

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA-UNED
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN DERECHOS HUMANOS

El derecho a la atención de la salud reproductiva de las mujeres y la inclusión de nuevos medicamentos para su uso en ginecología y obstetricia en la Caja Costarricense de Seguro Social: el caso del misoprostol

Por: Soledad Díaz Pastén

San José, Costa Rica, Junio de 2012



UNED
UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA

35 ANIVERSARIO
Institución Benemérita de la Educación y la Cultura

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
VICERRECTORÍA ACADÉMICA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO



SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA

ACTA DE DECLARATORIA N°15-2012

El Coordinador de la Maestría en Derechos Humanos declara al (la) estudiante:

SOLEDAD IRMA DÍAZ PASTÉN
Cédula de residencia: 115200006105

MÁSTER EN DERECHOS HUMANOS

Quien se acogió al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de:

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
APROBADO CON DISTINCIÓN

Además, hace constar que su expediente contiene los documentos académicos y declara que el (la) postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondientes.

Firmada en Mercedes de Montes de Oca,
a los 08 días del mes de agosto del año dos mil doce.

DR. DANIEL CAMACHO MONGE
PROFESOR-INVESTIGADOR
MAESTRÍA EN DERECHOS HUMANOS

DR. FRANCISCO BARAHONA RIERA
COORDINADOR
MAESTRÍA EN DERECHOS HUMANOS

DR. VÍCTOR HUGO FALLAS ARAYA
DIRECTOR
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

AGRADECIMIENTOS

A mi querida Rose...por el estímulo y las complicidades vividas...

¡A Eve, Marce y Nela...por el cariño y el apoyo constante y tenaz...!

INDICE

I.-	Introducción.....	5
II.-	Justificación	7
III.-	Marco teórico.....	14
1.-	La maternidad, la reproducción y la salud de las mujeres .	14
	1.1. Un acercamiento desde el feminismo	
	1.2. La medicina y los cuerpos de las mujeres.	
2.-	Los derechos humanos de las mujeres.....	16
	2.1. Instrumentos internacionales del sistema universal y del sistema interamericano de protección de los derechos humanos	
	2.2. Recomendaciones generales del Comité de la CEDAW y de otros comités de las Naciones Unidas sobre la salud de las mujeres.	
	2.3. Informes de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre salud materna, sobre acceso a la información en salud reproductiva.	
	2.4. Análisis e interpretaciones sobre el derecho a la salud, derecho a la vida, la igualdad y la no discriminación. La causal salud.	
	2.4.1. Derecho a la salud	
	2.4.2. Derecho a la igualdad y la no discriminación	
	2.4.3. Derecho a la vida	
	2.4.4. La causal salud	
	2.5.- Los derechos reproductivos, contenidos y principios.	
	2.5.1 El derecho a la atención en salud reproductiva	
3.-	El uso de prostaglandinas en gineco-obstetricia: el misoprostol	32
	3.1 La evidencia científica desarrollada en el mundo sobre el uso del misoprostol en gineco-obstetricia.	
	3.2 El misoprostol avalado por la comunidad científica internacional y la OMS. La autorización de la FDA sobre el misoprostol. El misoprostol en el listado de la OMS.	
	3.3 La inclusión del misoprostol en las normas de otros países de la región para su uso en gineco-obstetricia	
	3.4 El misoprostol vs dinoprostona en gineco-obstetricia: la eficacia y los costos.	
IV.-	Metodología de la Investigación	38

V.- Resultados y Análisis de la información	40
VI.- Conclusiones.....	49
VII.- Bibliografía consultada	53
VIII.- Anexo	56

I.- Introducción

El tema que provoca esta investigación se inserta en el ámbito de los derechos reproductivos, reconocidos estos como derechos humanos y garantizados en diversos instrumentos internacionales, pero que se hace necesario darles vigencia en el nivel nacional para garantizar su garantía y cumplimiento.

Los derechos reproductivos contienen dos principios fundamentales: el derecho a la autonomía reproductiva y el derecho a la atención en salud reproductiva. Este último está contenido en los instrumentos internacionales de derechos humanos que protegen la vida y la salud; y además en informes de órganos del sistema regional de protección de derechos humanos, como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

El misoprostol es un medicamento ampliamente usado en ginecología y obstetricia en otros países de la región latinoamericana, pues técnicamente es menos invasivo que otros procedimientos usados, ya sea para inducción de parto de término o para el tratamiento del aborto incompleto, es más barato que otras prostglandinas, es termoestable (ideal para climas tropicales); su inclusión en listados oficiales de medicamentos contribuye a asegurar el cumplimiento del derecho a la atención en salud reproductiva y el derecho al goce del avance científico de las mujeres. El cumplimiento de este, a través de medidas no legislativas estaría en concordancia con el derecho internacional de derechos humanos al que está adscrito Costa Rica.

¿Cuál es el problema que se quiere abordar?

A pesar que Costa Rica ha sido signatario de todos los instrumentos internacionales de derechos humanos, aún es difícil de comprender por qué el ente rector (Ministerio de Salud) y el proveedor de salud (Caja Costarricense de Seguro Social-CCSS) no han incluido en la normativa y protocolos de atención el uso de tecnología moderna en algunos procedimientos gineco-obstétricos (v.g: inducción de parto de término, atención y prevención de la hemorragia posparto, atención al aborto incompleto, aborto retenido, inducción de parto con óbito fetal,

interrupción terapéutica del embarazo) una prostaglandina sintética llamada misoprostol¹.

Actuando de esta manera, las autoridades de salud están incumpliendo con el derecho a la atención en salud reproductiva que es uno de los principios de los derechos reproductivos. Al parecer está primando una mirada miope del avance científico y el cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres, al considerar que si se aprueba en la norma el uso del misoprostol se estaría, indirectamente, permitiendo su uso para provocar abortos.

Uno de los argumentos proferidos por las autoridades de la oficina que autoriza la inclusión de medicamentos en la CCSS, es que ellos se guían por las indicaciones del fabricante (uso para úlceras gástricas provocadas por el uso continuo de anti-inflamatorios no esteroidales) y las directivas de la Food and Drug Administration (FDA). Sin embargo, la FDA ya ha hecho algunos cambios al uso del misoprostol, y además tiene claramente señalado el uso “off-label”² de este y otros medicamentos. La CCSS permite el uso de otros medicamentos en obstetricia bajo la acepción “off-label”, es decir, si se permitiera el misoprostol, no se estaría haciendo ninguna excepción en el sistema de salud. Uno de los medicamentos usados “off label” es la indometacina, registrado en el Ministerio de Salud como anti-inflamatorio no esteroidal³, y que en las Guías de Práctica Clínica para el Tratamiento del Parto de Pre término se incluye como un tocolítico de elección para casos de embarazos menores a las 32 semanas⁴.

1 Cytotec® <http://www.misoprostol.org/File/Misoprostollabel.pdf>

2 “Off label” and Investigational Use of Marketed Drugs, Biologics and Medical Devices- Information Sheet: <http://www.fda.gov/RegulatoryInformation/Guidances/ucm126486.htm>

3 http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/empresas-servicios-productos-registrados-ms/doc_details/361-medicamentos-registrados-23122010

4 http://www.cochrane.ihcai.org/programa_seguridad_paciente_costa_rica/pdfs/23_Tratamiento-y-Prevencion-del-Parto-Pretermino.pdf

Justificación

Costa Rica ha firmado y ratificado los instrumentos internacionales que se relacionan con los derechos de las mujeres, el más importante con relación al tema investigar es la Convención para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)⁵. En este instrumento, en su artículo 1 se define el concepto de discriminación contra la mujer, y en su artículo 12 se refiere específicamente al derecho a la salud, para eliminar la discriminación en la esfera de la atención médica y en todo el proceso relacionado al embarazo, parto y posparto.

El Comité de la CEDAW ha emitido Recomendaciones Generales para los Estados, y en la número 24, en el párrafo 29 señala expresamente el derecho de las mujeres a la salud integral, incluida la salud sexual y reproductiva: “Los Estados Partes deberían ejecutar una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida. Esto incluirá intervenciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de enfermedades y afecciones que atañen a la mujer, al igual que respuestas a la violencia contra la mujer, y a garantizar el acceso universal de todas las mujeres a una plena variedad de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva”.⁶

El artículo 10 del Protocolo de San Salvador se refiere a que “toda persona tiene derecho a la salud entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”⁷.

También Costa Rica firmó y aprobó⁸ el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo⁹ celebrada en El Cairo en 1994, que a pesar de no ser un instrumento vinculante, los Estados signatarios asumieron el compromiso de cumplir con todos los principios señalados en el documento, en el

5 <http://www.cesdepu.com/cedismuj.htm>

6 <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>

7 <http://www.cesdepu.com/instint/casdhprsalv.htm>

8 <http://www.un.org/popin/icpd/conference/gov/940913134858.html>

9 http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf

que se reconocen los derechos reproductivos; el principio número 8 hace referencia explícita a que:

*“Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual”*¹⁰

El introducir el misoprostol en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM) de la Caja Costarricense de Seguro Social y su uso en los protocolos de atención de ginecología y obstetricia es un asunto que tiene que ver con el reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres, especialmente en lo que se refiere al acceso y goce del avance científico y tecnológico en materia de salud reproductiva, en aras de cumplir con el principio del derecho a la atención en salud reproductiva.

En el país se usa la dinoprostona, una prostaglandina que es muy cara, la CCSS gasta al año alrededor de ¢ 76.000.000 en este medicamento; la tableta de misoprostol de 200 ug tiene un costo de alrededor de ¢ 240 en el sistema de suministros centroamericano (para la inducción de parto de término son necesarios sólo 50ug), por tanto, es evidente que habrá un ahorro considerable para el Estado usando la nueva tecnología¹¹. Es importante señalar que en otros países del mundo la dinoprostona ya casi no se usa para la inducción de parto de término.^{12,13,14}

¹⁰ <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/icpd1994.htm>

¹¹ Díaz, Soledad (2011). “El uso de las prostaglandinas en obstetricia y ginecología: el caso del misoprostol”, Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir, San José.

¹² Calder A, Loughney A, Weir C, Barber J. Induction of labour in nulliparous and multiparous women: a UK, multicentre, open-label study of intravaginal misoprostol in comparison with dinoprostone. BJOG 2008;115:1279-1288.

¹³ van Gemund, N., Scherjon, S., Le Cessie, S., Schagen van Leeuwen, J.H., van Roosmalen, J. and Kanhai, H.H.H. (2004), A randomised trial comparing low dose vaginal misoprostol and dinoprostone for labour induction. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 111: 42-49. doi: 10.1046/j.1471-0528.2003.00010.x

¹⁴ Normas y Protocolos Clínicos sobre el empleo del misoprostol en ginecología y obstetricia. Ministerio de Salud de Bolivia. Ver:

http://www.clacai.org/index.php?option=com_content&view=article&id=119:normas-yprotocolos-clinicos-sobre-el-empleo-del-misoprostolenginecologiayobstetricia&catid=8:materiales-informativos&Itemid=6

Desde los inicios de los 90's se viene produciendo evidencia científica del misoprostol en gineco-obstetricia^{15,16}. Este medicamento fue aprobado para el tratamiento de las úlceras, según la autorización original de la FDA. Con el transcurso de los años y de la evidencia producida la FDA ha hecho cambios permitiendo usos del medicamento en lo que se denomina "off label"¹⁷. La evidencia emanada del mundo científico acerca del uso del misoprostol está ampliamente amparada y avalada por las instancias internacionales y regionales como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG)^{18,19}; la Asociación Costarricense de Ginecología y Obstetricia pertenece a ambas instituciones.

