a la NOM 005-SSA2-1993. El primero fue la publicación en el *DOF* de la Ley General de Salud el 7 de febrero de 1984, que señala en el artículo 67 que la planificación familiar tiene carácter prioritario. “Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad”.⁶⁴ El segundo fue en julio de 1992 con la publicación de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización que, como ya se mencionó, establece las bases y los procedimientos aplicables a la elaboración, modificación y cancelación de las normas oficiales mexicanas. Ese mismo año, la Secretaría de Salud crea sus comités consultivos nacionales de normalización.⁶⁵

Gracias a estos precedentes, las condiciones estaban dadas para que el 25 de octubre de 1993, y en cumplimiento a lo previsto en el artículo 46, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización,⁶⁶ la Dirección General de Planificación Familiar presentara ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud (CCNNSS) el anteproyecto de la NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar. Una vez aprobado por el CCNNSS, el 22 de noviembre se publicó

⁶² Ley Federal sobre Metrología y Normalización, México, título tercero, capítulo II, sección I, artículo 47, fracción II, 2012.

⁶³ Ley Federal sobre Metrología y Normalización, México, título tercero, capítulo II, sección I, artículo 47, fracción III, 2012.

⁶⁴ Ley General de Salud, México, título tercero, capítulo VI, artículo 67, 2013.

⁶⁵ Biblioteca CEDAW, “Cronología de la AE en México”, Cátedra UNESCO de Derechos Humanos de la UNAM, 2012, pp. 1-4, http://www.catedradh.unesco.unam.mx/BibliotecaCEDAW/menu_superior/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/6_derechos_sexuales_rep/0.pdf (consultada el 15 de noviembre de 2013).

⁶⁶ Ley Federal sobre Metrología y Normalización, México, título tercero, capítulo II, sección I, artículo 46, fracción I, 2012.

en el *DOF* el proyecto de NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar, para consulta pública, a efecto de que en los 90 días naturales siguientes, los interesados pudieran presentar sus comentarios ante la Dirección General de Planificación Familiar.⁶⁷

Después de una amplia consulta, el 20 de junio se publicaron las respuestas a los comentarios recibidos al proyecto de la norma, en términos del artículo 47, fracción III, de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización.⁶⁸ Finalmente, el 30 de junio de 1994 se publicó en el *DOF* la NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar, la cual, en su momento, fue ejemplo a nivel mundial por lo avanzado de sus propuestas en materia de anticoncepción.⁶⁹

Con la publicación de la norma se cerró un capítulo en la lucha por el reconocimiento de los derechos reproductivos de las y los mexicanos, que si bien terminaba con importantes avances, no incluía los métodos anticonceptivos de emergencia. Es en la segunda instancia, cuando se comienza a explorar la posibilidad de modificar la NOM para incluirlos, que se da una intensa participación de grupos de la sociedad en las diversas consultas organizadas por la Secretaría de Salud, Cofemer y otros organismos involucrados.

VI. INCLUSIÓN DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA EN LA NORMA OFICIAL MEXICANA 005-SSA2-1993

De acuerdo al artículo 51 de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización: “las normas oficiales mexicanas deberán ser revisadas cada 5 años a partir de la fecha de su entrada en vigor, debiendo notificarse al secretariado técnico de la Comisión Nacional de Normalización los resultados de la revisión, dentro de los 60 días naturales posteriores a la terminación del periodo quinquenal correspondiente”.⁷⁰

Gracias a esta previsión legal, los grupos interesados en modificar la Norma comenzaron a organizarse.

La importancia de incluir a la PAE, la recalca el doctor Roberto Tapia Conyer, quien en ese entonces fungía como el presidente del Comité Con-

⁶⁷ *DOF*, Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar, México, 22 de noviembre de 1993.

⁶⁸ LFMN, *op. cit.*, nota 63.

⁶⁹ *DOF*, Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar, México, 30 de junio de 1994.

⁷⁰ LFMN, Ley Federal sobre Metrología y Normalización, México, título tercero, capítulo II, sección I, artículo 51, 2012.

sultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades. En una entrevista concedida, junto con la doctora Lourdes Motta Murguía, aseveró que el tema era “realmente prevenir el embarazo no deseado de una manera segura, de una manera que estaba establecida en muchos países y que no violentaba en ninguna manera ni las condiciones de la ley y que al contrario estaba en el marco de las opciones que tiene un ser humano de elegir”.⁷¹

Cuatro años después de aprobada la NOM 005-SSA2-1993, y a instancias de diversos grupos de la sociedad que demandaban la inclusión de la PAE en dicha Norma, un grupo de diputadas federales solicitaron a la Secretaría de Salud que integrara un grupo multidisciplinario de expertos para que se analizara si procedía tanto jurídica como científicamente su inclusión, lo cual finalmente sucedió en octubre de 1998. Como refiere la doctora Lourdes Motta Murguía,

Allí hay un primer acercamiento de organizaciones de la sociedad civil, destacadamente organizaciones que tienen trabajo en materia de salud sexual y reproductiva, junto con legisladoras. En ese momento la actual secretaria [de Salud federal, Mercedes Juan López] era legisladora, entonces fue una de las que se acercó a la Secretaría y planteó que no había que esperar hasta 2002 (estoy hablando del 98) y se empieza a hablar de que ya es necesario revisar la Norma de Planificación Familiar porque había una gran cantidad de avances en la tecnología anticonceptiva.⁷²

El grupo de trabajo, integrado tanto por expertos de la Secretaría de Salud como de diversas instituciones científicas y académicas independientes, finalmente concluyó que tanto el régimen de Yuzpe como el fármaco levonorgestrel son seguros, efectivos y legales, por lo que recomendaba su incorporación en la Norma.⁷³ Ese mismo año, el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades (CC-NNPYCE), presidido por el doctor Tapia Conyer, le encargó al Subcomité de Salud Reproductiva que iniciara los trabajos con miras a la modificación de la NOM.⁷⁴ Es en estos grupos de trabajo donde se da un verdadero proceso de democracia deliberativa, como lo atestigua la doctora Motta Murguía:

⁷¹ Tapia Conyer, Roberto y Motta Murguía, Lourdes (comunicación personal, 22 de octubre de 2013).

⁷² *Idem.*

⁷³ Motta-Murguía, Lourdes y Tamés, Regina, *op. cit.*, nota 4, p. 364.

⁷⁴ Biblioteca CEDAW, *op. cit.*, nota 65, pp. 1-4.

Si hablamos desde 1998 de la Norma que salió en 2004, entraron en distintos momentos en la consulta más de 100 organizaciones [...] y de todo tipo. ¿Que si entraron solo de médicos? No. Una que puedo nombrar ahora es DDESER [Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México] que es una organización que tiene representación en todo el país y que además cada uno de sus capítulos es independiente. [...] En ese momento eran 32, entonces ya con estas son mucho más de 100 que van entrando en distintos momentos.

