

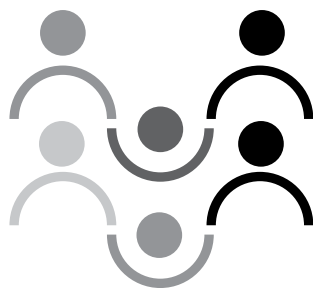


ASOCIACIÓN
DEMOGRÁFICA
COSTARRICENSE

ESTIMACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO EN COSTA RICA, 2007

INFORME DE RESULTADOS
CRISTIAN GÓMEZ RAMÍREZ

San José, Costa Rica, Junio 2008



**Asociación
Demográfica
Costarricense**

*Por los derechos sexuales y los derechos reproductivos
... desde 1966...*

ESTIMACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO EN COSTA RICA, 2007

INFORME DE RESULTADOS

San José, Costa Rica, 2008.

Gómez Ramírez, Cristian
Estimación del aborto inducido en Costa Rica,
2007 / Cristian Gómez Ramírez.
-1 edición- San José, Costa Rica
Asociación Demográfica Costarricense, 2008
65 pág.: 27.5 X 21.25 cm
ISBN: 978-9977-72-011-1

Investigador: Cristian Gómez Ramírez, cgomez@adc-cr.org

Asistente de investigación: Mario Camacho Marín, mariocamachom@gmail.com

Revisión final del documento: Hilda Picado Granados, hpicado@adc-cr.org
José Carvajal Álvarez, jcarvajal@adc-cr.org

Producción Gráfica: Kalion S.A.

Impresión Litográfica: Editorial e Imprenta Ludovico

ISBN: 978-9977-72-011-1

Con el apoyo financiero de:

**fondo de acción para
el aborto seguro**



Con el apoyo técnico de: Allan Guttmacher Institute



San José, Costa Rica, junio 2008.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	6
PRÓLOGO.....	7
RESUMEN EJECUTIVO	8
I.Introducción	9
I.i Aborto en Cifras	9
I.ii Fecundidad y uso de métodos anticonceptivos en Costa Rica.	11
I.iii JUSTIFICACIÓN.....	12
CAPÍTULO II	13
METODOLOGÍA	13
II.i Introducción	13
II.ii Encuesta a Profesionales en Salud (EPS).	13
II. iii Encuesta en Centros de Salud (ECS).	14
II.iv Características de las personas entrevistadas en la EPS.....	15
II.v Características de las personas entrevistadas en ECS y características de los Centros de Salud.....	15
CAPÍTULO III.....	20
CARACTERÍSTICAS DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE ABORTOS INDUCIDOS.	20
III.i Perfil de las mujeres que recurren a procedimientos de aborto inducido.	20
III.ii Métodos para efectuar el aborto inducido.	20
III.iii Proveedores de aborto inducido.	21
III.iv Conclusiones.....	22
CAPÍTULO IV. ABORTO INDUCIDO COMPLICACIONES Y ATENCIÓN POST-ABORTO.	29
IV.i Tipos de complicaciones por aborto.....	29
IV.ii Probabilidad de complicaciones.....	30
IV.iii Probabilidades de obtener atención médica para las complicaciones por aborto inducido.	30
IV.iv Fuentes de atención post-aborto.....	32
IV.v Pacientes atendidas en post-aborto.....	32
IV. vi Procedimientos usados para el tratamiento de las complicaciones post-aborto.....	33
IV.vii Conclusión	33
CAPÍTULO V	43
PLANIFICACIÓN FAMILIAR, CONSEJERÍA POST-ABORTO Y OPCIONES E INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL NÚMERO DE ABORTOS INDUCIDOS Y MEJORAR LA ATENCIÓN POST-ABORTO.....	43
V.i Servicios de planificación familiar.	43
V.ii Opiniones y recomendaciones para reducir el número de abortos inducidos.	44
V.iii Aborto terapéutico y ampliación de causales.	44
V.iv Conclusión.....	45
VI. ESTIMACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO: COSTA RICA 2007.	49
VI.i Razones y supuestos para la estimación indirecta.	49
VI.ii Incidencia del aborto inducido.	50
VII. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES.	56
VII.i Limitaciones	56
VII.ii Conclusiones Generales	56
VII.ii Implicaciones para programas y políticas.	58
VIII. REFERENCIAS.....	60
IX. BIBLIOGRAFÍA	60



ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 2.1 Distribución de los Centros de Salud por tipo de establecimiento, según área de salud.	17
Cuadro 2.2 Características de las personas entrevistadas en la encuesta a profesionales en salud (EPS).....	18
Cuadro 2.3 Características de los Centros de Salud, según sector.....	19
Cuadro 3.1 Características de las mujeres que recurren a abortos inducidos según percepción de las personas entrevistadas en la Encuesta a Profesionales en Salud (EPS) y la Encuesta en Centros de Salud (ECS)	24
Cuadro 3.2 Porcentaje de personas entrevistadas en la Encuesta a Profesionales en Salud (EPS), que informan sobre el uso de métodos de aborto, en áreas urbanas y rurales.	25
Cuadro 3.3 Porcentaje de personas entrevistadas en la Encuesta de Profesionales en Salud (EPS), que informan sobre métodos específicos de aborto, según el uso más frecuente por tipo de proveedor, en áreas urbanas y rurales.....	26
Cuadro 3.4 Porcentaje de personas entrevistadas en la Encuesta de Profesionales en Salud (EPS), según sus percepciones sobre la frecuencia con que acuden las mujeres a diferentes tipos de proveedor de servicios de aborto, según nivel económico y área de residencia.	27
Cuadro 3.5 Porcentaje de abortos que las personas entrevistadas en la Encuesta de Profesionales en Salud (EPS), creen son realizados por cada tipo de proveedor de servicios de aborto, según el nivel económico y área de residencia.	28
Cuadro 4.1 Porcentaje de personas entrevistadas en la Encuesta a Profesionales en Salud (EPS), que informaron las complicaciones específicas más comunes que resultan de un aborto inducido o espontáneo.	35
Cuadro 4.2 Porcentaje que estiman las personas entrevistadas en la Encuesta a Profesionales en Salud (EPS), de mujeres que tienen aborto inducido y que presentan complicaciones que requerirían tratamiento, según tipo de proveedor, nivel económico y área de residencia	36
Cuadro 4.3 Del total de mujeres que tienen un aborto inducido, porcentaje de mujeres hospitalizadas, según nivel económico y área de residencia.	37
Cuadro 4.4 Porcentaje de personas entrevistadas en la Encuesta a Profesionales en Salud (EPS), según sus percepciones sobre la frecuencia a la cual acuden las mujeres a diferentes tipos de proveedores de atención post-aborto, según nivel económico y área de residencia.....	38
Cuadro 4.5 Porcentaje de las instituciones de salud que brindan atención post-aborto ambulatoria o de hospitalización, y promedio anual de pacientes post-aborto atendidas por sector y región.	39
Cuadro 4.6 Número estimado de mujeres atendidas por complicaciones de aborto inducido o espontáneo, según sector y región a la que pertenece la institución.	40

Cuadro 4.7 Porcentaje de instituciones de salud que usan diferentes procedimientos para tratar las complicaciones post-aborto según sector al que pertenecen.	41
Cuadro 5.1 Porcentaje de las instituciones de salud que prestan servicios de consejería y suministran métodos anticonceptivos a las mujeres con complicaciones por aborto.	46
Cuadro 5.2 Porcentaje de personas entrevistadas en la Encuesta a Profesionales en Salud y la Encuesta en Centros de Salud, que creen que las alternativas sugeridas pueden usarse para reducir el número de abortos inducidos en Costa Rica, según profesión de las personas.....	47
Cuadro 5.3 Porcentaje de personas entrevistadas en la Encuesta a Profesionales en Salud y la Encuesta en Centros de Salud, que consideran necesaria la ampliación de causales para aborto terapéutico, según causales.	48
Cuadro 6.1. Distribuciones porcentuales para calcular la probabilidad de complicaciones por aborto inducido.	53
Cuadro 6.2 Distribuciones porcentuales de complicaciones por aborto y hospitalización para calcular el factor multiplicador.	54
Cuadro 6.3 Tasa estimada de aborto y razón estimada de aborto en 2007, por multiplicador para tomar en cuenta a las mujeres no tratadas en hospitales, según región.....	55

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todas las personas y organizaciones que hicieron posible la realización de este trabajo. A Adriana Maroto Vargas, quien durante el 2005 y como parte del equipo de trabajo de la Asociación Demográfica Costarricense inició el proceso de la investigación, por toda la información, los contactos y los instrumentos que dejó a nuestra disposición. A Mario Camacho Marín, Asistente de Investigación del Proyecto, por su dedicación, compromiso y esfuerzo en el desarrollo de la investigación y por su gran disponibilidad para realizar actividades que estaban más allá de las acordadas. De igual forma al “Allan Guttmacher Institute (AGI)” por facilitarnos la metodología de estimación y el asesoramiento para su uso, a la Federación Internacional de Planificación de la Familia Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) y al Fondo de Acción para el Aborto Seguro (SAAF) por el apoyo financiero para realizar la investigación. Así mismo a todas las personas profesionales en salud que nos brindaron la información requerida.

PRÓLOGO

Apoyar el derecho de las mujeres a elegir la terminación de sus embarazos en forma legal y segura es parte central de la misión de la Federación Internacional de Planificación de la Familia. Este mandato se ha venido materializando en el desarrollo e implementación de estrategias regionales que apuntan a promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social en la gestión de la salud. Estas estrategias han sido implementadas coordinadamente con las Asociaciones Miembro de la IPPF/RHO tal como la Asociación Demográfica Costarricense en Costa Rica y grupo de organizaciones aliadas comprometidas con el ejercicio de los derechos y la búsqueda de soluciones al problema del embarazo no deseado y al aborto inseguro en América Latina y el Caribe.

Desde la perspectiva de IPPF/RHO, el derecho a alcanzar los más altos estándares de salud es un derecho humano fundamental. En este sentido, procurar el bienestar mediante la atención integral en salud es un deber que incluye al menos tres componentes centrales que juntos han probado ser efectivos en el mundo entero: reducir la ocurrencia de los embarazos no deseados- y la consiguiente necesidad de tener que recurrir al aborto –a través de la promoción de políticas de educación sexual integral y de acceso universal a la amplia gama de métodos anticonceptivos; la promoción del derecho de las mujeres a tomar decisiones concientes, libres, informadas y responsables sobre sus vidas; y el incremento del acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo.

En este marco, no nos cabe duda que el esfuerzo de visibilizar por medio del Estudio

de la Estimación del Aborto Inducido en Costa Rica, el alcance del problema y la situación por la que las mujeres más vulnerables atraviesan servirá de base para la formulación de políticas públicas adecuadas para abordar el problema del embarazo no deseado en el país.

Estamos convencidas que documentar, hablar públicamente y posicionarnos frente a las tremendas injusticias que enfrentan las mujeres más vulnerables en nuestra región cuando se enfrentan a un embarazo no deseado, es posiblemente el único camino para combatir la doble moral que encierra el tema del aborto inseguro y el estigma hacia las mujeres y los profesionales de salud involucrados en el tema.

Este estudio nos aporta la evidencia que permitirá dejar de lado la falsa creencia de que la ausencia de muertes maternas por aborto es el correlato de la inexistencia del aborto inducido en el país, mostrando de hecho un incremento del aborto inducido desde 1991 hasta 2007 en Costa Rica, desnudando las limitaciones de los programas de educación sexual y de acceso a la anticoncepción existentes.

Esperamos que este estudio y sus hallazgos contribuyan efectivamente a galvanizar la voluntad política y el compromiso de las autoridades, necesario para generar políticas públicas integrales en salud sexual y reproductiva que se adecuen a las necesidades de las ciudadanas Costarricenses.

Giselle Carino
Responsable del Área de Aborto Seguro para América Latina y el Caribe
Federación Internacional de Planificación de la Familia / Región del Hemisferio Occidental

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación representa una actualización de datos en un tema que estuvo por muchos años marginado en el país. La incidencia, las implicaciones y los daños que el aborto inseguro provoca a la salud de las mujeres se nos presentan como temáticas urgentes por investigar.

La carencia de investigación en esta temática trajo consigo la creencia de que, en Costa Rica, este es un fenómeno aislado y por tanto con una incidencia muy baja. La ilegalidad del procedimiento, aunado al estigma y la discriminación que se genera alrededor de aquellas mujeres que recurren al aborto, provoca grandes dificultades para cuantificar su magnitud. Reconocer los riesgos y su incidencia, es un paso muy importante para posicionar la temática como un problema de salud pública.