Para orientar la investigación sobre el tema que preocupa, surgen las siguientes preguntas:

¿Qué consecuencias se produce en la salud de las mujeres el no cumplimiento del derecho a la atención en salud reproductiva y el derecho al goce del avance científico y tecnológico?

¿Cuáles son las consecuencias a la salud de las mujeres cuando se usa medicamentos o tecnologías en gineco-obstetricia que son más invasivas que el misoprostol?

¿Cuáles son los beneficios para el presupuesto de la CCSS si el misoprostol se incluye en el LOM y en las normas y protocolos de gineco-obstetricia?

¿Cuáles son los beneficios a la salud de las mujeres cuando se respeta sus derechos humanos en la atención en salud reproductiva?

15 <http://www.misoprostol.org/File/Bibliography.php>

16 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22233426>

17 <http://www.misoprostol.org/File/offlabeluse.php>

18 <http://www.figo.org/files/figocorp/FIGO%20Declaracion%20DC%20en%20espanol.pdf>

19 <http://www.flasog.info/boletin/01-mayo/>

¿Cuáles son los mitos y prejuicios de las autoridades del sector salud con relación al uso del misoprostol en ginecología y obstetricia?

¿Cuáles son los impedimentos o los facilitadores para el registro e inclusión de un medicamento nuevo en el LOM de la CCSS?

¿Cuáles son los impedimentos o los facilitadores para incluir un medicamento con indicación “off label” en el LOM de la CCSS?

Con el propósito de intentar respuestas a las anteriores preguntas, la presente investigación se plantea las siguientes hipótesis de trabajo:

H1: La introducción del misoprostol bajo la denominación “off label” en el LOM de la CCSS para los actos médicos en gineco-obstetricia, cumple con el derecho a la atención en salud reproductiva de las mujeres y sus derechos humanos.

H2: El uso del misoprostol en gineco-obstetricia disminuye los costos del presupuesto en un 30% para la atención a la salud reproductiva cuando le se compara con el uso de técnicas como el legrado instrumental intrauterino (LUI), la aspiración manual endouterina (AMEU) y la dinosprostona.

H3: las autoridades de salud de la CCSS y el Ministerio de Salud aprueban la norma para el uso del misoprostol bajo la denominación “off label” para actos médicos de ginecología y obstetricia.

A continuación se incluye una definición de conceptos cuya comprensión es fundamental tener en cuenta para el desarrollo de esta investigación:

Misoprostol²⁰: es un análogo de prostaglandina E1, esta como las prostaglandinas naturales afecta a más de un tipo de tejido, incluidas la mucosa gástrica y la fibra

²⁰ Ipas and Venture Strategies Innovations. Misoprostol use in postabortion care: A service delivery toolkit. Chapel Hill, NC: Ipas. 2011.

muscular lisa del útero y del cérvix, por tanto estimula las contracciones del útero, causando la evacuación endouterina. Es termoestable, no necesita refrigeración.

Dinoprostona: es una preparación sintética de prostaglandina E2, produce relajación de la musculatura lisa del cérvix y estimulación de la contracción del miometrio, se ha utilizado para la inducción de aborto en el segundo trimestre del embarazo, evacuación uterina en caso de muerte fetal, mola hidatiforme y maduración cervical en mujeres embarazadas a término con cuello uterino desfavorable e indicación de inducción de trabajo de parto. Necesita refrigeración.

Aspiración manual endouterina²¹: aspiración al vacío realizada por personal capacitado. El equipo de AMEU consiste en una jeringa aspiradora a la que se le insertan cánulas de plástico cuya numeración coincide con la edad gestacional que tiene la mujer. La aspiración al vacío implica la evacuación del contenido uterino a través de las cánulas.

Legrado uterino instrumental: es la dilatación del cuello uterino y el uso de un instrumento de metal afilado para raspar las paredes uterinas. Durante el procedimiento, la mujer generalmente recibe anestesia general o regional o sedación intensa o leve.

Mortalidad materna²²: es la muerte de las mujeres durante el embarazo o durante los 42 días posteriores al parto. La tasa de mortalidad materna se calcula con el número de defunciones maternas por 100,000 mujeres en edad reproductiva definida como 15 a 44, 10 a 44 o 15 a 49 años.

Morbilidad materna²³: son las complicaciones o enfermedades que se producen durante el embarazo, parto o puerperio que afectan la integridad y la salud de las mujeres, muchas veces de manera permanente.

²¹ Díaz, Soledad. Tecnologías modernas para la interrupción terapéutica del embarazo. Hoja Informativa del II Seminario Derechos sexuales y derechos reproductivos con perspectiva de género. San José: Colectiva por el Derecho a Decidir. 2010.

²² <http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3314mat>.

²³ http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/RECOPILA_morbilidad.pdf

Uso “off label”²⁴: “La buena práctica médica y el mejor interés de los pacientes requiere que los médicos utilicen medicamentos legalmente disponibles de acuerdo a sus conocimientos y mejor juicio. Si un médico usa una droga con una indicación diferente de aquella para la cual la droga fue aprobada, él está obligado a estar muy bien informado sobre el producto y basar su uso en un raciocinio médico firme y en sólidas evidencias científicas, además de mantener un registro del uso del producto y de sus efectos (...)” (FDA)²⁵.

Los objetivos que se han propuestos para el desarrollo de la presente investigación son:

General:

- Determinar el cumplimiento del derecho a la salud en el Estado costarricense, en lo que concierne el derecho a la atención en salud reproductiva y el derecho a disfrutar del avance científico y tecnológico en materia de salud, a partir de la inclusión o no de nuevos medicamentos, como el misoprostol, para su uso en ginecología y obstetricia.

Específicos:

- Identificar los derechos reproductivos reconocidos como derechos humanos que se vinculan con el derecho a la atención reproductiva, y con la inclusión de nuevos medicamentos, como el misoprostol, en el listado oficial de medicamentos (LOM) para su uso en ginecología y obstetricia
- Identificar y describir los argumentos de las autoridades del sector salud para impedir que a las mujeres se les garantice el derecho a la atención reproductiva, con relación a incluir el misoprostol en el LOM para uso en ginecología y obstetricia

²⁴ <http://www.misoprostol.org/File/offlabeluse.php>

²⁵ Traducción propia de <http://www.fda.gov/RegulatoryInformation/Guidances/ucm126486.htm>

- Describir la evidencia científica, los beneficios y características y la normativa existente en otros países de la región sobre el uso del misoprostol en ginecología y obstetricia.
- Examinar todo el proceso de regulación para la inclusión de nuevos medicamentos en el LOM de la CCSS.

III.- Marco teórico

1.- La maternidad, la reproducción y la salud de las mujeres.

1.1. Un acercamiento desde el feminismo

Desde la teoría feminista es posible ahondar en la mirada de la realidad social cuando se trata asuntos sobre sexualidad y reproducción. El feminismo en su propuesta filosófica, ideológica y política pretende eliminar las relaciones desiguales de poder en la sociedad para superar las situaciones de desigualdad y discriminación entre las personas, y generar cambios profundos en la sociedad con los cuales se logre alcanzar la igualdad, la solidaridad, la sororidad y la justicia²⁶.

La propuesta feminista permite consolidar el derecho a decidir para las mujeres; la pretensión es que las mujeres puedan tomar decisiones libres y autónomas respecto del ejercicio de su sexualidad y reproducción; esto se traduce en que la maternidad deba ser libre y voluntaria, y no una imposición de la cultura patriarcal, la que intenta que sea el mandato fundamental para las vidas de las mujeres.²⁷

1.2 La medicina y los cuerpos de las mujeres.

La medicina ha sido construida históricamente de acuerdo a los intereses del sistema patriarcal. Inicialmente las mujeres eran las responsables de sanar e investigar y, a las que se dedicaban a ello, se les consideraba sabias²⁸. Durante la Inquisición esta situación va a cambiar radicalmente cuando, especialmente a partir de la publicación del libro *Malleus Maleficarum* o *Martillo de Brujas*²⁹, las mujeres que sanaban fueron eliminadas acusadas de ejercer la brujería, porque se determinó que su conocimiento sobre sanación tenía una connotación diabólica y mágica.

²⁶ Lagarde, M. (1997) *Los cautiverios de las Mujeres: madresposas, monjas, puntas, presas y locas*. UNAM. México.

²⁷ idem

²⁸ Ehrenreich, B., English, D. (1988). *Brujas, Comadronas y Enfermeras*. Historia de las sanadoras. Ediciones de les dones. Barcelona.

²⁹ Se trata de un compendio sobre la brujería, publicado en Alemania, en 1486. Sus recopiladores fueron dos monjes inquisidores: Jacob Sprenger y Heinrich Kramer.. Disponible en <http://es.scribd.com/doc/8406125/Malleus-Maleficarum>

El surgimiento de la medicina, como institución, se mantuvo en contacto directo con la Iglesia Católica, sin entrar en conflicto con ella: “En la alta y baja Edad Media, discurso médico y cristianismo se oxigenaron recíprocamente. La religión sostendrá que las mujeres no tienen alma, por lo cual serán fácilmente habitadas por el demonio”³⁰.

La formación universitaria de la medicina fue otro mecanismo mediante el cual se fue eliminando el acceso de las mujeres a la misma por su supuesta cercanía con la magia y el mal; y se fue confirmando la idoneidad de los hombres ya que, según principios católicos, estaban muy cercanos a Dios y la Ley. Así el hombre médico adquirió esta nueva posición gracias, en mucho, a la Iglesia.

Las expresiones misóginas desde la medicina no sólo han tenido que ver con quién y en categoría de qué ejerce; sino también con qué se dice y se hace desde la medicina con el cuerpo de las personas, es decir cómo se construye y representa el cuerpo.

Ya antes de la consolidación de la medicina como una ciencia masculina, pensadores como Aristóteles y Platón iniciaron lo que Galeno y muchos otros que vinieron después confirmarían: el cuerpo masculino era el paradigma, el cuerpo femenino era una especie de derivación imperfecta del masculino: “Los hombres serán secos y calientes y las mujeres frías y húmedas. Frialdad que reitera su inferioridad respecto al varón; será un ser incompleto ya que, por falta de calor, sus genitales no habrían podido descender...”³¹.

³⁰ Giberti, E., Fernández, A. M. (1992). La mujer y la violencia invisible. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. Pág.75.

³¹ Giberti, E., Fernández, A. M. (1992). La mujer y la violencia invisible. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. Pág.74.

Esta supuesta imperfección se elaboró muy estrechamente bajo el supuesto de maldad, de inferioridad, pasividad y patologización femenina. De manera que el cuerpo femenino fue construyéndose, desde la medicina, como cuerpo enfermo, malo, incontrolado, incompleto, inútil y frágil, cuerpo marcado por su sexualidad, fuente de sus padecimientos; cuerpo que necesitaba de otro cuerpo, el de hombre, para ser, y de una ciencia, la medicina, para lidiar con sus defectos.

2.- Los derechos humanos de las mujeres

Los derechos humanos son aquellas facultades y atributos esenciales de la persona, inherentes a su dignidad y naturaleza humanas³²

Narciso Martínez Morán, en Benito de Castro Cid (2003), identifica la naturaleza y caracteres de los derechos humanos. Para el marco teórico del tema de esta investigación interesa el carácter de la universalidad de los derechos humanos. La premisa es que la universalidad alcanza a todos los seres humanos por su naturaleza, hombres y mujeres; que los derechos humanos son válidos en todos los lugares del mundo y en todas las culturas; y que son legítimos en cualquier momento histórico de la humanidad.

