



AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Página 1 de 65

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015

DOCUMENTO TECNICO

Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural

VERSION: 01

CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415




GERENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS


Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural y basado en principios de la medicina basada en la evidencia, en la percepción de uso y en el costo beneficio.

Código: DT.GM.DDSS.AAIP.240415 (v.1)

San José, Costa Rica
-abril 2015-


	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 2 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

GRUPO ELABORADOR:	M.Sc Xabier Irigibel Uriz	Consultor Externo. Convenio CCSS-UNFPA
COORDINADO POR:	Dra. Hellen Porras Rojas	Área de Atención Integral a las personas
REVISADO POR:	Dr. Hugo Chacón Ramírez Dr. Raúl Sánchez Alfaro	Jefe, Área de Atención Integral a las Personas Director, Dirección de Desarrollo Servicios de Salud
APROBADO POR:	Dr. Raúl Sánchez Alfaro	Director, Dirección de Desarrollo Servicios de Salud
FECHA EMISIÓN:	2015	
FECHA PRÓXIMA REVISIÓN:	2020	
OBSERVACIONES:	La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento. No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Gerencia Médica.	

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 3 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
<i>DOCUMENTO TECNICO</i>	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	<i>CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415</i>

Índice

Presentación	4
Introducción	5
Definiciones, abreviaturas y símbolos	6
Objetivos	6
a. Objetivo General	6
b. Objetivos Específicos.....	6
1. Marco Conceptual	7
1.1 Sexualidades, márgenes y fronteras en diálogo con los derechos humanos.	7
1.2 Salud sexual y reproductiva, biopolítica y medicalización de los cuerpos.	9
1.3 La salud como concepto.....	11
1.4 La salud sexual y reproductiva como derecho humano.	15
2. Marco Legal.....	18
2.1 Marco Jurídico y Normativo de los derechos humanos en salud sexual y reproductiva.	18
2.2 Consideraciones jurídicas en torno a la anticoncepción oral de emergencia en Costa Rica.	22
3. Diagnóstico y Análisis de la situación actual.....	24
3.1. Antecedentes	27
3.2. Problema: ACTUALIZANDO LA OFERTA ANTICONCEPTIVA. Métodos, eficacia y percepción de uso.	31
3.3. Lista de opciones analizadas:	34
3.3a. Anticonceptivos orales combinados (AOC en adelante).....	34
3.3b. Anticonceptivos orales solo de progestágeno.....	37
3.3c. Anticonceptivos Inyectables.....	38
3.3d. Implantes anticonceptivos subdérmicos.	41
3.3e. Anillo Vaginal Combinado.	43
3.3f. Parches adhesivos combinados.	44
3.3g. Dispositivo intrauterino con cobre.	45
3.3h. Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU hormonal).....	45
3.3i. Anticonceptivos de emergencia.....	47
3.3j. Métodos anticonceptivos quirúrgicos permanentes.....	48
3.3k. Métodos anticonceptivos de barrera.....	49
3.3l. Espermicidas, diafragmas y capuchón cervical.....	51
3.3m. Métodos comportamentales no medicamentosos.	51
4. Determinación de la Oferta, Demanda y Déficit.....	53
5. Conclusiones	57
6. Contacto para consultas.....	59
7. Referencias Bibliográficas	60

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 4 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

Presentación

Se calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo.

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

Es importante que en los servicios de de salud en las consultas de planificación familiar estén ampliamente disponibles y sean de fácil acceso los anticonceptivos modernos, para que éstos estén localmente disponibles y sean culturalmente aceptables.


El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57% en 2012. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2012. En África pasó de 23% a 24%; en Asia se mantuvo en 62%, y en América Latina y el Caribe pasó de 64% a 67%; en cada región es notable la variación entre países.

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía).

La necesidad insatisfecha de anticoncepción en el mundo, calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Los motivos son la poca variedad de métodos; acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros; temor a los efectos colaterales, que a veces se han sufrido con anterioridad; oposición por razones culturales o religiosas; servicios de mala calidad; barreras de género.

La necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta. Esta falta de equidad está impulsada por un aumento de la población y una escasez de servicios de planificación familiar. Según datos de la OMS en Asia y América Latina y el Caribe, regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta, las necesidades insatisfechas representan un 21% y un 22%, respectivamente.

Es por lo anterior, que el presente documento presenta un diagnóstico situacional en materia de anticoncepción y posteriormente plantea los principales elementos técnico-conceptuales para introducir métodos anticonceptivos modernos y eficaces en la oferta de servicios institucional.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 5 de 65
			<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
<i>DOCUMENTO TECNICO</i>	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	<i>CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415</i>

Introducción

El presente documento corresponde al resultado de una revisión de oferta/métodos anticonceptivos y se enmarca como parte del proceso de cumplimiento de las metas suscritas por la CCSS en el **II Plan de Acción de la Política Nacional de Igualdad y Equidad de Género**, específicamente la relacionada con el **Objetivo 3:** Educación y salud a favor de la igualdad, **Acción 10:** Actualización de normas y oferta de anticoncepción y ampliar cobertura, y **Meta:** “100% de la revisión y actualización de la oferta anticonceptiva de la CCSS e incorporada en la LOM (Lista oficial de medicamentos)”. En este contexto lo que a nivel de Gerencia Medica se determino como responsabilidad de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud fue el componente de la revisión de la oferta anticonceptiva mientras que lo que corresponde a eventuales incorporaciones a la LOM corresponde a la Dirección de Fármaco epidemiología.


El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define el anticonceptivo como un adjetivo propio de “*un medio, de una práctica o de un agente: que evita la preñez*”. (2012) En este sentido este documento, cuyo objeto es “*la elaboración de un análisis de la oferta anticonceptiva actual*” y la definición de una “*nueva oferta anticonceptiva*”, podría entenderse como un análisis de los medios, prácticas y agentes que evitan la preñez y en la descripción de una nueva propuesta renovada de dichos medios, prácticas y agentes.

Se consideró para esta revision la necesidad de desarrollar el trabajo con un enfoque de género, generacional e intercultural. Desde esta propuesta de trabajo, sin embargo, el análisis y la definición de una oferta renovada de las prácticas, agentes y medios que “*evitan la preñez*”, a priori, presenta una serie de inconveniencias. Por ejemplo, desde un enfoque generacional, ¿cuál podría ser la mejor oferta anticonceptiva para una mujer adulta mayor? Asumiendo la incapacidad biológica de las mujeres adultas mayores para la concepción, el enfoque generacional podría sernos de utilidad para recordar la importancia de definir una oferta para que los hombres adultos mayores puedan “evitar la preñez” de las mujeres fértiles con las que mantienen relaciones susceptibles de una preñez. Esta orientación, sin embargo, también requiere matices, pues una generalización de los hombres adultos mayores excluiría a aquellos que tienen prácticas sexuales con personas del mismo sexo o aquellos que tienen relaciones sexuales sin tener coitos, o aquellos que tienen coitos con mujeres no fértiles.

Señalar estas contradicciones, sirve de introducción y pretexto para justificar la necesidad de conceptualizar y redimensionar los anticonceptivos desde los derecho sexuales y en el marco de la atención sanitaria de la Caja Costarricense del Seguro Social. Un marco mucho más amplio que el que nos remite “evitar la preñez” y desde donde los enfoques generacional, intercultural y de género, permitan reconocer las particularidades de las diferencias a las que remite cada uno de ellos.

El documento se divide en siete capítulos. En el primer capítulo se describe el marco conceptual e ideológico desde donde se pretende contextualizar la oferta actual de métodos anticonceptivos y desde donde se proyecta la definición de la modernización de la oferta anticonceptiva. El segundo capítulo describe el marco jurídico normativo y el tercero el marco sociológico al que debiera responder la nueva oferta.

Después de describir el corte es todas sus dimensiones, conceptual, jurídica y sociológica, se analiza desde la voz de personas claves, la oferta actual que realiza la Caja Costarricense del Seguro Social. El capítulo recopila las conclusiones de las entrevistas realizadas a 9 personas clave en materia de anticoncepción de la Caja Costarricense del Seguro Social y del Ministerio de Salud.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 6 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
<i>DOCUMENTO TECNICO</i>	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	<i>CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415</i>

El quinto capítulo retoma las discusiones en torno a los costos y los beneficios de la anticoncepción y de los derechos humanos en salud sexual y reproductiva. Desde este debate, el capítulo sexto describe la evidencia actualizada en torno a los diferentes métodos anticonceptivos. En este capítulo se señala las principales percepciones de uso de cada método, su eficacia y los efectos colaterales a los que está asociado.

En las conclusiones, se retoman los principales resultados del capítulo sexto y a la luz del marco conceptual descrito en el primer capítulo, se describen las propuestas anticonceptivas que permitirían una oferta actualizada de métodos anticonceptivos en pro de la autonomía, la libertad y la seguridad en salud sexual y reproductiva.

Definiciones, abreviaturas y símbolos

Abreviatura	Significado
AAIP	<i>Área de Atención Integral a las Personas</i>
CCSS	<i>Caja Costarricense de Seguro Social</i>
DDSS	<i>Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud</i>
ITS	<i>Infecciones de transmisión sexual</i>
LOM	<i>Lista Oficial de Medicamentos</i>
MS	<i>Ministerio de Salud</i>
OMS	<i>Organización Mundial de la Salud</i>
OPS	<i>Organización Panamericana de la Salud</i>
VIH	<i>Virus de Inmundeficiencia Humana</i>


Objetivos

a. Objetivo General

Desarrollar un análisis de eventual oferta anticonceptiva fundamentada en evidencia que sirva como insumo para las instancias institucionales relacionadas con la incorporacion a la la Lista Oficial de Medicamentos de la CCSS de una serie de métodos anticonceptivos y de protección modernos y eficaces que respondan a las necesidades específicas de los usuarios(as) desde un enfoque de género, generacional e intercultural.

b. Objetivos Especificos

- Realizar un diagnóstico de situación actual la CCSS en la temática de métodos anticonceptivos y de protección.
- Desarrollar un análisis de la oferta anticonceptiva actual.
- Presentar una propuesta técnica de los métodos anticonceptivos que podrian ser cosiderados para incorporar a la LOM.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 7 de 65
			FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	VERSION: 01	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

1. Marco Conceptual

1.1 Sexualidades, márgenes y fronteras en diálogo con los derechos humanos.

Fundamental para la comprensión del debate entre el carácter natural o construido de la sexualidad y las prácticas sexuales: Pensar la sexualidad en el marco de una cultura, una historia y una sociedad implica pensarla en la recíproca construcción entre los hechos y las palabras. En este sentido, ¿hablamos de sexualidad o de sexualidades? ¿Hablamos de personas y de sus prácticas sexuales o hablamos de mujeres y hombres? ¿Hablamos de anticoncepción o de derechos sexuales y reproductivos?

El ejercicio de estar acotando la importancia de las palabras nos permite cuestionar el injustificable ejercicio de tratar de explicar las identidades y las prácticas sexuales, con sus infinitas posibilidades, mediante argumentos que remiten a supuestas identidades naturales y biológicas vinculadas a la nuda vida. Para el sociólogo e historiador de la sexualidad Jeffrey Weeks *“nuestra manera de pensar en el sexo modela nuestra manera de vivirlo.”* (1993. 20) Para Weeks, no se trata de negar la influencia de la nuda vida, del papel de la Zoe, de la carne o de las hormonas en la configuración de la multiplicidad sexual, sino de cuestionar los esfuerzos reduccionistas que argumentan la naturalidad de ciertas prácticas dominantes. Una naturalidad cuya afirmación, en definitiva, permite definir y construir los márgenes entre lo natural y saludable, y lo no natural y por consiguiente depravado, inmoral y en sus más extremos calificativos, curable.


Son muchas las voces en esta discusión: iglesias y morales religiosas, colectivos y subgrupos en resistencia, estado y sus políticas y en última instancia, estructuras institucionales como la educación, la justicia o la sanidad. Un mundo de encuentros y desencuentros cuya configuración implica prácticamente a la totalidad de las estructuras sociales.

Tradicionalmente, el campo de batalla de la sexualidad, se libra en la distancia de los modelos dualistas como lo natural o lo construido, lo normal o lo anormal, lo sano o lo insano. A un lado del extremo la naturalidad heteronormativa, al otro lado, la multiplicidad de prácticas, vivencias y performatividades que no encajan en los patrones “naturales”. (Anne Fausto - Sterling. 2006) En este punto volvemos a acercarnos a otra de las cuestiones centrales del debate en torno a las sexualidades como construcción social. ¿Es posible referirse a determinantes ligados a la Zoe y su naturalidad o carnalidad, sin aproximarnos desde un lugar o una categoría atravesada por el género? Esto es, ¿cómo aproximarnos a pensar una esencia lejana desprendiéndonos de las categorías centrales con las que hoy comprendemos la vida en sociedad? Además, ¿Cuál es el punto de partida de la originalidad o de la naturalidad humana?

Para Jeffrey Weeks, la respuesta parece clara:

“Cuanto más ahondamos en esta compleja historia, a veces noble, a veces oscura, más claramente percibimos que la ‘Naturaleza’, la pura naturaleza humana, tuvo muy poco que ver con ello.” (1993. 111)

Para la bióloga y filósofa Anne Fausto - Sterling, el camino se desarrolla en sentido inverso, de tal forma que explica lo biológico como resultado de afectaciones históricas y sociales:

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 8 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

“Nuestras experiencias corporales son el resultado de nuestro desarrollo en culturas y periodos históricos particulares... a medida que crecemos y nos desarrollamos... construimos nuestros cuerpos, incorporando la experiencia en nuestra propia carne.”
(2006. 36 -37)

Estos movimientos socio culturales que desde las tesis de Fausto – Esterling se encarnan en el cuerpo, son resultado de múltiples relaciones de poder desde donde nacen y se configuran. La sexualidad en este sentido, no es sino el resultado de un conjunto de dimensiones complejas atravesadas por una heterogénea red de relaciones de poder. Por dimensiones nos referimos al género, la identidad sexual, las cuestiones propias de la anatomía y la fisiología, y la performatividad como puesta en escena social de lo anterior. Por conjunto heterogéneo de redes de relaciones de poder, nos referimos al encuentro de las estructuras políticas, económicas, religiosas, etc. en el marco de una reconfiguración histórica, constante, cotidiana y simbólica.


La sexualidad como práctica y discurso infinito, es un aspecto central de la vida humana y un nudo gordiano constante en el debate público y político de nuestra sociedad. Como se viene describiendo, historicamente atravesada por cálculos e intereses socio demográficos y de otra índole, la sexualidad ha representado *“uno de los principales lugares de la verdad, donde se define y expresa la dominación y la subordinación.”* (Weeks. 1993. 39 – 40)

Fausto – Sterling (2006) nos recuerda cómo la sociedad ha contribuido al silenciamiento, persecución y exclusión de la diversidad de sexos, identidades y performatividades de muchas personas que no calzan con las explicaciones reduccionistas y dicotómicas de hombre y mujer. Personas como las/os intersexuales, gais, lesbianas y un largo etcétera cuyas vidas han sufrido el tormento normalizador de quienes exigen una coherencia en los márgenes y entre los márgenes de cada una de las dimensiones a las que se hacía referencia recientemente (género, identidad sexual, carne – anatomía – fisiología y performatividad). Una coherencia desde cuya fragilidad se construyen las normalidades sociales y en definitiva, la heteronormatividad como el *“entramado de inteligibilidad cultural mediante la que los cuerpos, géneros y deseos son naturalizados”*. (Trujillo. 2014. 59) Una coherencia entretejida a lomos de múltiples protagonistas y disciplinas científicas, cuyas prácticas discursivas entrelazadas y en continua tensión, escenifican el marco de posibilidades y normalidades para la vivencia de la sexualidad.

El ordenamiento y la regulación social de la sexualidad responden a reglas complejas implícitas y naturalizadas socialmente que regulan lo que puede y debe hacerse, frente a lo que no se puede y no debe hacerse. La sexualidad y la heterosexualidad no existen fuera de la historia, sino que son un producto de ella. No es una esencia natural, sino un efecto de múltiples fuerzas, tensiones y normatividades resultado de:

“prácticas sociales que dan significado a las actividades humanas, de definiciones sociales y autodefiniciones, de luchas entre quienes tienen el poder para definir y reglamentar contra quienes se resisten.” (Weeks. 1993. 30)

Asumir este análisis, resulta de vital importancia para la configuración de los servicios de salud en clave del respeto humano a la multiplicidad de formas, prácticas e identidades en materia de sexualidad, todas ellas en continuo movimiento y transformación.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 9 de 65
			FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	VERSION: 01	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

Los servicios de salud y la oferta anticonceptiva en definitiva, parten de un lugar de definición y constituyen otro engranaje de los procesos de construcción de la sexualidad en el marco de un sistema de complejas relaciones de poder y saber. Por ello, no se trata solo de garantizar la oferta de servicios anticonceptivos en el marco de respeto a la diversidad y a la multiplicidad que exigen los derechos humanos, sino que es importante reconocer y contextualizar el papel protagónico de los servicios y sistemas de salud, en la configuración de los imaginarios, representaciones, prácticas y posibilidades respecto a la salud sexual y reproductiva.