La estimación del número de abortos que ocurren anualmente se calculó mediante una metodología validada y empleada en varias ocasiones por el "Allan Guttmacher Institute (AGI)", que recoge las opiniones y percepciones de las personas expertas en el tema y las combina con la información y los registros médicos de los centros de salud. La información se recolectó mediante la aplicación de dos encuestas una denominada Encuesta a Profesionales en Salud (EPS) y la segunda Encuesta en Centros de Salud (ECS).

Se estima que en Costa Rica ocurren unos 27 000 mil abortos inducidos por año, lo que representa una tasa de 22,3 abortos

por cada mil mujeres en edades entre los 15 y los 49 años; y una razón de aborto de 38 abortos por cada cien nacidos vivos, es decir, en Costa Rica ocurre en promedio un aborto cada tres nacidos vivos. La evidencia proporcionada mediante la combinación de la información recolectada en EPS y en ECS, indica que de los 11 636 abortos que se atienden anualmente en los centros de salud del país, únicamente 3 550 son producto de un aborto espontáneo, los restantes 8 086 son producto de un aborto inducido.

La investigación permitió recopilar información específica para cada una de las regiones del país, identificando técnicas y métodos para el aborto inducido, principales proveedores, complicaciones comunes y posibilidades de recibir atención médica. Sin embargo es de especial interés analizar en investigaciones posteriores el comportamiento de la Región Chorotega, pues ésta presenta una tasa y una razón superior al promedio nacional.

Finalmente, la información del estudio pretende posicionar el tema del aborto inducido como un problema de salud pública en Costa Rica. Hasta la fecha, la penalización del aborto y su tipificación como delito contra la vida no ha sido una estrategia eficaz para su reducción. Es necesario por tanto, repensar las estrategias para reducir el embarazo no deseado, principal causa de que las mujeres recurran al aborto inducido, partiendo de tres principios básicos: educación sexual científica, laica y actualizada, involucramiento de los hombres en la responsabilidad reproductiva y acceso a la más alta tecnología anticonceptiva.

**Aborto Inducido en Costa Rica:
Informe de Profesionales en Salud, Centros
de Salud y Estimación de la Incidencia**

I. Introducción

La Asociación Demográfica Costarricense (ADC), desarrolla su trabajo enmarcado en cinco áreas prioritarias:

- Acceso a la salud sexual y la salud reproductiva
- Salud sexual y salud reproductiva de adolescentes y gente joven
- Prevención del VIH/Sida y las ITS
- Prevención del aborto
- Promoción y defensa de los derechos sexuales y los derechos reproductivos

El presente informe es el resultado de un estudio enmarcado en el área de prevención del aborto, cuyo objetivo general es “Existe conciencia en el país sobre la incidencia del aborto inseguro y la necesidad de tomar medidas que ayuden a prevenirlo”.

Se pretende mediante los resultados proporcionar evidencia sobre la dimensión del aborto inducido en Costa Rica, con la finalidad de aumentar la respuesta nacional al embarazo no deseado, la atención post-aborto y la provisión de servicios para la interrupción terapéutica del embarazo, en aquellos casos en que la ley lo permita.

La investigación incluye, por un lado a personal relacionado con los servicios de

ginecología y obstetricia de la totalidad de establecimientos de salud, públicos y privados, que reportaron nacimientos en el año 2006, los cuales atienden a mujeres con complicaciones por aborto y por el otro a una muestra de profesionales en ginecología y obstetricia con atención clínica privada.

Cada una de las poblaciones incluidas en el estudio permitió documentar distintos aspectos relacionados al aborto inducido y realizar la estimación del número de abortos inducidos practicados anualmente en el país.

I.i Aborto en Cifras

En el mundo entero ocurren aproximadamente 210 millones de embarazos anuales, de estos el 46% terminan en un aborto inducido¹. En algunos países donde existe un amplio acceso a métodos anticonceptivos los datos se reducen considerablemente, sin embargo el acceso a métodos anticonceptivos modernos y de bajo costo es muy limitado en la gran mayoría de los países. Además, es necesario mencionar que muchos de los embarazos no deseados son producto de los altos índices de violencia contra la mujer, incluyendo la violencia intrafamiliar.

Para América Latina, específicamente, ocurren alrededor de 3,7 millones de abortos inducidos por año, lo cual representa el 17% de la mortalidad materna. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los 20 millones de abortos inducidos que se practican en condiciones

inseguras en el mundo, el 95% se realizan en países en vías de desarrollo; esta organización define como aborto inseguro “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos”²

No obstante, el aborto sigue siendo ilegal y altamente restringido en la mayoría de países latinoamericanos. Situación que ha generado un gran desinterés en las personas tomadoras de decisión por considerar la ilegalidad del procedimiento como estrategia suficiente para su prevención. Sin embargo la ilegalidad del procedimiento antes de prevenir el aborto, condiciona a las mujeres a recurrir a servicios clandestinos, en muchas ocasiones inseguros, que pueden generarles si no la muerte, complicaciones graves a su salud.

“...la evidencia también muestra que en otras partes de Latinoamérica, una alta proporción de mujeres que tienen abortos clandestinos sufren complicaciones que requieren tratamiento médico—en un estudio realizado en 1960 en Chile, se estimó que la proporción era una en tres y en un estudio realizado en 1981 en Perú se estimó que la proporción era una en cuatro. Algunas de las complicaciones reportadas con más frecuencia son el aborto incompleto, sepsis, hemorragia y la lesión de órganos internos, tales como la perforación de útero. Las consecuencias a largo plazo incluyen dolor crónico, enfermedad pélvica inflamatoria e infertilidad” (Prada, Elena;

Kesler, Edgar; Sten, Carolina; Dauphinne Lindsay; Ramírez, Lilian, 2005: 9)

En el caso de Costa Rica solo es permitido el aborto inducido cuando se realiza con el propósito de salvar la vida y la salud de la mujer (Código Penal, Libro Segundo, Título 1: Delitos contra la Vida, Sección II, Artículo 121). En consecuencia, el aborto se realiza en la clandestinidad y por tanto se dificulta su cuantificación, determinar su magnitud y el impacto en la salud de las mujeres. Pese a lo anterior, se carece -dentro de las entidades que prestan los servicios de salud- de un protocolo que facilite el acceso al servicio, lo cual hace que en la práctica los lineamientos y criterios que se utilizan para la prestación de este procedimiento sean ambiguos y que vayan en detrimento de los derechos de las mujeres.

En el país se carece de información actualizada que documente la problemática ya que desde el año 1994 no se realizan estudios que muestren la incidencia del aborto inducido, sus características e incidencia. Según Brenes (1994) para el periodo 1984 – 1987 se practicaron entre 4 000 y 8 000 abortos inducidos, lo que significó aproximadamente 80 abortos inducidos por cada 1 000 nacimientos y 8 abortos inducidos por cada 1 000 mujeres en edades entre los 15 y 44 años. Para el periodo 1988 – 1991 la incidencia del aborto inducido osciló entre los 6 500 y los 8 500, lo que representó 10 abortos inducidos por cada 100 nacimientos y 10 abortos inducidos por cada 1 000 mujeres entre los 15 y los 44 años.

Finalmente debe mencionarse que las estadísticas de mortalidad materna de los últimos años, según el Sistema Nacional de Mortalidad Materna, no registraron casos relacionados con aborto.

I.ii Fecundidad y uso de métodos anticonceptivos en Costa Rica.

Costa Rica actualmente cuenta con la tasa de fecundidad más baja en Centroamérica; según el Instituto Nacional de Estadística y Censos, en el 2007 la tasa global de fecundidad fue de 1,91 inclusive por debajo de la tasa de reemplazo que es de 2,1 por mujer.

Los datos presentados a continuación son transcritos del documento elaborado por el Grupo de Reflexión y Trabajo por el Derecho a la Anticoncepción de Emergencia en Costa Rica (2004: 9)

Preferencias de Fecundidad. El número de mujeres censadas en el 2000 fue de 1 907 565. De ellas 1 027 624 (53,9%) tenía entre 15 y 49 años. Según la última encuesta de salud reproductiva realizada en 1999 entre mujeres de 18 y 44 años, el 85,6% había tenido relaciones sexuales y en promedio habían iniciado su vida sexual activa a los 18 años.

Dicha encuesta también reveló que existía entre las mujeres entrevistadas una necesidad sentida por planear su fecundidad, según lo demuestran los siguientes datos referidos a las mujeres casadas y

unidas:

- *El 80% utilizaba métodos anticonceptivos.*
- *El 51,6% de las mujeres fértiles no deseaban tener más hijos.*
- *El 77,9% de las mujeres fértiles que deseaban un hijo o hija más, esperaban tenerlo hasta dentro de un año o más.*
- *El número promedio deseado de hijos e hijas, entre mujeres fértiles era de 2,7.*

Hechos relacionados con la fecundidad.

No obstante los deseos manifiestos de las mujeres por decidir cuándo y cuántos hijos e hijas tener y a pesar de la alta prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, en la práctica la situación es la siguiente:

- *En la encuesta antes mencionada se encontró que el porcentaje de embarazos no deseados era del orden de 41,4% entre las mujeres casadas y unidas con algún hijo vivo. Dicha cifra es similar a la encontrada en otro estudio realizado en 1991, entre mujeres embarazadas, en este caso el porcentaje de embarazos no deseados fue de 45%.*
- *El número de mujeres atendidas en los hospitales de la CCSS por complicaciones por aborto, se ha mantenido relativamente estable (el promedio anual para el periodo 1998 -2002 es de 8 850).*
- *Utilizando cifras de hospitalizaciones por aborto, correspondientes al periodo de 1984-1991 dos estudios que utilizaron metodologías diferentes, llegaron a estimar entre 4 000 y 8 500*

el número de abortos inducidos en Costa Rica por año.

- *La proporción de nacimientos correspondientes a adolescentes madres se ha mantenido en alrededor del 20% anual desde 1997.*

obstetras conocedores de la situación del aborto en Costa Rica.

El propósito más amplio de la investigación es proporcionar información actualizada que genere el compromiso político necesario para abordar el tema del aborto como un problema de salud pública para la promoción de programas para su atención y prevención.

I.iii JUSTIFICACIÓN

La ausencia de investigaciones recientes en temas de salud sexual y salud reproductiva y la ilegalidad del aborto en Costa Rica, han generado un importante vacío en información científica que dé cuenta del aborto inducido y que facilite a los gobiernos, agencias de cooperación internacional y organizaciones de la sociedad civil los insumos necesarios para plantear estrategias eficaces para la atención de una realidad que está afectando a nuestras mujeres.

Esta investigación pretende solventar, en algunos aspectos, la carencia de datos respecto a la temática, mediante la recolección de información reciente acerca de la provisión de servicios de aborto y sus consecuencias mediante la aplicación de dos encuestas: La Encuesta a Centros en Salud (ECS) y la Encuesta a Profesionales de Salud (EPS). La ECS proporciona información respecto al número de mujeres tratadas por complicaciones por aborto en el país y la EPS brinda información respecto a las condiciones en las que se realizan los abortos inducidos, complicaciones, proveedores y métodos; mediante las percepciones de un grupo de gineco-

Este informe contiene los resultados de la ECS y EPS, la primera parte está dedicada a ofrecer una caracterización de la práctica del aborto inducido, las características de las mujeres que han tenido un aborto y aquellas que consultan para ser tratadas por complicaciones, los métodos comunes que se usan para inducir un aborto, la probabilidad de sufrir complicaciones por someterse a un aborto de acuerdo con el tipo de proveedor que practicó el procedimiento, los proveedores a los que acuden las mujeres cuando presentan complicaciones y la probabilidad de que las mujeres busquen tratamiento médico cuando sufren complicaciones. La segunda parte contiene la estimación del número de abortos inducidos que se practican anualmente en el país, usando técnicas indirectas de estimación.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

II.i Introducción

Cuantificar y caracterizar el aborto en un país donde es ilegal y los registros de salud no dan cuenta de manera explícita de las causales de egreso por aborto resulta una tarea extremadamente difícil. Por ello en esta investigación se empleó una metodología que permite utilizar los criterios y opiniones de personas expertas en el tema como registro, con la finalidad de obtener datos sobre la provisión del aborto inducido en el país.

El diseño del estudio y los cuestionarios aplicados, se basan en las investigaciones previas realizadas por AGI, en países donde el aborto inducido es ilegal.

La metodología se basa en la realización de dos encuestas por muestreo una entre 52 (ECS) y otra entre 123 (EPS). La información proporcionada por las personas entrevistadas permite:

- Estimar el número de abortos inducidos
- Determinar las características de las mujeres que buscan servicios de aborto inducido
- Conocer las actitudes del personal sobre el tema

La adaptación y validación de la ECS y

EPS, así como de los instructivos y cuestionarios, proporcionados por el instituto Guttmacher se realizó en el año 2005.