Camacho (2009) recupera la propuesta del filósofo Herrera Flores para acercarse a un concepto de derechos humanos; este dice: “en su integralidad (derechos humanos) y en su inmanencia (trama de relaciones) como el conjunto de procesos sociales, económicos, normativos, políticos y culturales que abren y consolidan -desde el reconocimiento, la transferencia de poder y la mediación jurídica- espacios de lucha por la particular concepción de la dignidad humana”. Así, esta propuesta rescata que la categoría derechos humanos no es inmóvil, ni definitiva, ni la misma en toda circunstancia de espacio y tiempo. Más que una idea universal es un proceso de lucha por la dignidad general y particular, de personas

³² De Castro Cid, Benito (2003). Introducción al estudio de los Derechos Humanos; Ed. Universitas S.A., Madrid.

y grupos con una trama de relaciones específicas según el momento y el lugar”³³

El carácter de universalidad de los derechos humanos se señala así en algunos instrumentos regionales:

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948), artículo 2. *“Todas las personas son iguales ante la Ley y tienen los derechos y deberes consagrados en esta declaración sin distinción de raza, sexo, idioma, credo ni otra alguna”* ³⁴

Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969), artículo 24: *“Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho sin discriminación, a igual protección de la ley”*³⁵

A pesar de lo establecido en instrumentos internacionales como los reseñados en el párrafo anterior, es que en la evolución histórica de los derechos humanos, hubo que esperar hasta 1993 para que se reconociera que las mujeres también son pasibles de estas facultades que reconocen la dignidad humana, los derechos. En ese año se celebró en Viena la Conferencia Mundial de Derechos Humanos; en el párrafo 18 de la Declaración, se dispone que: *“Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación, en condiciones de igualdad, de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional”*.

³³ Camacho, D. (2009). Relaciones Internacionales, Movimientos Sociales y Derechos Humanos. La construcción de una cultura de los derechos humanos en América Latina. Acervo Histórico Diplomático. Secretaría de Relaciones Exteriores. Estados Unidos Mexicanos, México, DF.

³⁴ Corte Interamericana de Derechos Humanos (2010). Documentos básicos en materia de derechos humanos en el Sistema Interamericano. Secretaría de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, San José. Pág.20.

³⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos (2010). Documentos básicos en materia de derechos humanos en el Sistema Interamericano. Secretaría de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, San José. Pág.39

El contenido de este párrafo 18 es un hito en la historia del derecho internacional de los derechos humanos porque contribuye a remover los sesgos de género en la protección de los derechos, y además hace un llamado de atención al carácter universal de los derechos humanos, especialmente en lo relativo a la igualdad.

El reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres supone un avance en el principio de igualdad, este se va modificando a medida que las sociedades contemporáneas van avanzando. La igualdad formal se reconoce porque todas las personas deben ser tratadas igual ante la ley, pero a pesar de ser un avance que la igualdad esté reconocida en el marco jurídico internacional de derechos humanos, no se identifica que los cuerpos de los hombres y de las mujeres son diferentes; por ejemplo, la reproducción, los embarazos y los abortos ocurren en los cuerpos de las mujeres. Es necesario mirar la diferencia para buscar una situación real de igualdad; en concreto, para lograr un trato igual ante la ley, hay que especificar un trato diferenciado para lograr el trato igual³⁶.

Si la igualdad implica poner atención a las diferencias para lograr el trato igual, el artículo 1 de la Convención para Eliminar Todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer -CEDAW-, establece que: *“(...) la expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas políticas, económicas, social, cultural y civil y en cualquier otra esfera”*.

³⁶ Arroyo, Roxana (2010). La igualdad un largo camino para las mujeres. En: Igualdad y diversidad. El reto de la diversidad. Danilo Caicedo Tapia y Angélica Porras Velasco, editores. Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Culto, Quito, Ecuador, p. 421-447.

2.1. Instrumentos internacionales del sistema universal y del sistema interamericano de protección de los derechos humanos.

El enfoque de derechos humanos permite examinar las responsabilidades asumidas por cada Estado cuando firma y ratifica instrumentos internacionales vinculantes. El hecho de ratificar estos instrumentos los obliga a formular legislación nacional que incorpore y reconozca estos compromisos y a tomar medidas que se correspondan con el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres. A continuación algunos de los instrumentos de derechos humanos relacionados con el derecho a la salud y a la vida que Costa Rica ha ratificado:

- Artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...”*³⁷.
- Artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en 1948: *“toda persona tiene derecho a que su salud sea por medidas sanitarias y sociales...”* (Corte IDH, 2010, p.21).
- Artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: *“Los Estados Partes (...) reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*³⁸.
- Artículo 11 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW): *“El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción”*³⁹, y artículo 12, inciso 1,: *“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”*⁴⁰.

³⁷ <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

³⁸ <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

³⁹ <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>

⁴⁰ <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>

- Artículo 10 del Protocolo de San Salvador: *“ Toda persona tiene derecho a la salud entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*⁴¹.
- A nivel nacional, Artículo 21 de la Constitución Política de Costa Rica, el derecho a la salud no cuenta con asiento constitucional como derecho autónomo, sino como derivación del derecho a la vida.

2.2. Recomendaciones generales del Comité de la CEDAW y de otros comités de las Naciones Unidas sobre la salud de las mujeres.

Algunos de los Comités que vigilan el cumplimiento de los diferentes acuerdos firmados y ratificados por los Estados en materia de derechos humanos, han hecho las siguientes Recomendaciones sobre el tema que convoca:

Recomendación general 19 del Comité de la CEDAW, la violencia en contra de la mujer:

Párrafo 19. El artículo 12 requiere que los Estados Partes adopten medidas que garanticen la igualdad en materia de servicios de salud. La violencia contra la mujer pone en peligro su salud y su vida.

Párrafo 20. En algunos Estados existen prácticas perpetuadas por la cultura y la tradición que son perjudiciales para la salud de las mujeres y los niños. Incluyen restricciones dietéticas para las mujeres embarazadas, la preferencia por los hijos varones y la circuncisión femenina o mutilación genital.

- Recomendación general 24 del Comité de la CEDAW, la salud y la mujer

Párrafo 11. Las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer. La negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria.

Por ejemplo, si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios.

Párrafo 26. En sus informes, los Estados Partes han de indicar también qué medidas han adoptado para garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto. Asimismo debe indicarse en qué proporción han disminuido en su país en general y en las regiones y comunidades vulnerables en particular las tasas de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad de resultas de la adopción de esas medidas.

Párrafo 30. Los Estados Partes deberían asignar suficientes recursos presupuestarios, humanos y administrativos para garantizar que se destine a la salud de la mujer una parte del presupuesto total de salud comparable con la de la salud del hombre, teniendo en cuenta sus diferentes necesidades en materia de salud.

Párrafo 31. e) Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa.

El Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales se pronunció en el año 2000 con la Observación General 14, en el párrafo 3, afirmando que: *El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación.*

Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.

2.3. Informes de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre salud materna, sobre acceso a la información en salud reproductiva.

La CIDH aprobó un informe de la OEA sobre la situación del acceso a servicios de salud materna en junio de 2010; el Informe hace notar cuáles son las obligaciones de los Estados miembros de la OEA en materia de derechos humanos para garantizar el acceso efectivo de las mujeres a los servicios de salud materna sin discriminación, así lo señala en el párrafo 37:

Con respecto a las leyes y políticas que pueden constituir barreras en el acceso a servicios de salud materna, destaca la falta de implementación de las leyes, políticas, programas y prácticas que benefician la salud de las mujeres en el ámbito de la salud materna así como la ausencia de normativa como protocolos para regular la atención médica en este ámbito. Así, la negativa por parte del personal médico de proporcionar servicios en condiciones legales no sólo constituye una barrera en el acceso sino que además resulta discriminatoria.

En todo el contenido del documento se encuentran recomendaciones para los Estados con el propósito de mejorar los servicios de salud materna, tomando como referencia los derechos humanos, y además para que los Estados respeten, protejan y garanticen los derechos relacionados a la salud reproductiva.

La CIDH en su informe sobre Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos (2011) señala en el párrafo 25: *La CIDH considera que la obligación de suministrar oficiosamente información (llamada también obligación de transparencia activa), apareja el deber de los Estados de suministrar información pública que resulte indispensable para que las personas puedan ejercer sus derechos fundamentales o satisfacer sus necesidades básicas en este ámbito. Ello es particularmente relevante cuando la información*

versa sobre temas relacionados a la sexualidad y la reproducción, ya que con ello se contribuye a que las personas estén en condiciones de tomar decisiones libres y fundamentadas respecto de estos aspectos tan íntimos de su personalidad.

Además en este informe la CIDH analiza los estándares específicos sobre el acceso a la información en materia sexual y reproductiva que los Estados deben observar para garantizar este derecho: a) el acceso a la información y el consentimiento informado, b) el acceso a la información y la protección de la confidencialidad, c) el acceso a la información y la obligación de entregar información oportuna, completa, accesible, fidedigna y oficiosa, d) el acceso a la información y el acceso a la historia médica y e) el acceso a la información y la obligación de producción de estadísticas confiables.

2.4. Análisis e interpretaciones sobre el derecho a la salud, derecho a la vida, la igualdad y la no discriminación. La causal salud.

2.4.1. Derecho a la salud

En el informe del Relator especial de las Naciones Unidas para el Derecho a la Salud, se estipula en el párrafo 23 que el derecho a la salud *“es un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes básicos de la salud, como el acceso al agua limpia y potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva”*.

Además para asegurar el acceso de las mujeres a la salud, la Recomendación n° 24 sobre salud del Comité CEDAW en el párrafo 29 señala: *“Los Estados Partes deberían ejecutar una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida. Esto incluirá intervenciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de enfermedades y afecciones que atañen a la mujer, al igual que respuestas*

a la violencia contra la mujer, y a garantizar el acceso universal de todas las mujeres a una plena variedad de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos ser vicios de salud sexual y reproductiva”.

El derecho a la salud al ser reconocido como un derecho inherente a todo ser humano en los instrumentos internacionales de derechos humanos, los Estados deben reconocerlo en condiciones de igualdad y sin discriminación que se oponga a la dignidad humana. El derecho a la salud se relaciona con el derecho a la vida, la dignidad, la autonomía, la libertad, el libre desarrollo de la personalidad, la información, la no discriminación, la igualdad, la intimidad, la privacidad y a estar libres de tratos crueles, inhumanos o degradantes.⁴²

En el ordenamiento jurídico costarricense el derecho a la salud está reconocido constitucionalmente en los artículos 21, 46, 50, 73 y 74; precisamente es en el artículo 48 del mismo texto constitucional el que se refiere a que cuando los tratados e instrumentos internacionales ratificados por Costa Rica versan sobre derechos humanos, están por encima de la Constitución Política⁴³.

La Sala Constitucional ha emitido algunas sentencias claves acerca del derecho a la salud, como la Sentencia 13129-03: *“La Constitución Política en su artículo 21 establece que la vida humana es inviolable y a partir de ahí se ha derivado el derecho a la salud que tiene todo ciudadano, siendo en definitiva al Estado a quien le corresponde velar por la salud pública impidiendo que se atente contra ella. La preponderancia de la vida y de la salud, como valores supremos de las personas, está presente y señalada como de obligada tutela para el Estado, no sólo en la Constitución Política,*

⁴² Díaz, S. & Solano, M. (2010). Módulo de capacitación en derechos humanos de las mujeres: derechos sexuales y/o reproductivos, abogacía para el cambio. Instituto Interamericano de Derechos humanos. San José, C.R. : IIDH

⁴³ Navarro, R. (2010). Derecho a la Salud. Editorial Juricentro, S.A. San José, Costa Rica.