[...] Estaban ahí presentes en ese momento como parte del Pleno del Comité, Mexfam y Provida. ¿Y por qué estaban las dos? Porque la Ley Federal sobre Metrología y Normalización obliga a tener un balance, a que estén todas las perspectivas. Como en este caso están estas dos, igual se incorporó después al Comité la industria farmacéutica, y entonces estaba ANAFAM [Asociación Nacional de Fabricantes de Medicamentos] que representa a la industria nacional y [representantes de la industria] internacional. Siempre hay que tener las dos perspectivas cuando uno va incorporando integrantes para tener el balance. Entonces ahí en el pleno había muchos representantes de la sociedad civil, pero se hicieron desde 1998 hasta el 2004 grupos de trabajo que también están contemplados por la ley. Y a los grupos de trabajo prácticamente puede ir quien quiera. Lo interesante del procedimiento de creación de normas en este país es que no se necesita demostrar interés jurídico. Cualquiera puede mandar comentarios; entonces allí es donde iban todo los grupos y nos sentamos con quienes ustedes se imaginan: médicos, sacerdotes, de todo nos reunimos. Fue sobre todo en grupos de trabajo que se estuvo, valga la redundancia, trabajando el texto de la Norma.⁷⁵

El 21 de junio de 1999, el Subcomité de Salud Reproductiva presenta al pleno del CCNNPYCE, para su primera revisión, la propuesta de modificación a la Norma, que ya incluye la anticoncepción de emergencia, y el 22 de septiembre el pleno aprueba su modificación en lo general, pero sujeta su publicación a que se consulte a la Dirección General de Asuntos Jurídicos (DGAJ) de la Secretaría de Salud respecto a la definición de embarazo presente en la misma.⁷⁶

Al día siguiente, la DGAJ señaló que sí se debía de ajustar la definición de embarazo contemplada en la propuesta de modificación a la Norma. El problema principal era que la propuesta definía que el embarazo comenzaba con la fertilización del óvulo por un espermatozoide. En ese entonces la evidencia científica indicaba que el método por el cual la PAE evitaba el embarazo era actuando sobre el tejido del endometrio, con lo cual el zigo-

⁷⁵ Tapia Conyer, Roberto y Motta Murguía, Lourdes, *cit.*, nota 71.

⁷⁶ Biblioteca CEDAW, *op. cit.*, nota 65, pp. 1-4.

to no podía implantarse en la madre, sin embargo no había evidencia que demostrara que impedía la concepción. Como recuerda la doctora Motta:

Una cuestión muy interesante es que en todos esos años se fue generando nueva evidencia científica, en el caso específico de la anticoncepción de emergencia. Cuando se empezó a trabajar en el tema, en 1998, había una gran discusión alrededor de si [la PAE] tenía un efecto anti-implantatorio, y había para ese momento muchos artículos que así lo indicaban. Después fueron apareciendo cada vez más, y se llevaban a la mesa, a esos grupos de trabajo, artículos que indicaban lo contrario. Hubo un momento en que en realidad no tendría ni siquiera por qué haber habido discusión si nos colocábamos desde una postura científica porque [con la] evidencia ya no había discusión, ni siquiera con los grupos conservadores, o no debería de haber, porque ya se demostraba que no había efecto anti-implantatorio.⁷⁷

Un acontecimiento destacado, fuera del ámbito de las discusiones sobre la Norma, fue la elección presidencial de 2000 cuando el candidato del PAN, Vicente Fox Quesada, ganó la Presidencia de México. Diversos grupos se mostraron preocupados porque, siendo candidato, Vicente Fox había hecho declaraciones en un sentido contrario a la inclusión de la PAE en la Norma sobre planificación familiar, y temían que al llegar al gobierno obstruyera definitivamente cualquier avance respecto a la anticoncepción de emergencia. Sin embargo, el nuevo secretario de Salud, doctor Julio Frenk Mora, no solo continuó con la política a favor de la PAE, sino que se mostró dispuesto a agilizar el proceso, detenido por más de dos años. El doctor Tapia comenta:

Sin descrédito de lo que se pudo haber dado en otros países, en México creo que logramos resistir a los embates naturales de las fracciones conservadoras que se daban, y lo más interesante es que se da esto en el marco de una Presidencia, de un gobierno, de un Ejecutivo, que marcaría posiblemente una posición más conservadora que la de otros partidos. Así es que creo que eso también toma relevancia, que no fue en la presencia de un contexto liberal sino que, en gran medida, no en un contexto tan favorable como lo esperaríamos.⁷⁸

Durante el periodo 2000-2002, el Subcomité de Salud Reproductiva realiza el ajuste solicitado por la DGAJ y lleva a cabo un proceso de revisión y congruencia de la Norma, donde determina que es necesario conti-

⁷⁷ Tapia Conyer, Roberto y Motta Murguía, Lourdes, *cit.*, nota 71.

⁷⁸ *Idem.*

nuar con los trámites para emitir la actualización. Paralelamente, en 2001 la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) incluye por primera vez en el Registro Sanitario de Medicamentos a un producto dedicado para anticoncepción de emergencia, el levonorgestrel.⁷⁹

De acuerdo al propio doctor Julio Frenk Mora, secretario de Salud cuando esto sucedía en México, la discusión ya se había demorado demasiado.

Aunque de acuerdo con la ley, ya tocaba hacer la revisión de la NOM, por razones que ignoro, esta no se realizó en 1998. Al entrar al gobierno en diciembre de 2000 uno de los primeros temas que se me planteó fue que, habiendo pasado ya un par de años desde que debía haberse hecho, era indispensable echar a andar la revisión y que había varios grupos que querían proponer la anticoncepción de emergencia. Yo creo que las leyes están hechas para obedecerse; no que sea este un concepto revolucionario, pero quizá no está de más recordarlo. Y si la ley dice que la norma se tiene que revisar cada cinco años a mí me pareció que era necesario iniciar el proceso.⁸⁰

A principios de 2001 se abrió la discusión y el proceso de revisión de la NOM sobre planificación familiar, a instancias del Comité Nacional de Normalización de programas preventivos, presidido por el subsecretario Roberto Tapia. Más de cien organizaciones no gubernamentales participaron en el proceso de revisión: academias y sociedades profesionales, como la Academia Nacional de Medicina, las academias de Cirugía y de Pediatría, la Federación de Ginecología y Obstetricia, y las ONG de todas las persuasiones.⁸¹

El 19 de diciembre de 2002, durante la reunión del pleno del CCN-NPYCE, el Subcomité de Salud Reproductiva presentó su informe de labores en el cual señaló que la propuesta de resolución de actualización de la NOM ya estaba lista, y que incorporaba todas las sugerencias y observaciones efectuadas por los actores involucrados. Acto seguido la presentó al pleno y solicitó su aprobación para que se sometiera al proceso de mejora regulatoria y al dictamen jurídico final, a fin de que se publicara en el *DOF*. La versión modificada de la Norma fue aprobada de manera unánime, y aunque Provida estaba invitado a esta sesión, no acudió, a pesar de que la

⁷⁹ Cofepris, Registro Sanitario de Medicamentos, 2001, <http://www.cofepris.gob.mx/AS/Documents/RegistroSanitarioMedicamentos/REGHERB2001.pdf> (consultado del 15 de noviembre de 2013).

⁸⁰ Ortiz, Mauricio y Frenk, *op. cit.*, nota 54, p. 314.