II.ii Encuesta a Profesionales en Salud (EPS).

La EPS permitió obtener las percepciones de personas expertas en el tema, se aplicó a un grupo, previamente seleccionado, de 123 profesionales en salud, específicamente médicos y médicas gineco-obstetras. La población de esta encuesta está integrada por los y las gineco-obstetras del país que brindan consulta de forma privada. La mayoría (55%) también trabajan en el sector público con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). El marco muestral se construyó con base en los registros de profesionales activos de la Asociación de Ginecología y Obstetricia. También se sumaron profesionales que el equipo de investigación consideró de suma importancia entrevistar a pesar de no encontrarse en los registros mencionados

La muestra se diseñó usando técnicas estadísticas, con un nivel de confianza del 95%, una varianza de 0,5 y un error de muestreo de 5%; finalmente se realizó una corrección por finitud. La distribución de las entrevistas a realizar -por cada una de las siete regiones geográficas en que se divide la prestación de servicios de salud del país- se obtuvo mediante muestro estratificado.

TRABAJO DE CAMPO

Las personas seleccionadas, para esta parte del estudio, se contactaron mediante visitas a sus consultorios privados. Cada una de ellas se entrevistó personalmente usando un cuestionario que cubrió los siguientes temas:

- Características de la persona entrevistada.
- Percepciones de la persona entrevistada sobre:
 - características de las mujeres que buscan servicios de aborto inducido.
 - tipos de proveedores de servicios de aborto inducido.
 - distribución del aborto inducido según proveedor.
 - costo promedio del procedimiento.
 - probabilidad de complicaciones producto del aborto inducido según proveedor.
 - métodos anticonceptivos
 - estrategias para reducir el número de abortos inducidos.

Para cada uno de los temas investigados se preguntó separadamente para mujeres pobres, mujeres no pobres y mujeres de área urbana y área rural.

De las 123 entrevistas planeadas, 13 no se realizaron debido a los rechazos. La principal argumentación para objetar la entrevista estuvo ligada a criterios religiosos y morales que les imposibilitan aceptar que el aborto es una práctica común en el país.

II. iii Encuesta a Centros de Salud (ECS).

La ECS se planificó para realizarse en establecimientos de salud del país, públicos y privados, que reportaron nacimientos en el 2006. En el cuadro 2.1 se presentan las características de dichos centros. La metodología propuesta por AGI y utilizada en otros países incluyó solo establecimientos de salud con programas post-aborto. En Costa Rica muy pocas instituciones de salud cuentan con este servicio por lo que fue preciso incluir en la muestra todos los centros de salud que reportaron nacimientos en el 2006.

Las personas a entrevistar en cada establecimiento se seleccionaron de la siguiente manera: en el caso de los hospitales nacionales y regionales de la CCSS la persona a entrevistar fue la que tenía a cargo la dirección del servicio de ginecología y obstetricia (el reemplazo fue la jefatura del servicio de enfermería obstétrica); en las clínicas de la CCSS se entrevistó a la persona que ocupaba en ese momento la dirección médica. En el caso de los hospitales/clínicas privados, la persona a entrevistar fue quien estaba al frente de la dirección médica, ya que en su mayoría no cuentan con direcciones por especialidad.

TRABAJO DE CAMPO

Cada una de las personas seleccionadas se contactó telefónicamente para

programar las citas y realizar la entrevista.

El cuestionario aplicado contiene los siguientes temas:

- características de la institución (infraestructura, servicios especializados, salas y número de camas)
- número de pacientes atendidas por aborto, mensual y anualmente.
- características de las mujeres que ingresan por abortos.
- probabilidad de presentar complicaciones por un aborto inducido, según proveedor.

En total se seleccionaron 52 centros de salud para realizar las entrevistas, de las cuales seis no se realizaron; tres de ellas debido a la negativa del centro para brindar información, incluido un hospital regional de la Caja Costarricense del Seguro Social, las tres restantes debido a que los profesionales seleccionados cancelaron las citas en más de cuatro ocasiones.

II.iv Características de las personas entrevistadas en la EPS.

En el cuadro 2.2 se presentan las características de las y los gineco-obstetras que se entrevistaron en la EPS. La mayoría son hombres (83,8%), el 55% trabaja más tiempo en el sector público y cuentan en promedio con 19,3 años en el ejercicio laboral de su profesión. La

mayoría trabaja en áreas definidas como urbanas (77,4%). En su mayoría de los establecimientos de salud que atienden partos están ubicados en las cabeceras de los cantones, los cuales se definen como urbanas según criterio del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Respecto a los conocimientos que sobre el tema del aborto inducido tienen las personas entrevistadas 81.3% se refieren al trabajo que realizan en el sector público, en tanto que al privado un 33.8%. un 22,5% hizo referencia a experiencias derivadas del trabajo público y privado. Un 7,4% indicó que sus conocimientos se derivan de otros profesionales en salud y de investigaciones sobre el tema.

Finalmente, un 98,8% de las personas entrevistadas que ejercen de manera privada expresó haber recibido en sus consultas a mujeres que manifestaron su deseo de terminar el embarazo.

II.v Características de las personas entrevistadas en ECS y características de los Centros de Salud.

Las características de las personas entrevistadas en la ECS se presentan en el cuadro 2.3. En cuanto al sexo, en el sector público 62,5% son hombres, situación que estaba prevista dado que el informante clave era la persona encargada de la jefatura de gineco-obstetricia, puesto asignado principalmente a hombres, entre

otras razones, porque el número de mujeres gineco-obstetras es relativamente bajo en relación con el total de especialistas en este campo. En el caso de las instituciones privadas el 66,7% corresponde a mujeres, esta situación obedece a que la Dirección Médica, a cargo de hombres, designó a la jefatura de enfermería obstétrica como informante, cargo que generalmente es ocupado por una mujer.

La edad promedio de todas las personas entrevistadas oscila entre 29 y 39 años. En el caso de la especialidad en los hospitales del sector público un 35% de las personas entrevistadas eran gineco-obstetras, un 20% de médicos generales y un 25% enfermeras obstétricas. En las clínicas del sector público el 85% de las personas entrevistadas eran médicos generales. En el caso de los hospitales privados el 100% de las personas entrevistadas correspondió a la jefatura de enfermería obstétrica.

La experiencia laboral promedio de todas las personas entrevistadas resultó de 15.38 años.

Las características principales de los centros de salud se presentan en el Cuadro 2.3, según tipo de establecimiento (hospital o clínica), del sector público o privado.

Un 48% de los establecimientos de salud cuentan con servicios de hospitalización, consulta externa de ginecología, cuartos separados para evacuación, maternidad, cuidados intensivos, laboratorios, farmacia y otras especialidades médicas. Los

restantes centros corresponden a clínicas de segundo nivel, que cuentan con consulta en ginecología, pero carecen de las demás facilidades.

Cuadro 2.1
Distribución de los Centros de Salud por tipo de establecimiento,
según área de salud.

Tipo de establecimiento y sector			Área de salud						Total	
			Central Sur	Central Norte	Brunca	Chorotega	Pacífico Central	Huetar Norte		Huetar Atlántica
Hospital	Público		5	5	3	2	3	1	1	20
Hospital	Privado		1	4	0	0	0	1	0	6
Total de hospitales			6	6	3	2	3	2	1	26
Clínicas Públicas			2	1	2	6	1	1	7	20
Total			8	7	5	8	4	3	8	46

Fuente: Encuesta a Centros de Salud (ECS), Costa Rica 2008.

Cuadro 2.2**Características de las personas entrevistadas en la encuesta a profesionales en salud (EPS).**

Características	N =110 Porcentajes
Sexo Masculino Femenino	83,8 16,2
Edad 25 a 34 35 a 44 45 a 54 55 y más	12,5 22,5 33,8 31,2
Sector donde labora más tiempo actualmente Público Privado	55,0 45,0
Promedio de años laborados en su profesión	19,39
Área de trabajo actual Urbano Rural	77,4 22,6
Experiencia previa sobre aborto Trabajo en sector público Trabajo en el sector privado Trabajo en el sector público y en el sector privado Otras*	58,8 11,3 22,5 7,4

*Nota: incluye acercamiento al tema por otros profesionales en salud y resultados de investigaciones.

Fuente: Entrevista a Profesionales en Salud (EPS), Costa Rica 2008.

**Cuadro 2.3 Características de los Centros de Salud, según sector
(En porcentajes)**

Características del Centro	Sector Público		Sector Privado
	Hospital	Clínica	Hospital
Tipos de servicio y salas			
Salas de cirugía	100	0	100
Urgencias	100	30	100
Consulta externa	100	30	100
Salas de maternidad	100	0	100
Cuidados Intensivos	100	0	100
Salas de evacuación	100	0	100
Tipos de servicios prestados			
Especialidad en Ginecología y Obstetricia.	100	0	100
Otras especialidades	100	20	100

Fuente: Encuesta de Centros de Salud (ECS), Costa Rica 2008.

CAPÍTULO III CARACTERÍSTICAS DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE ABOR- TOS INDUCIDOS.

En este capítulo se presentan las percepciones de las personas entrevistadas respecto a la provisión de aborto inducido, detallando las características de las mujeres que buscan el procedimiento, tipos de proveedores, probabilidad de complicaciones y métodos utilizados con mayor frecuencia para realizar los abortos.

III.i Perfil de las mujeres que recurren a procedimientos de aborto inducido.

Las características de las mujeres que buscan servicios de aborto se presentan en el cuadro 3.1.

Las personas entrevistadas en la EPS perciben que es una mujer muy joven (85.2% menores de 25 años); con educación secundaria o más (66.3%); de zonas urbanas (80%); solteras (82.5%) y sin hijos o con pocos hijos (62.5% y 28.8% respectivamente). Entre las personas entrevistadas en la ECS las percepciones son similares, salvo en el caso de la educación, donde estiman que solo un 40.7% tienen estudios a nivel de secundaria o más. Este resultado pareciera lógico si

se acepta que el nivel de educación es un indicador relevante de la condición económica de la persona y que es a los establecimientos públicos de salud donde acuden las mujeres con menores posibilidades económicas.

III.ii Métodos para efectuar el aborto inducido.

En países donde los procedimientos de aborto son ilegales y por tanto su práctica es clandestina, existe un alto número de complicaciones posteriores al procedimiento, que causan la muerte y serias discapacidades a un alto porcentaje de las mujeres. Sin embargo, el caso de Costa Rica presenta diferencias sustanciales. Primero, porque las estadísticas de mortalidad materna no dan cuenta de muertes asociadas al aborto desde hace varios años; segundo, porque los registros de ingresos y egresos hospitalarios carecen de la tipificación de aborto provocado y tercero el acceso a productos no regulados para uso ginecológico que pueden utilizarse para inducir el aborto, como el Misoprostol, que resulta una opción altamente segura para la salud de las mujeres.

Los datos presentados corresponden a las percepciones de las personas entrevistadas en la EPS a las que se les consultó, con base en una lista, de métodos probables de los cuales indicaron los que podrían estarse usando actualmente, por mujeres y proveedores de salud, tanto en áreas urbanas como en áreas rurales. Los resultados están en el cuadro 3.2.

Los profesionales entrevistados en EPS, identificaron como los métodos más usados para inducir el aborto en áreas urbanas el uso del Misoprostol vaginal 96,3% y oral 92,5%, %, la dilatación del cuello uterino y el curetage (D&C) un 61,3% y la aspiración manual endouterina (AMEU) 42,5%. Para el caso del aborto mediante introducción de objetos (sondas, palos, alambres, ganchos, y gazas) las personas entrevistadas consideran que es una práctica poco usual en el país.

Para las áreas rurales, la situación varía, los métodos más usados, según la percepción de las personas entrevistadas son, el uso del misoprostol vía oral 52,5% y vía vaginal 53,8%. Respecto al aborto instrumental en áreas rurales, los profesionales consideran que es de menor uso, la D&C con 33,8% y el AMEU con un 20%. De igual forma el aborto por introducción de objetos no corresponde a una práctica común.

De los métodos seleccionados por las personas entrevistadas como probables para el aborto inducido, se les solicitó identificar el de mayor uso, de acuerdo a tres categorías, el más usado por profesionales en medicina, el más usado por personas que no sean médicos y el más usado por las propias mujeres; para el área urbana y el área rural.

Como se puede observar en el cuadro 3.3 el método más usado por las personas profesionales en medicina del área urbana sería el Misoprostol (vía oral y vaginal) junto con el AMEU (76,3%). Las personas

que no son médicos usarían el misoprostol como método único (57,5%) y un 88,7% considera que las mujeres están comprando el Misoprostol para auto-medicárselo.