1.2 Salud sexual y reproductiva, biopolítica y medicalización de los cuerpos.

“En la materialidad del cuerpo sexuado se ancla la construcción social de la sexuación del propio cuerpo a partir de los símbolos y significados culturales de ‘ser mujer’ y ‘ser hombre’ en cada contexto y en cada sociedad” (Caridad y Rodríguez. 2010. 36)


En la conferencia del Cairo de 1994, el derecho humano a la salud sexual y reproductiva fue altamente discutido. La aceptación del derecho a la salud sexual se vinculaba con el reconocimiento del derecho de las personas a definir su propia identidad sexual. Las discusiones permitieron construir un consenso en el que se afirmaba que la salud sexual y reproductiva entrañaba *“la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.”* (Silva. 2013. 457) La definición incluía también la el reconocimiento de que la atención en materia de salud sexual, debe tener por objetivo *“el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.”* (Silva. 2013. 457)

Para llegar a estos mínimos en torno a la salud sexual como derecho humano inalienable y en clave de desarrollo personal, fue necesario recorrer un duro camino. En la década de los 80, la visión predominante centraba la discusión en torno al crecimiento demográfico a partir de lecturas socio-económicas. En esta época se priorizaron abordajes cuyo énfasis se centraban en la prevención de la morbi mortalidad vinculada a la salud materno infantil. La planificación familiar y el control demográfico vinculado a la morbi mortalidad, dará paso en la década de los 90 hacia los derechos sexuales y reproductivos. La Conferencia del Cairo encarna el desplazamiento desde:

“Una visión limitada de la planificación familiar a un campo de acción mucho más amplio que rebasa la esfera biológica y se relaciona con los valores, la cultura y la realización personal de cada ser humano.” (Flórez y Soto. 2008. 6)

Las conferencias anteriores sobre población y desarrollo, celebradas en Bucarest en 1974 y en México en 1984, centraron la discusión en torno a la población mundial y los procesos migratorios. Como se describió al comienzo de este capítulo, los cálculos han gobernado a lo largo de la historia el horizonte en torno a la salud sexual y reproductiva. La sexualidad y los cuerpos de las mujeres, principalmente, han estado atravesados por lógicas demográficas con intereses políticos, económicos y sociales: *“El temor a la sobrepoblación y a la escasez de recursos promovió el control de la fecundidad como política que facilitaría el desarrollo de los países”.* (Silva. 2013.455)

Estas tendencias políticas, coincidieron, paradójicamente con el progreso de la ciencia y su paulatina capacidad para regular y controlar la reproducción humana. Impulsada por el desarrollo del capitalismo que proponiendo nuevos modelos de producción exigía también mayor control sobre los cuerpos humanos, el desarrollo de la

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 10 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

ciencia define y clarifica los procesos de embarazo, desarrollo fetal y fertilización. Este conocimiento supone la posibilidad de controlar y regular los principales procesos vinculados a la salud sexual y reproductiva. *“La institucionalización de saberes sobre la anticoncepción se inscribe en la tendencia general de tecnologización y dominio del discurso científico en sociedades postmodernas.”* (Ignaciuk. 2009. 8) La ciencia otorgo herramientas para el control de la maternidad y con ello inició la profundización de la medicalización, en el mismo instante en el que expropiaba y normalizaba el cuerpo de las mujeres. La medicalización de la vida empieza a extender sus redes como un:

“Proceso de carácter cada vez más global, en el cual la biomedicina ha conseguido la autoridad para redefinir y tratar un panorama de eventos de la vida personal y de carácter social como problemas médicos para, en definitiva, usurpar el dominio sobre el cuerpo.” (Ignaciuk. 2009.7)

En el marco del control y el dominio biopolítico, la medicalización de la vida, y particularmente de la salud sexual y reproductiva, adquiere importancia en tanto y cuanto la sexualidad supone el acceso a la vida y al cuerpo. *“La primera, porque gestiona la construcción de los significantes de esos cuerpos; la segunda, porque mediante esa construcción gestiona y regula las sociedades capitalistas.”* (Avila y Montenegro. 2011.30)


Esta medicalización se profundiza en la segunda mitad del siglo XX, con la medicalización del feto mediante ecografías, diagnosis prenatal, cirugías fetales, etc. Este dominio y control sobre el embarazo y la posibilidad de separar las diferentes fases como la concepción, la implantación o el embarazo, sumado a la insistencia de la Iglesia Católica en que la vida empieza en el momento de la fecundación:

“Contribuyó a la creación del concepto de la subjetividad fetal, o la percepción del feto como una persona independiente de la mujer embarazada, y, por lo tanto, un portador de derechos, contribuyendo a la desaparición simbólica de las mujeres.” (Ignaciuk. 2009.9)

La cultura biomédica expresada a través del sistema médico occidental, se ha establecido mundialmente como un modelo capaz de resolver si no todos, la mayoría de los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrolle la enfermedad. (Vidal y Neria. 2012.1062) Esta hegemonía biomédica, vinculada con en el control de la natalidad y el control sobre la experiencia de la corporalidad, ha propiciado constantes reivindicaciones en torno a la autonomía de los cuerpos y de la vivencia de la sexualidad. (Díaz y Clarivel. 2013., Rodríguez. 2006 y Reyes. 2009)

La sexualidad, adquiere importancia en tanto que permite anclar en el cuerpo de las personas dos ejes centrales: las subjetividades e identidades particulares de los seres humanos y las lógicas biopolíticas demográficas de crecimiento, salud y prosperidad de cada sociedad. Ese lugar donde convergen las prácticas de subjetivación personal en el marco de lógicas biopolíticas de orden social, constituye el corazón de la sexopolítica desde donde los procesos de normalización y subjetivación heteronormativa inscriben constantemente en los cuerpos, en la carne y en el ser de las personas, las dicotomías normativas. (Bagueñas, García y Romero. 2005. y Preciado. 2003)

Los márgenes normativos fortalecen sus contornos en la cotidianidad performativa. (Butler. 2002)

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 11 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

“El sujeto, creyendo reflejar fielmente una realidad objetiva, olvida que en su discurso se articulan nociones que le son ajenas y valores y normas que le son propios; ignora en qué puntos los desborda su discurso y en cuáles es su propia creación.” (Viveros 1993.124)

En la naturalización de los procesos normativos, los dispositivos se anclan en el silencio del olvido. Aquellas prácticas reguladoras instauradas, se perciben hoy como propias. Un lugar de construcción del sujeto esta constreñido a una infinidad de guerras históricas cuyo frente de batalla ya se naturalizo y ni siquiera conseguimos verlo. *“Es una repetición obligatoria de normas anteriores que constituyen al sujeto, normas que no se pueden descartar por voluntad propia.”* (Butler. 2002. 65) Desde este marco, la anticoncepción no puede verse como un instrumento neutro sin pasado, sin historia ni contexto, sino que debe inscribirse en el marco social, político, económico y cultural al que responde.


1.3 La salud como concepto.

La Organización Mundial de la Salud, históricamente, ha procurado clarificar ciertos conceptos con el objetivo de ofrecer a la comunidad internacional una concepción estandarizada. Desde la célebre definición de salud, entendida como *“el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad,”* (OMS. 1946. 167) la conceptualización de la salud y los servicios sanitarios ha evolucionado de forma continua. Transitar por las principales transformaciones conceptuales nos permitirá establecer un marco general desde donde poder interpretar el marco conceptual que se propone para la nueva oferta anticonceptiva.

En consonancia con el análisis esbozado hasta el momento respecto a la sexualidad, en materia de salud, *“la sociedad impone reglas y convenciones (normas) al designar un estado saludable o patológico.”* (Peña y Paco. 2002. 229) La dicotomía salud y enfermedad, del mismo modo que las normatividades en materia de sexualidad, facilita las clasificaciones objetivas de estados humanos en función de hechos biológicos. Desde estos marcos de convenciones categóricas, la enfermedad se presenta como el objeto central de una medicina *“presa de la experiencia sensible, de la ‘evidencia’ y del dato.”* (Peña y Paco. 2002. 231) Desde este marco, y según Stella y Castaño, el modelo higienista promovió *“una visión unicausal con énfasis en los aspectos biológicos tanto de las enfermedades como de las estrategias curativas.”* (2009. 71) Para estos autores parece clara la vinculación de las políticas neoliberales en la instauración hegemónica de la perspectiva higienista vinculada a procesos de producción. Del mismo modo que al comienzo de este capítulo se hacía referencia a los aspectos biopolíticos de los abordajes demográficos de la sexualidad, la salud aparece nuevamente atravesada por intereses políticos.

Frente a la crítica de concebir la salud desde los aspectos exclusivamente biológicos y en el marco preponderante de la enfermedad, pensar la salud implica el reconocimiento de otros aspectos y dimensiones. Primero, con los discursos en torno a la integralidad de las personas, la dimensión emocional y psicológica adquiere un papel protagónico. Desde este lugar, el reconocimiento de la individualidad de las personas partirá por asumir la salud como una experiencia personal y subjetiva, resultado del encuentro de múltiples dimensiones y en el marco de un contexto histórico, cultural y político particular. La salud es reivindicada como un estado relativo, es decir:

“El hecho de que todas las personas tengan un cierto grado de salud y que esta adquiera numerosas formas, cambiando en cada persona y en ciertos momentos de su vida, indica

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 12 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

también que todas esas formas podrían parecer aproximaciones parciales a un concepto único.” (Juárez. 2011. 71)

Esta concepción incorpora importantes cambios en la atención sanitaria de las personas. Del mismo modo que la salud es considerada una experiencia subjetiva, la experiencia de la enfermedad e incluso la sexualidad, no podrá generalizarse. Este enfoque como veremos más adelante, no niega el carácter colectivo y social de las personas, sino que reconoce la experiencia particular de cada persona, tornando necesario abordajes individualizados para situaciones de salud semejantes. Esta individualidad rechaza el enfoque universal desde donde se podrían definir soluciones anticonceptivas a diferentes grupos o colectivos de forma generalizada. Esto es, a pesar de asumir lugares comunes para colectivos como el de las mujeres que tienen sexo con otras mujeres, los hombres adultos mayores que contratan servicios de trabajadoras sexuales o el de las parejas heterosexuales que procesan la religión católica, por ejemplo, necesariamente no implica la posibilidad de ofrecer un mismo patrón de servicios sanitarios en materia de anticoncepción y en materia de salud sexual y reproductiva.


Por ello, los enfoques de género, interculturalidad y generacionales, en su afirmación positiva constituyen elementos inclusivos para colectivos históricamente discriminados o excluidos en materia de salud sexual y reproductiva. El imperativo de considerar las particularidades de las mujeres o el reconocimiento de las diferentes realidades culturales de colectivos como los indígenas o los afro descendientes, permite visibilizar la multiplicidad de realidades sociales y culturales de Costa Rica. Sin embargo, estas particularidades no constituyen realidades universales a lo interno de cada colectivo, por lo que en la definición de la oferta anticonceptiva que se describe en este documento, se rechaza la atribución de uno u otro método de forma generalizada para uno u otro grupo o colectivo poblacional. Este rechazo además, como veremos más adelante, se justifica por el carácter dinámico de la vivencia de la sexualidad, no pudiendo hablar de colectivos estáticos universales, pues quien se acuesta con un hombre adulto mayor una noche, bien podría amanecer con una mujer adolescente la mañana siguiente.

En este sentido, el reconocimiento de la intersubjetividad de las personas nos permite reconocer que no hay una misma manera para vivir la sexualidad, que la vivencia de la sexualidad transita a lo largo de la vida de las personas y las colectividades y que ni tan siquiera podríamos hablar de una misma manera de vivir una determinada práctica sexual. Desde este planteamiento, la salud se aproxima más a un:

“Estado de salud-enfermedad dinámico, variable, individual y colectivo (relaciones sociales), producto, también dinámico y variable, de todos los ‘determinantes’ sociales (ambientales) y genético-biológico-ecológicos que se originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se expresan en nuestra biología”. (Valentín y Talavera. 2012. 170)

Esta definición, que todavía sigue asumiendo un papel preponderante en la biología al asumir que la diversidad de variables tiene su expresión en la dimensión biológica, nos permite transitar desde un marco de abordaje individual hacia uno colectivo. Esta noción sin embargo no proclama la universalidad de la vivencia de la salud, sino que pretende situar las subjetividades individuales en estrecha relación con otras subjetividades propias del marco colectivo en el que se desarrollan.

Este desplazamiento hacia lo colectivo, cuyo origen es posible ubicar en las corrientes estructuralistas, responde a la crítica del legado liberal en la concepción de la salud, en tanto que esta era asumida desde una

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 13 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

presunta objetividad, (des) politizada y en el marco de una supuesta igualdad de personas y de oportunidades para la salud. (Browne. 2001 y 2004) Desde este marco liberal, la salud era explicada y abordada en términos propios de las elecciones de vida que se atribuían a los sujetos individuales, asumiendo que las personas podían elegir en cada momento los estilos de vida que determinaban la calidad de vida y la salud de las personas. Desde la crítica a las lecturas liberales y asumiendo y que *“la unidad de la vida humana es el grupo y no el individuo”*, (Fernández – López, Fernández – Hidalgo y Cieza. 2010. 171) empiezan a tomar fuerza los abordajes de la salud contextualizando a las personas en el marco de una colectividad, una cultura y una sociedad particular. En materia de sexualidad y en:

“En la vida reproductiva de las personas, la libre elección individual, como idea de determinación individual y voluntad irrestricta propia del pensamiento liberal moderno, es una idea falsa bajo la cual se ocultan los condicionamientos culturales y económicos. La elección se convierte de este modo en una obligación del ciudadano de controlar y hacer un uso racional de su cuerpo y las desigualdades sociales se transforman en elecciones individuales, haciendo a los sujetos responsables por las decisiones que toman sobre sus vidas.” (Pérez. 2012. 93)


Estar sano está ligado *“a la salud del conjunto, y la prevención individual de la enfermedad está estrechamente ligada a los problemas ecológicos, sociales y económicos de toda la comunidad”*. (Valentín y Talavera. 2012. 173) Las variables de raza, cultura, clase social, género y geopolítica adquieren importancia para empezar a pensar la salud y los servicios sanitarios.

Asumiendo esta línea de planteamientos y vinculando la salud a las causas estructurales de los problemas socio sanitarios, la OMS inicia en el 2004 un proceso para procurar la atención sanitaria considerando los determinantes sociales de la salud. Desde el reconocimiento de las inequidades en los procesos de construcción de la salud y desde el reconocimiento de las inequidades de acceso a los servicios sanitarios, la orientación hacia los determinantes sociales de la salud:

“Lo que busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud.” (Stella y Castaño. 2009. 72)

Se asumen la existencia de las desigualdades sociales entre países, regiones y a lo interno de los países, entre grupos y estratos socio culturales. Determinantes como el estatus socio económico, el género, los factores psicosociales (cohesión social, redes, participación, etc.) y la estructura del sistema de salud (el acceso a los servicios y programas) entre otros, configuran las desigualdades y su expresión en las condiciones de salud: *“a medida que se baja un peldaño en la escalera social, aumenta la prevalencia de casi todas las enfermedades y problemas de salud.”* (Stella y Castaño. 2009. 73)

Desde este ámbito y este reconocimiento, las campañas en torno a la posibilidad de elección de estilos de vida en materia de salud, se recontextualizan en el marco de las condiciones de posibilidad y accesibilidad de cada persona en función de sus determinantes sociales. Esta noción vuelve a explicar la salud desde abordajes colectivos y sociales, en detrimento de las lecturas que apelaban exclusivamente a la elección individual de los individuos. Elegir un estilo de vida saludable no sólo depende de la voluntad (*“querer”*), sino también del conocimiento (*“saber”*) y de la accesibilidad al mismo (*“poder”*). Esta transformación será central a la hora de

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 14 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

pensar la oferta anticonceptiva, en tanto y cuanto asumir las condiciones de poder y saber de las personas, desde un contexto de desigualdades, el uso, elección y acceso a los diferentes métodos anticonceptivos estarán condicionados por el contexto en el que se desarrollen las personas y sus prácticas sexuales. Desde esta perspectiva,

“La naturaleza ecológica de los comportamientos plantea la necesidad de promover a menudo no tanto la elección de conductas, sino más bien la elección de entornos para vivir mejor o la elección de cambios para adaptar los entornos y hacer fáciles las prácticas y estilos de vida saludables.” (Valentin y Talavera. 2012. 171)


Esta perspectiva, nos invita en cierta medida, a cuestionarnos la efectividad de diseñar una oferta renovada de métodos anticonceptivos, disgregándola de la importancia que tiene el contexto social, político y cultural de las personas. Asumimos que una renovada definición de los métodos e insumos anticonceptivos contribuye a mejorar la atención sanitaria. Sin embargo, garantizar servicios de salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de los derechos humanos y en el marco al que se viene haciendo referencia, requerirá una atención que trasciende los recursos tecnológicos materiales y que permita vislumbrar nuevos escenarios basados en el respeto, la autonomía y la libertad intersubjetiva.

Continuando con el desarrollo conceptual de los enfoques en salud, la aprobación en mayo del 2001, en la Quincuagésima Cuarta Asamblea Mundial de la Salud, (OMS – OPS. 2001) de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF en adelante), permite seguir enriqueciendo la definición conceptual de la oferta anticonceptiva que se propone en este documento. Esta nueva clasificación, centrada en las condiciones de funcionalidad de las personas, respondía a las críticas esgrimidas por diferentes colectivos en torno a las implicaciones que suponía la Clasificación Internacional de Enfermedades y sus derivaciones. Esta nueva clasificación se distancia de la concepción lineal y del enfoque unicausal que partía de la categoría de enfermedad que se atribuía a las personas y de la cual derivaban una estandarización de cuidados y protocolos de tratamiento.