*sino también en diversos instrumentos internacionales suscritos por el país como la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos...*⁴⁴

2.4.2. Derecho a la igualdad y la no discriminación

Si desde el feminismo y la teoría de género se ha estudiado que el paradigma de lo humano es lo masculino, la igualdad se pretenderá cuando se elimine el sexismo y se reconozca la diferencia sexual. Es decir, la búsqueda de la igualdad de las mujeres significa que no haya discriminación para ellas. Para que no haya discriminación habrá que modificar la normativa androcéntrica por otras que distinguan los cuerpos y las experiencias vitales de los hombres y las mujeres⁴⁵.

Roxana Arroyo (2010) también hace referencia a que los contractualistas, desde J.J. Rousseau hasta nuestros días, sostienen que es natural que la mujer esté subordinada al hombre; es más, la autora recurre al Contrato Sexual de Carole Pateman para señalar que sólo los hombres tienen el atributo de individuos libres e iguales, y que las mujeres no son ni libres ni iguales, están sujetas al contrato sexual, y por tanto, sus cuerpos controlados socialmente y con la imposibilidad de constituirse en individuos civiles.

La propuesta de Arroyo (2010) es deconstruir el concepto de igualdad. Ella se refiere a que la igualdad formal es un imperativo para que todas las personas sean tratadas por igual ante la ley; sin embargo, a pesar de ser un avance que la igualdad esté reconocida en la ley, no se hace referencia a que los cuerpos de los hombres y de las mujeres son diferentes; por ejemplo, los

⁴⁴http://200.91.68.20/scij/busqueda/jurisprudencia/jur_repartidor.aspparam1=OPQ¶m2=1&nValor1=1&nValor2=259626&nValor3=55927&strTipM=E1&lResultado=8

⁴⁵ Arroyo, Roxana (2010). La igualdad un largo camino para las mujeres. En: Igualdad y diversidad. El reto de la diversidad. Danilo Caicedo Tapia y Angélica Porras Velasco, editores. Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Culto, Quito, Ecuador, p. 421-447.

embarazos ocurren en los cuerpos de las mujeres. Con relación a la igualdad real, la autora señala que al hacer mención de esta para colocar a las personas en situación real de igualdad, es necesario distinguir un trato diferenciado para lograr el trato igual. Es fundamental la valoración de las diferencias de las personas para favorecer el desarrollo personal.

Ferrajoli (2010) menciona que, al ser la igualdad un concepto normativo debe respetar a los y las diferentes, y estos ser tratados como iguales; para el efecto, la norma debe sancionarse, pues la diferencia es un hecho descriptivo, que muestra la diferencia entre las personas, y por tanto, esas diferencias deben ser *“tuteladas, respetadas y garantizadas en obsequio al principio de igualdad”*⁴⁶ (p. 164).

Siguiendo con la propuesta de deconstrucción del concepto de igualdad de Arroyo (2010), se trae a la discusión el concepto de discriminación que plantea la Convención para eliminar todas las formas de discriminación en contra de las mujeres. El artículo 1 define la discriminación como *“toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas políticas, económicas, social, cultural y civil y en cualquier otra esfera”*⁴⁷

Ante esta definición, Arroyo (2010) señala que tiene una triple importancia porque *“a) establece que una ley o política discrimina si su resultado es discriminatorio (...); b) define lo que legalmente se debe entender por discriminación contra la mujer; c) declara discriminatoria toda restricción basada en el sexo, que menoscabe o anule el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, de los derechos humanos en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.*

⁴⁶ Ferrajoli, Luigi (2010). Igualdad y diferencia. En: Igualdad y diversidad. El reto de la diversidad. Danilo Caicedo Tapia y Angélica Porras Velasco, editores. Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Culto, Quito, Ecuador, p.155-182.

⁴⁷ <http://www.cesdepu.com/cedismuj.htm>

A partir de esta concepción, las restricciones que sufrimos las mujeres no sólo en la esfera pública, sino en el campo cultural y doméstico, deben conceptuarse como discriminación” (p. 431).

2.4.3. Derecho a la vida

Benito de Castro Cid (2003) plantea que el derecho a la vida es un derecho fundamental de los seres humanos; los y las sujetas titulares del derecho son las personas humanas. Es deber moral de las mujeres y hombres que se organizan en sociedades preservar la vida de las personas. En consecuencia, las personas tienen derecho a no ser privadas de la vida, y que, ni otros individuos ni la institucionalidad pública deben agredir la vida; v.g., las mujeres no deberían de morir por causas relacionadas al embarazo, parto o posparto, por ende, los Estados debieran procurar instrumentos legislativos que protejan el derecho a la vida de las mujeres, en tanto este es un derecho primario (junto a los de libertad e igualdad) que se reconoce inderogable, inalienable e indispensable.

2.4.4. La causal salud

El misoprostol por las características que presenta, es un medicamento que puede usarse en diversos actos médicos relacionados a la obstetricia y la ginecología, el aborto impune o la interrupción terapéutica del embarazo es uno de ellos. Por esta razón se plantea una discusión desde el artículo 121 del Código Penal y cómo el hecho de establecer la interpretación que propongo implicaría la introducción del misoprostol en el LOM de la CCSS y por ende, incorporarlo en los protocolos de atención relacionados a asegurar el cumplimiento del aborto impune.

El artículo 121 del Código Penal que tipifica el aborto impune dice: *“no es punible el aborto practicado de la mujer por un médico o por una obstétrica autorizada, cuando no hubiere sido posible la intervención del primero, si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o salud de la madre y éste no ha podido ser evitado por otros medios”.*

Lamentablemente, debida a una interpretación estrecha que se hace del artículo sobre el concepto “salud de la madre” no se leen otras situaciones en las cuales puede verse afectada la salud de la mujer, las que se refieren a la salud mental y a la emocional. La interpretación que se hace en el ámbito de la prestación de servicios de salud para garantizar el derecho a la protección de la salud de las mujeres, es que, el artículo sólo se refiere a la salud física, por tanto, eventualmente sólo se consideran aquellas patologías propias del embarazo como síndrome hipertensivo o pre-eclampsia, entre otras ⁴⁸.

Si se incorpora el concepto causal salud⁴⁹ con relación al aborto impune, se amplía el concepto considerando todas aquellas situaciones en las que el embarazo ponga en riesgo la salud física, emocional, mental o social de la mujer embarazada. Las situaciones referidas pueden ser violación, abuso sexual y/o incesto, feto con malformaciones incompatibles con la vida extrauterina, niña embarazada, mujer en condición de pobreza o indigencia. La mujer tiene derecho a recibir información completa y científica sobre los riesgos y consecuencias a los que se expone con el embarazo para tomar la decisión de interrumpirlo de manera terapéutica.

La causal salud se ampara en tratados y convenciones internacionales relacionadas al derecho a la protección de la salud y el derecho a la atención de la salud reproductiva, los cuales Costa Rica ha firmado y ratificado.

Otra discusión pertinente a este acto médico es la que hace la Dra. Cecilia Medina, ex presidenta de la Corte IDH (2005), puesto que las autoridades de salud y legislativas hacen una interpretación errónea del artículo 4.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos, de aquella parte del texto que dice “la vida se protege, en general, desde el momento de la concepción”. Ella hizo la interpretación especificando que se presenta una complejidad porque en el ámbito legislativo se

⁴⁸ Rojas, E (2008). Aplicación del aborto terapéutico en Costa Rica: una perspectiva desde de los derechos humanos y la salud de las mujeres. Trabajo final de graduación para optar al grado de Magister en Derechos Humanos. UNED. San José.

⁴⁹ <http://www.ippfwhr.org/es/node/492>

polemiza sobre si proteger la vida desde la concepción, querría decir que el feto también sería titular de derechos.

Sin embargo, la Dra. Medina es enfática en establecer que la mujer embarazada es una persona ante el ordenamiento jurídico, y por tanto, titular de todos los derechos humanos que se consagran en la Convención Americana; que el feto no ha sido extraído del útero, no ha nacido, depende de ella, por ende, no puede tener derechos por sí mismo, sólo a través de la madre; ella es la que debe ser protegida por el Estado. En consecuencia, mantener el argumento que la Convención obliga a los Estados a penalizar todo tipo de aborto *“es un error profundo”*.

Las interpretaciones estrechas del artículo 121 del Código Penal y del artículo 4.1 de la CADH impiden que la proveedora de los servicios de salud en el país, la CCSS, elabore una guía de atención a la interrupción terapéutica del embarazo y que además incluya tecnología moderna, como el misoprostol.

2.5 Los derechos reproductivos, contenidos y principios.

El IIDH (2008b), plantea en su libro “Los derechos reproductivos son derechos humanos”, doce derechos humanos fundamentales que se vinculan con la salud reproductiva:

- El derecho a la vida	-El derecho a no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo.
- El derecho a la salud	-El derecho a la salud reproductiva
- El derecho a la libertad, seguridad, e integridad personales	-El derecho a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. -El derecho a estar libre de violencia basada en el sexo y el género. -El derecho a vivir libre de la explotación sexual.
- El derecho a decidir	-El derecho a la autonomía reproductiva.

el número e intervalo de hijos	-El derecho a realizar un plan de procreación con asistencia médica o de una partera reconocida, en un hospital o en un ambiente alternativo.
-□El derecho a la intimidad	-El derecho de toda persona a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias, sobre sus funciones reproductivas.
-El derecho a la igualdad y a la no discriminación	-El derecho a la no discriminación en la esfera de la vida y salud reproductiva.
- □El derecho al matrimonio y a fundar una familia	-El derecho de las mujeres a decidir sobre cuestiones relativas a su función reproductora en igualdad y sin discriminación. -El derecho a contraer o no matrimonio. -El derecho a disolver el matrimonio. -El derecho a tener capacidad y edad para prestar el consentimiento para contraer matrimonio y fundar una familia.
- El derecho al empleo y la seguridad social	-El derecho a la protección legal de la maternidad en materia laboral. -El derecho a trabajar en un ambiente libre de acoso sexual. -El derecho a no ser discriminada por embarazo. -El derecho a no ser despedida por causa de embarazo. -El derecho a la protección de la maternidad en materia laboral. -El derecho a no sufrir discriminaciones labores por embarazo o maternidad.
-□El derecho a la educación	-El derecho a la educación sexual y reproductiva. -El derecho a la no discriminación en el ejercicio y disfrute de este derecho.
-El derecho a la	-El derecho de toda persona a que se le de

información adecuada y oportuna	información clara sobre su Estado de salud. -El derecho a ser informada sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción y acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fecundidad y sobre las implicaciones de un embarazo para cada caso particular.
- El derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer	-El derecho a modificar las costumbres que perjudican la salud reproductiva de las mujeres y las niñas.
-El derecho a disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para ser objeto de experimentación	-El derecho a disfrutar del progreso científico en el área de la reproducción humana. -El derecho a no ser objeto de experimentación en el área de la reproducción humana

2.5.1 El derecho a la atención en salud reproductiva

La salud reproductiva forma parte fundamental del bienestar de las mujeres. Cuando las mujeres no cuentan con acceso a servicios seguros y de buena calidad existe el riesgo de aumentar la vulnerabilidad de ellas ante una serie de hechos de salud negativos como la muerte durante el embarazo o el parto, embarazos no deseados y/o no planeados, infecciones de transmisión sexual no deseadas, abortos inseguros. Los Estados deben asegurar la disponibilidad de los servicios de salud y la atención integral en salud reproductiva a todas las mujeres. El derecho a la atención en salud reproductiva está consolidado en los instrumentos internacionales de derechos humanos que protegen la vida y la salud⁵⁰. Por ejemplo, en nuestro país, el diseño e implementación de una guía de procedimientos

⁵⁰ Díaz, S. & Solano, M. (2010). Módulo de capacitación en derechos humanos de las mujeres: derechos sexuales y/o reproductivos, abogacía para el cambio. Instituto Interamericano de Derechos humanos. San José, C.R.: IIDH

para la interrupción terapéutica del embarazo, que incluya tecnologías modernas como el misoprostol, sería una medida no legislativa que beneficiaría a las mujeres en el cumplimiento del derecho a la atención en salud reproductiva.