En el caso del área rural, las personas profesionales en medicina frecuentemente usarían el Misoprostol como método único (55%), un 46,3% considera que las personas que no son médicos usarían el Misoprostol, y las mujeres del área rural también tendrían como primera alternativa el uso del Misoprostol (52,5%)

Los datos suministrados por las personas entrevistadas sobre los métodos más utilizados en el país para inducir un aborto, permiten entender la reducción y tendencia a cero de la mortalidad materna producto de las complicaciones a consecuencia de un aborto inducido. La introducción del aborto medicamentoso reduce los riesgos de infección, perforaciones y sepsis entre otras consecuencias provocadas por otros procedimientos existentes. Sin embargo el abuso y mal uso de los métodos medicamentosos pueden provocar riesgos importantes a la salud de las mujeres, según lo establece la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (2007:9).

III.iii Proveedores de aborto inducido.

La información respecto a los proveedores de servicios de aborto inducido, es el resultado de dos preguntas realizadas en la EPS, la primera relacionada a la

frecuencia con que las mujeres utilizan alguno de los proveedores para que les practique un aborto y la segunda pregunta solicitaba una estimación de la proporción de los abortos realizados por tipo de proveedor, diferenciando entre mujeres pobres y no pobres, ya que se consideró este como un criterio de selección importante en el proveedor buscado.

Como puede observarse en el cuadro 3.4 para las personas entrevistadas en la EPS, las mujeres no pobres de áreas urbanas buscan servicios “seguros” de aborto inducido, practicados principalmente por profesionales en medicina de los servicios de salud privado. En el caso de las mujeres rurales no pobres, las personas entrevistadas consideran que recurren a servicios de aborto “seguro” pero en un porcentaje mucho más bajo que las mujeres urbanas.

Para el caso de las mujeres pobres de áreas urbanas, la provisión de servicios de aborto inducido está más relacionada al uso de Misoprostol, adquirido en farmacias y por referencias personales; más de una tercera parte de las personas entrevistadas lo consideran como el método de más fácil acceso. Para este grupo en particular los servicios prestados por profesionales en medicina ocurren en raras ocasiones. En las áreas rurales y en mujeres pobres las proporciones de aborto inducido son mucho más bajas según las personas entrevistadas. Sin embargo se considera el Misoprostol como el recurso usado por las mismas mujeres para inducirse el aborto.

Respecto a la estimación realizada según tipo de proveedor, cuadro 3.5, las personas entrevistadas consideran que en el caso de las mujeres no pobres de áreas urbanas, la provisión de aborto “seguro” lo obtienen de profesionales en ginecología y obstetricia (53,8%) y un 28,5% con otros profesionales de salud titulados (médicos generales, enfermeras y enfermeros certificados). En el caso de las mujeres no pobres rurales si bien se percibe, por parte de las personas entrevistadas, que una parte importante de ellas recurre a especialistas en ginecología y obstetricia (39.0%) y a otros profesionales en medicina (26.7%), también se indica que son actores importantes los farmacéuticos (18.0%) y la auto-medicación (16.4%).

Es importante resaltar que la provisión de aborto inducido para mujeres pobres, tanto urbanas como rurales, se obtiene principalmente por el uso del misoprostol auto-medicado, con porcentajes de 53.8% y 43.9% respectivamente.

III.iv Conclusiones

Las percepciones de las personas entrevistadas mediante la encuesta EPS, acerca de las características de las mujeres que recurren a un aborto inducido, no distan significativamente, de los aspectos mencionados por las personas entrevistadas en ECS. La diferencia más relevante es en cuanto al nivel académico, ya que en el caso de la EPS la mayoría de las mujeres que accedieron o se practicaron un aborto tendría estudios en secundaria

o más, mientras que en la ECS su nivel académico sería de primaria.

La información recolectada en ambas encuestas permite concluir que las mujeres entre los 15 y 24 años, solteras, sin hijos, con un nivel de escolaridad medio, son las que tienen mayor probabilidad de verse en la necesidad de recurrir a un aborto inducido.

En cuanto a los métodos empleados, el uso de la AMEU, la D&C y el Misoprostol se consideran como los procedimientos más utilizados para la inducción del aborto en las áreas urbanas, mientras que en las rurales el Misoprostol se utiliza más frecuentemente.

La elección del proveedor del servicio está ligada principalmente a la disponibilidad o acceso de recursos económicos por parte de la mujer, razón por la cual las mujeres que residen en la zona urbana tienen mayor acceso a profesionales en salud para solicitar los procedimientos. En consecuencia las personas entrevistadas mencionaron que las mujeres urbanas

no pobres tienen mayor probabilidad de acudir a una persona profesional en gineco-obstetricia o una persona profesional en medicina general para la obtención de un aborto.

Respecto a las mujeres rurales no pobres que requieren un aborto, fueron percibidas con menor acceso a una persona profesional en gineco-obstetricia o medicina general para la prestación del servicio. En cuanto a las mujeres pobres, del área rural y urbana, las personas entrevistadas consideran que las mujeres tienen una alta probabilidad de uso de Misoprostol para la inducción del aborto, pero tan solo el 36,37%, en promedio, son percibidas como usuarias de este tipo de método.

Cuadro 3.1

Características de las mujeres que recurren a abortos inducidos según percepción de las personas entrevistadas en la Encuesta a Profesionales en Salud (EPS) y la Encuesta a Centro de Salud (ECS)

(En porcentajes)

Características	Mujeres que recurren a un aborto inducido según EPS	Mujeres que requieren atención médica después de un aborto inducido según ECS
Grupo de Edad	(N=113)	(N=46)
15 – 19	38,8	65,6
20 – 24	46,4	21,4
25 – 39	14,8	13
Nivel académico		
Sin educación	10,1	9,3
Primaria	23,8	50
Secundaria	48,8	36
Universitaria	17,5	4,7
Lugar de residencia		
Urbano	80	76,4
Rural	20	23,6
Estado Civil		
Soltera	82,5	76,7
Casadas/unión libre	17,5	23,3
Divorciada	0	0
Número de hijos vivos		
Ninguno	62,5	66,8
1 – 2	28,8	26,1
3 – 4	8,8	7,1

Fuentes: Encuesta a Profesionales en Salud (EPS), Costa Rica 2008; Encuesta en Centros de Salud (ECS), Costa Rica 2008.

Cuadro 3.2
Porcentaje de personas entrevistadas en la Encuesta a Profesionales en Salud (EPS), que informan sobre el uso de métodos de aborto, en áreas urbanas y rurales.

Método	Urbano	Rural
Introducción vaginal de misoprostol	96,3	53,8
Introducción oral de misoprostol	92,5	52,5
Dilatación y curetaje	61,3	33,8
Aspiración Manual Endouterina	42,5	20,0
Inyectables	10,0	6,3
Infusión Salina	3,8	1,3
Introducción oral – Tés de hiervas	5,0	11,3
Vaginal-introducción de objetos*	3,8	3,6

* Incluye introducción de sondas, palos, alambres, ganchos, y gazas.

Fuente: Encuesta a Profesionales en Salud (EPS), Costa Rica 2008.

Cuadro 3.3

Porcentaje de personas entrevistadas en la Encuesta de Profesionales en Salud (EPS), que informan sobre métodos específicos de aborto, según el uso más frecuente por tipo de proveedor, en áreas urbanas y rurales.

Proveedor y método	Urbano	Rural
Médicos y Médicas		
Introducción oral y vaginal de misoprostol conjuntamente con la aspiración manual endouterina	76,3	55,0
Dilatación y Curetaje	12,5	9,8
Aspiración Manual Endouterina	23, 8	12,1
No médicos y no médicas		
Introducción oral y vaginal de Misoprostol	57,5	46,3
Dilatación y Curetaje	19,9	14,5
Aspiración Manual Endouterina	21,3	11,8
Introducción vaginal de objetos	1,3	4,3
Auto inducción		
Introducción oral y vaginal de Misoprostol	88,7	52,5
Introducción vaginal de objetos	1,3	5,0
Introducción oral de Tés de hiervas	10,0	19,4

Para áreas urbanas el uso de misoprostol está ligado al AMEU. El porcentaje de no respuesta para el área rural fue de 23,1 según las personas entrevistadas la mayoría de las mujeres del área rural se trasladaría al área urbana. Fuente: Encuesta a Profesionales en Salud (EPS), Costa Rica 2008.

Cuadro 3.4 Porcentaje de personas entrevistadas en la Encuesta de Profesionales en Salud (EPS), según sus percepciones sobre la frecuencia con que acuden las mujeres a diferentes tipos de proveedor de servicios de aborto, según nivel económico y área de residencia.

Tipo de proveedor	No Pobre						Pobre					
	Urbana			Rural			Urbana			Rural		
	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez/nunca	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez/nunca	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez/nunca	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez/nunca
Médico(a) institución pública	3,8	3,3	93,1	3,8	5,0	91,2	3,7	16,3	80,0	2,5	6,3	91,2
Médico(a) institución privada	76,3	12,5	11,2	55,7	11,3	33,0	15,0	28,8	56,2	6,3	13,8	79,9
Enfermera (o)	5,7	17,5	78,8	5,3	15,7	79,0	15,0	28,8	56,2	12,6	20,0	67,4
Farmacéuta	8,8	24,9	66,3	8,8	23,8	67,4	37,5	30,0	32,5	26,3	22,5	51,2
Auto inducido	13,8	12,5	73,7	14,5	15,0	70,5	53,8	17,5	28,7	41,3	11,3	47,4

Fuente: Encuesta a Profesionales en Salud (EPS), Costa Rica 2008.

Cuadro 3.5 Porcentaje de abortos que las personas entrevistadas en la Encuesta de Profesionales de Salud (EPS), creen son realizados por cada tipo de proveedor de servicios de aborto, según el nivel económico y área de residencia.

Tipo de proveedor	No Pobre		Pobre	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural
	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez/nunca	Casi siempre
Gineco-obstetra	53,8	38,95	16,3	8,8
Profesionales certificados *	28,5	26,7	12,5	16,9
Farmacéuta	8,3	17,95	17,4	30,4
Auto Inducido	9,4	16,4	53,8	43,9

* Incluye médicos (as) generales, enfermeras (os) certificados.

Fuente: Encuesta a Profesionales en Salud (EPS), Costa Rica 2008.

CAPÍTULO IV. ABORTO INDUCIDO

COMPLICACIONES Y ATENCIÓN POST-ABORTO.

Este capítulo aborda las percepciones de las personas entrevistadas en la EPS, respecto a las principales complicaciones asociadas al aborto inducido, probabilidad en la búsqueda de atención médica y la atención que podría solicitar en el ámbito público o privado.

Para la investigación el término complicación se refiere a los padecimientos o síntomas, que van desde los más graves (sepsis y la perforación uterina) a los menos graves como el aborto incompleto.

Para el desarrollo del componente de complicaciones post aborto, a las personas entrevistadas en la EPS se les ofreció la siguiente definición: ***Las complicaciones que resultan de un aborto varían en gravedad. Cuando hablamos de complicaciones post aborto, nos estamos refiriendo a aquellas consecuencias graves que requieren tratamiento médico en una institución de salud. Las complicaciones que se definen aquí***

incluyen no solamente los casos extremos tales como sepsis o perforación uterina sino también aquellos casos considerados como “aborto incompleto” que generalmente se identifican por hemorragia o sangrado severo y que pueden representar un menor grado de riesgo para la salud de la mujer pero que, sin embargo, requieren su hospitalización.

IV.i Tipos de complicaciones por aborto

En la EPS se les solicitó a las personas entrevistadas que mencionaran las complicaciones más comunes producto de un aborto, tanto para los espontáneos como para los inducidos.

El cuadro 4.1 muestra que para un 70,1% de las personas entrevistadas la pérdida excesiva de sangre es la complicación más común, seguida por el aborto incompleto 48,8%. Las complicaciones referidas a perforaciones, daño a la vagina, cerviz y áreas adyacentes al útero son las menos señaladas 8,7% en promedio.

Es importante destacar que para las personas entrevistadas en la EPS, el aumento del uso de Misoprostol como método para inducción de abortos aumenta el número de complicaciones relacionadas con el sangrado y por tanto se compara a la sintomatología del aborto espontáneo.