⁸¹ *Idem.*

convocatoria señalaba que, en caso de ausencia, se entendía otorgada la aceptación a las resoluciones adoptadas en la sesión.⁸²

Al día siguiente se remitió la actualización de la NOM a la DGAJ de la Secretaría de Salud para su dictamen jurídico, y después que esta Dirección señalara algunos ajustes menores que terminaron incorporándose a la Norma, el 27 de junio de 2003 se emite finalmente el oficio en el que el área jurídica señala que no existen inconvenientes jurídicos para formalizar su expedición. En los meses siguientes se continuó trabajando en la actualización de la Norma, mejorándola.⁸³

Finalmente, en enero de 2004 todo estaba listo para finalizar este largo proceso. El 7 de enero el proyecto de resolución por el que se actualizaba la Norma se envía a la Cofemer, solicitando que se otorgue el visto bueno para proceder a la publicación, exentando a la Secretaría de Salud de la elaboración de la MIR correspondiente por tratarse de una resolución que no implicaba costos de cumplimiento a los particulares.⁸⁴ A este respecto, la doctora Motta recuerda: “La forma en la que se aprobó [la NOM] fue como una resolución que modificaba toda la Norma. Ahí también entraron otras organizaciones, no de la sociedad civil, pero del propio gobierno. Porque Cofemer determinó que existían las condiciones para que la Norma se metiera de inmediato y entrara en vigor porque se estaban ampliando los derechos humanos”.⁸⁵

El 9 de enero la Cofemer otorga la exención de la MIR, con lo que ya no existía ningún impedimento legal para su publicación. El 12 de enero la versión final de la actualización se envía a la DGAJ de la Secretaría de Salud para que esta tramite su publicación en el *DOF*, y el 14 de enero la DGAJ solicita formalmente al *DOF* que publique la resolución por la que se modifica la NOM-005-SSA2-1993.⁸⁶

Finalmente, el 21 de enero de 2004 se publica la Norma actualizada en el *DOF*, entrando en vigor al día siguiente.⁸⁷ Como característica más destacada incluye por primera ocasión el método de anticoncepción hormonal poscoital (régimen de Yuzpe y “producto dedicado” levonorgestrel).

Después de aprobarse la NOM-005-SSA2-1993 modificada, los grupos interesados en la anticoncepción de emergencia se pronunciaron tanto a

⁸² Motta-Murguía, Lourdes y Tamés, Regina, *op. cit.*, nota 4, p. 365.

⁸³ Biblioteca CEDAW, *op. cit.*, nota 65, pp. 1-4.

⁸⁴ Motta-Murguía, Lourdes y Tamés, Regina, *op. cit.*, nota 4, p. 370.

⁸⁵ Tapia Conyer, Roberto y Motta Murguía, Lourdes, *cit.*, nota 71.

⁸⁶ Biblioteca CEDAW, *op. cit.*, nota 65, pp. 1-4.

⁸⁷ *DOF*, Resolución por la que se Modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar, México, 21 de enero de 2004.

favor como en contra de la misma. Grupos como Afluentes, S. C.; Católicas por el Derecho a Decidir, A. C.; Consorcio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad, A. C.; DDESER-Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México; Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia, A. C.; Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población-DF; Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, Mexfam; Grupo de Información en Reproducción Elegida, A. C.; IPAS México; Modemmujer, A. C.; Population Council México; Red Nacional Democracia y Sexualidad, Demysex, A. C.; Salud Integral para la Mujer, SIPAM, A. C., se congratularon por su aprobación;⁸⁸ mientras que grupos como la Conferencia del Episcopado Mexicano, la Comisión Episcopal de Pastoral Familiar y Provida se manifestaron en contra, tachándola de promotora del aborto.⁸⁹

Las dosis y los esquemas que se aprobaron en la modificación de la NOM-005-SSA2-1993, como aparecen en el inciso 5.3.1 de la norma, fueron las siguientes.⁹⁰

1. Hormonales orales combinados estrógeno + progestina

- Tabletas que contienen etinil-estradiol 50 µg + 250 µg de levonorgestrel.
- Tabletas que contienen etinil-estradiol 50 µg + 500 µg de dl-norgestrel.
- *Dosis total 4 tabletas.*

Dos tabletas como primera dosis lo antes posible, pero no después de 120 horas después del coito no protegido. Administrar una segunda dosis de dos tabletas 12 horas después de la primera dosis.

- Tabletas que contienen etinil-estradiol 30 µg + 150 µg de levonorgestrel.
- Tabletas que contienen etinil-estradiol 30 µg + 300 µg de dl-norgestrel.
- *Dosis total 8 tabletas.*

⁸⁸ PESEGPA, “Pronunciamiento de organizaciones de la sociedad civil sobre la última actualización de la Norma Oficial Mexicana de planificación familiar”, Proyecto de Educación Sexual, Equidad de Género, Prevención de las Adicciones y de la Violencia, 27 de enero de 2004, http://paideia.synaptium.net/pub/pesegpatt2/educ_sexual/anticoncep_emergencia/ae.htm (consultado el 15 de noviembre de 2013).

⁸⁹ Gómez, Carolina *et al.*, “Frenk: no se modificarán políticas de salud por presiones de la Iglesia”, *La Jornada*, 3 de febrero de 2004, <http://www.jornada.unam.mx/2004/02/03/040n1soc.php> (consultado el 15 de noviembre de 2013).

⁹⁰ *DOF, op. cit.*, nota 87.

Ilustración 1. Copia del *DOF* donde se actualiza la NOM-005-SSA2-1993

Miércoles 21 de enero de 2004	DIARIO OFICIAL	39
SECRETARIA DE SALUD		
RESOLUCION por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.		
Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.		
ROBERTO TAPIA CONYER, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades Regulación, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3 fracción V, 13 apartado A fracción I, 67, 68 y 69 de la Ley General de Salud; 40 fracciones I y XI, y 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 21, 40, 116, 117, 118, 119 y 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y 7 fracciones V, XIX y XX fracción III del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación de la Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.		
CONSIDERANDO		
Que el día 30 de mayo de 1994 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.		
Que se ha detectado la necesidad de modificar la Norma, a efecto de otorgar mayores alternativas a los gobernados, lo cual no implica crear nuevas obligaciones para los particulares.		
Que el artículo 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización establece la posibilidad de modificar las normas oficiales mexicanas sin seguir el procedimiento para su elaboración, siempre y cuando esto no implique crear nuevos requisitos o procedimientos, o bien incorporar especificaciones más estrictas, se tiene a bien expedir la siguiente:		
RESOLUCION POR LA QUE SE MODIFICA LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.		
UNICO. La Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar, se modifica, para quedar de la siguiente manera:		
NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR		
INDICE		
0.	Introducción	
1.	Objetivo y campo de aplicación	
2.	Definiciones	
3.	Simbolos, abreviaturas y nomenclatura	
4.	Disposiciones generales	
5.	Métodos anticonceptivos	
5.1	Métodos hormonales orales	
5.2	Métodos hormonales inyectables	
5.3	Métodos hormonales postcoito	
5.4	Métodos hormonales subdérmicos	
5.5	Dispositivos intrauterinos	
5.6	Oclusión tubaría bilateral	
5.7	Vasectomía	
5.8	Métodos de barrera y espermicidas	
5.9	Métodos naturales o de abstinencia periódica	
5.10	Método de lactancia y amenorrea	
6.	Identificación de casos de esterilidad e infertilidad	
7.	Concordancia con normas internacionales y mexicanas	
8.	Bibliografía	
9.	Observancia de la Norma	
10.	Vigencia	
11.	Apéndices informativos	

Cuatro tabletas como primera dosis lo antes posible, pero no después de 120 horas después del coito no protegido. Administrar una segunda dosis de cuatro tabletas 12 horas después de la primera dosis.

2. Hormonales orales de progestina sola

- Tabletatas que contienen levonorgestrel 750 µg.
- *Dosis total 2 tabletas.*

Una tableta como primera dosis lo antes posible, pero no después de 120 horas después del coito no protegido. Administrar una segunda dosis de una tableta, 12 horas después de la primera dosis.

Un esquema simplificado consiste en la administración de las dos tabletas juntas lo antes posible, pero no después de 120 horas después del coito no protegido.

- Tabletatas que contienen levonorgestrel 30 µg.
- *Dosis total 50 tabletas.*

Veinticinco tabletas como primera dosis lo antes posible, pero no después de 120 horas después del coito no protegido. Administrar una segunda dosis de 25 tabletas, 12 horas después de la primera dosis.

