



Guía de atención para la interrupción terapéutica del embarazo y la inclusión de nuevas tecnologías

Adriana Maroto Vargas
Colectiva por el Derecho a Decidir, Costa Rica

**CONFERENCIA LATINOAMERICANA: PREVENCIÓN Y
ATENCIÓN DEL ABORTO INSEGURO**

Lima, Perú, junio de 2009

Situación en Costa Rica

- Desde 1954, el Código Penal de Costa Rica permite el aborto cuando esté en riesgo la salud o la vida de la mujer.
- Según datos del Ministerio de Salud, 85 por ciento de las muertes maternas son prevenibles.

Defunciones por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, 2003 - 2007

Año	Causas directas	Causas indirectas	Aborto	Total
2003	14	8	2	24
2004	11	9	2	22
2005	10	14	3	27
2006	14	12	2	28
2007	5	8	1	14

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.



Situación en Costa Rica

Tasa de mortalidad materna 2002 – 2006

(casos por 10 mil nacimientos)

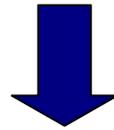
Año	Tasa global
2002	3.80
2003	3.30
2004	3.00
2005	3.63
2006	3.93

Abortos terapéuticos realizados 2002 – 2006

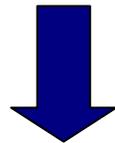
Año	Número
2002	4
2003	3
2004	8
2005	3
2006	8

En síntesis:

en Costa Rica, el aborto terapéutico está permitido legalmente



en el sector salud no existe una guía de atención o reglamento



las mujeres que requieren una interrupción terapéutica del embarazo enfrentan barreras



A finales del 2007 se inicia el proceso para elaborar la *Guía de Atención para Interrupción Terapéutica del Embarazo* (ITE), proceso en el que participan:

- Área de Atención Integral a las Personas (Caja Costarricense de Seguro Social, CCSS)
- Colectiva por el Derecho a Decidir
- Asociación Demográfica Costarricense

Nota: El documento no está oficialmente aprobado aún, pero ya cuenta con el aval del departamento legal de la Gerencia Médica. Se espera que para agosto estará aprobado oficialmente.

La *Guía de Atención para Interrupción Terapéutica del Embarazo*

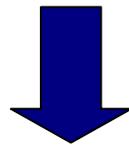


La *Guía* establece un modelo de atención integral a las mujeres:

- Se apega al concepto de salud integral de la OMS.
- La definición abre la posibilidad de que se puede certificar el riesgo a la salud en casos de violencia sexual y malformaciones del feto incompatibles con la vida extrauterina.
- Establece la interrelación entre la salud y los otros derechos humanos.
- El consentimiento informado incluye a menores de edad y a mujeres "incapaces".

Alcances de la *Guía ITE*

- No establece límite para la ITE (viabilidad o no del feto).
- En la actualidad, la inducción de un parto inmaduro o prematuro se realiza sin que genere un conflicto ético en el o la proveedora de salud. Se da prioridad a la salud de la mujer.
- Cuando se trata de una interrupción en la que el feto no es viable, la resistencia de las/os profesionales de la salud es considerable, pero también de las mujeres.



¿Con el uso del nuevo lenguaje (*ITE* en lugar de aborto), es posible incidir en los imaginarios sociales, incluyendo a las/os proveedores de salud y las mujeres?

Alcances de la *Guía ITE*

- En Costa Rica no hay una regulación sobre la objeción de conciencia, aunque ha sido una práctica usual en el sector salud ante avances en temas de salud sexual y salud reproductiva.
- La *Guía* establece un modelo para declarar la objeción de conciencia, reconociendo la libertad de conciencia como un derecho humano, pero estableciendo límites para proteger los derechos humanos de las mujeres.

Situación actual de la tecnología para la atención del aborto

- En Costa Rica, el procedimiento que se utiliza con más frecuencia es el *legrado uterino instrumental* (LUI).
- Los equipos para la *AMEU* no están disponibles en todos los centros de salud del país.
- No existe uniformidad en las normativas y reglamentos para la realización de interrupciones del embarazo con AMEU. En algunos centros hospitalarios se establece que deben realizarse en pabellón quirúrgico.
- El medicamento disponible para la interrupción del embarazo (y otros usos obstétricos) es la *dinoprostona*, en presentación de 2 mg / 2,5 ml (3 gramos) de gel vaginal.

La dinoprostona (prostaglandina E2) en la CCSS



1. Es un medicamento de alto costo.
2. Requiere refrigeración.
3. Está disponible en hospitales nacionales, regionales y periféricos (febrero, 2009).
4. No está disponible en el primer nivel de atención.
5. Se debe solicitar al Comité de Farmacoterapia justificando la situación de la paciente; se puede utilizar sólo si es aprobado (hay diferencias entre los centros de salud)**.

La dinoprostona (prostaglandina E2) en la CCSS



A nivel central de la CCSS, ha sido muy complejo ubicar la ficha técnica sobre su uso.

Lineamiento institucional de uso

- a) Abortos retenidos de más de 12 semanas.
- b) Evacuación de mola hidatiforme.
- c) Óbitos fetales de cualquier edad gestacional.
- d) Embarazos que requieran interrupción por condiciones que pongan en peligro la vida de la madre y que no tengan condiciones cervicales favorables:

La dinoprostona (prostaglandina E2) en la CCSS



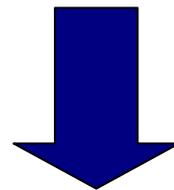
- Pre-eclamsia.
- Enfermedades cardiacas.
- Enfermedades hematológicas.
- Enfermedades renales.
- Embarazo post término sin condiciones cervicales (de más de 40 semanas de gestación).
- Para uso exclusivo de especialistas en ginecología y obstetricia.
- Comité de Farmacoterapia – informe trimestral (diagnóstico, dosis y resultado).

 En los hospitales se está usando sólo para inducir el parto.

La dinoprostona en la bibliografía



1. Para la interrupción del embarazo en etapas tempranas se recomienda la vía intravenosa (no disponible Costa Rica).
2. Es un medicamento que se recomienda para la inducción del parto a término. (Inductor de la maduración del cuello uterino en pacientes embarazadas a término o próximas al término del embarazo).



En Costa Rica no es posible realizar legalmente la interrupción terapéutica de un embarazo con medicamentos, especialmente en etapas tempranas.

¿Qué estamos haciendo para la inclusión del misoprostol?



1. Inclusión del misoprostol en la *Guía Técnica* (no en la Guía Operativa), como documento de actualización científica.
2. Cabildeo con el Departamento de Farmacoterapia de la CCSS para la solicitud al Ministerio de Salud de ampliación de la indicación gineco-obstétrica del misoprostol.
3. Previsto para los próximos seis meses: cabildeo con el Ministerio de Salud, sesiones clínicas con profesionales de medicina y enfermería de los hospitales nacionales, talleres de sensibilización y capacitación a personal de salud de todo el país, seminario con experta/o internacional.



¡Gracias!

www.colectiva-cr.com

adrianamv@colectiva-cr.com