3.- El uso de prostaglandinas en gineco-obstetricia: el misoprostol

3.1. La evidencia científica desarrollada en el mundo sobre el uso del misoprostol en gineco-obstetricia.

El misoprostol es un medicamento que fue creado para el tratamiento de la úlcera gástrica; es un tipo de prostaglandina que actúa sobre la fibra muscular lisa del útero, produciendo contracción y sobre el cuello uterino produciendo su maduración y dilatación. Estas propiedades útero-tónicas y de maduración cervical del misoprostol han permitido que en los últimos años se ha introducido su uso en ginecología y obstetricia.⁵¹

El misoprostol está indicado, puesto que ya existe evidencia científica desarrollada en el mundo, para la inducción de parto de término, la inducción de parto con óbito fetal, la prevención y tratamiento de hemorragia posparto, tratamiento del aborto incompleto y para abortos de primer y segundo trimestre⁵².

Las ventajas del misoprostol frente a otras prostaglandinas se resumen en las siguientes: no afecta los vasos sanguíneos ni los bronquios, es almacenable a temperatura ambiente por muchos años, se puede usar por diferentes vías: oral, rectal, vaginal y sublingual; es un medicamento barato, y los efectos secundarios como la diarrea o escalofríos dependen de la dosis administrada⁵³.

⁵¹ Díaz, S. (2011). El uso de las prostaglandinas en obstetricia y ginecología: el caso del misoprostol, Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir, San José.

⁵² http://www.misoprostol.org/File/IJGO_Intro_Weeks.pdf

⁵³ idem

3.2 El misoprostol avalado por la comunidad científica internacional y la OMS. La autorización de la FDA sobre el misoprostol. El misoprostol en el listado de la OMS.

En el año 2002 la Food and Drug Administration (FDA) hizo cambios a la información que está en su vademécum oficial: no eliminó la contraindicación del uso durante el embarazo⁵⁴, pero permitió el uso del misoprostol para la inducción de partos, y además junto con mifepristona para la interrupción del embarazo. La contraindicación persiste para aquellas mujeres que están embarazadas y usan misoprostol como tratamiento para la úlcera.⁵⁵

La OMS incluyó el misoprostol en su Listado Modelo de Medicamentos Esenciales en el año 2007 para ser usado con la mifepristona, en la lista complementaria de oxitócicos. Se aprobó el uso en aquellos países donde la interrupción del embarazo es legal. Además, se agregó al Listado la presentación en comprimidos vaginales de 25µg para la inducción de partos de término⁵⁶. En el 2009, se agrega el misoprostol al Listado de la OMS para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto espontáneo. En el 2011, la OMS acepta el misoprostol en su listado de medicamentos para ser usado en la prevención de la hemorragia posparto en los lugares donde no está disponible la oxitocina o no puede ser usada con seguridad⁵⁷.

En el año 2011 la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) emitió una Declaración de Consenso sobre evacuación uterina; en esta deja establecido que el uso de misoprostol es tan eficaz como la aspiración manual endouterina para el manejo del aborto incompleto;

⁵⁴ Cytotec® <http://www.misoprostol.org/File/Misoprostollabel.pdf>

⁵⁵ Misoprostol. Major -labelling changes. <http://www.fda.gov>

⁵⁶ Lista Modelo de Medicamentos esenciales de la OMS, 15° Lista, marzo 2007: http://www.who.int/medicines/publications/08_SPANISH_FINAL_EML15.pdf

⁵⁷ Who Model List of Essential Medicines, 17th list, March, 2011. <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>

además señala que la seguridad y la tolerabilidad de la evacuación uterina con medicamentos está ampliamente estudiada y documentada.⁵⁸

A pesar de las modificaciones de la propia FDA a las indicaciones del misoprostol, en Costa Rica se mantiene sólo la indicación permitida es para el uso gástrico para aquellos pacientes que usan frecuentemente antiinflamatorios no esteroidales, y sigue no estando incluida en el LOM de la CCSS. Por tanto, sólo se vende en farmacia privada, puesto que el medicamento está registrado en el Ministerio de Salud con el nombre comercial de Cytotec® en la presentación de tabletas de 200 µg; el número de registro es el 4132- ADZ-15837 y se vence el 5 de mayo del 2015.⁵⁹

3.3 La inclusión del misoprostol en las normas de otros países de la región para su uso en gineco-obstetricia.

En el contexto latinoamericano el misoprostol está registrado para uso en ginecología y obstetricia en Brasil y Perú, sólo en el ámbito hospitalario para inducción de parto, evacuación uterina en caso de óbito fetal, e interrupción legal del embarazo⁶⁰.

En otros países de la región, tomando en cuenta la evidencia científica producida se introducido el medicamento en la normativa oficial de los sistemas públicos de salud para su uso en obstetricia y ginecología. Así es posible encontrar el medicamento en las normas de Chile⁶¹, de México DF⁶², Colombia⁶³ y Bolivia⁶⁴.

⁵⁸ Declaración de Consenso sobre evacuación uterina. <http://www.figo.org/files/figo-corp/FIGO%20Declaracion%20DC%20en%20espanol.pdf>

⁵⁹ Díaz, S. (2011). El uso de las prostaglandinas en obstetricia y ginecología: el caso del misoprostol, Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir, San José.

⁶⁰ Fernández, M., Coeytaux, F., Gómez Ponce De León, R., Harrison, D. (2009). Assessing the global availability of misoprostol. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 105: 180-186.

⁶¹ <http://www.cedip.cl/Guias/Guia2003/capitulo08.swf>

⁶² http://www.gire.org.mx/publica2/abortomedicamentos_nov09.pdf

⁶³ <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22421>

⁶⁴ Normas y Protocolos Clínicos sobre el empleo del misoprostol en ginecología y obstetricia. Ministerio de Salud de Bolivia. Ver:

http://www.clacai.org/index.php?option=com_content&view=article&id=119:normas-yprotocolos-clinicos-sobre-el-empleo-del-misoprostolenginecologiayobstetricia&catid=8:materiales-informativos&Itemid=6

En Díaz (2011) encontramos la siguiente información:

Brasil y Perú ya han registrado el misoprostol para indicaciones en obstetricia y ginecología. El nombre comercial es Prostokos®, para ser usado en el nivel hospitalario. En ambos fue registrado para inducción de parto, evacuación uterina en caso de óbito fetal, e interrupción legal del embarazo. **Chile**, en el año 2003, publicó en la Guía Perinatal del Ministerio de Salud el uso de misoprostol permitido como uso “off label” para la inducción de trabajo de parto en los casos de mujeres con puntaje de Bishop menor a 7. El Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) de **Colombia** aprobó el uso de misoprostol en el año 2007, para las causales de interrupción de embarazos permitidas por la legislación. Las causales son: malformación grave del feto que haga inviable su vida, y cuando el embarazo sea el resultado de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. En el año 2007 se legalizó el aborto en **México, Distrito Federal**, hasta las doce semanas de gestación. El misoprostol es el medicamento de elección en los servicios públicos de salud para cuando se trata de un aborto médico, y también es permitido usarlo para preparar el cuello uterino cuando se realiza una aspiración manual endouterina. En **Bolivia**, en el año 2009, se aprueban “Los Protocolos y Procedimientos Técnicos para los usos de misoprostol en Ginecología y Obstetricia”, y asimismo se aprobó la inclusión del misoprostol en el listado de insumos básicos para el Seguro Universal Materno Infantil, en todos los usos gineco-obstétricos definidos en los Protocolos.

Luego, el año 2011, otra vez en **Colombia** se autorizó una nueva indicación: para la inducción del trabajo de parto con feto vivo, en embarazo a término que requiere maduración del cérvix (Test de Bishop =6). Se usará comprimidos vaginales 25 µg.⁶⁵

65 Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA Ministerio de la Protección Social , acta 38 sesión ordinaria de 25 agosto de 2011. Colombia.

En las Normas y Protocolos para la Atención de las Emergencias Obstétricas de **Nicaragua**, se incluye el misoprostol para la atención del aborto incompleto.⁶⁶

3.4 El misoprostol vs dinoprostona en gineco-obstetricia: la eficacia y los costos.

La dinoprostona es una preparación sintética de prostaglandina E2, que produce relajación de la musculatura lisa del cérvix y estimulación de la contracción del musculo uterino, por esta razón se ha utilizado para la inducción de aborto en el segundo trimestre del embarazo, evacuación uterina en caso de muerte fetal, mola hidatiforme y maduración cervical en mujeres embarazadas a término con cuello uterino desfavorable e indicación de inducción de trabajo de parto (Díaz, 2011).

La dinoprostona actúa sobre la fibra muscular lisa y produce efectos en otros aparatos: en el vascular provocando vasodilatación, en el respiratorio causando broncodilatación y en el gastrointestinal dando lugar a la estimulación del músculo liso. La dinoprostona se ha mostrado eficaz en su uso en ginecología y obstetricia, pero tiene una gran limitante que su precio es muy alto y hay mantenerla en conservación entre 2 y 8 grados centígrados; estas dos características han limitado su uso, especialmente en países en desarrollo (Díaz, 2011).

En los servicios de la CCS la prostaglandina permitida y la única en el LOM es la dinoprostona. Los lineamientos institucionales están estipulados para usarse en las siguientes situaciones son (Díaz, 2009):

- Abortos retenidos de más de 12 semanas.
- Evacuación de mola hidatiforme.
- Óbitos fetales de cualquier edad gestacional.
- Cuando se requiere interrumpir un embarazo que pone en peligro la vida de la mujer y aquellos que no tienen condiciones cervicales favorables

⁶⁶ Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Normas y Protocolos para la Atención de las Emergencias Obstétricas. Nicaragua, 2006.

- Pre-eclampsia
- Enfermedades cardíacas
- Enfermedades renales.
- Enfermedades hematológicas
- Embarazo post término sin condiciones cervicales (de más de 40 semanas de gestación).

Así como se anotó en la justificación, la CCSS gasta al año casi ¢ 77.000.000, si se incluyera el misoprostol en el LOM como una técnica moderna y menos invasiva a los cuerpos de las mujeres, ese gasto se reduciría grandemente.

IV.- Metodología de la investigación.

El diseño de la investigación se ubica en el cualitativo de teoría fundamentada, y que se puede asumir como una mezcla entre el diseño sistemático y el diseño emergente. Esta investigación ha sido de tipo exploratoria considerando que el misoprostol, es un medicamento novedoso para su uso en gineco-obstetricia que ha sido poco estudiado por las autoridades y proveedores de salud en el país, a pesar del enorme bagaje científico que ya existe debido a las investigaciones desarrolladas en otros países de la región americana y del mundo.