IV.ii Probabilidad de complicaciones

Las probabilidades de complicaciones producto de abortos inducidos dependen de muchos factores, uno de ellos es la escogencia del proveedor, sin embargo esa escogencia está asociada a la calidad de vida de las mujeres, es decir las mujeres con mayor nivel educativo, acceso al mercado laboral, acceso a las tecnologías de la información y residentes de las zonas urbanas tienen una mayor probabilidad de acceder a un proveedor calificado y por lo tanto menor probabilidad de sufrir complicaciones producto del aborto inducido. Por el contrario una mujer del área rural, con poca educación y dependiente del ingreso económico de su pareja, ve limitado su espacio de elección del proveedor y por tanto aumentan los riesgos en que incurrirá. Además, podría ser afectada por otros factores como una nutrición inapropiada, el tiempo de recuperación post-procedimiento y la adquisición de medicamentos.

A las personas entrevistadas en la EPS se les solicitó que estimaran las complicaciones que ocurren posteriores a un aborto inducido, tomando como referencia la zona de residencia, el nivel socioeconómico y el tipo de proveedor que lo realiza.

Los resultados se muestran en el Cuadro 4.2. En general y para los grupos de mujeres pobres y no pobres de áreas urbanas y rurales, los procedimientos practicados por gineco-obstetras tienen muy

pocas probabilidades de presentar complicaciones, principalmente debido a las normas sépticas con las que cuentan.

Los abortos inducidos por personas profesionales en medicina general aumentan los riesgos asociados a complicaciones post-aborto, en razón de ello un 22,8% de las mujeres pobres de áreas urbanas presentaría algún tipo de complicación usando como proveedor un médico(a) general. Sin embargo está claro, para las personas entrevistadas en el EPS, que el mayor número de complicaciones se presentan en las mujeres que se auto-inducen el aborto, segmento que según lo define el estudio, está constituido principalmente por las mujeres pobres de áreas urbanas y rurales.

Las percepciones de las personas entrevistadas en ECS son muy cercanas a las suministradas en la EPS, respecto a las complicaciones producto del aborto, altas en el caso del aborto auto inducido y más bajas en aquellos procedimientos practicados por profesionales en gineco-obstetricia.

IV.iii Probabilidades de obtener atención médica para las complicaciones por aborto inducido.

El acceso a tratamiento médico, al igual que las complicaciones, está estrechamente ligado a las variables

relacionadas con las condiciones de vida de las mujeres. En primer lugar es necesario recordar la ilegalidad del procedimiento, condición que afecta principalmente a las mujeres pobres, que por su condición socioeconómica no pueden pagar servicios médicos de atención privada, en los cuales el resguardo del secreto profesional es más efectivo. Sin embargo es preciso recordar que las limitaciones del acceso a la atención post-aborto no representan para Costa Rica un aumento en la mortalidad materna, ya que desde el 2003 no se registran casos producto del aborto inducido; sumado a esta situación, según las personas profesionales entrevistadas, el uso extendido del Misoprostol hace que el acceso a la atención médico hospitalaria producto de la complicación más frecuente, sangrado excesivo, sea más viable debido a que sus síntomas se confunden normalmente con el aborto espontáneo.

En cada una de las encuestas, EPS y ECS, se les solicitó a las personas entrevistadas estimar el número de mujeres que obtendrían atención médica en un centro médico al presentar alguna complicación por un aborto inducido.

Los resultados se muestran en el Cuadro 4.3. Para las personas entrevistadas en la EPS las mujeres pobres de áreas urbanas y rurales tienen una alta probabilidad de recibir atención médica en un centro de salud. Mientras que las mujeres no pobres de ambas áreas tendrían acceso a atención en centros de salud, pero principalmente con los profesionales en ginecología que

practicaron el procedimiento.

Mediante la combinación de las percepciones de las personas entrevistadas en la EPS sobre el porcentaje de abortos inducidos practicados por proveedor calificado (Cuadro 3.5) y la probabilidad de que las mujeres presenten complicaciones posteriores al procedimiento según el proveedor (Cuadro 4.2) es posible estimar el porcentaje total de mujeres que presentan complicaciones por aborto, dentro del total de mujeres que han tenido un aborto inducido para cada uno de los subgrupos, además el porcentaje de complicaciones que serían tratadas en un centro de salud, según las estimaciones realizadas, el porcentaje más bajo se encuentra en las mujeres urbanas no pobres 8%, seguido por las mujeres rurales no pobres con 10%. Estos grupos son los que tienen mayor acceso a servicios de aborto con proveedores calificados y mayor capacidad para adquirir los medicamentos posteriores al proceso.

Por el contrario las mujeres pobres de áreas rurales son las que presentan mayores porcentajes de complicaciones posteriores al procedimiento con 33%, este grupo cuenta con menor acceso a proveedores seguros y menor posibilidad de obtener medicamentos para su atención posterior.

Sin embargo, los datos suministrados por las personas entrevistadas en la EPS revelan que las mujeres pobres de áreas urbanas y rurales, son las que tienen una mayor probabilidad de recibir

atención médica con un 96,36% en promedio. Según las personas entrevistadas, que las mujeres pobres tengan más acceso o a la atención post-aborto se debe a que presentan más probabilidades de complicaciones y deben acudir, por razones obvias, a los servicios de atención médica públicos, contrario a las mujeres no pobres las que generalmente buscan atención en consultorios privados y no en los centros de salud (públicos y privados).

Para resumir, un 20% de las mujeres que se practican un aborto inducido, en el país, terminarán en una institución de salud debido a las complicaciones post-aborto.

IV.iv Fuentes de atención post-aborto

Para determinar las posibles fuentes de atención post-aborto, se les solicitó a las personas entrevistadas en el EPS, que identificaran los principales proveedores de servicios de atención, indicando para cada proveedor seleccionado si es usado frecuentemente, algunas veces o raramente, y separando las mujeres pobres y no pobres del área urbana y del área rural. Ver la información respectiva en el Cuadro 4.4.

Para las personas entrevistadas, los servicios de salud públicos son los principales referentes para la atención de complicaciones en mujeres pobres, tanto para áreas urbanas como rurales, de las cuales un 90,6% en promedio acudirían a este tipo de centros a buscar atención. Las mu-

jes no pobres de ambas áreas recurren frecuentemente a los consultorios privados de los profesionales en medicina, específicamente a aquellos donde se realizaron el procedimiento.

IV.v Pacientes atendidas en post-aborto.

A las personas entrevistadas en la ECS se les solicitó información sobre el número promedio de casos de aborto atendidos anualmente por tipo de establecimiento y según la atención brindada, internamiento u hospitalización. Debido al aumento del aborto medicamentoso y por tanto la dificultad para diferenciar los síntomas de un aborto espontáneo, la pregunta referida a la estimación sobre el número de abortos atendidos no hizo la diferenciación entre espontáneos e inducidos.

La información obtenida se presenta en el Cuadro 4.5. Del total de centros de salud donde se realizaron entrevistas el 57,1% tienen servicios de atención por complicaciones por aborto; el restante 42,9% trata a las pacientes en urgencias y hacen las referencias a los centros capacitados para la atención. Del total de centros que ofrecen servicios de atención por complicaciones por aborto un 62,9% ofrecen atención solo con hospitalización, un 4,1% atención ambulatoria y un 33% utiliza la hospitalización y la atención ambulatoria. Las personas entrevistadas en los centros de salud privados reportan para el periodo 2006 – 2007 un promedio 6,75 abortos mensuales. Esta situación ratifica el hecho

de que las mujeres no pobres de ambas áreas recurren principalmente a consultorios de atención privada y no a centros de salud formales.

Las personas entrevistadas en la ECS, en aquellas instituciones que cuentan con servicios de atención por complicaciones por aborto, estiman que en promedio se atendieron 85 casos de aborto mensuales. Con base en la ECS se estima que aproximadamente 11 632 mujeres recibieron atención por aborto, tanto espontáneo como inducido en el 2007. Las personas entrevistadas en la ECS del sector privado, estiman que el 4% de los abortos –inducidos y espontáneos– se atendieron en estos centros. Los datos anteriores aparecen con detalle en el Cuadro 4.6.

IV. vi Procedimientos usados para el tratamiento de las complicaciones post-aborto.

Para las personas entrevistadas en la ECS el legrado uterino instrumental (LUI) es el método usado con mayor frecuencia para tratar complicaciones por aborto, un porcentaje muy reducido de centros de salud, específicamente centros públicos utilizan la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), métodos como los medicamentos oxitócicos, las cirugías y la aspiración eléctrica no son usados según las personas entrevistadas. Ver información detallada en el Cuadro 4.7.

Todas las personas entrevistadas mencionaron que los procedimientos realizados con LIU y AMEU se realizan con algún tipo de anestesia (general o local)

El 61,9% de las personas entrevistadas en la ECS consideran que la atención por complicaciones por aborto representa una carga financiera importante; también se les consultó a las personas entrevistadas en la ECS si los servicios de atención por complicaciones por aborto podrían ser mejorados y cómo. El 20,6% de las personas entrevistadas considera que es necesaria la introducción del AMEU como método para tratamiento de las complicaciones por aborto, con el cual se reducirían los tiempos de internamiento hospitalario y se contaría con un método menos invasivo que el LUI. El 42,9% considera que es necesario implementar programas de atención integral post aborto, ya que actualmente no se ofrecen en todos los hospitales que tienen servicios de atención por aborto; 11,7% hace referencia a la implementación de programas de educación sexual para que de esta forma se logre reducir el número de embarazos no deseados.

IV.vii Conclusión

Las personas entrevistadas consideran que la pérdida excesiva de sangre y las infecciones asociadas al procedimiento son las complicaciones más frecuentes entre las mujeres que recurren a un aborto inducido. De igual forma consideran que se ha dado una reducción importante de las complicaciones graves, como perforaciones y daño al intestino, producto del aumento del aborto medicamentoso.

El riesgo de sufrir algún tipo de complicación post-aborto está íntimamente relacionado a las condiciones de vida de la mujer en particular, en este sentido para las personas entrevistadas las mujeres pobres, de áreas rurales y urbanas, por sus condiciones sociales y económicas son las que tienen una mayor probabilidad de presentar complicaciones, aunado al hecho de que son las que tienen menor acceso a proveedores de aborto “seguro”.

El acceso a la atención médica por complicaciones por aborto está relacionado a los mismos factores antes mencionados, sin embargo la probabilidad de recibir atención médica es más alta en mujeres pobres, hecho relacionado a que este grupo es más propenso a padecer complicaciones. Para el grupo de mujeres no pobres, independientemente de su región de residencia, el acceso al tratamiento está ligado a la atención en consultorios privados y muy pocas veces en centros de salud.

Se estima que 11 632 mujeres recibieron atención por aborto, tanto espontáneo como inducido en el 2007; un 2.76% utilizaron servicios de atención privada. Esta situación hace que un porcentaje alto de personas entrevistadas considere que la atención por aborto es una carga financiera elevada para los servicios de salud.

Esta percepción se comprueba en el hecho de que el 86% de las personas entrevistadas se refirió al LUI como el método usado para la atención por aborto, lo que implica tiempos de espera y hospitalización

prolongados, lo cual eleva el gasto en atención de los establecimientos de salud.

Cuadro 4.1 Porcentaje de personas entrevistadas en la Encuesta a Profesionales en Salud (EPS), que informaron las complicaciones específicas más comunes que resultan de un aborto inducido o espontáneo.

Complicación	Porcentaje
Pérdida excesiva de sangre	70,1
Aborto incompleto	48,8
Infecciones	17,5

Fuente: Encuesta a Profesionales en Salud (EPS), Costa Rica 2008.

Cuadro 4.2 Porcentaje que estiman las personas entrevistadas en la Encuesta a Profesionales en Salud (EPS), de mujeres que tienen aborto inducido y que presentan complicaciones que requerirían tratamiento, según tipo de proveedor, nivel económico y área de residencia.

Tipo de proveedor	Urbano		Rural	
	Pobre	No Pobre	Pobre	No Pobre
Ginecólogo (a)	13,2	5,61	21,3	6,23
Médico (a)	22,86	7,31	25	9,61
Enfermero (a)	27,34	10,26	29,3	11,3
Farmacéutico (a)	27,81	11,25	36,8	13,25
Autoinducido	30,69	12,2	37,5	13,75

Fuente: Encuesta a Profesionales en Salud (EPS), Costa Rica 2008.

Cuadro 4.3 Del total de mujeres que tienen un aborto inducido, porcentaje de mujeres hospitalizadas, según nivel económico y área de residencia.

Total*	No pobre		Pobre	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Porcentaje con complicaciones (1)	8	10	27	33
Probabilidad de ser hospitalizada después de complicaciones (2)	83,7	94,5	97,5	95,2
Porcentaje de hospitalizadas (3)	0	1	9	16
Hospitalizadas por complicaciones (4)	26			

*La información la suministran las Tablas 3.5 y 4.2, junto con la gráfica 4.1. La fila (3) es el producto de la fila (1) y la fila (2). La fila (4) es la fila 3 pondera por la distribución de la población. Fuente: Encuesta a Profesionales en Salud (EPS), Costa Rica 2008; Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Costa Rica 2007.