Es hasta entonces que se desata una confrontación entre los grupos más conservadores de la sociedad mexicana, encabezados por Provida y la jerarquía católica, y el gobierno del presidente Fox y su secretario de Salud. Como recuerda el propio Julio Frenk:

En ese entonces Santiago Creel era secretario de Gobernación, y él, que es un hombre abierto, un hombre que cree en el diálogo, me llamo por teléfono. Nunca me sugirió dar marcha atrás, fue muy respetuoso, pero sí me pidió que me sentara a platicar con la jerarquía eclesiástica. Yo le dije que desde luego, porque no solamente creo en el diálogo sino que procurararlo era mi obligación como servidor público. Es un derecho de petición de audiencia que ningún gobierno democrático puede negar.⁹¹

Es así que el doctor Frenk se reúne con el cardenal Norberto Rivera Carrera, a fin de que las partes más controversiales de la NOM le fueran explicadas y no quedara duda de los criterios científicos que se tomaron en

⁹¹ Ortiz, Mauricio y Frenk, *op. cit.*, nota 54, p. 316.

cuenta para su adopción. En aquella reunión, el doctor Frenk tuvo tiempo de aclarar otras dos cosas al cardenal. Primero, que aunque mucha gente seguía pensando que la píldora del día siguiente era la famosa RU486, que sí produce abortos, la píldora aprobada en la norma era un anticonceptivo hormonal. Segundo, que basándose en las pruebas científicas, él podía afirmar que el anticonceptivo autorizado no era abortivo.⁹²

Continúa narrando el doctor Frenk:

El cardenal se tranquilizó, pero me dijo que ellos tenían relación con algunos doctores y científicos que sostenía lo contrario. Yo le propuse que organizáramos una reunión para que ellos pudieran discutir el punto con los expertos en biología de la reproducción del Instituto Nacional de la Nutrición, del Instituto Nacional de Perinatología y de la propia Secretaría de Salud. [...] Finalmente, mi última declaración fue que la Norma Oficial Mexicana constituía una revisión completa de todas las opciones de anticoncepción disponibles para las parejas mexicanas. Claro, lo que habían destacado los medios, porque era tema de escándalo, era la anticoncepción de emergencia. Pero la norma incluía todo: desde la abstinencia, el método *Billings* y el ritmo, hasta la anticoncepción convencional hormonal, los condones femeninos, que tampoco estaban antes, y sí, también la anticoncepción de emergencia.⁹³

A raíz de este encuentro, el secretario Frenk aceptó reunirse en una mesa de discusión con grupos conservadores para hacerles las mismas observaciones hechas al cardenal, y despejar las dudas de si el accionar de la PAE era abortivo o no.

El propio secretario Creel instaló en sus oficinas la mesa correspondiente con los responsables del tema dentro de la Conferencia del Episcopado Mexicano. También llevaron a algunos ginecólogos que son asesores de la Iglesia Católica y tienen una posición distinta a la oficial, y acordamos que se discutiera. Yo llegué armado, y no exagero, con una carpeta de quince centímetros de espesor con todos los documentos relacionados con el caso. La gente del área de salud reproductiva de la Secretaría hizo un gran trabajo, e invitamos también a las principales expertas a nivel nacional para discutir el tema. Posteriormente fui también con el Comité Ejecutivo Nacional del PAN y ahí repetí lo mismo. No escatimé esfuerzo en dialogar, porque el diálogo era una parte central de mi mandato.⁹⁴

⁹² *Idem.*

⁹³ *Ibidem*, p. 320.

⁹⁴ *Idem.*

VII. INCLUSIÓN DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA EN EL CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS

Si bien es cierto que la modificación a la NOM incluía a la PAE dentro de los métodos de planificación familiar, hasta ese momento el “producto dedicado” levonorgestrel no podía utilizarse en las instituciones públicas de salud. Esto era así debido a un Acuerdo firmado el 24 de diciembre de 2002 por el entonces presidente Vicente Fox Quesada, mediante el cual las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud:

Solo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y, para el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos. Para tal efecto, se contará con el cuadro básico y catálogo de medicamentos; auxiliares de diagnóstico; material de curación, y de instrumental y equipo médico.

En la adquisición de insumos, las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud deberán ajustarse al agrupamiento, dosificación y codificación, establecidos en el cuadro básico y en el catálogo, así como a los lineamientos de control de inventarios e intercambio y aprovechamiento de excedentes señalados en los mismos.⁹⁵

Ante esta restricción, diversos grupos de la sociedad civil organizada, como el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva (GIRE, A. C.), pidieron la inclusión de los anticonceptivos de emergencia entre los medicamentos necesarios y obligatorios para todas las instituciones públicas del Sector Salud en su primer nivel de atención, a fin de “garantizar su difusión, abasto eficiente y oportuno, así como su prescripción racional y venta a un costo razonable”.⁹⁶

El organismo a quien iban dirigidos los pedidos de inclusión era el Consejo de Salubridad General (CSG), el cual “es un órgano colegiado, de origen constitucional, que de acuerdo con sus atribuciones elabora, actualiza,

⁹⁵ *DOF*, Acuerdo por el que se Establece que las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud solo deberán utilizar los Insumos establecidos en el Cuadro Básico para el Primer Nivel de Atención Médica y, para Segundo y Tercer Nivel, el Catálogo de Insumos, México, 24 de diciembre de 2002.

⁹⁶ Flores, Alonso y Winocur, Mariana, “La anticoncepción de emergencia en el cuadro básico afianza los derechos reproductivos”, *Boletín de Prensa*, GIRE, 12 de julio de 2005, <http://www.gire.org.mx/publica2/Bolet%EDnPAECuadroB%E1sico120705.pdf> (consultado el 15 de noviembre de 2013).

publica y difunde el Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel”.⁹⁷

De acuerdo al doctor Tapia:

Se tiene que dar una solicitud del productor [del medicamento] ante el Consejo de Salubridad General de hacer su incorporación al Cuadro Básico. El Cuadro Básico es muy relevante, porque si no está en ese catálogo de medicamentos no hay posibilidad de ser adquirido por las instituciones públicas. Entonces es una condición *sine qua non* para que un producto pase por ese filtro y ahí tenemos un proceso muy interesante: está en la Norma, por lo tanto hay que incluirlo para que fuese adquirido por las instituciones públicas, porque puede ser adquirido por cualquier otro fuera de las instituciones públicas pero para poder ser efectivo en las instituciones tenía que entonces pasar a ser un integrante del Cuadro Básico. Es ahí dónde viene otro proceso de revisión de la evidencia científica. Más allá de lo que nosotros pudimos haber documentado y consensuado, en el Comité se ratifica, se verifica y se ratifica entre un grupo independiente, que se dedica a ver los pros y contras de la incorporación de un producto. Entonces pasó a un segundo espacio, digamos, de análisis en el cual deciden que debe ser incorporado al Cuadro Básico, y se le da la incorporación y por eso en ese momento tiene que entrar o entra al catálogo de opciones de adquisiciones por el sector público [...]