Igualmente la investigación se enmarcó en los alcances explicativo y descriptivo porque tomando en cuenta que el principal interés investigativo ha sido el abordaje del derecho a la atención en salud reproductiva, como uno de los principios de los derechos reproductivos, traducido este en la incorporación de tecnología moderna, accesible y menos invasiva a los cuerpos de las mujeres, como es el misoprostol en el LOM de la CCSS, para actos médicos relacionados a la gineco-obstetricia.

El alcance explicativo sirvió para tratar de entender y comprender por qué las autoridades de salud sólo se refieren al misoprostol de manera prejuiciosa como un medicamento para ser usado únicamente para provocar abortos, y no como un medicamento que, incluido en los actos médicos mencionados más arriba vendría a garantizar el derecho a la salud y la atención en salud reproductiva de las mujeres que habitan en Costa Rica.

Un alcance descriptivo permitió el intento de describir el uso del misoprostol en gineco-obstetricia como una manera de explicitar que es una garantía de reconocimiento de derechos humanos de las mujeres, en lo que respecta su derecho a la salud, incluyendo la salud reproductiva.

Para el proceso de recolección y recopilación de información se procedió de la siguiente forma:

- Se diseñó un cuestionario, el que se encuentra en Anexo

- Se seleccionó informantes clave, estos fueron personas ligadas al Ministerio de Salud y a la CCSS, tanto a autoridades como proveedores de salud del área gineco-obstétrica, a representantes de colegios profesionales relacionados con el tema. En concreto, se envió el cuestionario a la ViceMinistra de salud, al Director de Farmacoepidemiología de la CCSS, a la Jefa de Unidad Técnica de la CCSS relacionada con la salud de la mujer, a la Presidenta del Colegio de Farmacéuticos, a una representante de la Asociación de Ginecología y Obstetricia, a tres médicos y médicas ginecoobstetras y a una enfermera y un enfermero obstetras.
- Se envió el cuestionario a cada una de las personas descritas por medio de correo electrónico durante los meses de marzo y abril del presente año.
- El hecho evidente es que se recibió respuesta de tan sólo 5 personas: la Jefa de la Sección Salud de la mujer de la CCSS, un médico y una médica ginecoobstetras, y una enfermera y un enfermero obstetras.
- Esta respuesta motivó a que hubiera que recurrir a la búsqueda de información en documentos como el Reglamento de Registro de Medicamentos del Ministerio de Salud, cómo se elabora el Listado Oficial de Medicamentos de la CCSS, normas y guías de atención al posaborto y artículos publicados sobre el tema.

Las respuestas obtenidas y la información recopilada se organizaron en categorías relacionadas a las preguntas e hipótesis de la investigación para su análisis.

V.- Resultados y Análisis de la Información

La información recolectada y recopilada, tanto a través de las respuestas al cuestionario como los documentos revisados, se ordenó según los temas o categorías que a continuación se detallan. Estas categorías nacen de las relaciones o conexiones entre los elementos clave de la investigación, como son los objetivos, las preguntas y las hipótesis planteados al iniciar la misma.

El misoprostol como tecnología moderna, barata, termoestable en comparación con la dinoprostona.

Las respuestas obtenidas de los y las profesionales en esta categoría reflejan que existe conocimiento preciso sobre las ventajas y desventajas de ambas prostaglandinas. Se identifica además al misoprostol como un medicamento que forma parte de las tecnologías actuales para su uso en ginecología y obstetricia.

“Sobre el misoprostol, al ser un derivado de la prostaglandina, produce un efecto sobre el cuello uterino dilatándolo, posee pocos efectos secundarios y es de bajo costo. Se utiliza para provocar abortos, para la maduración cervical y en la inducción del parto. Su principal efecto es que provoca contracciones uterinas. Su efectividad está comprobada y supera a la oxitocina y a la dinoprostona” (enfermero obstetra).

“Misoprostol:

Ventajas: Altamente efectivo en la resolución de patología gineco obstétrica común (aborto, labor de parto, control de hemorragia post parto), barata (2500 colones cada tableta), fácil aplicación.

Desventajas: efecto no es reversible, comprimidos disponibles en el país no son de uso vaginal. Dinoprostona:

Ventajas: alta efectividad en el manejo de inicio de labor de parto, disponible en la CCSS, su presentación farmacéutica (gel vaginal) hace que sea de fácil aplicación.

Desventajas: poco efectivo en el manejo de complicaciones obstétricas de I trimestre (aborto), es muy caro (80 000 colones cada aplicación)” (médica)

“sobre el misoprostol: es barato, fácil de almacenar y administrar, se puede utilizar de forma ambulatoria, no requiere de gran apoyo de laboratorio, salas de operaciones, personal especializado, es efectivo con bajas dosis y puede ser administrado por diferentes vías, se encuentra entre los medicamentos esenciales de la OMS y sobre todo salva vidas de mujeres. Dentro de las desventajas es que es difícil conseguirlo, no hay mucha capacitación en el uso correcto para las condiciones obstétricas que lo

ameriten, y en este país no está registrado por el Ministerio de Salud para usos obstétricos (médico)

“La dinoprostona es cara, necesita refrigeración, necesita personal especializado para ir la dosificando, no es tan efectiva ya que aunque es específica no sirve para muchas condiciones obstétricas, sólo para la inducción del parto, es un medicamento que ya prácticamente está en desuso en el mundo. Su única ventaja es que es la única prostaglandina que está en la CCSS para uso obstétrico” (médica).

Los prejuicios de las autoridades ante el misoprostol para aprobar su uso en ginecología y obstetricia.

Cuando se recupera las respuestas obtenidas o la información recopilada sobre el por qué no se ha incluido en el LOM de la CCSS, o no se permite el uso del misoprostol para actos médicos relacionados a la gineco-obstetricia, es que se evidencian los prejuicios, que nacen de la falta de conocimiento de lo que está ocurriendo en otras latitudes, y asimismo de la falta de reconocimiento del avance sobre la evidencia científica. Como se estableció en el marco teórico, en otros países de la región, se ha avanzado al respecto incluyendo el uso del misoprostol en las normas y procedimientos del sistema de salud porque las entidades regionales de gineco-obstetricia también han producido evidencia científica como la FLASOG.

“Porque no está aprobado por el Ministerio de Salud su uso, no está inscrito el medicamento como presentación para uso vaginal, solo está autorizado su uso vía oral para gastroenterología” (médica)

“Argumentan varias cosas entre ellas que la FDA lo contraindica en el embarazo, que su uso está limitado para uso gástrico para aquellos pacientes que usan frecuentemente antiinflamatorios no esteroideos (AINES), pero la mayor objeción y esta es una apreciación personal es por los prejuicios de profesionales contrarios a la interrupción voluntaria de la gestación ya que temen que se utilice para estos fines” (enfermera obstétrica)

“Porque el Ministerio de Salud no lo ha registrado o permitido para usos obstétricos” (médica)

“Desconozco la justificación final y formal; se argumenta : que ya hay un medicamento aprobado con más validación y aprobación por la FDA que es la dinoprostona” (médico).

“(...) se ha dicho que se ha usado solamente para provocar abortos, y que se asocia a riesgos maternos como muerte por sangrados y sepsis, y porque se usa en forma clandestina, arguyen que no hay evidencia científica para afirmar que tiene beneficios ginecológicos y obstétricos” (enfermero obstetra).

Mora (2010) señala que el misoprostol es un medicamento que está aprobado en el país sólo con indicaciones de gastroenterología: Cicatrización de úlceras duodenales y úlceras gástricas incluyendo aquellas inducidas por los agentes antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y profilaxis para úlcera péptica inducida por AINEs, y que la vía de administración es la oral. En su artículo la autora menciona que al reconocerse cualidades útero-tónicas del misoprostol se ha usado por vía vaginal para interrupción de embarazo, maduración de cuello, para inducir parto, para prevenir hemorragias posparto. Esto no está señalado en su etiquetado. Además recuerda que en Costa Rica no se ha aprobado para estos usos y vías de administración porque *“no se ha demostrado científicamente que el fármaco sea seguro en estos tratamientos, por el contrario se reportan eventos adversos serios como sangrados severos, ruptura o perforación del útero, incluyendo muerte del feto y de la madre, existe en Costa Rica denuncias por abortos practicados con este producto y una específica en la cual murió la madre”*⁶⁷. Este es el argumento fundamental para que desde la Dirección de Registros y Controles del Ministerio de Salud este medicamento sea controlado de manera contundente. Sin embargo, la misma autora señala que los profesionales que mayormente están prescribiendo el misoprostol son gineco-obstetras que trabajan en los servicios de la CCSS, a pesar que el medicamento para uso gineco-obstétrico aprobado es la dinoprostona. El conocimiento de este hecho motivó que se hicieran más radicales las regulaciones y el control de la venta en farmacia privada del misoprostol, tanto desde el Ministerio de Salud como del Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica.

⁶⁷Mora, María Felicia (2010). Regulación del dispensado de misoprostol. En: Actualidad Farmacéutica. Vol. 23, 2010. San José, Costa Rica. pp: 5-8. pág.6

La OMS ya ha publicado en su listado de medicamentos esenciales, en el 2007 y en el 2011 que se puede utilizar el misoprostol para el aborto incompleto, para la inducción de parto de término, para ser usado junto con la mifepristone en los países donde el aborto es legal y para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto. Esta decisión está respaldada por la evidencia científica producida en el mundo en los últimos 30 años.

Esta evidencia científica la conocen los y las profesionales en ginecoobstetricia de los hospitales de la CCSS, y asimismo también saben que la dinoprostona ya es parte de la historia de la obstetricia en el mundo, y que tiene más desventajas al compararla con el misoprostol, así como se identificó en la categoría anterior.

Tinoco (2005) en su artículo define a la selección de medicamentos como *“un ejercicio inteligente de razonamiento clínico, por medio del cual se identifican las necesidades terapéuticas en un ámbito determinado centro de salud, hospital, país), basados en la aplicación de criterios sanitarios y que como resultado se obtiene una lista de ellos siendo los más apropiados para cubrir la morbilidad”*⁶⁸. Luego de la selección de medicamentos se prepara el Listado Oficial de Medicamentos (LOM); los medicamentos esenciales que se escojan están en dependencia de las necesidades de salud o enfermedades que requiera tratamiento. Tinoco enfatiza que *“Para seleccionar medicamentos es primordial que éstos cuenten con el Registro Sanitario, el cual es otorgado por el Ministerio de Salud para autorizar su comercialización y uso clínico. En esta etapa, se asegura la disposición de medicamentos eficaces, seguros y de calidad”* (pág.31).

El misoprostol, así como se estipuló más arriba en el marco teórico es un medicamento que está registrado en el Ministerio de Salud con el nombre comercial de Cytotec®.

⁶⁸ Tinoco, Zaira. (2005). Selección de Medicamentos en la CCSS. Comité Central de Farmacoterapia. En: Fármacos 2005, 18: 1-2. pág.30.

La autorización y regulación de la FDA para el uso del misoprostol.

En general la información que manejan los y las informantes clave es algo deficiente, de manera intuitiva hacen referencia al uso “off-label” o de fuera de etiqueta del misoprostol; y no conocen a cabalidad de las modificaciones que ha hecho la FDA en la regulación del medicamento. Es fundamental conocer la información veraz para defender el uso del misoprostol como una tecnología moderna en gineco-obstetricia, cuando esto ocurra se estará respetando y cumpliendo con el derecho de las mujeres al goce de avances científicos y tecnológicos.