Cuadro 4.4 Porcentaje de personas entrevistadas en la Encuesta a Profesionales de Salud (EPS), según sus percepciones sobre la frecuencia a la cual acuden las mujeres a diferentes tipos de proveedores de atención post-aborto, según nivel económico y área de residencia.

Tipo de proveedor	Pobre						No Pobre					
	Urbana			Rural			Urbana			Rural		
	Frecuen- temente	Algunas veces	Nunca	Frecuen- temente	Algunas veces	Nunca	Frecuen- temente	Algunas veces	Nunca	Frecuen- temente	Algunas veces	Nunca
Médicos (as) en instituciones de salud públicas	87,5	10,5	2,5	93,8	5	1,2	6,3	12,5	81,2	7,5	12,5	80
Médicos (as) en consultorios particulares	6,1	13,8	80,1	6,3	5	88,7	89,9	6,3	3,8	95	2,5	2,5
Enfermeros (as) certificadas	8,7	6,3	85	3,2	3,8	93	4,3	4,3	91,4	3,4	4,3	92,3
Farmacéuta	11,2	3,8	85	9,6	3,8	86,6	1,3	1,3	97,4	1,3	1,2	97,5

Fuente: Encuesta a Profesionales en Salud (EPS), Costa Rica 2008.

Cuadro 4.5 Porcentaje de las instituciones de salud que brindan atención post-aborto ambulatoria o de hospitalización y promedio anual de pacientes post-aborto atendidas por sector y región.

	Porcentaje que ofrece atención post-aborto			Abortos tratados anualmente por institución			Número de instituciones que ofrecen atención
	Solo hospitalizadas	Solo ambulatorios	Ambas	Solo hospitalizadas	Solo ambulatorios	Ambas	
Total *	62,9	4,1	33,0	727	559	168	16
Sector							
Público	62,9	4,1	33	1020	800	220	11
Privado**	100	0	0	64	64	0	5

* Datos promedio para los años reportados, sector público 2007; privado 2005. ** Los datos para las instituciones del sector privado son para el periodo 2005. Fuente: Encuesta en Centros de Salud (EPS), Costa Rica 2008.

Cuadro 4.6 Número estimado de mujeres atendidas por complicaciones de aborto inducido o espontáneo, según sector y región a la que pertenece la institución.

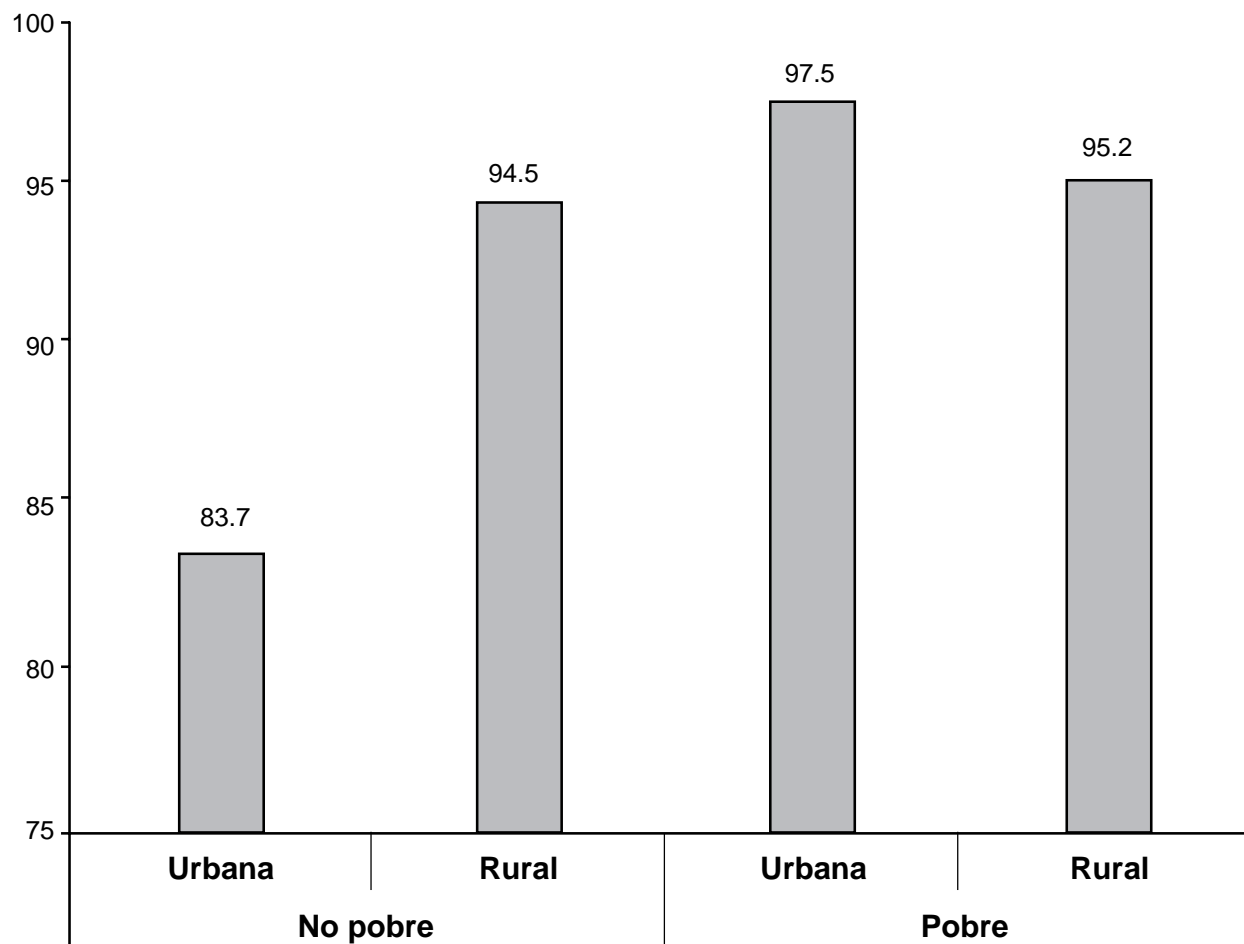
	Total	Región Central	Pacífico Central	Chorotega	Brunca	Huetar Atlántica	Huetar Norte
Total	11632	7773	479	974	766	1143	497
Sector							
Público	11227	7368	479	974	766	1143	497
Privado	405	405	0	0	0	0	0
Porcentajes							
Pacientes atendidas en instituciones públicas	96	95	100	100	100	100	100
Pacientes atendidas en instituciones privadas	4	5	0	0	0	0	0

Cuadro 4.7 Porcentaje de instituciones de salud que usan diferentes procedimientos para tratar las complicaciones post-aborto según sector al que pertenecen*.

Procedimiento	Sector	
	Público	Privado
Legrado Uterino Instrumental (LUI)	86	100
Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	19	0
Medicamentos oxitócicos	6,3	0
Cirugía	9,5	0

* Datos para las instituciones que reportan atención post-aborto.
Fuente: Encuesta en Centros de Salud (EPS), Costa Rica 2008.

Gráfica 4.1 Porcentaje que estiman los entrevistados en la Encuesta a Profesionales en Salud, de mujeres con complicaciones por aborto inducido que recibirían tratamiento en una institución de salud, según nivel económico y área de residencia



Fuente: Encuesta a Profesionales en Salud (EPS), Costa Rica 2008.

CAPÍTULO V

PLANIFICACIÓN FAMILIAR, CONSEJERÍA POST-ABORTO Y OPCIONES E INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL NÚMERO DE ABORTOS INDUCIDOS Y MEJORAR LA ATENCIÓN POST-ABORTO.

Este capítulo contiene las opiniones y recomendaciones de todas las personas entrevistadas, respecto a la prestación de servicios en planificación familiar y atención post-aborto. A las personas entrevistadas en la EPS se les consultó específicamente sus opiniones respecto a la prestación de servicios de planificación familiar; mientras que las personas entrevistadas en la ECS fueron consultadas sobre los servicios disponibles en los centros de salud.

La parte final del capítulo contiene las recomendaciones de las personas entrevistadas en ambas encuestas, para reducir los abortos inducidos en Costa Rica.

V.i Servicios de planificación familiar.

Como se mencionó al inicio del informe, para Costa Rica, desde 1999 no existen

estudios que den cuenta de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años. A las personas entrevistadas en la EPS se les solicitó su percepción sobre los métodos anticonceptivos que utilizan las mujeres que presentan embarazos no deseados.

Para el 51,3% de las personas entrevistadas las mujeres que tienen embarazos no deseados estaban utilizando el condón en el momento de la concepción. El 40% mencionó el método del ritmo y un 17,5% las pastillas anticonceptivas.

Respecto a la consejería en planificación familiar y la provisión de métodos anticonceptivos, se les consultó a las personas entrevistadas en la EPS y la ECS si estos deberían ser proporcionados durante la estancia hospitalaria; un 93,8% de las personas entrevistadas en ambas encuestas consideran que es necesario que el servicio se brinde durante los días en que la mujer permanece en el centro de salud. Sin embargo al ser consultadas las personas entrevistadas en la ECS sobre la provisión de anticonceptivos a las mujeres con complicaciones por aborto, solo un 40,5% de los centros hospitalarios reportaron la entrega, los restantes centros refieren a las mujeres a centros de salud del primer nivel para obtener los métodos.

En este sentido, se les solicitó a las personas que reportaron la entrega de anticonceptivos durante la estancia hospitalaria, que enumeraran cuáles métodos proporcionaban con mayor regularidad. Más de la mitad de los centros de salud

públicos proporcionan anticonceptivos orales (56,3%); un 25% proporcionan inyectables y un 12,5% recomienda el uso del dispositivo intrauterino (DIU).

En los centros de salud privados la disponibilidad de anticonceptivos es del 100%, esta situación se sustenta en que los costos en suministros, médicos se les trasladan a las usuarias.

V.ii Opiniones y recomendaciones para reducir el número de abortos inducidos.

A las personas entrevistadas en ambas encuestas, EPS y ECS, se les solicitó que brindaran sus opiniones y recomendaciones para las acciones requeridas para promover la reducción de los abortos inducidos en Costa Rica.

Para todas las personas entrevistadas, independientemente de la encuesta, la principal tarea es el trabajo en la prevención de los embarazos no planeados mediante la implementación de programas de educación sexual y aumentando la disponibilidad y acceso a métodos anticonceptivos.

Finalmente un 13.2% de las personas entrevistadas, en ambas encuestas, se manifestaron a favor de legalizar el acceso al aborto para las mujeres del país. Ver Cuadro 5.2

V.iii Aborto terapéutico y ampliación de causales.

Para Costa Rica, el aborto inducido es ilegal, a excepción de aquellos casos que se realicen con la autorización de la mujer y sea realizado por un(a) médico(a) u obstetra autorizada, con la finalidad de salvaguardar la vida o la salud de la madre siempre que no se haya podido evitar por otros medios.

Ante esta situación en que las causales para interrupción terapéutica del embarazo están limitadas y en la mayoría de los casos poco atendidas por los centros de salud; se les consultó a las personas entrevistadas en ambas encuestas su opinión respecto a la ampliación de causales para la interrupción terapéutica del embarazo, la pregunta realizada a las personas entrevistadas fue: “Actualmente la ley permite abortos solo cuando está en riesgo la salud o la vida de la mujer ¿Usted piensa que debería haber excepciones adicionales o modificaciones?”

Un 52,5% de las personas entrevistadas en la EPS, considera innecesario realizar nuevas excepciones a la reglamentación de la interrupción terapéutica del embarazo, ya que consideran la ampliación de causales como la primera puerta para la legalización.

Para el 47,5% que consideran necesaria la ampliación de causales, la inclusión de la violación (52,9%) y las malformaciones incompatibles con la vida (47,1%) son las

excepciones para la interrupción terapéutica del embarazo de mayor importancia.

Para 62,8% de las personas entrevistadas en la ECS, la ampliación de causales para la interrupción terapéutica es innecesaria y daría pie para el aborto libre.

Para el grupo de personas (37,2%) que está de acuerdo con la ampliación de las causales para la interrupción terapéutica, las excepciones principales a incluirse son, la violación (53,3%) y las malformaciones incompatibles con la vida (53,3%). Ver Cuadro 5.3

La posibilidad de impulsar la legalización como estrategia para reducción de abortos inducidos tiene un porcentaje muy bajo de aceptación entre las personas entrevistadas, lo que podría reflejar el ambiente desfavorable hacia el tema en las personas que trabajan en el sector salud.