Esta crítica que se esgrimía anteriormente para cuestionar el carácter universal de las personas, permite cuestionar en esta ocasión el carácter estático al que se presupone la identificación de personas con ciertas categorías, como por ejemplo, al definir las como hipertensos, obesos, Síndromes Down o discapacitados físicos. Distanciándose de la perspectiva de explicar el bienestar de las personas a partir de una condición de salud o enfermedad particular, la CIF orienta su mirada hacia el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud, entendiendo por calidad de vida:

“al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida o al grado de felicidad o satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente en relación con la salud y sus dominios.” (Fernández – López, Fernández – Hidalgo y Cieza. 2010. 170)

Independientemente de la categoría que habite cada persona, la salud es concebida como una conquista diaria para mejorar la calidad de vida. La salud, relativa y contextualizada a cada coyuntura personal, se presenta como un proceso continuo en constante transformación. Este dinamismo, desplaza la definición de salud de la OMS con la que hemos iniciado esta sección, en donde la salud era definida como *un estado de bienestar*. Este enfoque de la salud como un proceso en continua transformación y en vinculación con la calidad de vida, permite comprender los movimientos en los márgenes de la salud y la enfermedad, como una normalidad

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 15 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

fisiológica al servicio “de las funciones y, finalmente, de los proyectos vitales, contribuyendo a conformar la sensación de bienestar”. (Fernández – López, Fernández – Hidalgo y Cieza. 2010. 177) Esta reivindicación de un bienestar en continuo diálogo entre la salud y la enfermedad, permite humanizar la definición de salud, pues la proposición de no solamente la ausencia de enfermedad, sino un *estado completo de bienestar* físico, biológico, psicológico y social, parecía inalcanzable para el común de las personas. Frente a esta definición estática y utópica la reivindicación de la salud como la “*la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas*”, (Valentín y Talavera. 2012. 172) se esfuerza por:

“Explicar ‘lo esencial humano’, los aspectos de la vida interior, del amor, la ilusión, el miedo, el optimismo, etc., tan alejados de los constructores impersonales de la ciencia biomédica o social.” (Fernández – López, Fernández – Hidalgo y Cieza. 2010. 182)


Desde esta visión más cercana a las corrientes humanistas, este concepto invita al abordaje de la sexualidad más allá de las dimensiones biológicas impersonales centrados en constructos articulados en clave de “evitar la preñez”, para reconocer la vivencia de la sexualidad en el marco de las dimensiones humanas del amor, el placer, el miedo, el optimismo y todos aquellos otros aspectos vinculados con el potencial humano. Una perspectiva desde donde los métodos anticonceptivos estarían al servicio de la autonomía, la libertad y las potencialidades de la sexualidad humana, en un contexto social, político y cultural en continuo diálogo intersubjetivo con otras personas. Todos y todas, sujetos sexuados con capacidad y derecho al crecimiento personal y colectivo.

“En concordancia del respeto a la diversidad sexual se debería considerar que, en relación con la sexualidad nada está acabado o definido, que es necesario ser flexibles ante lo conocido y ser respetuosos ante lo diferente, lo desconocido.” (Política Nacional Sexualidad. 2011. 11)

1.4 La salud sexual y reproductiva como derecho humano.

Definir el marco conceptual de la salud sexual y reproductiva a partir de la línea que se viene desarrollando, requiere necesariamente, asumir la diversidad de los procesos de construcción cultural, la multiplicidad de las formas de asimilación de dichos procesos, la particularidad e individualidad de la construcción de cada ser único sexuado, el reconocimiento del derecho al crecimiento personal, al amor y al goce y del vínculo intersubjetivo dinámico y en continua transformación de las personas y su sexualidad. En esta línea, la Política Nacional de Sexualidad de Costa Rica, planteada para el periodo comprendido entre el año 2010 y el 2021, asume el término sexualidad como una dimensión central del ser humano:

“basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos” (OPS. 2000. en Política Nacional Sexualidad. 2011. 5)

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 16 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

Los calificativos que definen los anhelos para la vivencia de la sexualidad se vinculan a calificativos como integral, informada, segura y en corresponsabilidad. La sexualidad como derecho implica en su dimensión colectiva la responsabilidad del Estado. La política nacional de sexualidad apela al concepto de ciudadanía sexual para afirmar los derechos de todas las personas, reivindicando el derecho a la participación. *“Aplicado a la sexualidad, la ciudadanía sexual será el tener voz y voto en las políticas y programas que afectan el ejercicio autónomo de la misma.”* (Política Nacional de Sexualidad. 2011. 12)

“El concepto de ciudadanía sexual también pretende reivindicar, para su legitimación social y jurídica, las diferentes identidades y prácticas sexuales, reconociendo que la diversidad de las sexualidades, de géneros, y la forma de expresarla cambia de manera dinámica según la historia vital de las personas.” (Política Nacional Sexualidad. 2011. 12)


“La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, y cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgo y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos...” (Capítulo VII, Párrafo 7.2, Programa de Acción, CIPD, 1994. en Política Nacional de Sexualidad. 2011. 9)

El desarrollo integral implica trascender la visión biologista e incluir categorías de análisis como el amor, el placer, la intimidad, la expresión emocional, la ternura, el contacto y la afectividad entre otros. El reconocimiento y la aceptación de la multiplicidad de diversidades, de deseos, cuerpos, emociones, gustos, prácticas e identidades, todos ellos en continua transformación y construcción intersubjetiva. . Estas lecturas implican necesariamente la definición de ofertas anticonceptivas en materia de salud sexual y reproductiva que contribuyan a fortalecer y a configurar valores centrales como la libertad, autonomía y responsabilidad. (Política Nacional Sexualidad. 2011)

“Personas con Libertad: con capacidad de optar entre las diversas alternativas posibles, lo cual requiere de información previa y objetiva... Personas con Autonomía: son personas que ejercen su derecho a decidir libre y responsablemente sobre cuestiones fundamentales de su vida. Personas con responsabilidad: es decir personas con conocimiento y conciencia de las consecuencias de las propias acciones.” (Quirós 2007 en Política Nacional Sexualidad. 2011. 6-7)

Garantizar una atención sanitaria de la salud sexual y reproductiva en estos términos implica necesariamente, el reconocimiento de las condiciones de violencia, desigualdad y exclusión social desde donde las mujeres viven la sexualidad. De los juegos de poder, de normalidad, anormalidad y exclusión, las prácticas que se distancian de la heteronormatividad también son en muchas ocasiones discriminadas, estigmatizadas y rechazadas. La homofobia, la misoginia y otras formas de discriminación deberán considerarse en el marco de los servicios sanitarios en donde se aconseje en torno a los diferentes métodos anticonceptivos.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2010, un 18´7 % de las mujeres afirmaron haber sufrido algún tipo de violencia sexual. Este reporte además, podría estar subnotificado,


	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 17 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

entendiendo que el propio círculo de violencia condiciona las respuestas respecto a su prevalencia. Los resultados de la Encuesta Nacional de Violencia Contra las Mujeres del 2003:

“Mostraron que el 58% de las mujeres había experimentado al menos, un incidente de violencia física o sexual desde los 16 años y que, en la mayoría de las ocasiones, esa violencia había sido ejercida por un hombre cercano.” (Sagot y Guzman. 2004. 23)

En esta línea, Caridad y Rodríguez nos recuerdan que no se puede analizar la sexualidad sin tener en cuenta *“el lugar de la persona sexuada, sus representaciones, sus subjetividades y sus comportamientos.”* (Caridad y Rodríguez. 2010. 36) La persona, en tanto que sujeto de deseo y sujeto deseado, constituye una complejidad infinita en proceso de autodefinición en un contexto de injusticias, desigualdades, redes de creencias, representaciones e ideologías. Llegar a reconocer la sexualidad como un derecho desde una perspectiva como la que se viene describiendo, implica reconocer los métodos anticonceptivos como una estrategia para facilitar la autonomía y la libertad de las personas en el ejercicio del derecho humano de la sexualidad. Un concepto cuya vinculación con la autonomía y la libertad trascienda la visión de *“evitar la preñez”* a la que hacíamos referencia al inicio del texto y que permita avanzar en la transformación del contexto descrito hacia el reconocimiento de el:

- Derecho a libertad y autonomía sexual.
- Derecho para autonomía, integridad y seguridad del cuerpo sexual.
- Derecho de privacidad sexual
- Derecho de igualdad sexual
- Derecho al placer sexual, físico, psicológico, intelectual y espiritual.
- Derecho a la expresión de las emociones sexuales.
- Derecho para la libre asociación sexual.
- Derecho para hacer elecciones reproductivas libres y responsables.
- Derecho a la información sexual.
- El derecho a una educación de sexualidad comprensiva.
- Derecho a la atención y la salud sexual y reproductiva.
- Derecho a la participación en políticas públicas sobre sexualidad.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 18 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

2. Marco Legal

2.1 Marco Jurídico y Normativo de los derechos humanos en salud sexual y reproductiva.

Como se ha descrito en marco conceptual, la sexualidad y la salud sexual y reproductiva en particular, representan un lugar central en los debates y discusiones en torno a los modelos de salud y atención sanitaria. Por ello y conscientes de la necesidad de contextualizar la oferta anticonceptiva en el marco normativo y jurídico, a continuación se describen y señalan las principales leyes, convenios, declaraciones y jurisprudencia existente en torno a la salud sexual y reproductiva. La aproximación a este marco normativo y jurídico permitirá contextualizar el debate central en este ámbito, el cual se desarrolla en torno a la definición del momento de nacimiento y protección de la vida. Esta discusión, central a la hora de analizar la legalidad de los anticonceptivos de emergencia, tendrá al final de este capítulo una sección exclusiva, pues dicha interpretación jurídico normativa determinará la posibilidad o no de incluirla en la oferta anticonceptiva. Al respecto, durante el periodo de la consultoría, se hizo una consulta legal por los medios oficiales que corresponden a la sección jurídica de la Caja Costarricense del Seguro Social. Esta consulta sin embargo no fue resuelta, por lo que a continuación, se describe la interpretación del autor de este documento a la luz del marco jurídico y la jurisprudencia nacional e internacional existente:


En primer lugar y desde el ámbito internacional, la Declaración Universal de los Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948, aprobada y ratificada por Costa Rica, permite una primera aproximación al debate objeto de estudio. En su artículo tercero, la declaración señala que *“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”*. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en su artículo primero, señala que *“Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”*. (1948)

Ambas declaraciones, a pesar de afirmar el derecho a la vida, resultan ambiguas por no acotar el derecho a la vida. La Convención Americana sobre Derechos Humanos de 1969, firmada y ratificada por Costa Rica define que *“para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano”* 64 y aclara que:

“Los derechos esenciales del hombre no nacen del hecho de ser nacional de determinado Estado, sino que tiene como fundamento los atributos de la persona humana, razón por la cual justifican una protección internacional, de naturaleza convencional coadyuvante o complementaria de la ofrece el derecho interno de los Estados Americanos”. (1969)

El Artículo 4 de esta misma declaración agrega que toda persona tiene derecho a que se respete su vida y que *“este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.”* (1969) La Convención Americana sobre Derechos Humanos permite aclarar, en cierta medida, el ámbito de protección al que se circunscribe el derecho a la vida, situándolo a partir del momento de la concepción. Este primer referente todavía requiere una serie de aclaraciones pues a pesar de situar el derecho a la vida a partir de la concepción, no aclara si por concepción entienden la fecundación o la implantación y si en consecuencia, se hace extensible la necesidad de proteger la fecundación o la implantación.

Siguiendo con la descripción en torno a la normativa en materia de derechos sexuales y reproductivos circunscritos al debate en torno derecho de protección de la vida, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos aprobado mediante ley n° 4229 del 11 de diciembre de 1968 señala que: *“El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por ley. Nadie podrá ser privado de la vida”*

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 19 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

arbitrariamente." (1968) Por su parte, la Declaración de los derechos del niño de 1959, resolución 1386 de las Naciones Unidas, en su principio segundo, acota que:

"El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad." (1968)

El niño se constituye a partir de esta declaración en sujeto de derecho y se le reconocen sus derechos de acceder y gozar a los beneficios de la seguridad social. El niño, afirma la declaración, *"Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal."* (1968) La importancia de esta declaración es que el ámbito de protección del niño/a se extiende a la atención prenatal, esto es, podría interpretarse que esta declaración protege la vida antes del propio nacimiento. En esta misma línea, la Convención sobre los Derechos del Niño, centrados en el principio del Interés superior del menor, aprobada por Costa Rica el 18 de julio de 1990 por la Ley n° 7184, afirma que:

"Como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño, el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento" (1990)


La declaración enfatiza al reconocer el derecho intrínseco del niño a la vida y al afirmar que *"los estados partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño"*. (Artículo 6.) En su artículo primero define que *"se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad"*. (1990) Esta definición, sin embargo, tampoco permite clarificar desde cuándo es que debe iniciarse la protección del niño/a o de la vida, pues a pesar de aclarar que debe de ser desde antes del nacimiento o como lo refería el artículo 4 de la Convención Americana de los Derechos Humanos, desde el momento de la concepción, no está definido el momento que acote esa concepción o esa vida objeto de derechos humanos.

Al respecto la legislación nacional aporta otra serie de elementos a considerar. El Código Civil en el libro I, capítulo 1° relativo a la "Existencia de las personas", en su Artículo 31, señala que:

"La existencia de la persona física principia al nacer viva y se reputa nacida para todo lo que la favorezca desde 300 días antes de su nacimiento. La representación legal del ser en gestación corresponde a quien la ejercería como si hubiera nacido y en caso de imposibilidad o incapacidad suya, a un representante legal"

Este artículo al situar 300 días antes del nacimiento el marco de protección de la persona física nacida viva, y considerando que un embarazo dura en torno a 266 días, pareciera proteger incluso los gametos femenino y masculino. Esta declaración se presenta extremadamente controversial pues resulta prácticamente imposible regular y controlar los gametos femeninos y masculinos.

El código de la niñez y adolescencia publicado en 1998 y actualizado en 2001, en la primera ley, acota los derechos del niño desde el momento de su concepción al asumir que *"se considerará un niño o niña a toda persona desde su concepción hasta los doce años de edad cumplidos, y adolescente a toda persona mayor de doce años y menos de dieciocho."* (Artículo 2. 1998.) El Artículo 12 relativo al derecho a la vida, asume que:

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 20 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

“La persona menor de edad tiene el derecho a la vida desde el momento mismo de la concepción. El Estado deberá garantizarle y protegerle este derecho, con políticas económicas sociales que aseguren condiciones dignas para las gestación, el nacimiento y el desarrollo integral.” (1998)

La ambigüedad del término concepción en los marcos normativos descritos hasta el momento es cuestionada por la abogada e investigadora Eva Soto, al afirmar que la concepción se entiende como el momento de la fecundación del óvulo por el espermatozoide o *“al momento de la implantación del óvulo fecundado al útero, que ocurre alrededor del sétimo día desde la fecundación”*. (En Soto. 2012. 79)

A falta de un posicionamiento o una descripción normativa, los tribunales nacionales realizaron interpretaciones expansivas. La Sala Constitucional por ejemplo, ante la Consulta Legislativa N° 647 de 1990, señaló que para efectos de nuestro ordenamiento, la Convención Sobre los Derechos del Niño:


“Establece un derecho intrínseco a la vida del niño (artículo 6) que no es claro con respecto al periodo de vida anterior al nacimiento. Al mismo tiempo, introduce en su artículo 24 inciso f) una disposición ajena a los derechos del niño y su especial protección, cual es que los Estados partes adoptarán las medidas apropiadas para desarrollar ‘la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia’. Ambas normas deben entenderse e interpretarse en relación con los artículos 21 constitucional y 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que establecen el principio de que la vida humana se protege desde la concepción”. (en Soto. 2012. 82 -83)

La Sala Constitucional por su parte, en el voto n° 5130 – 94, señala que la:

“Doctrina y filosofía a través de todos los tiempos han definido a la vida como el bien más grande que pueda y deba ser tutelado por las leyes, y se le ha dado el rango de valor principal dentro de la escala de los derechos del hombre...” (en Soto. 2012.84)

Para disponer de un elemento clarificador en torno al debate que nos ocupa, es necesario prestar atención al caso en torno a la Fecundación in Vitro y Transferencia de Embriones, tanto en el ámbito jurídico nacional, como en el internacional. Por orden de acontecimientos, es importante referirse al voto n° 2306 – 2000 de la Sala Constitucional, en donde el máximo órgano jurídico nacional, analiza el ordenamiento jurídico costarricense en torno al comienzo de la vida y al inicio de la protección que le debe brindar el derecho a la vida, a la luz del Decreto Ejecutivo n° 24029 sobre Fecundación In Vitro y Transferencia de Embriones. En dicho voto, la sala introduce el tema afirmando que:

“Los derechos de la persona, en su dimensión vital, se refieren a la manifestación primigenia del ser humano: la vida... El ser humano es titular de un derecho a no ser privado de su vida ni a sufrir ataques ilegítimos por parte del Estado o de particulares, pero no sólo eso: el poder público y la sociedad civil deben ayudarlo a defenderse de los peligros para su vida... La pregunta ¿cuándo comienza la vida humana? Tiene trascendental importancia en el asunto que aquí se discute, pues debe definirse desde

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 21 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

cuándo el ser humano es sujeto de protección jurídica en nuestro ordenamiento.” (En Soto. 2012. 87 – 88)

La sala resuelve que el derecho a la vida y a su protección inicia *“en cuanto ha sido concebida, una persona es una persona y estamos ante un ser vivo, con derecho a ser protegido por el ordenamiento jurídico.”* Desde esa interpretación, la sala asume que:

“La vida humana se protege desde la concepción... Las normas citadas imponen la obligación de proteger al embrión contra los abusos a que puede ser sometido en un laboratorio y, especialmente del más grave de ellos, el capaz de eliminar la existencia” (En Soto. 2012. 90)

Luego la sala asume la vida a partir de la fecundación, siendo el embrión la forma original del ser. Defiende que la concepción se refiere al momento de la fecundación y no a la implantación por lo que cuando se habla de la vida, en Costa Rica, se debe interpretar la vida desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide.