“Se puede usar según criterio médico si es la mejor opción para la paciente” (médica)

“Entiendo que solo lo tiene registrado para tratamiento de úlceras gástricas por AINES” (médica)

“(…) el misoprostol es un medicamento fuera de la indicación aprobada, lo cual me parece que significa que se puede usar pese a que su uso no es específicamente para usos obstétricos, pero que la evidencia a demostrado que tiene gran eficacia y eficiencia, de ahí que si se puede usar” (enfermero obstetra).

“Las indicaciones son para maduración cervical o inducción de la labor de parto y para uso en atonía uterina posparto, pero estas indicaciones, , según su página de internet se encuentran en revisión para su aprobación y no existe conclusión de recomendación final” (médico).

Los usos del misoprostol en ginecología y obstetricia avalados por la evidencia científica y la OMS.

La información que conocen los y las informantes clave no es la más correcta, esto significa cómo dijo una de las médicas, que es necesario promover la realización de jornadas científicas entre la comunidad médica y de enfermería para asegurar una buena calidad de atención a las mujeres cuando se trata del derecho a la atención en salud reproductiva, especialmente cuando el objetivo es incluir nuevas tecnologías para usar en actos médicos de la ginecología y la obstetricia.

“La FECASOG reconoce el uso de este medicamento en el manejo de aborto retenido, embarazo anembriónico, aborto en evolución aborto incompleto, inducción de labor de parto” (médica).

“La OMS lo incluye como un medicamento efectivo para el manejo del aborto incompleto y el espontáneo, por su bajo costo y porque los riesgos en su uso son menores que otros medicamentos. Para interrupciones del embarazo menores de 9 semanas. En inducciones del parto, y principalmente cuando hay un óbito fetal” (enfermero obstetra).

“se utiliza para la interrupción del embarazo, inducción del parto, manejo de la hemorragia obstétrica, aborto incompleto y retenido, para dilatar cuello para poner DIU” (médica).

“Uso para maduración cervical e inducción de la labor de parto, Uso para atonía posparto, uso para aborto farmacológico en embarazo menos de 63 días junto a Mifepristona o solo. Su uso se ha evidenciado vía vaginal y actualmente se ha validado su uso sublingual” (médico).

Las consecuencias en el ámbito financiero del uso del misoprostol en los servicios de la CCSS para ginecoobstetricia.

Los y las informantes reconocen que el misoprostol es un medicamento mucho más barato que la dinoprostona, así se mencionó también entre sus ventajas, en la categoría de más arriba. Incluso lo identifican como la tecnología más barata al compararla con la aspiración manual endouterina y el legrado uterino instrumental.

“El misoprostol es 10 veces más barato que el dinoprostone, el AMEU bien hecho es una técnica con recuperación más rápida para las pacientes, más barata y con menos riesgos que el LUI” (médica).

*“No tengo información al respecto de esos costos en la CCSS”
(enfermera obstetra).*

“Hay grandes diferencias, de acuerdo con un estudio de la ADC se encontró que: el costo por tratamiento de aborto con LUI en el 2008 es aproximadamente de 323.000 colones” (médica).

*“De mayor a menor costo serian: LUI- AMEU- Dinoprostona- Misoprostol”
(médico)*

En el año 2009, la Asociación Demográfica Costarricense publicó un estudio sobre los costos asociados al aborto inducido realizado en servicios de la CCSS. Se hizo la comparación entre técnicas utilizadas actualmente para atender a las mujeres que demandan tratamiento del aborto incompleto. Se identificó que en el 90% del total de intervenciones realizadas utilizan el legrado uterino instrumental (LUI) como procedimiento de evacuación del útero. Esto implica que las mujeres usuarias permanecen en promedio 2,2 días en el centro hospitalario;

la estimación del costo diario de la atención es de ¢342.443, al hacer el cálculo según los egresos hospitalarios por aborto, la CCSS gasta cinco mil millones de colones por año. Al hacer los cálculos teniendo como referencia el uso de una tecnología moderna más barata y menos invasiva a los cuerpos de las mujeres, como es el misoprostol para el tratamiento del aborto, habría una disminución del 39% del gasto actual⁶⁹. Uno de los argumentos significativos es que al usar el misoprostol en el tratamiento del aborto incompleto, no se hace necesaria la hospitalización: a la mujer usuaria se le administra el medicamento en el centro de salud y se le cita para un control a los 7 días.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) emitió una declaración en el mes de julio de 2011, denominada “Declaración de Consenso sobre Evacuación Uterina”⁷⁰, en ella se señala que el misoprostol es tan seguro y tolerable por las mujeres como la aspiración manual endouterina; esta es una referencia como para que las autoridades de la CCSS decidan cambiar el LUI por el misoprostol para el tratamiento de las complicaciones del aborto.

Las recomendaciones de Comités de Naciones Unidas hechas a Costa Rica sobre el derecho a la atención en salud reproductiva y el derecho al goce a los avances científicos y tecnológicos.

Los y las informantes clave no conocen respecto de recomendaciones de comités de las naciones unidas hechas al estado costarricense en materia de derechos a la salud y a la atención en salud reproductiva.

*“se sugiere que se fortalezcan los programas de atención en salud sexual y salud reproductiva, dando principal énfasis en el área de anticoncepción, la cual debe brindarse de una manera oportuna, confiable y con información basada en la mejor evidencia científica, donde las personas puedan elegir libremente el método que deseen usar, así como que los métodos o procedimientos estén accesibles a todas las personas”
(enfermero obstetra)*

⁶⁹ Asociación Demográfica Costarricense (2009). Costos asociados al aborto inducido en Costa Rica. San José, Costa Rica.

⁷⁰ <http://www.figo.org/files/figo-corp/FIGO%20DC%20Statement.pdf>

“No sé” (médica)

*“El Derecho a Recibir Atención Integral de Salud e Información
La interrupción terapéutica del embarazo es una opción permitida por la
legislación vigente en el país, acorde con el derecho de las mujeres a
decidir fundamentándose en información que le debe ser suministrada por
el médico o personal de salud en el momento en que un embarazo ponga
en riesgo su salud o su vida” (enfermera obstetra)*

*“mejorar la oferta de métodos anticonceptivos y hacer cumplir la ley sobre el
aborto no unible, por lo tanto mejorar el acceso de las mujeres a este
derecho” (médica)*

*“El asesoramiento previo a la posibilidad de aborto debe incluir también
información sobre futuras necesidades en materia de
anticoncepción. Prestación de servicios seguros de interrupción del
embarazo en la medida en que lo permita la ley de cada país, es un
componente de suma importancia en salud reproductiva” (médico).*

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su 49º período de sesiones realizado del 11 al 29 de julio del año 2011⁷¹ revisó el quehacer de Costa Rica en materia de derechos humanos de las mujeres. El Comité expresó al Estado sus preocupaciones en materia del insuficiente reconocimiento y protección de los derechos sexuales y reproductivos; específicamente el Comité se refirió a que las mujeres no tienen acceso al aborto legal por la falta de directrices de las autoridades de salud, tienen dificultad en el acceso a tecnología anticonceptiva moderna, incluida la anticoncepción de emergencia, y además está prohibida la fertilización in vitro.

En consecuencia, las recomendaciones del Comité al estado costarricense son:

- a) *Dé prioridad a la adopción de las enmiendas a la Ley General de Salud, que prevé la introducción de un capítulo dedicado a los derechos sexuales y reproductivos, de conformidad con el artículo 12 de la Convención y la recomendación general 24 (1999) del Comité sobre el artículo 12 de la Convención (la mujer y la salud);*

⁷¹http://www.mulabi.org/articulos_para_la_pagina/observaciones%20finales%20de%20la%20ce%20daw.pdf

b) Considere la posibilidad de levantar la prohibición de la fecundación in vitro y de adoptar medidas legislativas orientadas a facilitar y ampliar el derecho de las mujeres a decidir de manera libre y responsable el número de sus hijos, de conformidad con el apartado e) del artículo 16 de la Convención; y asegure el acceso a los servicios de reproducción asistida, incluyendo la fecundación in vitro, en consonancia con las recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2010);

c) Elabore directrices médicas sobre el acceso al aborto legal y las difunda ampliamente entre los profesionales de la salud y el público en general;

d) Considere la posibilidad de revisar la ley relativa al aborto con miras a la identificación de otras circunstancias bajo las cuales podría permitirse el aborto, como los abortos en casos de embarazos resultantes de violación o incesto;

e) Adopte medidas para facilitar el acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos de tecnología avanzada y fomentar su disponibilidad.

Es evidente la preocupación de este Comité por la falta de cumplimiento y garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el país. Esta falta de cumplimiento se traduce en que no se está respetando el derecho a la atención en salud reproductiva. Asimismo, si no se está garantizando, por ejemplo, la posibilidad de que las mujeres accedan al aborto impune, que es permitido por la legislación, o a la fertilización in vitro, se inhibe también la posibilidad de las mujeres del derecho al goce de avances científicos y tecnológicos. El hecho que las autoridades garanticen el acceso al aborto terapéutico implica el diseño de una guía de procedimientos que debiera incluir el uso de tecnologías modernas, como el misoprostol.

VI.- Conclusiones

Un análisis ulterior, en este momento del documento, se desarrolla a partir de los objetivos, las preguntas e hipótesis planteadas más arriba; específicamente, las conclusiones analíticas nacen de las preguntas e hipótesis de la investigación. Para el efecto se han agrupado según cómo se relacionan hipótesis y preguntas:

a) H1: La introducción del misoprostol bajo la denominación “off label” en el LOM de la CCSS para los actos médicos en gineco-obstetricia, cumple con el derecho a la atención en salud reproductiva de las mujeres y sus derechos humanos.

¿Qué consecuencias se produce en la salud de las mujeres el no cumplimiento del derecho a la atención en salud reproductiva y el derecho al goce del avance científico y tecnológico?

¿Cuáles son las consecuencias a la salud de las mujeres cuando se usa medicamentos o tecnologías en ginecoobstetricia que son más invasivas que el misoprostol?

¿Cuáles son los beneficios a la salud de las mujeres cuando se respeta sus derechos humanos en la atención en salud reproductiva?

El misoprostol es un medicamento que ha sido ampliamente estudiado para otros usos diferentes para los cuales fue inventado; desde hace más de 30 años se viene haciendo investigación y produciendo evidencia científica para su uso en diversos actos médicos relacionados a la obstetricia y la ginecología. Con el transcurso del tiempo la misma Food and Drug Administration (FDA) ha hecho cambios en el etiquetado del Cytotec® (nombre comercial del misoprostol) para determinados usos en gineco-obstetricia, además la FDA permite la utilización “off-label” de los medicamentos cuando estos son beneficiosos en tratamientos para los cuales no fue regulado. Es en ese nivel que se puede utilizar el misoprostol. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido en su listado de medicamentos esenciales al misoprostol para ser usado junto a la

mifepristona en aquellos países donde el aborto es legal, en el tratamiento del aborto incompleto, el aborto espontáneo, la inducción de parto de término y para el tratamiento de la hemorragia. Obviamente, Costa Rica pertenece a la OMS a través del Ministerio de Salud, pero para el caso del uso del misoprostol en ginecología y obstetricia desconoce totalmente sus lineamientos.