[La NOM y el CSG] Son dos organizaciones totalmente diferentes. Curiosamente no tienen nada que ver una con la otra. Son estructuras con funciones diferentes, lo cual habla de la fortaleza del argumento. Es decir, había la suficiente evidencia científica para que fuese parte de la Norma, y segundo había la suficiente evidencia para considerar que no está violentando ningún otro proceso biológico ni de derecho de la propia persona.⁹⁸

Fundado en 1841 con el nombre de Consejo Superior de Salubridad, el Consejo de Salubridad General adopta en 1917 su nombre actual y es elevado a rango constitucional (artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos), dependiendo directamente del presidente de la República. Tiene como mandato principal la emisión de disposiciones obligatorias en materia de salubridad general, y representa la segunda autoridad sanitaria del país, precedido únicamente por el titular del Ejecutivo Federal.⁹⁹

⁹⁷ Consejo de Salubridad General, *Cuadro básico y catálogo de instrumental y equipo médico*, t. I. Instrumental, México, Comisión Institucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, 2012, p. IX.

⁹⁸ Tapia Conyer, Roberto y Motta Murguía, Lourdes, *cit.*, nota 71.

⁹⁹ Kershenovich Stalnikowitz, David, “El Consejo de Salubridad General”, *Gaceta Médica de México*, México, vol. 148, núm. 6, noviembre-diciembre de 2012, pp. 598-600.

El cuadro básico se estableció hace más de dos décadas para garantizar que las prioridades del Gobierno en materia de medicamentos no fueran un acto caprichoso del secretario en turno o estuvieran sujetas a presiones por parte de las empresas farmacéuticas. El proceso colegiado es un blindaje en contra de cualquier posible falta de transparencia. Un avance que se dio en la administración de Frenk, es que se publicó un nuevo reglamento de la Comisión Revisora del Cuadro Básico, para que la decisión de incluir, o no, un medicamento se basara en criterios explícitos de fármaco-economía.¹⁰⁰

Sigue comentando el doctor Frenk:

Además, los distintos actores sociales tienen el derecho de iniciar el proceso de revisión del cuadro básico solicitando la inclusión de algún fármaco, cosa que ocurrió en este caso. Tampoco fue una decisión arbitraria de mi parte. El grupo interinstitucional de salud reproductiva, que fue quien originalmente había solicitado la revisión de la norma, obviamente dio el siguiente paso lógico que fue solicitar la inclusión de la anticoncepción de emergencia en el cuadro básico. Por su parte, una de las empresas que producen el medicamento también solicitó su inclusión, como sucede normalmente con todas las empresas productoras de medicamentos, ya que es la única manera en que el gobierno puede comprar sus productos. Esto también toma tiempo, ya que es un proceso colegiado donde hay mucha deliberación.¹⁰¹

De acuerdo al artículo 28 de la Ley General de Salud, entre las obligaciones del CSG se encuentra la creación del Cuadro Básico de Medicamentos:

habrá un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, y en los que se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud. Para esos efectos, participarán en su elaboración: La Secretaría de Salud, las instituciones públicas de seguridad social y las demás que señale el Ejecutivo Federal.¹⁰²

A pregunta expresa sobre la representatividad democrática del Consejo de Salubridad General, la doctora Motta comentó lo siguiente:

¹⁰⁰ Ortiz, Mauricio y Frenk, *op. cit.*, nota 54, p. 321.

¹⁰¹ *Idem.*

¹⁰² Ley General de Salud, México, título tercero, capítulo I, artículo 28, 2013.

Los productos dedicados, es decir, estos nuevos que hay que son dos pastillas [...], esos estaban en el sector privado. En el sector público no. Entonces era necesario que, después de que ya estaban en la Norma, se hiciera un procedimiento para que tuvieran también las mujeres acceso a ese producto dedicado y además de que no se incurriera en desperdicios, porque cada persona que fuera y pidiera [la PAE] le tenían que dar completo y luego las otras [pastillas] no las iba a usar. Entonces es cuando se hace el procedimiento de inclusión en el Cuadro Básico. Ese efectivamente se hace dentro del Consejo de Salubridad General. Hay un Comité Interinstitucional del Cuadro Básico. ¿Quiénes están ahí? Están todas las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud: está el IMSS, está el ISSSTE, Pemex, Sedena, hay organizaciones de la sociedad civil, sí, pero ya a otro nivel. Ahí está por ejemplo la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Cirugía, la UNAM. Esa es la sociedad civil que participa. Hay una organización defensora de los derechos sexuales y reproductivos; no tiene ningún tipo de interacción con el Comité Interinstitucional. Ahí es distinto: hay organizaciones de la sociedad civil, sí, pero hay ya muy científicas; la decisión de política pública ya va vinculada con otras cosas.¹⁰³

Como se mencionó, el CSG es un organismo eminentemente científico y médico, y aunque están presentes organizaciones que representan los intereses de la sociedad, estos son de corte técnico. De acuerdo al artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General vigente en 2005, este se encontraba integrado por un presidente, que es el secretario de Salud, un secretario, y vocales tanto titulares como auxiliares.¹⁰⁴ Los vocales titulares eran los siguientes:

- Titular del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Titular del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Director General del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
- Director General del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional.
- Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México, A. C.
- Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

¹⁰³ Tapia Conyer, Roberto y Motta Murguía, Lourdes, *cit.*, nota 71.

¹⁰⁴ *DOF*, Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, México, capítulo II, artículo 3, 30 de octubre de 2002.

- Representante de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, A. C.
- Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Director General del Instituto Politécnico Nacional.
- Secretario de Desarrollo Social.
- Secretario de Medio Ambiente y Recursos Naturales.
- Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A. C.¹⁰⁵

Actualmente también son parte del CSG los siguientes secretarios:

- Secretario de Hacienda y Crédito Público.
- Secretario de Economía.
- Secretario de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación.
- Secretario de Comunicaciones y Transportes.
- Secretario de Educación Pública.¹⁰⁶

Aunque en 2005 se mencionaba que los vocales auxiliares serían aquellos que a invitación del presidente del CSG se consideraran necesarios, de acuerdo al artículo 4 del Reglamento actualmente vigente, los vocales auxiliares son quienes pueden observarse en la tabla de la siguiente página.¹⁰⁷

Para apoyar las actividades del CSG, su Reglamento Interno prevé la creación de diversos comités y comisiones. En el artículo 14 del Reglamento del 30 de octubre de 2002 se estipulaba que la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud (CICBCISS) sería la encargada de elaborar el Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel.¹⁰⁸ De acuerdo al Reglamento, dicha Comisión debía estar integrada por el secretario del Consejo de Salubridad General, quien fungía como presidente, y por los miembros titulares del Consejo que representaban a los organismos enlistados:¹⁰⁹

¹⁰⁵ *Idem.*

¹⁰⁶ *DOF*, Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, México, capítulo II, artículo 3, 11 de diciembre de 2009.

¹⁰⁷ *Idem.*

¹⁰⁸ *DOF*, *op. cit.*, nota 104.

¹⁰⁹ *DOF*, Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, México, capítulo I, artículo 1, 27 de mayo de 2003.

Tabla. Vocales auxiliares actuales del Consejo de Salubridad General

Secretario de Salud de la Zona Noroeste	Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina
Secretario de Salud de la Zona Centro	Secretario de Salud de la Zona Noreste
Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Secretario de Salud de la Zona Sureste
Subdirector Corporativo de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos	Coordinador General de Protección Civil, de la Secretaría de Gobernación
Presidente de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.	Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría, A. C.
Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A. C.	Presidente de la Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas, A. C.
Presidente del Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.	Presidente del Colegio Médico de México, A. C.
Presidente de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica	Presidente del Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica
Presidente de la Cámara Nacional de la Industria de la Transformación	

- Secretaría de Salud.
- Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
- Secretaría de la Defensa Nacional.

Actualmente, también son parte de la Comisión los representantes de estas instituciones:¹¹⁰

- Secretaría de Marina.
- Petróleos Mexicanos.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal.