Sin embargo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso *“Artavía Murillo y Otros. Costa Rica. Fecundación In Vitro.”* en la sentencia del 28 de noviembre del 2012, señala que el Decreto Ejecutivo No. 24029-S de 3 de febrero de 1995 emitido por el Ministerio de Salud, autorizaba la práctica de la FIV para parejas conyugales y regulaba su ejecución hasta que el Decreto fue declarado inconstitucional en el voto de la sala recientemente señalado. Ante la apelación de dicha sentencia de inconstitucionalidad, la CIDDH señala que:

“La Corte considera que la decisión de ser o no madre o padre es parte del derecho a la vida privada e incluye, en el presente caso, la decisión de ser madre o padre en el sentido genético o biológico.

Asimismo, el Tribunal indicó que el derecho a la vida privada se relaciona con: i) la autonomía reproductiva, y ii) el acceso a servicios de salud reproductiva, lo cual involucra el derecho de acceder a la tecnología médica necesaria para ejercer ese derecho. Por tanto, los derechos a la vida privada y a la integridad personal se hallan también directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud. La falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva.

En relación al artículo 4.1. en el que la Sala Constitucional estima que se deriva la protección absoluta del embrión, La Corte examinó el alcance de los artículos 1.2 y 4.1 de la Convención Americana recientemente señalados respecto a las palabras "persona", "ser humano", "concepción" y "en general". En relación al debate entre la corriente que asume la concepción como el momento de la fecundación & el momento de la implantación, la Corte señala que no existe una definición consensuado para determinar cuál es el inicio de la vida. Sus conclusiones sin embargo, no dejan márgenes para la interpretación respecto al debate en torno al origen de la vida y al origen de la protección de la vida:

“La corte determino que el término “concepción” no puede ser comprendido como un momento o proceso excluyente del cuerpo de la mujer, dado que un embrión no tiene ninguna posibilidad de supervivencia si la implantación no sucede... Teniendo en cuenta lo

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 22 de 65
			FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	VERSION: 01	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

anterior, el Tribunal entendió que el término “concepción” desde el momento en que ocurre la implantación, razón por la cual consideró que antes de este evento no procede aplicar el artículo 4 de la Convención Americana.” (2012. 7)

“Al analizar todos estos artículos no es factible sostener que un embrión sea titular y ejerza los derechos consagrados en cada uno de dichos artículos... Por último, indicó que los artículos 1 y 6.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño no se refieren de manera explícita a una protección del no nacido. El Preámbulo hace referencia a la necesidad de brindar “protección y cuidado especiales [...] antes [...] del nacimiento”. Sin embargo, los trabajos preparatorios indican que esta frase no tuvo la intención de hacer extensivo al no nacido lo dispuesto en la Convención, en especial el derecho a la vida. (2012. 8)

Una vez clarificado el marco legal y normativo y entendiendo que la protección de la vida inicia desde el momento de la concepción, entendida esta desde el momento de la implantación, es más fácil analizar la legalidad de la anticoncepción oral de emergencia en Costa Rica.

2.2 Consideraciones jurídicas en torno a la anticoncepción oral de emergencia en Costa Rica.


Costa Rica, el único país en Latinoamérica que no se ha pronunciado sobre anticoncepción de emergencia. (Soto y Vega. 2014) La anticoncepción oral de emergencia constituye el punto álgido del debate en torno a las discusiones sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos. Desde un extremo de la discusión se sostiene que los métodos anticonceptivos de emergencia constituyen un método abortivo. Desde el otro extremo, al contrario, sostienen que como su propio nombre lo indica, los métodos anticonceptivos de emergencia son anticonceptivos y no abortivos.

Respecto a la legislación en torno al aborto con o sin consentimiento, el artículo 118 del Código Penal de Costa Rica señala que:

“El que causare la muerte de un feto será reprimido: 1) Con prisión de tres a diez años, si obrare sin consentimiento de la mujer o si ésta fuere menor de quince años. Esa pena de dos a ocho años, si el feto había alcanzado seis meses de vida intrauterina; 2) Con prisión de uno a tres años, si obrare con consentimiento de la mujer. Esa pena será de seis meses a dos años, si el feto no había alcanzado seis meses de vida intrauterina. En los casos anteriores se elevará la respectiva pena, si del hecho resultare la muerte de la mujer” (Código Penal 1970).

Ahora, siguiendo con el debate que nos ocupa ¿Qué es un feto? Según la sentencia 02306 del año 2000, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia en 2000 (p.2) define el feto en términos del “producto” de la concepción.

“Cuando el espermatozoide fecunda al óvulo esa entidad se convierte en un cigoto y por ende en un embrión. La más importante característica de esta célula es que todo lo que le permitirá evolucionar hacia el individuo ya se encuentra en su lugar”


	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 23 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

Según la evidencia científica y las declaraciones de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, los anticonceptivos orales de emergencia actúan evitando o retrasando la ovulación entre 5 y 7 días. Este retraso de la liberación de óvulos de los ovarios, impide la fecundación del ovulo por el espermatozoide, por lo que se evita la concepción. (OMS. 2011) En este sentido, la sentencia del 2012 de la Corte Interamericana de los Derechos Humanos afirma que el término concepción remite al momento en que ocurre la implantación. Por ello y considerando que la implantación acontece al séptimo u octavo días después de la fecundación, pensar en la píldora anticonceptiva de emergencia como en un método abortivo carece de sentido pues su mecanismo de acción se basa en evitar la fecundación y no es posible una implantación (momento en el que inicia la vida y su protección) sin una fecundación.

El análisis jurídico no deja atisbos de dudas respecto al carácter anticonceptivo y no abortivo de la píldora anticonceptiva de emergencia, a partir de la sentencia de la Corte Interamericana de los Derechos Humanos supra citada. Este pronunciamiento dejaría sin validez el pronunciamiento emitido por las abogadas de la Gerencia Médica de la CCSS Hazel Martínez Meneses y Danna Gutiérrez Villalta, pronunciamiento aprobado por la Junta Directiva en el acta de la sesión ordinaria 8425, el 25 de febrero del 2010. En base a de dicho análisis legal, la Junta Directiva asumió como válidas las conclusiones de las abogadas, las cuales concluían que en función de las normativas anteriormente citadas (excepto la sentencia de la CIDDDH) que en torno a la legalidad de administrar anticonceptivos en la CCSS:

Se advierte que las disposiciones propuestas afectan a la Institución puesto que, su aprobación puede generar un desmerito al servicio salud; no puede dejarse de lado, que la anticoncepción de emergencia es un tema bastante polémico, y tal y como se explica en la jurisprudencia que contraria la tesis que sostiene la OMS, en el sentido que se entiende jurisprudencialmente que la "concepción", no es a partir de que el óvulo se implanta en la matriz, si no desde el momento mismo en que el óvulo es fecundado, estableciéndose incluso una protección para lo que favorezca al ser humano, desde antes de la concepción misma."

Esta interpretación no pareciera coincidente con la aclaración de la Corte Interamericana de Derechos Humanos donde señala los alcances de la protección de la vida deben aplicarse a partir del momento de la concepción, entendida **"desde el momento en que ocurre la implantación"**, (2012. 7) razón por la cual, los anticonceptivos de emergencia no debieran considerarse abortivos y, la privación de estos, podría estar vulnerando los derechos humanos sexuales y reproductivos vinculados a la autonomía y libertad en la toma de decisión en cuanto a tener o no tener hijos/as y al espaciamiento de los/as mismos/as.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 24 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

3. Diagnóstico y Análisis de la situación actual


Como se viene esgrimiendo la prestación de métodos anticonceptivos requiere una contextualización del marco desde donde se están brindando los servicios de salud sexual y reproductiva en la CCSS. Para contextualizar la oferta y evitar referirse a los métodos anticonceptivos como entes inertes sin implicaciones sociales, políticas y económicas, se entrevistaron a 9 personas claves del ámbito de la atención sanitaria en la Caja Costarricense del Seguro Social y a personas con poder de injerencia en las decisiones en materia de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud de Costa Rica. Concretamente se hicieron sendas entrevistas en profundidad a las siguientes personas:

1. Hellen Porras y Erika Solano Delgado, del programa de atención integral de la mujer de la CCSS.
2. Kenia Quesada, del programa de atención diferenciada de los pueblos indígenas de de la CCSS.
3. Cesar Delgado, coordinador de Discapacidad Accesibilidad y Rehabilitación Institucional de la CCSS.
4. Vilma García Camacho del programa atención integral de la CCSS de personas adultas mayores.
5. Gloria Terwes del programa de atención integral de personas con VHI – SIDA de la CCSS.
6. Marco Díaz, del programa atención integral de personas adolescentes de la CCSS.
7. Edda Quiros, coordinadora de la política nacional de sexualidad y responsable del área de violencia contra las mujeres de la Dirección de Planificación y Evaluación de Acciones en Salud del Ministerio de Salud.
8. Dr. Salazar, Coordinador de la Comisión Nacional de Mortalidad Materna perinatal infantil y Asesor de la ministra en Salud sexual y reproductiva.

La selección de las personas entrevistadas responde en primer lugar a los enfoques generacionales, interculturales y de género exigidos por los términos de referencia de esta consultoría. Con el objetivo de comprender el contexto histórico de la definición de la oferta anticonceptiva actual y el marco interinstitucional CCSS – Ministerio de Salud, se entrevistó al doctor Salazar. Por otro lado, asumiendo el doble propósito que desempeñan los anticonceptivos de barrera, anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual, se entrevistó a la doctora Gloria Terwes para tratar de contextualizar los métodos anticonceptivos en el marco de las infecciones de transmisión sexual. En última instancia, para valorar la particularidad y especificidad del colectivo de personas con discapacidades, se entrevistó al fisioterapeuta Cesar Delgado, responsable del programa integral para personas con discapacidades de la CCSS.

Las entrevistas se realizaron en un clima de confianza. La doctora Vilma García Camacho asistió a la entrevista junto con dos compañeras de trabajo. Todas las personas entrevistadas tienen un perfil técnico dentro de la institución, exceptuando al doctor Salazar el cual funge también como asesor de la Ministra de Salud. Todas las entrevistas tuvieron una duración en torno a los 45 minutos y todas fueron grabadas y transcritas de forma íntegra, exceptuando la de Cesar Delgado quién no dio su consentimiento para grabar la entrevista. Todos y todas las participantes en las entrevistas tuvieron conocimiento del objetivo de la entrevista y todas/os dieron su consentimiento para participar en la misma.

Durante el desarrollo de las entrevistas se abordaron los siguientes ejes o dimensiones temáticas en todos/as las/os entrevistados: lecturas generales en torno a la anticoncepción, la anticoncepción en el marco de las poblaciones con las que trabajan, necesidades y particularidades de las poblaciones con las que trabajan en

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 25 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

materia de salud sexual y reproductiva y los anticonceptivos orales de emergencia. A continuación se describen los resultados del análisis de las entrevistas realizadas, a la luz del marco conceptual descrito en la introducción:

A la hora de analizar la oferta anticonceptiva actual de la CCSS, prácticamente la totalidad de las personas entrevistadas cuestiona, critica y se lamenta de los 20 años que tiene la institución de no renovar la oferta anticonceptiva ni los servicios en materia de salud sexual y reproductiva. Una oferta que en palabras de las y los entrevistados, se muy susceptible de actualizar, siendo la actual relativamente restringida y sin variedad suficiente como para adaptarla a las necesidades particulares de cada subgrupo o colectivo.

Para las personas entrevistadas, pensar una oferta anticonceptiva renovada requiere para su correcta distribución renovar también el marco de servicios de salud sexual desde donde se proyectan. Para ello, es necesario trascender el marco restrictivo de los servicios actuales, centrados en la mujer y su capacidad reproductiva y relegando los derecho de todos y todas en materia de salud sexual. (Quirós. 2014) Esta nueva conceptualización, debería trascender las lógicas actuales, donde no existe una política de puertas abiertas y donde el acceso a los métodos anticonceptivos no debe mediar por una consulta médica y su correspondiente receta. (Porrás. 2014. y Salazar. 2014.)


“No es posible que la Caja tenga condones, que estaban restringidos y que usted llegaba a pedir condones y le decían vea no joven, usted no tiene derecho porque el expediente de planificación familiar lo tiene su esposa o su novia. Entonces usted no puede acceder. Tiene que venir su esposa o su novia para que entonces le demos los condones a ella”.
(Salazar. 2014)

Frente a esta limitación en la oferta institucional de productos y métodos anticonceptivos, Salazar plantea la necesidad de liberar el acceso a los condones, incorporar la T de cobre con hormona, así como otras opciones hormonales modernas y seguras que en este momento no están incorporadas a la oferta de la CCSS.

Edda Quirós por su parte analiza la ausencia de actualización anticonceptiva como reflejo de la violencia que sufren las mujeres. *“Este silencio... es el reflejo de una sociedad absolutamente patriarcal... te refleja el valor que realmente tienen las mujeres en la sociedad.”* La CCSS estaría violando el derecho de las mujeres a su salud al restringir el acceso a la tecnología y producir *“efectos adversos en las mujeres, desmotivando el uso... al no tener un acceso a una gama menos iatrogénica, menos adversa como la microdosis, los parches...”* (Quirós). Desde su perspectiva, las mujeres quedan relegadas a meros instrumentos reproductivos al servicio de los intereses demográficos. En sintonía con las críticas esbozadas en la introducción del marco conceptual de este documento, Quirós critica la hegemonía de los planteamientos de la atención de la salud sexual y reproductiva centrados en la renovación de métodos anticonceptivos. Este peso sobre lo reproductivo, estaría relegando a un segundo plano el marco de los derechos sexuales desde donde los anticonceptivos adquieren sentido:

“Tenemos que evidenciar que ese insumo [el anticonceptivo] no va solo. No puede ir solo, estamos obligados a verlo en un marco integral de oportunidad que significa garantizar como instancia de salud, el derecho a la salud sexual.... Tiene que ver con cambiar... cómo se está concibiendo a las mujeres, la autonomía, las identidades, cómo se están concibiendo las masculinidades... Y además desde la diversidad puede ser que esas mujeres ni si quiera se hacen heterosexuales. (Quiros.2014)

Terwes (2014) apunta a la necesidad de asumir los retos y desafíos ofertando servicios integrales de salud sexual y reproductiva con enfoque de parejas y un enfoque de diversidad.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 26 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	VERSION: 01	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

Como se viene señalando por Quiros (2014), la ausencia de la renovación anticonceptiva y el enfoque biológico centrado en la reproducción, no se circunscribe a actos voluntarios de los responsables de salud, sino que:

“Tienen que ver con un orden social. Tiene que ver con... cosas básicas que tienen que ver con el control del cuerpo. No es casual, no es un acto inocente... si las mujeres siguen concebidas como un objeto reproductivo de uso de un estado, porque las necesitas pariendo o no pariendo cuando se las necesita, según la política demográfica que haya.”

Sus reflexiones permiten dimensionar la oferta anticonceptiva actual y los servicios de salud sexual y reproductiva actuales en clave de los parámetros biopolíticos centrados en la medicalización de la vida referidos en el marco conceptual. Esta orientación fragmentaría que concibe a la mujer como instrumento reproductivo, permite interpelar también a la centralidad de los métodos anticonceptivos en los programas y servicios de salud que deberían estar orientados desde los derechos sexuales y la ciudadanía sexual. Quirós insiste en la necesidad no solo de renovar los productos y métodos anticonceptivos, sino en la renovación de conceptos como el de la salud y el de la salud sexual.

“No pueden ser solo anticonceptivos porque no todas están interesadas en lo anticonceptivo. ¿qué pasa cuando vos estás esterilizada? O tenés problemas reproductivos de fecundidad... No hay una visión más integral de tu salud sexual y tu salud reproductiva y cómo están vinculadas al final. Porque terminaremos haciendo la propuesta de hace 50 años de hagan fila aquí para “planificación familiar”. (Quiros. 2014)


Esta crítica sin embargo, no supone rechazar la necesidad de garantizar un mejor acceso a las tecnologías en materia de salud, sino que propone que dicha renovación tecnológica incluya un marco que trascienda las lógicas de costo – beneficio o los cálculos de usuarias promedio. En definitiva, no se trata de cambiar de marca o compuesto a un horizonte de productos, sino de transformar el propio horizonte desde donde se ofrecen para garantizar el efectivo acceso a servicios de salud sexual en clave de autonomía, libertad y corresponsabilidad.

Como expresión de este marco biopolítico de exclusión y gobierno de los cuerpos de las mujeres, la responsable en materia de atención integral a las mujeres nos recuerda que la esterilización quirúrgica voluntaria en la mujer, requería hasta inicios de este año, la autorización del hombre:

“la mujer tenía que pedirle permiso, por medio de consentimiento informado a la pareja, para que le diera la autorización para que se hiciera la esterilización. Con ese grado de atraso estábamos imagínate...” (Porrás. 2014.)

La discriminación por cuestión de género tiene su anclaje en el cuerpo de las mujeres. Las tasas de intervenciones quirúrgicas en hombres siguen siendo mucho más bajas que las intervenciones quirúrgicas en mujeres. Y son los mismos cuerpos de las mujeres quienes sufren la restricción de acceso a métodos anticonceptivos más modernos, así como la imposibilidad de asumir la autonomía de sus cuerpos en materia de anticoncepción. Los anticonceptivos orales de emergencia y el método yuzpe es reflejo de ello.