Finalmente, la ampliación de causales para el aborto terapéutico tiene mayor aceptación entre las personas entrevistadas en la EPS que entre las entrevistadas en la ECS, siendo la violación y las malformaciones incompatibles con la vida las causales más citadas por las personas que apoyan la inclusión de tal posibilidad dentro de la legislación nacional.

V.iv Conclusión

Menos de la mitad de los centros de salud ofrecen servicios de planificación familiar y consejería, a pesar de que la mayoría (93,8%) de las personas entrevistadas en ambas encuestas mencionó la necesidad de contar con estos servicios para mujeres con complicaciones por aborto, durante su estancia hospitalaria.

Reducir el número de embarazos no deseados es la principal medida para disminuir la incidencia de los abortos inducidos. Estas disminuciones inician por la implementación de programas de educación sexual, reduciendo de esta forma el número de embarazos no deseados, que son la causa de que las mujeres recurran al aborto inducido.

Cuadro 5.1 Porcentaje de las instituciones de salud que prestan servicios de consejería y suministran métodos anticonceptivos a las mujeres con complicaciones por aborto.

	Publico		Privado
Método	Hospital	Clínica	Hospital
Anticonceptivos orales	37,5	18.8	100
DIU	12,5	6,3	100
Condón	75	12,5	100
Inyectables	18,8	6,3	100
Esterilización femenina	100	----	100
Esterilización masculina	100	-----	100

Fuente: Encuesta en Centros de Salud (ECS), Costa Rica 2008.

Cuadro 5.2 Porcentaje de de personas entrevistadas en la Encuesta a Profesionales en Salud y la Encuesta en Centros de Salud, que creen que las alternativas sugeridas pueden usarse para reducir el número de abortos inducidos en Costa Rica, según profesión de las personas

	Encuesta Profesionales en Salud	Encuesta a Centros de Salud		
	Gineco-obstetra	Gineco-obstetra	Medico(a) general	Enfermera obstetra
Alternativas sugeridas	N= 113	14	20	12
Programas de educación para la sexualidad	96,8	93,4	90,5	100
Incrementar la disponibilidad de métodos	100	85,7	42,9	50
Promocionar los riesgos a la salud	0	0	9,5	0
Legalización	13,8	14,3	14,3	0

Fuente: Encuesta en Centros de Salud (ECS), Costa Rica 2008.

Cuadro 5.3 Porcentaje de personas entrevistadas en la Encuesta a Profesionales en Salud y la Encuesta en Centros de Salud, que consideran necesaria la ampliación de causales para aborto terapéutico, según causales.

	Encuesta a Profesionales en Salud	Encuesta a Centros de Salud
Porcentaje a favor	42,5	37,2
Causales		
Violación	52,9	53,3
Malformaciones incompatibles con la vida	47,1	53,3
Embarazo en niñas	26,5	26,7
Enfermedades graves	29,4	33,3

Fuentes: Encuesta a Profesionales en Salud (EPS), Costa Rica 2008; Encuesta en Centros de Salud (ECS), Costa Rica 2008.

VI. ESTIMACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO: COSTA RICA 2007.

Realizar la estimación del número de abortos inducidos que ocurren anualmente en Costa Rica no fue una tarea sencilla. La clandestinidad del procedimiento y la carencia de datos respecto a la práctica, ha generado la falsa creencia de que su incidencia en el país es poco común, situación que ha sido reforzada por la disminución y tendencia a cero de la mortalidad materna producto del aborto inducido, por tanto, existe muy poco interés en la opinión pública en relación con la problemática.

Para obtener el número de abortos inducidos, practicados anualmente, se utilizaron técnicas de estimación indirecta, previamente definida y validada por el AGI en dos estudios distintos.

VI.i Razones y supuestos para la estimación indirecta.

La importancia de contar con información sobre la magnitud del aborto inducido y la dificultad de medir esto usando metodologías directas, nos guió a utilizar técnicas de estimación indirectas.

Basados en la Metodología propuesta por el Instituto Guttmacher se estimó la incidencia del aborto tomando como punto de partida los siguientes supuestos:

1- Entre las mujeres que tienen abortos inducidos se incluyen algunas que no experimentan complicaciones; algunas que tienen complicaciones pero no buscan atención médica en un establecimiento formal de salud (algunas se atienden a sí mismas o van a un centro informal o privado o no hacen nada); algunas mueren como resultado del aborto.

2- Ciertas mujeres que tienen un aborto inducido no experimentan ninguna complicación y obtienen tratamiento médico en un centro formal de salud: el tamaño de este grupo se obtuvo con base en el Estudio de los Centros de Salud (ECS).

3- El grupo señalado en el punto (2) las mujeres que tienen un aborto inducido y obtienen atención en un centro de salud representa una fracción de todos los abortos inducidos. Se estimó el número total de mujeres que tienen un aborto inducido desarrollando un multiplicador o factor de inflación (para compensar/cubrir aquellos del punto (1), los que no experimentan complicaciones o los que no reciben atención médica. Este multiplicador se calculó con base en el Estudio entre Profesionales de la Salud (EPS).

4- El número de mujeres en el punto (2), quienes han recibido atención en un centro de salud por las complicaciones del aborto, incluye algunas mujeres que experimentan pérdidas espontáneas del embarazo, no abortos inducidos. Este grupo fue estimado con base en la distribución biológica de pérdidas de embarazos por

la gestación y la suposición acerca de la proporción que busca atención en un centro de salud.

5- El número total de mujeres que reciben tratamiento por complicaciones de aborto inducido es estimado como el número reportado, menos el total del número estimado de tratamientos por abortos espontáneos.

6- El número total de complicaciones por aborto inducido se multiplicó por el factor estimado en el punto 3) para obtener una estimación del número total de abortos que ocurren anualmente en el país y en cada una de las principales regiones.

VI.ii Incidencia del aborto inducido.

Aplicando los supuestos definidos se calculó la incidencia del aborto inducido. En primer lugar se obtuvo el número de mujeres que reciben tratamiento por complicaciones relacionadas al aborto, a este dato se le aplicó el factor multiplicador que representa la proporción de mujeres que no obtiene o no necesitan tratamiento en instituciones de salud formales.

Mujeres tratadas por complicaciones por aborto, según las personas entrevistadas en la Encuesta en Centros de Salud, en Costa Rica se atendieron 11 632 mujeres producto de complicaciones por aborto, espontáneo e inducido, en el año 2007. La diferenciación entre complica-

ciones producto de abortos espontáneos y abortos inducidos se realizó usando los datos disponibles sobre el patrón biológico de todos los abortos espontáneos (no relacionados con la hospitalización) establecidos por estudios clínicos ³ con la finalidad de estimar el número de mujeres que tuvieron abortos espontáneos tardíos (entre la semana 13 y 22 de gestación).*

Los abortos espontáneos entre las 13 y 22 semanas representan el 2,9% de todos los embarazos reconocidos, y los nacidos vivos corresponden al 84,4%; por tanto, los abortos espontáneos tardíos equivalen al 3,4% de todos los nacidos vivos.

El número de nacimientos ocurridos en el 2007 se obtuvo de la base de datos en línea del Centro Centroamericano de Población, registro de nacimientos 1972 – 2007, según la cual para este año ocurrieron 72 113 nacimientos.

Finalmente fue necesario ajustar la proporción de mujeres que necesitan tratamiento por complicaciones debidas a abortos espontáneos tardíos con atención hospitalaria, el supuesto de ajuste fue la proporción equivalente de mujeres que dan a luz en un hospital (95%) en Costa Rica. Lo cual permitió estimar que 3 550 mujeres son tratadas por complicaciones de abortos espontáneos anualmente y por tanto, 8 086 mujeres son tratadas por complicaciones de abortos inducidos cada año en las instituciones de salud públicas y privadas en Costa Rica.

* Los abortos espontáneos a las 12 semanas de gestación generalmente obtienen atención médica ambulatoria. Las pérdidas espontáneas de 23 semanas o más no se consideran abortos.

Número de abortos inducidos.

La estimación del número total de abortos inducidos practicados anualmente, se realizó mediante un factor multiplicador de ajuste nacional, que representa el número de otros abortos inducidos que ocurren por cada mujer que recibe atención hospitalaria por aborto inducido.

El factor multiplicador se derivó de la Encuesta a Profesionales en Salud. La estimación se basó en los siguientes datos (Ver cuadro 6.1 y 6.2)

a) Percepción de las personas entrevistadas en la EPS con relación a:

- Número de abortos inducidos que de un total de 100 son realizados por cada uno de estos posibles proveedores

- Especialistas en ginecología y obstetricia
- Profesionales en medicina y enfermería
- Profesionales en farmacia
- Las usuarias (aborto auto inducido)

- Porcentaje de los abortos realizados por cada una de los posibles proveedores antes citados que se compli-

can.
La información anterior se solicitó para cada uno de las siguientes poblaciones:

- Mujeres del área urbana pobres
- Mujeres del área urbana no pobres
- Mujeres del área rural pobres

- Mujeres del área rural no pobres

b) Percepción de las personas entrevistadas en la EPS sobre el número de abortos inducidos, en cada uno de los segmentos poblacionales antes citados, que se complican y que son atendidos en hospitales.

c) El supuesto de que los abortos inducidos en el país se distribuyan proporcionalmente de acuerdo al tamaño de los siguientes segmentos poblacionales: Mujeres urbanas pobres, mujeres urbanas no pobres, mujeres rurales pobres, mujeres rurales no pobres. Para calcular dicha distribución se utilizaron los datos de la encuesta de hogares de 2007 y se consideraron pobres las mujeres con menos de seis años de escolaridad y no pobres las mujeres con siete o más años de escolaridad, siguiendo la recomendación metodológica propuesta por el AGI.

La combinación de los datos anteriores permitió estimar el número de abortos inducidos que son atendidos en hospitales, de un total de 100 abortos inducidos que se realizan en el país (27 de cada 100). Lo anterior implica que por cada aborto inducido que requiere atención hospitalaria hay 3.37 abortos inducidos en el país.

Para la estimación del número de abortos inducidos en Costa Rica se utilizaron tres niveles de estimación alto, medio y bajo. La estimación media se considera la más precisa.

Incidencia del aborto.

Para el 2007 se estima que ocurrieron 27 000 abortos inducidos en Costa Rica. Siendo esta la estimación media en un rango que fluctúa entre los 19 000 (estimación baja) y los 35 000 (estimación alta) abortos inducidos por año.

La tasa de aborto inducido estimada a nivel nacional para el 2007 es de 22 abortos inducidos por cada 1 000 mujeres en edades de 15 a 49 años (con base en la estimación medio), 16 por cada 1 000 mujeres para la estimación baja y de 29 por cada 1 000 en la estimación alta. (Tabla 6.1)

La razón de aborto se encuentra entre 49 y 27 abortos inducidos por cada 100 nacidos vivos, la estimación considerada más precisa indica que ocurren 38 abortos inducidos por cada 100 nacimientos. La Región Norte es la que presenta la razón de aborto más baja, con 25 abortos inducidos por cada 100 nacimientos.

En este sentido es de suma importancia mencionar que, a pesar de que la tasa de abortos inducidos para Costa Rica es más baja que la indicada por la OMS para Centroamérica (4), la razón de abortos por cada 100 nacimientos es mucho más alta que la estimada por esta organización, según la cual para Centroamérica la razón de abortos es de 26 por cada 100 nacidos vivos; mientras que la estimación realizada indica que por cada 100 nacidos

vivos ocurren aproximadamente 38 abortos inducidos.

La información que se obtuvo demuestra que el aborto inducido es una práctica en aumento. El análisis comparado de datos* indica que para 1991 (en la estimación más factible), la razón de aborto inducido por cada 1000 mujeres en edad entre los 15 y 49 años fue de 10,6 y la tasa de aborto por cada 100 nacidos vivos era de 10,95, datos muy inferiores a los evidenciados en el estudio, donde la tasa de aborto alcanza 22,3 y la razón de aborto se estima en 38 por cada 100 nacidos vivos.

El aumento en la incidencia del aborto inducido entre 1991 y el 2007 es un indicador del impacto del embarazo no deseado en el país, evidenciando la carencia de programas de educación sexual efectivos y el bajo acceso a métodos anticonceptivos. La estimación de la incidencia ahora disponible proporciona la evidencia necesaria para desmitificar el aborto en Costa Rica y dejar de lado la falsa creencia de que la ausencia de muertes maternas por aborto es el correlato de la inexistencia del aborto inducido en el país.

* Tomado como referencia a Brenes, Varela (1994: 147).