La Comisión tiene por objeto elaborar, actualizar y difundir el Cuadro Básico y el Catálogo, mediante “un proceso sustentado en criterios de transparencia, de eficiencia, e incorporando la evidencia de los avances de la ciencia y la tecnología en medicina para fomentar la calidad y el uso racional de los insumos en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud”;¹¹¹ para ello cuenta con varios comités técnicos específicos, entre los que se encuentran:

- a) De Medicamentos.
- b) De Material de Curación.
- c) De Auxiliares de Diagnóstico.
- d) De Instrumental y Equipo Médico.

En el artículo 14 del Reglamento de 2003 se establecían los lineamientos para elaborar y revisar permanentemente el Cuadro Básico y Catálogo con el fin de efectuar su actualización mediante los procesos de inclusión, modificación o exclusión de los insumos.¹¹² Aunque actualmente ha cambiado el Reglamento, la revisión, valoración, evaluación y dictamen de cada una de las solicitudes de actualización del Cuadro Básico y Catálogo debe seguirse apegando al Reglamento Interior de la Comisión, y el proceso debe de fundamentarse en la revisión de la información entregada a la Comisión por los solicitantes, la cual precisa de incluir aspectos clínicos, de

¹¹⁰ *DOF*, Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, México, capítulo II, artículo 4, 22 de junio de 2011.

¹¹¹ *DOF*, Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, México, capítulo II, artículo 5, 22 de junio de 2011.

¹¹² *DOF*, Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, México, capítulo III, sección II, artículo 14, 27 de mayo de 2003.

farmacovigilancia, tecnovigilancia y aspectos económicos relacionados con el insumo.

En el artículo 24 del Reglamento de 2003 se mencionaba que las instituciones prestadoras de servicios de salud, las organizaciones científicas o los proveedores que deseaban incluir nuevos medicamentos en el Cuadro Básico debían de presentar los siguientes documentos:¹¹³

- Nombre genérico del producto.
- Registro sanitario vigente.
- Nombre comercial del mismo en caso de existir.
- Forma farmacéutica.
- Presentación.
- Fórmula cuantitativa del o de los principios activos y de los aditivos.
- Información bibliográfica reciente y de validez científica de cada uno de los componentes de la fórmula que se refieran a la farmacocinética, farmacodinamia, clínica, y terapéutica sustentada en estudios controlados, útiles para la práctica médica basada en evidencias.
- Cédula con la propuesta de descripción genérica del insumo que se solicita actualizar.
- Caducidad y condiciones de almacenamiento.
- Estudios de farmacoeconomía, que pueden ser desde minimización de costos, análisis de costo-efectividad, de costo-utilidad, de costo-beneficio, hasta precios unitarios.
- En el caso de proveedores, manifiesto de contar con capacidad de abasto a las instituciones de salud y con un sistema de farmacovigilancia y notificación inmediata a la Secretaría de Salud de interacciones de medicamentos o reacciones adversas severas.

El proceso a seguir para la aprobación de un nuevo medicamento es el mismo actualmente que en el 2003. La información es evaluada por los miembros del Comité, quienes dictaminan por consenso la idoneidad de cada solicitud. Los proyectos de actualización del Cuadro Básico y Catálogo “deben de colocarse en la página de Internet del Consejo, a efecto de que los interesados puedan opinar por escrito y medio magnético sobre su contenido dentro del plazo de diez días naturales y la Comisión determine lo conducente”;¹¹⁴ en cualquier caso, la Comisión:

¹¹³ *DOF*, Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, México, capítulo V, artículo 24, 27 de mayo de 2003.

¹¹⁴ *DOF*, Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, México, capítulo V, artículo 26, 27 de mayo de 2003.

dará respuesta a cada uno de los comentarios, informando los fundamentos técnicos que sirvieron de base al dictamen. En los casos de que el dictamen no sea favorable a la solicitud de actualización, el solicitante solo podrá presentar una nueva solicitud cuando hayan transcurrido cuatro meses a partir de la fecha de emisión del dictamen correspondiente, siempre y cuando se aporten nuevos elementos que la justifiquen.¹¹⁵

Las actualizaciones del Cuadro Básico y Catálogo, que se aprueben en las actas respectivas, surtirán sus efectos al día siguiente de su publicación en el *DOF*.¹¹⁶

Ante la demanda social de hacer accesible la PAE a las mexicanas usuarias de las instituciones públicas de salud, el 8 de marzo de 2005 se presenta ante la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, la solicitud para la inclusión de comprimidos de 0.75 mg de Levonorgestrel, a fin de que este pueda ser adquirido por las instituciones públicas de salud. El 18 de mayo la Comisión Interinstitucional dictamina como procedente la inclusión del fármaco en el Cuadro Básico, considerando principalmente que en la resolución que modifica la NOM 005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar, en la sección 5 “métodos anticonceptivos”, inciso 5.3 “anticoncepción hormonal poscoito,” se menciona al levonorgestrel como alternativa del método Yuzpe, y resuelve que se integre en la sección de Cuadro Básico (Primer Nivel) de la Vigésima Segunda Actualización del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos.¹¹⁷

Del 27 de mayo al 5 de junio, y atendiendo a lo que señala el artículo 26 del Reglamento Interior de la CICBCISS, el proyecto se coloca en la página web del Consejo por 10 días naturales, a efecto de que los interesados pudieran opinar sobre su contenido. No se recibieron comentarios en contra de la inclusión del levonorgestrel en el Cuadro Básico.¹¹⁸

Finalmente, el 11 de julio de 2005 se publica en el *DOF* la Vigésima Segunda Actualización del Cuadro Básico de Medicamentos, que ya incluye la “píldora del día siguiente” como parte de los medicamentos accesibles para los pacientes del Sector Salud.¹¹⁹

¹¹⁵ *Idem.*

¹¹⁶ *Idem.*

¹¹⁷ Biblioteca CEDAW, *op. cit.*, nota 65, pp. 1-4.

¹¹⁸ *Idem.*

¹¹⁹ *DOF*, *Vigésima segunda actualización del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos*, México, 11 de julio de 2005.

Ilustración 2. Copia del *DOF* donde se publica la vigésima segunda actualización del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos

74 (Segunda Sección)	DIARIO OFICIAL	Lunes 11 de julio de 2005	
CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL			
VIGESIMA Segunda Actualización del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos.			
Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Consejo de Salubridad General.			
VIGESIMA SEGUNDA ACTUALIZACION DEL CUADRO BASICO Y CATALOGO DE MEDICAMENTOS			
La Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, con fundamento en los artículos 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 17 fracción V y 28 de la Ley General de Salud; 5o. fracción X, 13 fracción I y 14 del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General; primero, tercero fracción I, cuarto, quinto y sexto fracción II del Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y, para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos; 1, 3, 5 fracción I, 24 y 26 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, y			
CONSIDERANDO			
Que mediante el Acuerdo publicado en el <i>Diario Oficial de la Federación</i> el 24 de diciembre de 2002, por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica, y para segundo y tercer nivel el catálogo de insumos, se creó el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos.			
Que la finalidad del Cuadro Básico y Catálogo consiste en tener al día la lista de los medicamentos que se requieren en las instituciones del sector salud para atender los principales problemas de salud de la población mexicana.			
Que la aplicación del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos en la Administración Pública Federal ha permitido contar con un sistema único de clasificación y codificación de insumos para la salud, lo cual ha contribuido a homogeneizar las políticas de adquisición de las instituciones públicas federales del Sistema Nacional de Salud.			
Que los insumos para la salud son un componente esencial de la atención a la salud, por lo que es necesario garantizar su efectividad y seguridad, su abasto eficiente y oportuno, su prescripción racional y su venta a un costo razonable.			
Que en atención a las anteriores consideraciones, la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud expide la Vigésima Segunda Actualización del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos.			
INCLUSIONES			
CUADRO BASICO			
GRUPO 19. PLANIFICACION FAMILIAR			
LEVONORGESTREL			
Clave	Forma farmacéutica	Indicaciones	Vía de administración y dosis
2210	COMPRIMIDO Cada comprimido contiene: Levonorgestrel 0.750 mg Envase con 2 comprimidos	Anticonceptivo hormonal poscoito.	Oral Mujeres en edad fértil, incluyendo las adolescentes: 1 comprimido que debe ser tomado lo antes posible después de una relación sexual sin protección, y a más tardar dentro de las siguientes 72 horas. El segundo comprimido debe ser tomado 12 horas después del primero. Ante la presencia de vómito en las 3 horas posteriores a la primera dosis, tomar de inmediato el segundo comprimido.