Respecto a los anticonceptivos orales de emergencia pareciera haber consenso en afirmar que a pesar de no ser una práctica abortiva, su uso, al carecer de reglamentación y de productos específicas dedicados, está restringido. Como las personas entrevistadas constantemente hacían referencia a que la ausencia de la anticoncepción de emergencia respondía a criterios políticos, se le consultó al respecto al asesor de la Ministra de Salud. Al respecto, Salazar coincide en el reconocimiento de que la restricción de su uso respondía a decisiones impuestas por los gobiernos pasados y afirma que en la actualidad, el clima político es más favorable y que ya se están dando los primeros pasos para iniciar una discusión en torno a la anticoncepción. A

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 27 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

nivel institucional estaremos a la expectativa de lo que a nivel de Ministerio de Salud finalmente se gestione para en su momento reaccionar y proceder según nos compete.

Respecto a los condones de mujeres, las experiencias en torno a los condones femeninos en Costa Rica han sido satisfactorias, sin embargo se debe hacer esfuerzos a fin de que exista una oferta universal de los mismos. El fomento del uso de los condones constituye una reivindicación central de Gloria Terwes, que en su condición de coordinadora de los programas de VHI e ITS, conoce de primera mano los mecanismos de transmisión de estas enfermedades. Su conocimiento y las estadísticas de incidencia así lo ameritan.

Vilma García, (2014) como coordinadora del Programa de Atención a las Personas Adultas Mayores de la CCSS, también aboga por recomendar el uso del preservativo por su doble propósito (anticonceptivo y protector de enfermedades). Vilma al reconocer las estadísticas en torno a los servicios sexuales que contratan los hombres adultos mayores, nos recuerda, como lo señalábamos al inicio del documento, que eje biomédico en la anticoncepción excluye a importantes sectores de la población que no calzan en las lógicas reproductivas.

Entrando en materia de la especificidad de atención en salud sexual y reproductiva, todas las personas entrevistadas coinciden en afirmar los servicios en la CCSS son universales y no diferencian, en su dimensión positiva, cuestiones culturales, sociales, generacionales o de cualquier otro tipo. La oferta para los hombres, para las mujeres adultas mayores, los adultos indígenas o los adolescentes discapacitados, es única y universal, como si todos tuviesen las mismas prácticas y las mismas necesidades. Para Quesada, (2014) la propia enunciación de abordajes interculturales resulta per se conflictiva, en tanto que en Costa Rica se debe reconocer la diversidad de los 8 pueblos indígenas y la diversidad de cada uno de los 27 territorios indígenas. Una complejidad cuya definición resulta imposible, por lo que la oferta anticonceptiva requerirá de estrategias de participación, consejería y diálogo.


En esta misma línea García cuestiona la discriminación a la que se ven sometidas las personas adultas mayores cuando ni siquiera se les reconoce su condición de seres sexuados. Esto conlleva el silenciamiento de sus prácticas y la vulneración de sus derechos sexuales. Y en la misma línea, el responsable del programa de atención adolescente, se pregunta si es posible brindar una atención especializada desde un espacio y una oferta definida por personas adultas con enfoques adulto céntricos que no respetan los derechos de las personas adolescentes.

Frente a esta maraña de diversidades complejas en continua transformación, la retórica de una oferta anticonceptiva con enfoque de género, intercultural y generacional, podría presentarse como un discurso diferenciador que no consigue desprenderse del carácter universalizante desde donde se han construido los servicios anticonceptivos unificados.

3.1. Antecedentes

La Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva de Costa Rica (ESSR en adelante) publicada en el 2010, ofrece importante información desde donde seguir con la contextualización de la oferta anticonceptiva y los servicios de salud sexual y reproductiva de la CCSS. Esta encuesta, a diferencia de las realizadas en épocas pasadas, incluyó en su muestra una perspectiva más amplia, considerando a los hombres y a las personas adultas mayores. Los datos permiten tener una perspectiva de desarrollo histórico y la visibilización de sectores y grupos poblacionales excluidos de las lógicas reproductivas de tiempos pasados.

En términos generales podemos afirmar que mientras en 1999, un 55% declaró que quería 2 o menos hijos, en la encuesta del 2010, fue un 70%. Estas cifras confirman el descenso de la fecundidad que ha ocurrido en el

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 28 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

país, llegando incluso por debajo de tasas de reemplazo. En materia de salud sexual, la encuesta revela que el 22% de los hombres y 11,2 % de las mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años y que prácticamente la totalidad de la población, el 94'8 %, tuvo su primera relación sexual antes de los 24 años. (Ministerio de Salud. 2012.)

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) señala que la tasa específica de fecundidad para el grupo de edad entre 12 y 19 años, muestra que de cada 1.000 nacimientos, 20.2 corresponden a nacimientos de madres con tales edades. El número de nacimientos ocurridos durante 2009 en mujeres de 12 a 19 años, en términos absolutos, alcanzó los 14.666 casos. (UNFPA – CCSS. 2012. 20)

En relación a los métodos anticonceptivos, la encuesta señala que el 100 % de personas en unión conoce al menos un método anticonceptivo. Entre los métodos más conocidos están los métodos orales y los condones. Desde una perspectiva histórica, destaca el aumento de conocimiento respecto a los métodos anticonceptivos de emergencia desde un 3 % del total de mujeres entrevistadas en 1999, a un 62 % de hombres y mujeres entrevistados/as para la encuesta del 2010.


Interpretando estos datos a la luz de lo descrito hasta el momento, el aumento del conocimiento en materia de métodos anticonceptivos de emergencia podría estar vinculado a los debates en torno a su legalidad y regulación. Estos datos resultan interesantes si consideramos que los anticonceptivos de emergencia no están inscritos en el registro de medicamentos del Ministerio de Salud por lo que su distribución no es permitida. Sin embargo, como referíamos anteriormente, la expansión del método yuzpe como anticonceptivo oral de emergencia, podría haberse extendido desde el ámbito informal contribuyendo a incrementar el conocimiento respecto a los métodos anticonceptivos de emergencia en la población de Costa Rica. '

Desde este marco de exclusión normativa, la encuesta no ofrece información relativa al uso de los anticonceptivos de emergencia. El método anticonceptivo más utilizado es la esterilización femenina, habiendo aumentado un 86% respecto al reporte de la encuesta de salud sexual y reproductiva de 1999 y alcanzando al 30 % de las mujeres que utilizan anticonceptivos. El segundo método más utilizado es el de los anticonceptivos orales con 21'3 % de prevalencia. El estudio que analiza los resultados de la Encuesta Nacional de Sexualidad del 2010, así como la responsable del área de violencia contra las mujeres del Ministerio de Salud entrevistada en el marco de este estudio, expresan sus sospechas en relación al aumento de esterilización en mujeres, vinculando este aumento con las dificultades de *"acceso a una oferta anticonceptiva (no quirúrgica) que satisfaga las necesidades y que esté acorde con los avances científicos."* (Minsiterio de Salud. 2011.55)

Con mucha menor prevalencia que los métodos anteriores, el uso del DIU se reduce de un 6,9% en 1999 a 3,4% en 2010, mientras que el método del ritmo desciende de un 6,0% en 1999 a 1% en 2010. Un dato importante a tener en cuenta en materia de salud sexual y de forma particular en lo relativo a las infecciones de transmisión sexual es la disminución sostenida del condón masculino que en 1992 presentaba una prevalencia del 15'7 % en mujeres en unión, mientras que los datos de la última encuesta sitúan su prevalencia en torno a un 9 %.

En materia de educación y prevención, el reconocimiento de las principales formas de prevención del VIH y otras ITS (como uso del condón y fidelidad) es superior al 90% en toda la población, con una cifra discretamente superior en los hombres. Persisten también, de forma bastante generalizada, creencias incorrectas sobre las formas de transmisión del VIH.7

En materia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, más del 90 % reconoce los principales métodos de prevención, a pesar de que son generalizadas las creencias incorrectas sobre la transmisión del VIH. En torno al

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 29 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	VERSION: 01	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

86 % de las mujeres y hombres, reconoce el preservativo como medio efectivo para prevenir las ITS pero eso no supone que el uso del condón, tanto femenino como masculino, esté generalizado.

La encuesta ofrece una serie de datos a considerar para la definición de la oferta anticonceptiva. En primer lugar refiere que el 100 % de las mujeres unidas entrevistadas conocía al menos un método anticonceptivo. Alrededor del 82% de hombres y mujeres en unión utiliza algún método.

“Los resultados muestran que la totalidad de las mujeres en unión había oído hablar sobre, al menos, un método anticonceptivo y esa misma proporción indicó que sabía dónde obtener al menos un método. La prevalencia anticonceptiva sigue siendo alta entre las mujeres en unión (81%)”. (Ministerio de Salud.2012. 33)

Los condones masculinos y los anticonceptivos orales son los métodos más conocidos con niveles cercanos al 100 %. A pesar del conocimiento universal de los métodos anticonceptivos:


“El 47% de las mujeres y el 38,3% de los hombres con edades entre los 15 y 49 años y que han tenido al menos un hijo/a vivo/a, no deseaban el último embarazo suyo o de sus parejas. Menos del 30% de las mujeres menores de 20 años deseaban su último embarazo. En el caso de las mujeres no unidas, esta cifra aumenta a 54%.7.” (Ministerio de Salud. 2011. 14)

Otro dato que refleja la universalización de los métodos anticonceptivos en Costa Rica es la estadística que señala que prácticamente no existen diferencias importantes en el uso de los anticonceptivos según el nivel educativo de las mujeres unidas. A pesar de ello, según la encuesta nacional, el número de hijos/as tenidos/as disminuye conforme aumenta el nivel socioeconómico.

“El número ideal de hijos/as se ubica en 2,5 para toda la población de 15 a 49 años y disminuye entre la población más joven. En ambos sexos, el número ideal de hijos/as disminuye conforme disminuye la edad, manteniéndose siempre una cifra más elevada en los hombres.” (Ministerio de Salud. 2011. 28)

La relación entre los hijos deseados y los hijos tenidos varía en función del lugar de residencia. De este modo, las mujeres residentes del área central manifiestan tener un promedio de hijos menor a su número de hijos ideal, mientras que las mujeres de fuera del área central, manifiestan tener más hijos de los que idealmente se plantaban. Vinculando las variables económicas y socio demográficas con la correlación entre las elecciones reproductivas y las posibilidades económicas, Ignaciuk cuestiona la retórica de la libre elección en las cuestiones reproductivas, señalando el control de la maternidad como un privilegio de clase. (Ignaciuk. 2009.9) Esta crítica a las explicaciones reduccionistas que apelan a la libertad de elección en materia de salud, parece desvanecerse con las incompatibilidades entre el número de hijos/as deseado/as y el número de hijos/as tenidos/as.

“Considerando el embarazo no planeado como una forma de embarazo no deseado, se observa que el 47% de las mujeres en edad fértil no deseaba su último embarazo.... El 53% de las mujeres dice haber deseado su último embarazo, pero entre aquellas con edades entre 15 y 19 años sólo el 28,6% afirma lo mismo, y en el grupo de 20 a 24 años sólo el 36,2%. Estos dos grupos, junto con las mujeres de 45 a 49 años (36,6%), son los que manifiestan menor deseo del último embarazo.” (Ministerio de Salud. 2011. 30)

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 30 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

La violencia contra las mujeres y la violencia sexual en particular, forma parte del contexto que hay que considerar a la hora de diseñar los programas y servicios en salud, así como los métodos anticonceptivos que se ofrecen. El siguiente gráfico muestra los índices de abuso u hostigamiento sexual.

La prevalencia anticonceptiva, entendida como la proporción de mujeres, incluida la pareja, que se encuentra utilizando algún método anticonceptivo asciende hasta el 81 % en Costa Rica. Esta cifra se considera muy alta, teniendo en cuenta la existencia de una proporción considerable de mujeres que no utiliza métodos anticonceptivos porque están embarazadas, porque son estériles o porque quieren tener un hijo. Aunado a ello, la mayor parte de las entrevistadas *“sabía dónde obtener anticonceptivos orales (97%), el preservativo masculino (97%), las inyecciones (92%) y, de manera similar, la esterilización femenina (84%).”* (Ministerio de salud. 2012. 37)


En sentido contrario, la demanda insatisfecha en planificación familiar explica la proporción de mujeres en edad reproductiva y en unión que no utilizan métodos anticonceptivos y que reportan no desear tener hijos/as o tener más hijos/as, o por lo menos no durante los siguientes dos años.

“En general, la demanda insatisfecha aumenta entre las dos encuestas, en todas las categorías y grupos de edad considerados. Esto es de esperar en función de la baja de la fecundidad experimentada en el país. Por esa razón, a medida que cambian las preferencias reproductivas de las mujeres, aumenta el deseo de limitar o espaciar los nacimientos. No obstante la existencia de un conocimiento casi universal de los métodos y dónde v obtenerlos, por distintas razones que pueden tener que ver con la salud de las mujeres (u otras razones personales tales como desacuerdo con la pareja, o relativas al acceso a los métodos), un porcentaje de mujeres en unión no usa anticonceptivos, aun estando expuestas al riesgo de embarazo.” (Ministerio de Salud. 2012. 45)

Para Rodríguez y Perpetuo, la demanda insatisfecha de anticoncepción significa una privación del derecho de la salud de las mujeres que tiene implicaciones en otros derechos económicos y sociales. Para estos autores la prevalencia contraceptiva no es un indicador de preferencias y su aumento, no reflejaría necesariamente la libre decisión de las mujeres y parejas sobre el número de hijos/as y su esparcimiento. (Rodríguez y Perpétuo. 2011)

La fecundidad no deseada es *“es un indicador de la ausencia de medios para implementar las preferencias reproductivas”*. (Rodríguez y Perpétuo. 2011. 48) Por el contrario, la consumación de la fecundidad deseada constituye uno de los mayores exponentes de los derechos sexuales y reproductivos. América Latina, a pesar de mostrar importantes descensos en fecundidad con niveles por debajo de la media mundial y a pesar de la generalización de la aspiración por tener una familia pequeña, la fecundidad no deseada *“tiende a permanecer como proporción importante de la fecundidad total y la razón de aborto inseguro se mantiene en torno de 30 – 40 abortos por 100 nacimientos vivos.”* (Ministerio de Salud. 2012)

En este aspecto los servicios públicos tienen un reto; mejorar el acceso a hombres y mujeres e incrementar el nivel de calidad. Esto por cuanto la elección y el uso correcto del método y por tanto, su efectividad están muy vinculados a la información y asesoramiento por parte de prestadores capacitados. La información es vital para la toma de decisiones y el ejercicio de este derecho. (Ministerio de Salud. 2012.140)

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 31 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

3.2. Problema: ACTUALIZANDO LA OFERTA ANTICONCEPTIVA. Métodos, eficacia y percepción de uso.

Como se hacía mención en la introducción, este documento describe la propuesta de actualización de la oferta anticonceptiva en congruencia con el marco conceptual descrito y en base a la evidencia científica disponible. Es importante recordar la complejidad en la que se debe enmarcar la administración de los diferentes insumos anticonceptivos, pues como se señalaba anteriormente, los servicios deben garantizar y potencializar los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Ello requiere, como primera condición, una atención individualizada donde la persona usuaria o las parejas usuarias, con la consejería del profesional o de la profesional en salud, tomen sus propias decisiones informadas, con autonomía, libertad, corresponsabilidad y en función de sus preferencias y necesidades.


Este reconocimiento de individualidad supone evitar generalizaciones universales en torno a la percepción de uso o en torno a la asignación de cierto tipo de anticonceptivos para ciertos grupos. Esto es, no es posible generalizaciones como que a los adolescentes les gusta tal o cual método o que los hombres adultos mayores debieran de utilizar este otro método. En la consejería en materia de salud sexual y reproductiva que brinden los/as profesionales, los diferentes métodos anticonceptivos y de protección, deberán valorarse en el marco de los criterios médicos de elegibilidad de cada uno de ellos en relación a la historia clínica, preferencias personales, valoración biológica, social y espiritual de cada persona.

Este documento no es un manual de uso o administración de los diferentes métodos anticonceptivos y tampoco es un estudio de los criterios médicos de elegibilidad. El documento identifica los métodos anticonceptivos que en congruencia con el marco conceptual descrito y la evidencia científica disponible, podrían ofertarse en los servicios de la Caja Costarricense del Seguro Social para procurar la autonomía, libertad y respeto de los derechos sexuales y reproductivos. Por lo tanto, en esta sección, no se describirá en profundidad como deben de ser las técnicas para brindar el servicio de uno u otro método anticonceptivo. El objeto de esta consultoría no es conocer la particularidad de la provisión de métodos quirúrgicos anticonceptivos, el estudio no se centra en las técnicas que se pueden desarrollar, sino en la selección de métodos anticonceptivos en función de la evidencia y en congruencia con el marco conceptual, sociológico y jurídico descrito.

El grueso de la información que compone este capítulo se basa en los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud. Concretamente, en los análisis publicados en el libro de *“Criterios médicos de elegibilidad para el uso del anticonceptivo”* y en *“Planificación Familiar. Manual mundial para proveedores de salud.”* Estos documentos, destinados a responsables de la formulación de políticas, responsables de los programas de planificación familiar y a la comunidad científica, están basados en la información clínica y epidemiológica más reciente. En ellos, se incorporan las principales recomendaciones del equipo de trabajo de la OMS en materia de anticoncepción, el cual reunió a 43 participantes de 23 países:

“El grupo de trabajo incluyó a expertos/as internacionales en planificación familiar, entre los que se contaban médicas/os, epidemiólogas/os, responsables de formulación de políticas, directoras/es en programas, expertos en la identificación y síntesis de evidencia; expertos en farmacología y usuarias/os de las guías.” 8

Teniendo en cuenta la perspectiva mundial de los documentos elaborado por la OMS, esta sección se ha realizado también a través de una lectura constante de las guías de salud sexual y reproductiva publicadas por el Ministerio de Salud Pública de Uruguay en el 2013. Estas guías, constituyen una adaptación del manual de Planificación Familiar publicado por la OMS, e incorporan las particularidades propias de América Latina. Los

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 32 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

aportes derivados de la OMS, son contrastados y discutidos en función de la evidencia científica. Para ello, cada método anticonceptivo es analizado a partir de las investigaciones publicadas en las bases de datos de PudMed y Cochrane.