Los sistemas públicos de salud de países de la región latinoamericana, como una manera de responder a la garantía y cumplimiento de los derechos reproductivos de las mujeres, el derecho a la atención en salud reproductiva y al goce de los adelantos científicos y tecnológicos han hecho avances sustanciales en la normativa de actos médicos relacionados a la gineco-obstetricia incluyendo al misoprostol como otra alternativa más que favorezca la salud de las mujeres. Además, está ampliamente reconocido como un medicamento moderno, barato, termoestable e inofensivo a los cuerpos de las mujeres.

Las y los profesionales entrevistados conocen de las ventajas de usar el misoprostol en ginecología y obstetricia; es más tienen una posición y una actitud positiva ante el medicamento, esperando que en algún momento esté autorizado en el país su uso en aquellos tratamientos en los cuales ya existe abundante evidencia científica.

b) H2: El uso del misoprostol en gineco-obstetricia disminuye los costos del presupuesto en un 30% para la atención a la salud reproductiva cuando se le compara con el uso de técnicas como el legrado instrumental intrauterino (LUI), la aspiración manual endouterina (AMEU) y la dinosproston.

¿Cuáles son los beneficios para el presupuesto de la CCSS si el misoprostol se incluye en el LOM y en las normas y protocolos de ginecoobstetricia?

Los estudios de costos hechos por la Asociación Demografica Costarricense no han sido tomados en cuenta por las autoridades de salud, tanto del Ministerio como de la CCSS.

Tal como se mostró en el acápite pertinente, si las autoridades correspondientes deciden el uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto versus el uso de legrado uterino instrumental (LUI), la CCSS se ahorraría un 39% del gasto actual que alcanza a cinco mil millones de colones por año.

El uso de dinoprostona para la inducción de parto de término le significa a la CCSS el gasto anual de ¢ 76.000.000.

c) H3: Las autoridades de salud de la CCSS y el Ministerio de Salud aprueban la norma para el uso del misoprostol bajo la denominación “off label” para actos médicos de ginecología y obstetricia.

¿Cuáles son los mitos y prejuicios de las autoridades del sector salud con relación al uso del misoprostol en ginecología y obstetricia?

¿Cuáles son los impedimentos o los facilitadores para el registro e inclusión de un medicamento nuevo en el LOM de la CCSS?

¿Cuáles son los impedimentos o los facilitadores para incluir un medicamento con indicación “off label” en el LOM de la CCSS?

En nuestro país el medicamento está satanizado. Las autoridades de salud, del Ministerio, de la Dirección de Farmacoepidemiología, del Colegio de Farmacéuticos insisten de manera enfática en que el misoprostol sólo se permitirá en el país para los usos indicados por el fabricante y las regulaciones de la FDA (uso gastroenterológico), pues sus argumentos se basan en que no existe evidencia científica para su uso en gineco-obstetricia, por tanto, su regulación y control es clave porque así se evitará que las mujeres lo usen para abortar. Lo interesante es que ni siquiera existe la posibilidad de aceptar el uso del misoprostol e incluirlo en el LOM de la CCSS, a pesar de la evidencia científica desarrollada y de estudios de costos que demuestran que el uso de este medicamento permite un ahorro sustancial de los fondos públicos.

De persistir con estos argumentos, y que a la vez no se atiendan las recomendaciones que hizo el Comité de la CEDAW el año pasado en materia de salud de las mujeres (para las cuales le dio al Estado costarricense el plazo de dos años), la interpretación es que el sistema público de salud y el Estado no estarán respetando, garantizando ni cumpliendo con el derecho de las mujeres a la salud, el derecho a la atención en salud reproductiva ni con el derecho al goce de avances científicos y tecnológicos en ginecología y obstetricia.

Las mujeres en Costa Rica seguirán esperando por el cumplimiento del derecho a la atención en salud reproductiva, a través del reconocimiento del derecho al goce a los adelantos científicos y tecnológicos, como es la introducción de nuevos medicamentos (como el misoprostol) para actos médicos relacionados a la ginecología y obstetricia.

Los resultados y conclusiones de esta investigación así lo demuestran cuando se identificó que las autoridades de salud, tanto del ente rector como del ente proveedor, no demuestran el más mínimo interés por hacer cambios a medidas no legislativas que permitan cumplir con los instrumentos de derechos humanos ratificados por el Estado costarricense en materia de atención a la salud de las mujeres. En el tema que ocupa, la introducción de nuevas tecnologías, como es el misoprostol en la normativa relacionada a la ginecología y obstetricia vendría a beneficiar a las mujeres, en cuanto a recibir atención a la salud reproductiva con el uso de tecnologías no invasivas a sus cuerpos.

VII.- Bibliografía consultada

Arroyo, Roxana (2010). La igualdad un largo camino para las mujeres. En: Igualdad y diversidad. El reto de la diversidad. Danilo Caicedo Tapia y Angélica Porras Velasco, editores. Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Culto, Quito, Ecuador, p. 421-447.

Asociación Demográfica Costarricense (2009). Costos asociados al aborto inducido en Costa Rica. San José, Costa Rica.

Calder A, Loughney A, Weir C, Barber J. Induction of labour in nulliparous and multiparous women: a UK, multicentre, open-label study of intravaginal misoprostol in comparison with dinoprostone. BJOG 2008;115:1279-1288.

Camacho, D. (2009). Relaciones Internacionales, Movimientos Sociales y Derechos Humanos. La construcción de una cultura de los derechos humanos en América Latina. Acervo Histórico Diplomático. Secretaría de Relaciones Exteriores. Estados Unidos Mexicanos, México, DF.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2010). Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. Secretaría General de la OEA. Washington DC.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2011). Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos. Secretaría General de la OEA. Washington DC.

Corte Interamericana de Derechos Humanos (2010). Documentos básicos en materia de derechos humanos en el Sistema Interamericano. Secretaría de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, San José.

Código Penal de Costa Rica

<http://www.piaje.org/PT/Docs/LegislationDocs/UNPAN030638%5B1%5D.pdf>

De Castro Cid, Benito (2003) Introducción al estudio de los Derechos Humanos; Ed. Universitas S.A., Madrid.

Díaz, S. (2011). El uso de las prostaglandinas en obstetricia y ginecología: el caso del misoprostol, Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir, San José.

Díaz, S. (2009). El uso de la dinoprostona en los servicios de salud en Costa Rica. Presentación en la Jornada de Científica de Actualización en Ginecología y Obstetricia: uso del misoprostol. Disponible en http://www.colectiva-cr.com/ponencias_jornada.htm

Díaz, S. (2010). Tecnologías modernas para la interrupción terapéutica del embarazo. Hoja Informativa del II Seminario Derechos sexuales y derechos reproductivos con perspectiva de género. San José: Colectiva por el Derecho a Decidir.

Ehrenreich, B., English, D. (1988). Brujas, Comadronas y Enfermeras. Historia de las sanadoras. Ediciones de les dones. Barcelona.

Facio, A. (2003) Asegurando el futuro. Las instituciones nacionales de derechos humanos y los derechos reproductivos. UNFPA. San José. Costa Rica.

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología-FLASOG.
(2007). Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología, 2a ed. FLASOG.
<http://www.flasog.org/images/misoprostol.pdf>

Fernández, M., Coeytaux, F., Gómez Ponce De León, R., Harrison, D.
(2009). Assessing the global availability of misoprostol. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 105: 180-186.
http://www.ipas.org/Library/Other/Assessing_the_global_availability_of_misoprostol.pdf

Ferrajoli, Luigi (2010). Igualdad y diferencia. En: Igualdad y diversidad. El reto de la diversidad. Danilo Caicedo Tapia y Angélica Porras Velasco, editores. Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Culto, Quito, Ecuador, p.155-182.

Giberti, E., Fernández, A. M. (1992). La mujer y la violencia invisible. Editorial Sudamericana. Buenos Aires.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). Metodología de la investigación. Mc Graw-Hill. México, DF.

IIDH (2008b). Los derechos reproductivos son derechos humanos. San José, Costa Rica.

Lagarde, M. (1997) Los cautiverios de las Mujeres: madresposas, monjas, puntas, presas y locas. UNAM. México.

Lista Modelo de Medicamentos esenciales de la OMS, 15° Lista, marzo 2007:
http://www.who.int/medicines/publications/08_SPANISH_FINAL_EML15.pdf

Medina, Cecilia (2005). La Convención Americana: teoría y jurisprudencia: vida, integridad personal, libertad personal, debido proceso y recurso judicial. San José, Universidad de Chile Centro de Derechos Humanos.

Mora, María Felicia (2010). Regulación del dispensado de misoprostol. En: Actualidad Farmacéutica. Vol. 23, 2010. San José, Costa Rica. Pp: 5-8.

Navarro, R. (2010). Derecho a la Salud. Editorial Juricentro, S.A. San José, Costa Rica.

Recomendaciones Generales del Comité de la CEDAW a los Estados.
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>

Rojas, E. (2008). Aplicación del aborto terapéutico en Costa Rica: una perspectiva desde los derechos humanos y la salud de las mujeres. Trabajo final de graduación para optar al grado de Magister en Derechos Humanos. UNED, San José.

Tinoco, Zaira. (2005). Selección de Medicamentos en la CCSS. Comité Central de Farmacoterapia. En: *Fármacos* 2005, 18: 1-2

van Gemund, N., Scherjon, S., Le Cessie, S., Schagen van Leeuwen, J.H., van Roosmalen, J. and Kanhai, H.H.H. (2004), A randomised trial comparing low dose vaginal misoprostol and dinoprostone for labour induction. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111: 42-49. doi:10.1046/j.1471-0528.2003.00010.x

VIII.- Anexo

Cuestionario

Estimado y/o estimada informante clave:

Estoy en la etapa de mi trabajo final de graduación para optar al grado de Magister en Derechos Humanos de la Maestría en Derechos Humanos de la Universidad Estatal a Distancia-UNED. El objetivo general de mi investigación exploratoria es:

Determinar el cumplimiento del derecho a la salud en el Estado costarricense, en lo que concierne el derecho a la atención en salud reproductiva y el derecho a disfrutar del avance científico y tecnológico en materia de salud, a partir de la inclusión o no de nuevos medicamentos, como el misoprostol, para su uso en ginecología y obstetricia.

A continuación encontrará seis preguntas sobre el misoprostol, que al ser usado en obstetricia y ginecología como una tecnología moderna, permite cumplir con el goce de las mujeres al derecho a los avances científicos y al derecho a la atención en salud reproductiva.

Desde ya le agradezco el tiempo para contestar a las preguntas y así aportar a la construcción de nuevos conceptos que enriquecen a la academia y a la teoría de los derechos humanos de las mujeres.

- 1.- Identifique las características, ventajas y desventajas del misoprostol versus la dinoprostona como prostaglandinas usadas en gineco-obstetricia.
- 2.- ¿Por qué no se permite en Costa Rica el uso del misoprostol en ginecología y obstetricia?
- 3.- ¿Cuáles son las regulaciones de la FDA para el uso del misoprostol en ginecología y obstetricia?
- 4.- ¿Por qué el misoprostol no está incluido en el Listado Oficial de Medicamentos de la CCSS? Cuáles son los argumentos para impedir su inclusión?
- 5.- ¿Podría nombrar usos del misoprostol en ginecología y obstetricia avalados por la investigación, la evidencia científica y la OMS?
- 6.- ¿Podría explicitar dos Recomendaciones de Comités de las Naciones Unidas para el Estado costarricense sobre los derechos de las mujeres a la atención en salud reproductiva?

7.- ¿Podría mencionar diferencias de costos entre dinoprostona, misoprostol, AMEU y LUI?