Si bien los grupos conservadores ya no se habían pronunciado más, a partir de las reuniones sostenidas con el secretario Frenk, a raíz de la inclusión de la PAE en el cuadro básico de medicamentos surgió de nuevo una oleada de ataques hacia la persona del secretario, y presiones al gobierno del presidente Fox para que lo removiera de su cargo.¹²⁰

Comenta el doctor Frenk:

Igual que había ocurrido un año antes, hablé por teléfono con el secretario de Gobernación, que ahora era Carlos Abascal. Con mucho respeto me preguntó si podía revertirse la decisión motivo de la nueva controversia con los grupos conservadores. Yo le dije que no, que el proceso del cuadro básico había concluido y que ya estaba publicado. Le dije que se podía solicitar una nueva revisión, algo que de todos modos ocurre constantemente, estimando que el proceso tomaría más de un año, como había ocurrido en el caso presente. Le propuse que lo discutiéramos más a fondo porque yo creía que había un problema de mala información.¹²¹

VIII. CONCLUSIÓN

El proceso mediante el cual se modificó la NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar, a fin de incluir a la anticoncepción de emergencia, y su subsiguiente incorporación al Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos, fue el resultado de una serie de consultas y debates entre diversos elementos de la sociedad mexicana, propiciado por el propio Gobierno de la República. Esta muestra de participación ciudadana no se había dado nunca en nuestro país, y muy pocas instituciones han seguido su ejemplo.

Si bien no estuvo exento de controversias y los grupos con visiones antagónicas no cambiaron sus opiniones, sí podemos decir que el deliberar y proponer argumentos, tomando como base los conocimientos médicos y científicos, rindió frutos, e incluso quienes no estuvieron conformes con el resultado final, no pudieron argumentar que sus voces habían sido ignoradas o que nunca se les convocó a las deliberaciones.

Sin duda, este es uno de los pocos ejemplos de éxito en nuestro país en donde la sociedad organizada pide ser escuchada y al final del proceso obtiene los resultados deseados. Si la democracia deliberativa basada en argumentos lógicos y científicos estuviera más extendida en México, tal vez

¹²⁰ Ortiz, Mauricio y Frenk, *op. cit.*, nota 54, p. 322.

¹²¹ *Idem.*

muchos de los conflictos que por años han enfrentado a nuestra sociedad estarían en vías de ser resueltos de forma pacífica y democrática.

Como menciona el doctor Frenk:

Para mí, lo más importante fue poner en claro que las políticas públicas no son decisiones caprichosas que toma un funcionario de acuerdo a sus preferencias ideológicas personales. Son procesos colegiados y transparentes. La revisión de la NOM sobre planificación familiar, que tomó tres años, y la revisión del cuadro básico, que tomó año y medio, se llevaron a cabo con sumo cuidado y con la participación de expertos, organizaciones, instituciones y miembros de la sociedad civil. Ambos casos fueron resultado de una reflexión razonada y ampliamente informada, y constatan de manera cristalina que, el gobierno del presidente Fox, debe ser considerado no un gobierno de derecha sino de derechos.¹²²

IX. BIBLIOGRAFÍA

- BARBER, Brendan R., “Participatory Democracy in Health Care: The Role of the Responsible Citizen”, *Trends in Health Care, Law and Ethics*, Nueva Jersey, vol. 7, núm. 3-4, 1992.
- BIBLIOTECA CEDAW, “Cronología de la AE en México”, Cátedra UNESCO de Derechos Humanos de la UNAM, 2012, http://www.catedradh.unesco.unam.mx/BibliotecaCEDAW/menu_superior/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/6_derechos_sexuales_rep/0.pdf (consultada el 15 de noviembre de 2013).
- CHEMEXPER, “Levonorgestrel”, Base de datos de ChemExper, 2013, <http://www.chemexper.com/chemicals/supplier/cas/797-63-7.html> (consultado el 15 de noviembre de 2013).
- COFEPRIS, Registro Sanitario de Medicamentos, 2001, <http://www.cofepris.gob.mx/AS/Documents/RegistroSanitarioMedicamentos/REGHERB2001.pdf> (consultado el 15 de noviembre de 2013).
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2013; artículo 4o., capítulo I, *De los Derechos Humanos y sus Garantías*.
- CROXATTO, Horacio B., “Pituitary-Ovarian Function following the Standard Levonorgestrel Emergency Contraceptive dose or a Single 0.75 mg dose Given on the Days preceding Ovulation”, *Contraception*, Amsterdam, vol. 70, núm. 6, 2004.
- CSG, “Cuadro básico y catálogo de instrumental y equipo médico”, México, Comisión Institucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, 2012, t. I. Instrumental.

¹²² *Ibidem*, p. 323.

- DE BARBIERI, Teresita, “Derechos reproductivos y sexuales. Encrucijada en tiempos distintos”, *Revista Mexicana de Sociología*, México, UNAM, vol. 62, núm. 1, enero-marzo de 2000.
- DOF, Acuerdo por el que se establece que las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud solo deberán utilizar los Insumos establecidos en el Cuadro Básico para el Primer Nivel de Atención Médica, y para Segundo y Tercer Nivel, el Catálogo de Insumo, México, 24 de diciembre de 2002.
- , Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar, México, 30 de junio de 1994.
- , Proyecto de Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar, México, 22 de noviembre de 1993.
- , Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, México, 27 de mayo de 2003.
- , Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, México, 22 de junio de 2011.
- , Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, México, 30 de octubre de 2002.
- , Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, México, 11 de diciembre de 2009.
- , Resolución por la que se Modifica la Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar, México, 21 de enero de 2004.
- , Vigésima segunda actualización del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos, México, 11 de julio de 2005.
- DURAND, Marta *et al.*, “On the Mechanisms of Short-Term Levonorgestrel Administration in Emergency Contraception”, *Contraception*, Amsterdam, vol. 64, núm. 4, 2001.
- EDGREN, Richard A. y Stanczyk, Frank Z., “Nomenclature of the Gonane Progestins”, *Contraception*, vol. 60, núm. 6, 1999.
- Encyclopædia Britannica Online, “Levonorgestrel (Hormone)”, Chicago, Encyclopædia Britannica, 2013, <http://global.britannica.com/EBchecked/topic/338040/levonorgestrel> (consultado el 15 de noviembre de 2013). Entrevista con el doctor Roberto Tapia Conyer y la doctora Lourdes Motta Murguía el 22 de octubre de 2013.
- FIGO, “Mecanismo de acción ¿De qué modo las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel (PAE de LNG) previenen el embarazo? Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, Nueva York, 2001, [www.figo.org/files/figo-corp/ICECFIGO\(MOA_FINAL_2011SPA\).pdf](http://www.figo.org/files/figo-corp/ICECFIGO(MOA_FINAL_2011SPA).pdf) (consultado el 15 de noviembre de 2013).