En términos generales se puede afirmar que el desarrollo de las tecnologías ha permitido ampliar y mejorar notablemente la oferta anticonceptiva. Las transiciones de los anticonceptivos orales combinados de altas dosis a bajas dosis, de los DIU inertes a los DIU con cobre y los liberadores de levonorgestrel, hay que añadirle la incorporación de los *“inyectables combinados, el parche y el anillo vaginal hormonales combinados, los implantes y los anticonceptivos inyectables de progestina sola”*, (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013. 3) entre otros.

Los criterios de elección de esta propuesta de servicios anticonceptivos para la CCSS, se basan en la eficacia de los métodos, la percepción de uso, el tiempo y la posibilidad del retorno de la fertilidad y la evaluación de los efectos negativos de los mismos. En este capítulo se revisa la principal evidencia para cada método y en el capítulo siguiente, se define, desde un análisis integral, la propuesta de la nueva oferta anticonceptiva.

Uno de los elementos más importantes en la selección de anticonceptivos lo constituye la eficacia de los mismos para evitar la concepción. La eficacia de los métodos depende del método seleccionado y en la mayoría de ellos, del uso correcto que se haga del mismo. Durante este capítulo, las estadísticas de la eficacia de los métodos diferencian los usos correctos, de los usos habituales, aspecto que puede llegar a variar enormemente la eficacia de los métodos.


A continuación, en el Cuadro No. 1 se describen los diferentes métodos anticonceptivos, identificando sus mecanismo de actuación, la eficacia, los efectos colaterales y las percepciones de uso de los/as usuarias.



Cuadro I: Eficacia de los métodos anticonceptivos. Porcentaje de mujeres con embarazo no planificado durante el primer año de uso típico y el primer año de uso perfecto de anticoncepción, y porcentaje que continúa el uso del método al final del primer año (Estados Unidos).

Método (1)	% de mujeres con embarazo no planificado dentro del primer año de uso		% de mujeres que continúan con el método después de un año ³ (4)
	Uso típico ¹ (2)	Uso perfecto ² (3)	
Ningún método ⁴	85	85	
Espemicidas ⁵	29	18	42
Coito interrumpido	27	4	43
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	25		51
Método de los días fijos ⁶		5	
Método de los dos días ⁶		4	
Método de la ovulación ⁶		3	
Esponja anticonceptiva			
Mujeres que han tenido 1 o más partos	32	20	46
Nulíparas	16	9	57
Diafragma ⁷	16	6	57
Condón ⁸			
Femenino (Reality)	21	5	49
Masculino	15	2	53
Anticonceptivos orales combinados y de progestina sola	8	0.3	68
Parche (Evra)	8	0.3	68
Anillo (NuvaRing)	8	0.3	68
AMPD (Depo-Provera)	3	0.3	56
Anticonceptivo inyectable combinado (Lunelle) ⁹	3	0.05	56
DIU			
T con cobre (ParaGard)	0.8	0.6	78
DIU-LNG (Mirena)	0.2	0.2	80
Implante de ETG (Implanon)	0.05	0.05	84
Esterilización femenina	0.5	0.5	100
Esterilización masculina	0.15	0.10	100

Fuente: OMS. 2012.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 34 de 65
			FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	VERSION: 01	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

3.3. Lista de opciones analizadas:

- a- Anticonceptivos orales combinados (AOC en adelante).
- b- Anticonceptivos orales solo de progestágeno.
- c- Anticonceptivos Inyectables.
- d- Implantes anticonceptivos subdérmicos.
- e- Anillo Vaginal Combinado.
- f- Parches adhesivos combinados.
- g- Dispositivo intrauterino con cobre.
- h- Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU hormonal).
- i- Anticonceptivos de emergencia.
- j- Métodos anticonceptivos quirúrgicos permanentes.
- k- Métodos anticonceptivos de barrera.
- l- Espermicidas, diafragmas y capuchón cervical.
- m- Métodos comportamentales no medicamentosos.

3.3a. Anticonceptivos orales combinados (AOC en adelante).

Los AOC están compuestas de dosis bajas de dos hormonas sintéticas: progestágeno y estrógeno, las cuales tienen efectos similares a las hormonas producidas durante el ciclo menstrual (progesterona y estrógeno). En términos generales, son píldoras que inhiben la liberación del óvulo y dificultan el ascenso del espermatozoide al útero en casi la totalidad de los ciclos.


Su efectividad depende de la manera en que se usen. Cuando su uso es el correcto, la tasa de embarazo es de 0'3 por 100 en el primer año de uso. Con un uso habitual o rutinario, 8 de cada 100 mujeres que toman la píldora se embaraza en el primer año. La fertilidad retorna inmediatamente tras la interrupción de su uso. (OMS)

Entre los efectos colaterales más recurrentes, pueden manifestarse cambios en los patrones de sangrado, cefaleas, mareos, náuseas, sensibilidad mamaria, cambios de peso, cambios de humor, acné y leve aumento de presión arterial. La trombosis venosa profunda y la embolia pulmonar son los riesgos conocidos para la salud más frecuentes entre las usuarias de las AOC.

La mayoría de las píldoras contienen el estrógeno etinil – estradiol en combinación con el progestágeno levonorgestrel, gestodene, norgestimato o drospirinona. Las píldoras combinadas se clasifican en 4 categorías de acuerdo a la dosis de etinil estradiol:

- Dosis media: 50 mcg de etinil – estradiol.
- Dosis baja: 30 – 35 mcg de etinil – estradiol.
- Dosis muy baja: 20 mcg de etinil – estradiol.
- Dosis ultra baja: 15 mcg de etinil – estradiol.

Las píldoras de dosis media no son recomendadas por la OMS y ya no se usan en la mayoría de los países. (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013.) Las más utilizadas son las de dosis bajas, compuestas generalmente por 30 mcg de etinil estradiol y 150 mcg de levonorgestrel (progestágeno de segunda generación). Esta formulación es la que se recomienda para ofrecer en los servicios de la CCSS porque “es la

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 35 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

que presenta menor riesgo para la salud, especialmente de trombosis venosa profunda” (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013. p. 27) y porque el costo es mucho menor que las fórmulas con progestágenos de tercera generación. (Festin. 2006)

Teniendo los progestágenos de segunda y tercera generación niveles similares de efectividad anticonceptiva, (Maitra, 2007) se rechaza la inclusión de píldoras con progestágenos de tercera generación como gestodene, desogestrel o drospirona porque *“tienen un riesgo de tromboembolia profunda tres veces mayor que las píldoras con levonorgestrel.”* (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013. p.27). En esta misma línea, el estudio de la Agencia Europea del Medicamento, (2013) señala que la tasa de trombosis venosa profunda con levonorgestrel tiene una incidencia estimada entre 5 y 7 mujeres por cada 10.000 mujeres durante un año de uso, mientras que las píldoras con los progestágenos de tercera generación (Gestodeno, Desogestrel y Drospirona), tienen una incidencia de 9 – 12 mujeres por cada 10.000 mujeres durante un año de uso.

Según la literatura sobre las píldoras con dosis muy baja y ultrabaja de etinil estradiol:

“Las evidencias actuales no demuestran ventajas significativas y, por el contrario, las usuarias de dosis muy bajas tienen tasas de discontinuación de uso más altas por alteraciones de los sangrados.” (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013. p.4)


En la valoración de la selección, también se consideraron los efectos colaterales que algunas usuarias suelen manifestar y cuya afectación, no constituye un riesgo para la salud. En este sentido, tanto los progestágenos de segunda como de tercera generación comparten valores similares en la oligometrorragia, la hemorragia intercurrente y la ausencia de hemorragia por privación durante el uso de la píldora. Los progestágenos de tercera generación presentan menos hemorragia intermenstrual. (Maitra. 2007)

Según la distribución de la dosis hormonal, se diferencian tres tipos de pastillas: las monofásicas, las bifásicas y trifásicas. Las monofásicas tienen dosis fijas y las bifásicas y trifásicas, tienen las hormonas en distintas proporciones por lo que deben ser tomadas obligatoriamente siguiendo el orden establecido. Las pastillas bifásicas y trifásicas imitan el comportamiento fisiológico ovario, por lo que al principio la dosis de progestógeno es menor que al final del ciclo. Esta imitación de los niveles del ciclo menstrual, sin embargo, no representa *“ninguna ventaja sobre las monofásicas; no son más eficaces y no presentan tasas menores de efectos secundarios.”* (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013. p.20) Por ello, y función de la evidencia consultada, se recomienda el uso de AOC monofásicos, pues.

“No existen pruebas de que los anticonceptivos orales multifásicos sean más seguros o más efectivos que los anticonceptivos orales monofásicos... en la actualidad no se justifica la recomendación de los anticonceptivos multifásicos en lugar de los monofásicos.” (Shah, 2009)

“Debido a que no existe un fundamento claro para el uso de píldoras bifásicas y a que se dispone de numerosas pruebas a favor de las píldoras monofásicas, se prefieren estas últimas.” (Van Vliet, Grimes, Helmerhorst, Schulz y Lopez, 2006)

Al respecto, de la lista oficial de medicamentos inscritos del Ministerio de Salud de Costa Rica, se obtuvieron un total de 26 registros de anticonceptivos orales combinados con el estrógeno etinilestradiol. Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la evidencia científica señalada, se seleccionaron los anticonceptivos con dosis bajas de etinil estradiol (intervalo de 30 – 35 mcg) por *“menor riesgo para la salud, especialmente de trombosis venosa profunda y, consecuentemente, de enfermedades tromboembolias.”* (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013. p.27) Las píldoras de dosis media de etinil estradiol (50 mcg o más) no son recomendadas por la OMS (Uruguay), por lo que también fueron descartadas, igual que las de

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 36 de 65
			FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	VERSION: 01	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

dosis muy baja y dosis ultrabajas (menos de 20 mcg de etinil estradiol) por los motivos señalados recientemente.

Entre las de dosis bajas de etinil estradiol (30 mcg), se descartaron las píldoras con gestodene, desogestrel o drospirinona por tener *“un riesgo de tromboembolia profunda tres veces mayor que las píldoras con levonorgestrel (Lidegaard, et al. 2011)”* (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013. p.27)

Del mismo modo, se ha rechaza la recomendación de usar de anticonceptivos con acetato de ciproterona porque ha sido de las píldoras más involucrada en problemas trombóticos. (Vásquez – Awad, Palacios, De Melo y Gómez – Tabares. 2014.139)

La lista de pastillas todavía se redujo más al excluir las píldoras con clormadinona. Estas pastillas han sido cuestionadas en los últimos años por su posible vinculación con mayores incidencias de trombosis venosa profunda. La Agencia Europea del Medicamento, en respuesta a una consulta realizada por Francia en torno a esta posible vinculación, informa que *“para los AHC que contienen clormadinona, dienogest y nomegestrol, los datos disponibles no bastan para conocer el riesgo y compararlo con el de los otros AHC”*. Esta ausencia de estudios genera una duda, lo suficientemente razonable como para evitar la recomendación de dichas pastillas, sobre todo, teniendo en cuenta que la oferta es extensa y que ante la ausencia de estudios y evidencia, debe primar la seguridad de las personas. El informe de la Agencia Europea del Medicamento, presenta las estadísticas que vinculan la incidencia estimada de trombosis venosa profunda según el tipo de hormona de los AOC.


Cuadro II. Tasa estimada de trombosis venosa según progestágeno

Progestágeno (combinado con etinilestradiol-EE, excepto que se especifique)	Incidencia estimada (por 10,000 mujeres durante un año de uso)
No usuarias de AHC	2
Levonorgestrel/ Norgestimato/ Noretisterona	5-7
Etonogestrel/ Norelgestromina	6-12
Gestodeno/ Desogestrel/ Drospirenona	9-12
Clormadinona/ Dienogest/ Nomegestrol (combinados con estradiol-E2)	No disponible

Fuente: Agencia Europea del Medicamento.

Lista de anticonceptivos orales combinados recomendados (componentes):

- Levonorgestrel 0.15 mg + etinilestradiol 0.03 mg.
- Levonorgestrel 0.05 mg + etinilestradiol 0.03 mg.
- Levonorgestrel 0.1 mg + etinilestradiol 0.02mg.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 37 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
<i>DOCUMENTO TECNICO</i>	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	<i>CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415</i>

Siendo consecuentes con el marco conceptual descrito en la primera parte de este capítulo y reconociendo las críticas en torno a la medicalización del cuerpo de la mujer se recomienda incluir en la oferta de anticonceptivos orales de la CCSS el que combina 0.1 mg de levonorgestrel y 0.02 mg de etinilestradiol. Esta recomendación se justifica porque es una opción registrada en el Ministerio de Salud de Costa Rica con una dosis muy baja de etinilestradiol, combinada con el progestágeno Levonorgestrel. Su inclusión respetaría el criterio de seleccionar progestágenos de segunda generación en detrimento de los de tercera generación. Además, permitiría ofrecer una alternativa de elección a aquellas mujeres que priorizan el consumo de bajas dosis de hormonas, frente a los inconvenientes que dicha elección puede generar, a saber: que las usuarias con dosis muy bajas presentan tasas mayores de interrupción, relacionadas con alteraciones en los sangrados. (Vásquez – Awad, Palacios, De Melo y Gómez – Tabares. 2014.141)

Anticonceptivos Orales Combinados no recomendados por carecer de estudios en torno a su vinculación con las embolias venosas profundas (componentes):

- Clormadinona 2 mg y etinilestradiol 0.03 mg.
- Dienogest 2 mg y etinilestradiol 0.03 mg.
- Estradiol 1,5 mg y acetato de nomegestrol 2.5 mg.

Anticonceptivos Orales Combinados no recomendados por combinar el etinilestradiol con hormonas cuyo uso genera hasta tres veces más incidencia de embolia venosa profunda que aquellas pastillas combinadas con levonorgestrel (componentes):


- Gestodeno 0.075 mg y etinilestradiol 0.030 mg.
- Gestodeno 0.075 mg y etinilestradiol 0.030 mg.
- Drospirenona 3 mg y etinilestradiol 0.03 mg.

Anticonceptivos Orales Combinados No recomendados porque las dosis de Etil Estradiol no se ajustan a las recomendaciones de la OMS y/o porque el progestágeno presenta mayores tasas de trombosis venosa profunda (componentes):

- Etinilestradiol 0.015 mg y gestodeno 0.06 mg.
- Gestodeno 0.075 mg y etinilestradiol 0.02 mg.
- Norestisterona acetato 10 mg y etinilestradiol 0.02 mg.
- Etinilestradiol 0.05 mg y norgestrel 0.5 mg
- Etinilestradiol 0.02 mg y gestodeno 0.075 mg
- Drospirenona 3 mg y etinilestradiol 0.02 mg
- Levonorgestrel 0.5 mg y etinilestradiol 0.05 mg

3.3b. Anticonceptivos orales solo de progestágeno.

Los anticonceptivos orales solo de solo progestágeno, conocidas como minipildoras, pueden utilizarlas por todas las mujeres, aunque están especialmente indicadas para mujeres amamantando porque no contienen estrógenos. Su mecanismo de funcionamiento se basa en la inhibición de la ruptura folicular y de la liberación del ovulo, además de dificultar el ascenso de los espermatozoides.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 38 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

La eficacia depende del uso. En mujeres que amamantan, la probabilidad de embarazo es de 1 cada 100 mujeres en el primer año. Si lo utilizan de manera correcta, se embarazan 3 por cada 1000 mujeres. En mujeres que no están amamantando, la probabilidad asciende a 3 – 10 mujeres cada 100 el primer año, y 9 por cada 1000 si se usa correctamente.

Entre los efectos colaterales posibles, encontramos los cambios en los patrones de genitorragia, cefaleas, mareos, cambios de humor, sensibilidad mamaria, dolor abdominal, náuseas y quistes ováricos. No tienen riesgos para la salud. (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013.)

En Costa Rica, tenemos 2 anticonceptivos orales de progestágeno inscritos en el Ministerio de Salud. Ambos se recomiendan para su inclusión, particularmente, destinándolos a mujeres que estén amamantando.

- Desogestrel 0.075 mg (ejemplo comercial o de marca: Microtab 28, Cerazette)

3.3c. Anticonceptivos Inyectables.

De igual mecanismo de acción que los anticonceptivos orales, los inyectables mensuales combinados combinan dos hormonas de progestágeno y estrógeno (estradiol), iguales a las producidas en el ciclo menstrual.

Las únicas dos presentaciones recomendadas por la OMS, el acetato de medroxiprogesterona con cipionato de estradiol y el enantato de noretisterona con valerato de estradiol, contienen un estrógeno (estradiol) menos potente que el etinil – estradiol de las píldoras, por lo que se metaboliza más rápidamente. (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013.)


La vía intramuscular además, reduce los efectos del estradiol en el hígado. La eficacia en su uso habitual o rutinario es de 3 embarazos por cada 100 mujeres usando el método. La mayoría de embarazos se debe al uso incorrecto del método pues en su uso correcto, la posibilidad de embarazo es muy baja (5 embarazos por cada 10.000 mujeres en el primer año).