Cuadro 6.1. Distribuciones porcentuales para calcular la probabilidad de complicaciones por aborto inducido.

	Urbana Pobre			Urbana no pobre			Rural pobre			Rural no pobre		
	% de abortos por proveedor	% de abortos que se complican por cada proveedor	Total de abortos con complicaciones	% de abortos por proveedor	% de abortos que se complican por cada proveedor	Total de abortos con complicaciones	% de abortos por proveedor	% de abortos que se complican por cada proveedor	Total de abortos con complicaciones	% de abortos por proveedor	% de abortos que se complican por cada proveedor	Total de abortos con complicaciones
Profesionales en gineco-obstetricia	16	13	2	54	6	3	9	21	2	39	6	2
Profesionales calificados (profesionales en medicina general y profesionales en enfermería)	13	25	3	29	9	3	17	25	4	27	10	3
Comadronas			0			0			0			0
Farmacéuticas	17	28	5	8	11	1	30	33	10	18	13	2
Autoinducido	54	31	17	9	12	1	44	38	16	16	14	2
Total	100		27	100		8	100		33	100		10
Fuentes	Table 3.5	Table 4.2		Table 3.5	Table 4.2		Table 3.5	Table 4.2		Table 3.5	Table 4.2	

Cuadro 6.2 Distribuciones porcentuales de complicaciones por aborto y hospitalización para calcular el factor multiplicador.

	% de mujeres que experimentan complicaciones	% de abortos complicados que probablemente obtendrá atención hospitalaria	Número de abortos complicados con atención hospitalaria	Distribución relativa de la población (%) por área de residencia	Número de abortos inducidos de 100 que son atendidos hospitales	
						Factor multiplicador
Urbana pobre	27	98	26	36	9	
Urbana no pobre	8	84	7	7	0	
Rural pobre	33	95	31	51	16	
Rural no pobre	10	95	9	6	1	
Average				100	27	3,37

Fuente: Encuesta a Profesionales en Salud (EPS) Costa Rica 2008.

Cuadro 6.3 Tasa estimada de aborto y razón estimada de aborto en 2007, por multiplicador para tomar en cuenta las mujeres no tratadas en hospitales, según región.

Región	Tasa de aborto			Razón de aborto		
	Baja	Media	Alta	Baja	Media	Alta
Total	16	22	29	27	38	49
Central	15,5	22,0	28,5	28,0	39,0	51,0
Norte	14,2	20,2	26,2	18,0	25,0	33,0
Pacífico	15,7	22,3	28,9	23,0	33,0	43,0
Chorotega	18,5	26,4	34,2	28,0	40,0	52,0
Atlántica	15,5	22,0	28,6	28,0	40,0	52,0
Brunca	16,6	23,6	30,6	23,0	33,0	43,0

Notas: La tasa de abortos es el número de abortos inducidos por 1000 mujeres de 15 a 49 años, por año. La razón de aborto es el número de abortos inducidos por 100 nacidos vivos.

Fuente: Encuesta a Profesionales en Salud (EPS) Costa Rica 2008.

VII. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES.

VII.i Limitaciones

Tratar de estimar la incidencia de una práctica clandestina en un país que castiga legalmente esta práctica es una tarea compleja, lo que ha implicado el desarrollo de diferentes metodologías para la estimación indirecta del aborto inducido (5). La metodología empleada para realizar la presente investigación ha sido ampliamente usada y difundida, pero depende de los supuestos expresados anteriormente; con la limitante de que las mujeres no están dispuestas a reportar su exposición a procedimientos abortivos, por lo cual la estimación tiene su sustento en las percepciones de un grupo de personas profesionales en gineco-obstetricia, medicina general y enfermería obstétrica, que trabajan diariamente en la atención clínica.

Por esta razón es probable que la estimación realizada sea una aproximación a la problemática del aborto inducido en Costa Rica, sin embargo al comparar los datos arrojados por la investigación con los reportes y estimaciones de la OMS para Centroamérica y los registros de Egreso Hospitalario por diagnóstico de la CCSS se encuentran grandes similitudes, que le dan una validez trascendental a la investigación.

VII.ii Conclusiones Generales

Los datos evidenciados en el estudio reflejan el aumento de la práctica del aborto inducido en Costa Rica, un aumento que a la fecha no representa un alza en las complicaciones a la salud de las mujeres, principalmente por los métodos empleados por los proveedores de salud y las mismas mujeres para inducir el aborto.

De acuerdo a los resultados, las instituciones de salud del país atienden 8 086 mujeres anualmente por complicaciones relacionadas al aborto inducido. Lo que equivale a un promedio de 25 mujeres tratadas por aborto inducido por día.

Los hallazgos de investigación indican que las mujeres con recursos económicos en Costa Rica, recurren frecuentemente a proveedores de salud capacitados, específicamente con gineco-obstetra, mientras que las mujeres pobres utilizan el misoprostol vaginal y oral para la inducción del aborto. En este sentido, los proveedores utilizados frecuentemente para la inducción del aborto, según el nivel económico y el área de residencia son, gineco-obstetras mediante AMEU y Misoprostol (76%) para mujeres urbanas no pobres; las mujeres pobres recurren a la auto inducción del aborto mediante el misoprostol (53,8%). En el caso de las áreas rurales las mujeres no pobres, al igual que en el área rural, recurren con mayor frecuencia a gineco-obstetras (55,7%) y las mujeres pobres de

estas áreas utilizan la auto-inducción mediante misoprostol (41,3%).

Los riesgos de sufrir complicaciones producto del aborto provocado son bastante bajos en el país y están asociados principalmente al aborto auto inducido, siendo la principal complicación (70%) la pérdida excesiva de sangre. Según las personas entrevistadas, el acceso de las mujeres al misoprostol ha generado un alivio a los sistemas de salud, reflejado en la ausencia de complicaciones referidas a perforaciones y daño a órganos conexos a la vagina y al útero; y por tanto de los altos costos de atención post-aborto y la reducción de la mortalidad materna por aborto.

La atención post-aborto en centros de salud formales es mayor para mujeres pobres de áreas urbanas y rurales, que en mujeres no pobres. Esta situación refleja la universalidad en el acceso al sistema de salud en Costa Rica y además está ligada al hecho de que el aborto auto inducido, practicado con mayor frecuencia por mujeres pobres, tiene una mayor probabilidad de presentar complicaciones. Sin embargo es necesario aclarar que las complicaciones por aborto están asociadas a una serie de factores que no tienen que ver directamente con el proveedor, es decir, una mujer pobre del área rural que acceda a una persona profesional en gineco-obstetricia, por sus condiciones de vida, tiene mayor probabilidad de sufrir complicaciones que requieran atención en un centro de salud, que una mujer no pobre. En este sentido, del total de mujeres que se auto inducen el aborto un 30,69%

tiene probabilidades de presentar complicaciones, sin embargo el 72% de estas mujeres son pobres.

Del total de instituciones de salud, públicas y privadas, que participaron en la investigación el 57% tiene servicios de atención post-aborto. Del total de mujeres atendidas anualmente con complicaciones 96% reciben atención en centros de salud públicos. Sin embargo una alta proporción de instituciones carecen de los recursos instalados para la atención de complicaciones.

La mejora de los servicios de atención según las personas entrevistadas, debe iniciar por la implementación de servicios de Atención Post-Aborto integrales, que incluyan las consejerías en planificación familiar, la atención emocional y psicológica, y la entrega del método de planificación recomendado. Un porcentaje de las personas entrevistadas consideró necesario el aumento en el uso del AMEU como método para tratar las complicaciones por aborto y reducir el gasto de hospitalización, los tiempos de espera de las mujeres y sobre todo implementar una técnica menos invasiva para su atención.

Finalmente, los datos obtenidos indican que en Costa Rica ocurren 27 000 abortos inducidos por año. Se ha dado un aumento sustancial en la tasa y la razón de abortos, que paso de 10,06 en 1991 a 22,3 en el 2007; y de 10,9 en 1991 a 38 en el 2007, respectivamente; lo que representa en términos absolutos un aborto por cada tres nacidos vivos.

VII.ii Implicaciones para programas y políticas.

Es urgente que el Estado Costarricense cuente con políticas dirigidas a mejorar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, políticas que garanticen el acceso libre a información y a servicios de salud sexual y salud reproductiva, que promuevan programas de educación sexual, acceso a métodos anticonceptivos incluida la anticoncepción de emergencia y al aborto terapéutico entre otros.

La evidencia presentada en este informe demuestra que los programas de educación para la sexualidad y los programas de acceso a métodos anticonceptivos han sido insuficientes; y de igual forma se confirma que la penalización del aborto y su tipificación como delito no es una estrategia eficaz para su reducción.

El hecho de que tantas mujeres en Costa Rica recurran a un aborto inducido demuestra que las barreras legales no están influyendo en su decisión. Es imprescindible por tanto generar estrategias para la reducción del embarazo no deseado, que le permitan a la mujer empoderarse de su proceso reproductivo, decidiendo de forma libre el número de hijos que desea tener.

El aborto inducido tiene consecuencias sociales incalculables y un gran prejuicio a la salud de las mujeres, principalmente de aquellas que no tienen la posibilidad

de acceder a proveedores calificados. Además es importante destacar la alta carga económica que significa el aborto inducido para los servicios de salud pública, siendo estos los que tienen que atender la mayoría de las mujeres con complicaciones por aborto en el país.

La reducción del embarazo no deseado en Costa Rica es un tema de urgencia nacional, que necesita transitar por una amplia reflexión que permita, finalmente, a las personas acceder a programas desligados de prejuicios religioso-moralistas, que posibiliten el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.

La reducción del embarazo no deseado en Costa Rica pasaría, entre otras opciones, por:

- Garantizar el acceso de las personas a la educación sexual, laica, científica y actualizada.
- Garantizar el acceso de las personas a la más alta tecnología anticonceptiva, incluida la anticoncepción de emergencia.
- Aumentar la participación de los hombres en los programas de planificación familiar.

Sin embargo, es necesario reconocer que el aumento en el acceso equitativo y oportuno a educación sexual y métodos anticonceptivos no erradicará el aborto, por tanto se requiere además una mejoría en los programas de atención post-aborto, en donde se hace urgente:

- Mejorar la atención post-aborto, incluir la Aspiración Manual Endo-uterina dentro de los procedimientos quirúrgicos.
- Utilizar la información reciente sobre el aborto para aumentar la conciencia pública, con el fin de reducir el estigma asociado al aborto.

Indudablemente ahora, *“Es el momento de ver el aborto inseguro como un problema de salud pública que amenaza la salud y la supervivencia de las mujeres, así como su bienestar y dignidad. Para tener éxito en la eliminación de esta seria amenaza para la mujer y sus familias, todas las partes interesadas...incluyendo los encargados de formular políticas, proveedores de salud y activistas deben unirse para reconocer la gravedad del tema y hacer frente a sus causas y consecuencias”* (Prada, Elena; Kesler, Edgar; Sten, Carolina; Dauphinne Lindsay; Ramírez, Lilian, Op. Cit. P. 29)

VIII. REFERENCIAS

¹ Allan Guttmacher Institute (1999). *Sharing Responsibility: women, society and abortion world-wide*. New York and Washington DC, Alan Guttmacher Institute.

² World Health Organization (1998). *Unsafe Abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data*. Geneva, World Health Organization (WHO/RHT/MSM/97.16).

³ Henshaw SK et al., The incidence of induced abortion in Nigeria, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(4):156–164; Singh S et al., Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh, *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23(3):100–107; Juarez F et al., The incidence of induced abortion in the Philippines: current level and recent trends, *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31(3):140–149; y Singh S y Wulf D, 1994.

(4) Organización Mundial de la Salud. *Unsafe Abortion, Global and Regional Estimates of the incidence of Unsafe abortion and associated mortality in 2000*, cuarta ed, Ginebra: OMS, 2004.

IX. BIBLIOGRAFÍA

Allan Guttmacher Institute (1994) *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*, New York.

Brenes, M (1994). *Actitudes y prácticas del aborto inducido en Costa Rica*. Trabajo de grado, Maestría en Estadística, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Código Penal (1970). En Gaceta Oficial No. 257. Asamblea Legislativa de Costa Rica.

Elena Prada, Susheela Singh, Edgar Kestler. (2005). *Aborto inducido y embarazo no planeado en Guatemala. Guatemala*: Allan Guttmacher Institute.

FLASOG. (2007). *Uso de Misoprostol en obstetricia y ginecología*. (A. Faúndes, Ed.)

Grupo de Reflexión y Trabajo por el Derecho a la Anticoncepción de Emergencia (2004). *Anticoncepción de emergencia aspectos generales para la toma de decisiones*. San José, Costa Rica, Junio 2004.