- FLORES, Alonso y Winocur, Mariana, “La anticoncepción de emergencia en el cuadro básico afianza los derechos reproductivos”, *Boletín de prensa, GIRE*, 12 de julio de 2005, <https://www.gire.org.mx/publica2/Bolet%EDnPAECuadroB%E1sico120705.pdf> (consultado el 15 de noviembre de 2013).
- GÓMEZ, Carolina *et al.*, “Frenk: no se modificarán políticas de salud por presiones de la Iglesia”, *La Jornada*, 3 de febrero de 2004, <http://www.jornada.unam.mx/2004/02/03/040n1soc.php> (consultado el 15 de noviembre de 2013).
- HAPANGAMA, Dharani *et al.*, “The Effects of Peri-ovulatory Administration of Levonorgestrel on the Menstrual Cycle”, *Contraception*, Amsterdam, vol. 63, núm. 3, 2001.
- INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Panorama Sociodemográfico de México. Principales resultados, México, 2009.
- KERSHENOBICH STALNIKOWITZ, David, “El Consejo de Salubridad General”, *Gaceta Médica de México*, México, vol. 148, núm. 6, noviembre-diciembre de 2012.
- KRIEGER, Nancy, “On Becoming a Public Health Professional: Reflections on Democracy, Leadership, and Accountability”, *Journal of Public Health Policy*, Oxford, vol. 11, núm. 4, 1990.
- LARSON, Lon N. *et al.*, “Values, Participatory Democracy, and Health care Reform”, *The American Journal of Pharmaceutical Education*, Virginia, vol. 58, núm. 4, 1994.
- Ley Federal sobre Metrología y Normalización, México, 2012.
- Ley General de Salud, México, 2013.
- LEYVA-LÓPEZ, Ahidee, “Anticoncepción de emergencia en estudiantes mexicanos”, *Salud Pública de México*, México, INSP, vol. 52, núm. 2, marzo-abril de 2010.
- MARIONS, Lena, “Emergency Contraception with Mifepristone and Levonorgestrel: Mechanism of Action”, *Obstetrics and Gynecology*, Washington, vol. 100, núm. 1, 2002.
- MARTIN, Graham P., *Public Participation in Health: Theory, Policy and Practice in user Involvement in Cancer-genetics Pilots*, Universidad de Nottingham, tesis para obtener el grado de doctor en Filosofía, 2009.
- MELÉNDEZ ELIZALDE, Tania L., “Derechos reproductivos: los valores y las políticas públicas”, *El Cotidiano*, México, UAM-Azcapotzalco, vol. 23, núm. 149, mayo-junio de 2008.
- MOTTA-MURGUÍA, Lourdes y Tamés, Regina, “Mecanismos de democracia deliberativa al servicio de los derechos sexuales y reproductivos: el caso de la anticoncepción de emergencia en México”, en Cabal, Luisa y Motta, Cristina (comp.), *Más allá del derecho: Justicia y género en América Latina*, Bogotá, Siglo del Hombre Editores, Universidad de los Andes, CESO, 2005.

- NOÉ, Gabriela *et al.*, “Contraceptive Efficacy of Emergency Contraception with Levonorgestrel given Before or After Ovulation”, *Contraception*, Amsterdam, vol. 81, núm. 5, 2010.
- NOVIKOVA, Natalia *et al.*, “Effectiveness of Levonorgestrel Emergency Contraception given Before or After Ovulation – a Pilot Study”, *Contraception*, Amsterdam, vol. 75, núm. 2, 2007.
- OKEWOLE, Idris A. *et al.*, “Effect of Single Administration of Levonorgestrel on the Menstrual Cycle”, *Contraception*, Amsterdam, vol. 75, núm. 5, 2007.
- OMS, *Fact Sheet on the Safety of Levonorgestrel-alone Emergency Contraceptive Pills (LNG ECPs)*, 2010, whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.06_eng.pdf (consultado el 15 de noviembre de 2013).
- , “Public Health”, 2013, www.who.int/trade/glossary/story076/en/ (consultado el 15 de noviembre de 2013).
- ONU, Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres, Beijing, 1995, www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm (consultado el 15 de noviembre de 2013).
- , “World Population Monitoring 2001”, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, Nueva York, 2001, www.un.org/esa/population/publications/wpm/wpm2001.pdf (consultado el 15 de noviembre de 2013).
- OROPEZA ABÚNDEZ, Carlos (coord.), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
- (coord.), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
- ORTIZ, Mauricio y Frenk, Julio, *Camino y destino: una visión personal de las políticas públicas de salud*, México, Cuadernos de Quirón, Memoria, 2009.
- PESEGPA, “Pronunciamento de organizaciones de la sociedad civil sobre la última actualización de la Norma Oficial Mexicana de planificación familiar”, Proyecto de Educación Sexual, Equidad de Género, Prevención de las Adicciones y de la Violencia, 27 de enero de 2004, http://paideia.synaptium.net/pub/pesegpatt2/educ_sexual/anticoncep_emergencia/ae.htm (consultado el 15 de noviembre de 2013).
- PIAGGIO, Gilda *et al.*, “Timing of Emergency Contraception with Levonorgestrel or the Yuzpe Regimen”, *The Lancet*, Zurich, vol. 353, núm. 9154, 1999.
- PRIJIC-SAMARŽIJA, Snježana, “The Moral Status of Contraception and Openness to Procreation”, *Philosophy and Society*, Serbia, vol. 23, núm. 4, 2012.
- Proclamación de Teherán, *Derechos Humanos. Órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México*, núm. 34, noviembre-diciembre de

- 1998, www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/34/pr/pr38.pdf (consultado el 15 de noviembre de 2013).
- SALAZAR GARCÍA, Marisol, “Los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres en México en el marco jurídico internacional”, en Galeana, Patricia (comp.), *Los derechos reproductivos de las mujeres en México*, México, Federación Mexicana de Universitarias, 2010.
- SENER, Proceso para la elaboración o modificación de una Norma Oficial Mexicana en materia de gas LP, México, 2012, <http://www.sener.gob.mx/res/198/normalizacion.pdf> (consultada el 15 de noviembre de 2013).
- SITRUK-WARE, Regine, “New Progestagens for Contraceptive use”, *Human Reproduction Update*, vol. 12, núm. 2, 2006.
- Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation, “Randomized controlled Trial of Levonorgestrel versus the Yuzpe Regimen of combined Oral Contraceptives for Emergency Contraception”, *The Lancet*, Zurich, vol. 352, núm. 9126, 1998.
- TRUSSELL, James y Raymond, Elizabeth G., *Emergency Contraception: A Last Chance to Prevent unintended Pregnancy*, Nueva York, Universidad de Princeton, 2013, <http://ec.princeton.edu/questions/ec-review.pdf> (consultado el 15 de noviembre de 2013).
- WEALE, Albert, “Democratic Values, Public Consultation and Health Priorities: a Political Science Perspective”, en Oliver, Adam (comp.), *Equity in Health and Healthcare*, Londres, The Nuffield Trust, 2003.
- , “What is so Good about Citizens’ Involvement in Healthcare?”, en Andersson, Edward *et al.* (comp.), *Healthy Democracy: The Future of Involvement in Health and Social Care*, Londres, The National Centre for Involvement, 2006.
- YUZPE, Albert A. *et al.*, “Post Coital Contraception: a Pilot Study”, *The Journal of Reproductive Medicine*, Chicago, vol. 13, núm. 2, 1974.