Los anticonceptivos inyectables tienen unos riesgos para la salud similares a los de las anticonceptivos orales combinados. De aplicación mensual, la fertilidad se recupera inmediatamente al suspender el uso. *“La inyección mensual no es un método de primera elección durante la lactancia y hasta los 6 meses del lactante, dado que, existe posibilidad de que disminuya la cantidad y calidad de la leche.”* (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013. 55) Por su parte,

“Los inyectables solo de progestágeno contienen, un progestágeno (150 mg de cegato de medroxiprogesterona (AMPD) o 200mg de enantato de noretisterona (ENNET) capaz de producir un efecto similar a la hormona natural progesterona.” (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013. 58)

Del mismo modo que los anticonceptivos orales o los inyectables mensuales, inhibe la ruptura folicular y la liberación del óvulo bloqueando el pico de LH pre – ovulatorio. Al mismo tiempo que dificulta el ascenso de los espermatozoides al útero aumentando la viscosidad del moco cervical. La formulación más utilizada es AMPD, una inyección de aplicación trimestral con un amplio margen de 4 semanas, pre o post, para volver a inyectarse.

Con un uso correcto, la probabilidad de embarazo es menor a un 1 % durante el primer año de uso (3 de cada 1000 mujeres). En un uso habitual o rutinario, en la que no se respeta con exactitud las fecha, la probabilidad es de 3 de cada 100 mujeres en el primer año de uso.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 39 de 65
			FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	VERSION: 01	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415


“Las usuarias que dejan de utilizar la AMPD se demoran, en promedio, aproximadamente 4 meses más en embarazarse que las que utilizaron otros métodos hormonales... Se embarazan, en promedio, 10 meses después de su última inyección.” (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013. 58)

Efectos colaterales: cambios en los patrones de genitorragia, aumento de peso entre 1 – 2 kg al año, cefaleas, mareos, distensión y molestia abdominal, cambios de humor, perdida de densidad osea y disminución de la libido.

Hay una nueva formulación de AMPD, con una dosis de hormonas un 30 % inferior (104 mg en lugar de 150 mg) y de aplicación subcutánea que presenta menos efectos colaterales. De eficacia similar a la AMPD, la AMPD – SC puede autoadministrarse con una inyección trimestral que ya viene preparada.

Cuadro III: Comparación de Inyectables

Características.	AMPD	NET –EN	Inyectables mensuales.
Tiempo entre inyecciones.	3 meses.	3 meses.	1 mes.
¿Cuánto puede adelantarse o retrasarse la próxima inyección?	Adelantarse 2 semanas. Atrasarse 4 semanas.	2 semanas.	7 días.
Técnica de la inyección.	Inyección intramuscular profunda en la cadera, parte superior del brazo o nalgas.	Inyección intramuscular profunda en la cadera, parte superior del brazo o nalgas. Puede ser ligeramente más dolorosa que la AMPD.	Inyección intramuscular profunda en la cadera, parte superior del brazo, nalgas o muslo externo.
Patrones típicos de sangrado en el primer año.	Al principio sangrado irregular y prolongado. Luego ausencia de sangrado o sangrado infrecuente. Después de 1 año cerca del 40 % de las usuarias no tienen menstruación.	En los 6 primeros meses sangrado irregular o prolongado, pero episodios de sangrado más cortos que con AMPD. Después de 6 meses los patrones de sangrado son similares a los de AMPD. Después de 1 año, 30 % de las	En los primeros 3 meses, sangrado irregular frecuente o prolongado. Para el primer año la mayoría presenta patrones de sangrado regulares. Después de 1 año cerca del 2 % de las usuarias no tienen menstruación.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 40 de 65
			FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	VERSION: 01	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

		usuarias no tienen menstruación.	
Aumento promedio de peso.	1 – 2 kg por año.	1 – 2 kg por año.	1 kg por año.
Tasa de embarazo como se utiliza comúnmente.	Cerca de 3 embarazos por cada 100 mujeres en el correr del primer año.	Se supone similar a las de AMPD.	
Demora promedio para quedar embarazada después de interrumpir las inyecciones.	4 meses más que para mujeres que usan otros métodos.	1 mes más que para mujeres que usan otros métodos.	1 mes más que para mujeres que usan otros métodos.

Fuente: OMS 2012.

En relación a los métodos anticonceptivos inyectables, en la versión del 10 de noviembre del 2014 de la lista de medicamentos registrados por el Ministerio de Salud “*DRPIS Medicamentos Registrados del 10/11/014*”, tan solo se encontró registrado el anticonceptivo inyectable combinado Yectames.

Sin embargo, en relación a los anticonceptivos inyectables en el mercado se pueden encontrar los inyectables solo con progesterona. Los:

- AMPD Acetato de rnedroxiprogesterona 150rng: Depo-provera, Depo, Megestron y Petogen.
- NET-EN enantato de noretisterona. Noristerat y Syngestal.


Y los anticonceptivos inyectables mensuales combinados, entre los que encontramos:

- El AMP/cipionato de estradiol se comercializan bajo los nombres comerciales Ciclofem, Ciclofemina, Cyclofem, Cyclo-Provera, Yectames, Feminena, Lunella, Lunelle, Novafem, y otros.
- El NET-EN/valerato de estradiol se comercializa bajo los nombres comerciales Mesigyna y Norigynon.
-

Sobre la diferencia respecto de los AMPD y los NET – EN, la evidencia señala que:

“los datos de los ensayos controlados aleatorios indican pocas diferencias entre los efectos de estos métodos, excepto que las mujeres en AMPD tienen mayor probabilidad de presentar amenorrea. No existen datos adecuados para detectar diferencias en algunos efectos clínicos no menstruales graves y leves. (Draper, Morroni, Smit, Beksinska, Hapgood y Van der Merwe. 2008)

Sin embargo, al comparar los inyectables mensuales combinados con los trimestrales de progesterona, la evidencia señala que *“Las mujeres del grupo progestágeno... fueron más propensas a interrumpir el uso por amenorrea o problemas de sangrado”*. (Hassan y El-Gibaly. 2009) Además de que *“los anticonceptivos combinados inyectables se asocian con más patrones regulares de sangrado, menor riesgo de amenorrea y*

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 41 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

menor probabilidad de sangrado infrecuente..." (Hassan y El-Gibaly. 2009) En esta misma línea se sitúan otros estudios al señalar que:

"La anticoncepción combinada inyectable resulta en menos alteraciones de la hemorragia y menos interrupción del uso por causa de hemorragias que la anticoncepción inyectable de sólo progestina." (Gallo, Grimes, López, Schulz y d'Arcangues. 2008)

Según los datos que ofrece la Organización Mundial de la Salud, después de un año de uso, en torno al 30 y 40 % de las mujeres usuarias de los inyectables trimestrales dejan de menstruar. Este dato se limita a un 2 % si lo comparamos con los anticonceptivos combinados mensuales. (OMS. 2011)

3.3d. Implantes anticonceptivos subdérmicos.

Los implantes son pequeños cilindros o cápsulas plásticas del tamaño de un fósforo que liberan una progestina sintética, el levonorgestrel o etnogestrel, similar de la progesterona natural producida por el organismo de la mujer. No contienen estrógeno por lo que se pueden utilizar durante la lactancia.


Respecto a los tipos de implantes encontramos:

- Jadelle: 2 cilindros, eficaz durante 5 años. Contiene 75 mg de levonorgestrel.
- Implanon: 1 cilindro, eficaz durante 3 años.
- Norplant: 6 cápsulas, eficaz durante 5 años.
- Sino-plant (conocido como Femplant, Trust Implant y Zarin): 2 cilindros, eficaz durante 5 años.

Como tal, los implantes son uno de los métodos más eficaces y de mayor duración. La probabilidad de embarazo es menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres durante el primer año. (9995 de cada 10.000 mujeres que utilizan el implante no quedan embarazadas). Además, no hay demora para recuperar la fertilidad tras retirar el implante y el procedimiento de inserción subcutánea se puede realizar con anestésico local y no requiere suturas. El Implanon por ejemplo, es un:

"Implante que contiene 68 mg de etonogestrel cristalino, en un cilindro de plástico de 4 cm de largo y 2 mm de diámetro. La tasa de liberación "in vitro" de este implante es de aproximadamente 60 – 70 mcg/día de etonogestrel en las semanas 5 y 6, disminuyendo para aproximadamente 35 – 45 mcg/día al fin del primer año, 30 – 40 mcg/día al fin del segundo año y 25 – 30 mcg/día al fin del tercer año." (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013. 68)

Entre los efectos colaterales posibles se encuentran los cambios en los patrones de genitorragia, cefaléas, dolor abdominal, acné, cambios de peso, sensibilidad mamaria, mareos, cambios de humor, aumento del tamaño de los folículos ováricos e infrecuentemente infección del sitio de inserción, demolición difícil o expulsión del implante.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 42 de 65
			FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	VERSION: 01	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

Cuadro IV. Comparación de Implantes Anticonceptivos

Características.	Jadelle	Implanon.	Sino – Implant (II)	Norplant
Tipo de progestágeno.	Levonorgestrel	Etonogestrel	Levonorgestrel	Levonorgestrel.
Número.	2 cilindros.	1 cilindro.	2 cilindros.	6 cápsulas.
Vida útil.	Hasta 5 años.	3 años.	4 años se puede extender a 5.	Hasta 7 años.
Eficacia y peso de la paciente.	80 kg o má: se vuelve menos eficaz después de 4 años de uso.	El peso no tiene un impacto conocido sobre la eficacia.	80 kg o más: se vuelve menos eficaz después de 4 años de uso.	80 Kg o más: se vuelve menos eficaz después de 4 años de uso. 70 – 79 se vuelve menos eficaz después de 5 años de uso.
Disponibilidad.	Se espera sustituya al Norplant en el 2011.	Disponible principalmente en Europa. Asia y Africa. Su uso también está aprobado en Estados Unidos.	Disponibilidad principalmente en Asia y África.	En proceso gradual de abandono.


Fuente: OMS. 2012.

En relación a los implantes subdérmicos, al realizar la búsqueda bibliográfica no se encuentran estudios clínicos controlados aleatorios que comparen y estudien su eficacia y efectos secundarios. Los pocos estudios que se encuentran comparten el criterio de que los implantes subdérmicos *“son un método anticonceptivo eficaz, con pocas contraindicaciones y de fácil colocación, por lo que constituyen un método ideal”*. (Fernández y Fernández. 2011) El estudio farmacológico del Ministerio de Salud de Perú concluye que *“es uno de los anticonceptivos más eficaces disponibles, superando a las operaciones de esterilización en eficacia.”* (Ministerio Salud Perú. 2012)

El implante hormonal subcutáneo es un método anticonceptivo que destaca por su eficacia, tolerabilidad y comodidad. (Dominguez, Avila, Espinaco y Oliver. 2011). Según la literatura científica:

Implanon, Norplant y Jadelle son métodos anticonceptivos de gran efectividad. No se encontraron diferencias en la efectividad anticonceptiva o continuación. El efecto secundario más frecuente con todos los implantes fue la hemorragia vaginal impredecible. El tiempo empleado para la extracción de Implanon y Jadelle fue menor que para Norplant. (Power, French y Cowan. 2008)

El único inconveniente que plantean los implantes subdérmicos son su alto costo:

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 43 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

“Al comparar etonogestrel implante con el dispositivo intrauterino este sería 15 veces más costoso y con medroxiprogesterona en inyectable sería 2 veces más costoso. Los implantes anticonceptivos podrían considerarse económicos y efectivos desde el punto de vista del costo si se tiene en cuenta el número de años de uso. No obstante, si el número de mujeres que interrumpen el método prematuramente es alto, entonces el costo puede ser comparativamente alto.” (Ministerio Salud Perú. 2012)

3.3e. Anillo Vaginal Combinado.

Es un anillo de plástico flexible y transparente con 2,7 mg de etinil – estradiol (EE) y 11’7 mg de etonogestel (ENG) que son liberados de forma continua a una tasa de 15 mcg de EE y 120 mcg de ENG al día previa colocación en la vagina. Su marca comercial se llama Nuva Ring.

La liberación de hormonas se da durante las tres semanas que permanece en la vagina, inhibiendo la ovulación y dificultando la entrada de los espermatozoides al útero. La eficacia depende de la usuaria y según la poca investigación que hay al respecto, la probabilidad de embarazo es de 3 por cada 1000 mujeres en el primer año de uso adecuado o correcto y 8 por 100 mujeres en uso habitual o rutinario.


El uso del anillo no supone retraso en la recuperación de la fertilidad después de dejar de usarlo. Igual que los anticonceptivos orales combinados, los anillos no son *“un método de primera elección para mujeres amamantando hasta que el lactante cumpla 6 meses porque pueden disminuir la cantidad y calidad de la leche (WHO, 2010).”* 76

Los efectos colaterales posibles incluyen cambios en la menstruación, cefaleas, irritación, rubor o inflamación de la vagina y flujo vaginal blanco. En torno a los anillos vaginales, la evidencia refiere que las usuarias de anillo vaginal muestran niveles similares de interrupción que los de AOC. (López, Grimes, Gallo y Schulz. 2008) Los estudios comparativos señalan una efectividad anticonceptivo similar entre los parches cutáneos, el anillo vagina y los AOC. La satisfacción con el método fue más elevada para las usuarias del anillo que para los AOC. (López, Grimes, Gallo y Schulz. 2008 y Lopez, grimes, Gallo, Stockton y Schulz. 2013)

NuvaRing tiene una eficacia y tolerabilidad comparable con los anticonceptivos orales combinados que contiene 150 microgramos de GNL y 30 microg de EE, con el beneficio de que no requiere una dosificación diaria no requiere la dosificación diaria. (Oddsson, Leifels-Fischer, Melo, Wiel-Masson, Bedetto, Verhoeven y Dieben. 2005 y López, Grimes, Gallo y Schulz. 2010)

En comparación con las usuarias de AOC, las usuarias del parche tuvieron más efectos secundarios. Las usuarias del anillo generalmente tuvieron menos eventos adversos que las usuarias de AOC pero más irritación vaginal y secreción. (López, Grimes, Gallo y Schulz. 2008 y Lopez, Grimes, Gallo, Stockton y Schulz. 2013)

El anillo vaginal es bien tolerado por las mujeres debido a la escasa incidencia de sangrado intermenstrual y al alto grado de satisfacción que genera en sus usuarias. El estudio identifica unos altos niveles de satisfacción con el uso del Nuva Ring, principalmente por la escasa incidencia de sangrado intermenstrual. (Lete, Sánchez y Haya. 2006) Además, la mayoría de mujeres consideran el NuvaRing fácil de insertarse (96%) y de sacarlo (97%). (Ahrendt, Nisand, Bastianelli, Gómez, Gemzell – Danielsson, Urdi, Karskov, Oeyen, Bitzer, Page y Milson. 2006) *“Ring users were less likely to discontinue due to adverse events in one study... Ring users also reported less nausea, acne, irritability, depression, and emotional lability than COC users.”* (Lopez, grimes, Gallo, Stockton y Schulz. 2013)

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 44 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

Los efectos sobre el control del ciclo, la dismenorrea y el acné son los efectos beneficiosos no anticonceptivos más importantes del anillo vaginal. (Lete, Dueñas, Serrano, Doval, Pérez y Martínez. 2009)

Sin embargo, no todo son bondades. El estudio Lidegaard y otros, uno de los estudios más importantes en relación a la vinculación de los métodos anticonceptivos con la trombosis venosa, señala que los anillos vaginales aumentan el riesgo de trombosis venosa 6,5 veces en comparación con el no uso de la anticoncepción hormonal, lo que corresponde a 7,8 eventos por cada 10.000 años de exposición.

“With an incidence of 7.8 confirmed events per 10 000 exposure years, the vaginal ring conferred a 90% higher risk of venous thrombosis than did combined oral contraceptives containing levonorgestrel, bringing the risk to the same level as that of combined oral contraceptives with third and fourth generation progestogens.” (Lidegaard, Nielsen Skowlund y Løkkegaard. 2010)

3.3f. Parches adhesivos combinados.

Son parches plásticos cuadrados y flexibles que libera hormonas vía transdérmica en un área de 20 cm². Se puede aplicar en el glúteo, el torso, el abdomen o antebrazo. También son conocidos como Ortho Evra y Evra. *“Cada parche contiene 0’60 mg de etinil – estradiol (EE) y 6’0 mg de norelgestromina (NGTM) que son liberados de manera continua directamente a través de la piel al torrente sanguíneo.”* (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013. 79)


La eficacia depende del modo en que se utilice aumentando el riesgo si el cambio de parches se retrasa tres o más días después de lo indicado. La probabilidad de embarazo es de 3 por 1000 mujeres en el primer año en uso adecuado o correcto y 8 por 100 mujeres en uso habitual o rutinario. *“Los datos de eficacia en estudios clínicos sugieren que los parches podrían ser más eficaces que los anticonceptivos orales combinados en uso rutinario.”* (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013. 79)

Los parches comparten los mismos criterios médicos de elegibilidad que los AOC. Los parches combinados *“no son un método de primera elección para mujeres amamantando hasta que el lactante cumpla 6 meses porque pueden disminuir la cantidad y calidad de la leche (WHO, 2010).”* 82

Entre los efectos colaterales posibles encontramos la: irritación cutánea o erupción en el sitio de aplicación del parche, cambios en la menstruación, cefaleas, náuseas, vómitos, dolor y sensibilidad abdominal, síntomas respiratorios altos.

Revisando la evidencia científica al respecto, el estudio de Lidegaard y otros (2010) señala que mientras la incidencia de trombosis venosa en mujeres que no utilizan anticonceptivos hormonales es de 2’1 por 10.000 mujeres al año, *“the relative risk of confirmed venous thrombosis in users of transdermal combined contraceptive patches was 7.9.”* El mismo estudio señala que en comparación con los anticonceptivos orales combinados con levonorgestrel, *“the adjusted relative risk of venous thrombosis in users of transdermal patches was 2.3”*.

En esta misma línea, los estudios de la Administración de Comida y Drogas de los Estados Unidos, afirman que el parche anticonceptivo está asociado al incremento del riesgo de trombosis venosa. (2011) Esta tesis es ampliamente apoyada por numerosos estudios (Hugon-Rodin, Gompel y Plu-Bureau. 2014., De la Cuesta, Tejeda y Goy. 2011., Cole, Heather, Doherty y Walker. 2007. y Rott. 2012 y 2013.)

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 45 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

En sentido contrario, numerosos estudios señalan la efectividad, tolerancia, reversibilidad, la facilidad de uso y su dosis semanal como características positivas de este método anticonceptivo. (Bodner, Bodner – Adler y Grünberger. 2011., Vercellini, Barbara, Somigliana, Bianchi, Abbiati y Fedele. 2010., Logsdon, Richards y Omar. 2004., Archer, Cullins, Creasy y Fisher. 2004, Hofmann, Reinecke, Schuett, Merz y Zurth. 2014., Wiegratz, Bassol, Weisberg, Mellinger y Merz. 2014., Burkman. 2007., Jick, Hagberg, Kaye y Jick. 2009., Jakimiuk, Crosnani, Chernev, Prilepskaya, Bergmans, Von Poncet, Merelli y Lee. 2011)

3.3g. Dispositivo intrauterino con cobre.

El dispositivo intrauterino con cobre, comercializado en sus diferentes marcas, T – CU 200, Nova T 200, Multiload 250 y 375, entre otros, son métodos de larga duración, reversibles y de alta eficacia, constituidos de una matriz plástica y un componente metálico. El DIU tiene la forma de la letra T y está hecho de un polietileno fino y flexible de 36mm x 32 mm. *“En su porción vertical tiene un alambre fino enrollado y en cada brazo horizontal un manguito de cobre.”* 86

El DIU se inserta por personal de salud a través de un tubo plástico a través del canal cervical. Su mecanismo de anticoncepción se debe a la reacción inflamatoria del endometrio, *“alterando profundamente la composición química y la cantidad de células en la cavidad uterina.”* 87 Lo cual genera una toxicidad que impide la fertilización y la formación de embriones viables. Es un método de mucha eficacia con menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan el DIU el primer año: *“Estudios clínicos bien controlados han mostrado que el riesgo de embarazarse con un DIU con cobres después de los 35 años es prácticamente nulo.”* (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013. 87)

El Tcu – 380 por ejemplo, tiene una duración de uso oficial de 10 años y no tiene demora del retorno de la fertilidad tras la remoción del DIU. Como anticonceptivo tiene la bondad de tener una significativa mejor tasa de continuación que otros anticonceptivos reversibles. Se recomienda una consulta de seguimiento después de la primera menstruación o entre las 3 y 6 semanas después de la colocación.

Los efectos colaterales que presenta con una frecuencia entre un 5 y un 15 % son: alteraciones del ciclo menstrual, sangrado menstrual prolongado y abundante, sangrado con manchas entre menstruaciones, dolores cólicos y de forma menos común, dolor durante la inserción, expulsión total o parcial o sangrado menstrual.


Riesgos para la salud: menos de una perforación de la pared del útero durante la inserción, mayor riesgo de tener una enfermedad inflamatoria pélvica en usuarias con ITS.

3.3h. Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU hormonal).

Es un DIU plástico con forma de T que libera constantemente pequeñas cantidades de levonorgestrel durante 5 años. Es comercializado bajo la marca MIRENA y puede utilizarse de forma reiterada. Se le conoce como el DIU hormonal. Su mecanismo de acción se basa en evitar la proliferación del endometrio y haciendo viscoso y escaso el moco cervical.

El DIU con levonorgestrel es considerado uno de los métodos más eficaces de larga duración con menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Entre sus cualidades destaca también que la fertilidad retorna sin demora tras la interrupción del DIU hormonal. Los efectos colaterales manifiestos en algunas usuarias son: cambios en patrones de sangrado, acné,

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 46 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

cefaleas, dolor o sensibilidad mamaria, náuseas, aumento de peso, mareos, cambios de humor, y quistes ováricos.

Partiendo de la trombosis venosa profunda como uno de los principales efectos dañinos para la salud y considerando esta vinculación de carácter prioritario en la selección de la nueva oferta anticonceptiva, es importante señalar que los dispositivos intrauterinos de cobre y los liberadores de levonorgestrel, no están asociados con el incremento de riesgo por trombosis venosa. (Lidegaard y otros. 2012)

Los DIU con cobre y los liberadores de levonorgestrel, presentan una alta tasa de eficacia y satisfacción mayor que ningún otro método anticonceptivo. La eficacia del DIU en cualquiera de las dos modalidades, no es afectada por variables como la edad o la paridad. Sus posibles usos adversos como la perforación, la inflamación pélvica o su expulsión tienen una incidencia muy baja. Los DIU son indicados para una variada población, incluso para mujeres que tienen contraindicados otros métodos. (Yoost. 2014)

Según la evidencia, tanto en usuarias del DIU con cobre como con el DIU con Levonorgestrel, la dismenorrea decreció significativamente a los seis meses de su uso. A pesar de que Mirena reduce la dismenorrea más rápido en comparación del DIU con cobre, no existen diferencias significativas respecto a la satisfacción y la calidad de vida de las usuarias de uno y otro método. (Ramazanzadeh, Tavakolianfar, Shariat, Purafzali y Haghollahi. 2012 y Lindh y Milson. 2013)


Comparando el DIU con levonorgestrel Mirena, y el DIU con cobre T380A, no se encuentran diferencias significativas en la efectividad ni en los ratios de continuidad. Ambos comparten los mismos valores si se compara su uso en periodos de lactancia. (Shaamash, Sayed, Hussien y Shaaban. 2005) Tampoco hay diferencias en la metaboalización de carbohidratos y su consecuente afectación en el peso de las usuarias. (Visser, Snel y Vliet. 2006)

El estudio de Ozalp (2006) señala que el DIU TCU380A es el más efectivo de los DIUs con cobre. En su estudio comparó y evaluó la efectividad para la anticoncepción de los diferentes dispositivos intrauterinos con estructura de cobre. En sus conclusiones señala que el TCu380A es el dispositivo intrauterino más eficaz en cuanto a hemorragias, dolor o cualquiera de las otras razones que justifican la interrupción temprana del uso. El TCu380A es un DIU más efectivo que el MLCu375, MLCu250, TCu220 y TCu200. Ozalp (2006)

El estudio de Kulier, Brien, Helmerhorst, Usher-Patel y D'Arcangues (2007) señala, en la misma línea, que el TCu380A fue más efectivo para prevenir el embarazo que el MLCu375, el MLCu250, el TCu220 y el TCu200. El TCu380S presenta niveles significativamente mejores que el TCu380 a partir del cuarto año, sin embargo, tiene una tasa de expulsiones mayor que el TCu380A.

“En comparación con el TCu380A o el TCu380S, ninguno de los dispositivos intrauterinos demostró beneficios en cuanto a sangrado, dolor u otros motivos que justifiquen la interrupción temprana del uso.... no existen pruebas de que las tasas de perforación uterina varíen según el tipo de dispositivo.” (Kulier, Brien, Helmerhorst, Usher-Patel y D'Arcangues. 2007)

Mientras que el DIU con cobre T380A puede colocarse en cualquier momento, los DIU liberadores de hormonas tienen que colocarse en los primeros siete días ocurrida la menstruación. Entre los posibles efectos del DIU con levonorgestrel incluyen las náuseas, pérdida de cabello, sensibilidad de senos, depresión, disminución de la libido, quistes ovariarios y amenorrea. El DIU T380A, incrementa el flujo menstrual de forma continua a lo largo del tiempo. (Hardeman y Weiss. 2014)

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 47 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

El DIU tiene por una de sus características positivas el hecho de que sea un método reversible de larga duración. El trabajo de Cea, Wallander, Andersson, Filonenko y García. (2014), estudio las tasas de continuidad en los nuevos usuarios de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración. En sus resultados destaca que la proporción de mujeres que descontinuaron el uso durante un año de administración fue del 7'5 % entre las que utilizaron DIU con cobre, un 10'6 % para usuarias de DIU con levonorgestrel, un 13'2 % para las mujeres con implantes de progesterona solamente y un 54'4 % en mujeres con inyecciones de solo progesterona. (Cea, Wallander, Andersson, Filonenko y García. 2014)

Respecto al debate del costo alto de los métodos de larga duración ante las tasas de discontinuidad, estudios señalan que a partir de los tres años de uso, los métodos de larga duración son más rentables que los de corta duración, incluso si los de larga duración no llegan a su máxima vida útil. (Trussell, Hassan, Lowin, Law y Filonenko. 2014)


Wu y Pickle señalan que hay múltiples ventajas del uso extendido del DIU, tanto del DIU de cobre como con Levonorgestrel, incluso, más allá de los años señalados por el propio DIU: el TCU380A y el TCU220 por 12 años, el Multiload CU 375 por 10 años, GyneFix 330mm por 9 años, el sistema con levonorgestrel 52 mg Mirena por 7 años el Multiload Cu- 250 por 4 años. (2014)

3.3i. Anticonceptivos de emergencia.

El DIU y las píldoras anticonceptivas de emergencia son los únicos métodos efectivos que evitan el embarazo después de una relación sexual sin protección. Las píldoras (PAE) *“contienen un progestágeno (levonorgestrel) o una combinación de un estrógeno y un progestágeno, que se pueden tomar para evitar el embarazo después de una relación sexual desprotegida.”* (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013. 46) Las PAE evitan o retrasan la ovulación, impidiendo la fecundación. No actúan sobre la anidación o implantación por lo que en caso de haber fecundación, no tienen ningún efecto. Según los estudios, una relación sexual sin protección durante la segunda o tercera semana del ciclo menstrual representa una tasa aproximada de 8 embarazos por cada 100 mujeres. Usando la PAE, probablemente 1 quede embarazada. Evitan entorno al 85 % de los embarazos que se producirían por una relación única desprotegida. Son de mayor eficacia cuanto más precoz se tomen luego de la relación sexual no protegida y siempre antes de los 5 días posteriores. Efectos colaterales posibles son cambio en los patrones de sangrado, náuseas, dolor abdominal, fatiga, cefaleas, sensibilidad mamaria, mareos y vómitos.

Los anticonceptivos de emergencia previenen el embarazo, por lo que no son abortivos. Su mecanismo de actuación se basa en la inhibición de la ovulación, evitando la fecundación. (Batur. 2012.) Luego de asumir que a nivel mundial, el 40 % de los embarazos son no planeados, la necesidad de la anticoncepción de emergencia resulta importantísima. (Dermish y Turok. 2013) La anticoncepción de emergencia puede realizarse mediante el método del Dispositivo Intrauterino con cobre, o las pastillas anticonceptivas con levonorgestrel, ulipristal acetate o la combinación de pastillas anticonceptivas conocida como método yuzpe. (Koyama, Hagopian y Linden. 2013 y Murphy. 2012)

El DIU con cobre como el método más efectivo para la anticoncepción de emergencia. (Cheng, Che y Gülmezoglu. 2012, Corbelli y Schearz. 2014 y Lalitkumar, Berger y Gemzell – Danielsson. 2013) Los estudios indican que el DIU es un método efectivo como contraceptivo de emergencia y contraceptivo regular. Es un método extremadamente rentable. (Dermish y Turok. 2013., Cleland, Zhu, Cheng y Trussell. 2012, Gemzell – Danielsson y Berger. 2013 y Cheng, Che y Gülmezoglu. 2012). *“El dispositivo intrauterino de cobre es el de*

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 48 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

mayor efectividad, aunque requiere de personal adiestrado y de condiciones estériles para su inserción.” (Toro-Caslzada y Estrada-Soria. 2014)

Entre las pastillas anticonceptivas de emergencia la de levonorgestrel es la más utilizada. Sin embargo, recientemente de Ulipristal Acetate (UPA) se ha desarrollado hasta convertirse en la opción más efectiva. (Lalitkumar, Berger y Gemzell – Danielsson. 2013 y Gemzell – Danielsson y Berger. 2013) Los métodos de Levonorgestrel, Yuzpe y mifepristone son métodos seguros. La dosis intermedia de mifepristone (25 – 50 mg) es superior a los métodos con levonorgestrel o al método yuzpe. UPA es más efectivo que levonorgestrel y el levonorgestrel es más efectivo que el Yuzpe. (Cheng, Che y Gülmezoglu. 2012)

Ulipristal acetate fue la primera droga desarrollada específicamente para la anticoncepción de emergencia. Es un modulador selectivo de gran eficacia, reconocido como el anticonceptivo de emergencia de mayor eficacia y recomendado como primera elección para su prescripción. (Goldstajn, Skrgatic, Radakovic, Vrbíe y Canié. 2014) Sin embargo, no hay consenso en cuanto a cuál de las fórmulas es mejor utilizar. La revisión de estudios de Mittal, (2008) por ejemplo, señala que para la “anticoncepción de emergencia, se debería elegir en primer lugar la mifepristona (25-50 mg)”. En su ausencia, se puede utilizar una sola dosis de 1’5 mg de levonogestrel, (Mittal. 2008) combinación que ha demostrado ser tan eficaz como dos dosis de 0’75 mg de levonorgestrel. (Cheng, Gülmezoglu, Piaggio, Ezkurra y Van Look. 2008 y Shohel, Rahman, Zaman, Uddin, Al-Amin y Reza. 2014) Para otros, La PAE con levonorgestrel es el método recomendado internacionalmente “por tener una eficacia más alta y menos efectos secundarios”. (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013.)


El perfil de seguridad de Ulipristal parece semejante al de levonorgestrel. Los efectos adversos más frecuentes son dolor abdominal y trastorno menstrual. Sin embargo, el perfil de seguridad de levonorgestrel es más conocido por llevar más tiempo comercializado. (Osakidetza. 2010)

Además, es importante considerar que el costo del levonorgestrel es en torno al 57 % más barato que el de ulipristal. (Osakidetza. 2010) Cualquiera que sea la opción, se ha demostrado que es seguro proveer PAE por adelantado, pero no está demostrado que dicha provisión mejore la eficacia en la reducción de embarazos en comparación con el uso estandarizado de provisión por demanda. (Rogriguez, Curtis, Gaffield, Jacson y Kapp. 2013 y Toro-Caslzada y Estrada-Soria. 2014)

3.3j. Métodos anticonceptivos quirúrgicos permanentes.

Se llaman métodos permanentes porque deja a la persona incapaz de concebir en forma natural el resto de la vida y en ausencia de otra operación quirúrgica para recuperar la fertilidad. Debido a que después de la intervención quirúrgica “los procedimientos para recuperar la fertilidad no dan garantía de éxito, estos métodos deberán ser adoptados solo por personas que no deseen tener hijos ahora ni en el futuro.” (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013.)

La protección anticonceptiva permanente para la mujer, la esterilización quirúrgica, se realiza mediante una oclusión de la permeabilidad tubaria que impide el encuentro del óvulo con el espermatozoide. Es conocida como ligadura de trompas, salpingectomía, atadura de trompas, mini laparotomía, entre otros. Con el desarrollo tecnológico, más frecuentemente se realiza la intervención mediante abordajes quirúrgicos como la laparoscopia o mini laparotomía. La tasa de embarazo muy baja, 5 embarazos por cada 1000 mujeres en el primer año y la fertilidad no se recupera espontáneamente.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 49 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	VERSION: 01	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

“La esterilización no tiene efectos colaterales una vez que se completa el proceso de recuperación post – operatorio... los únicos riesgos para la salud están relacionados al acto quirúrgico y la anestesia.” (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013.111)

El hombre también puede realizarse una protección anticonceptiva de alta eficacia para toda la vida al interrumpir *“la permeabilidad del conducto deferente, que permite que los espermatozoides producidos en los testículos lleguen a las vesículas seminales.”* (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013.111) De gran efectividad, la vasectomía tiene una tasa de embarazo menor de tres embarazos por cada 1000 mujeres en el primer año. Al actuar como una interrupción de la llegada de los espermatozoides a los genitales de la mujer, no produce ningún efecto sistémico en el hombre.

El mecanismo de acción funciona a partir del tercer mes después de la cirugía, por lo que durante ese tiempo se requiere del uso de un anticonceptivo adicional. Como método permanente, la fertilidad no se recupera por lo que la fertilidad requiere de una intervención quirúrgica para revertir el proceso.

Ambos intervenciones quirúrgicas se realizan en Costa Rica por parte de la CCSS, tanto la esterilización femenina como la masculina.

3.3k. Métodos anticonceptivos de barrera.

“El condón, tanto masculino, como femenino, es el único método que además del efecto anticonceptivo, protege contra la infección por VIH y otras ITS, lo que llamamos, ‘doble protección’.” (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013.117)


La eficacia de estos métodos dependen de la calidad del producto y de la manera en cómo se usan. La eficacia, en su uso correcto, es bastante más alta que la observada en el uso habitual.

Los preservativos masculinos, también conocidos condones, son fundas finas y elásticas que se colocan en el pene cuando este está erecto. Con diferentes presentaciones, los preservativos lubricados son de mayor preferencia porque disminuye el riesgo de rotura. Su mecanismo se basa en impedir el contacto de los espermatozoides con la vagina y el útero de la mujer, impidiendo la fecundación. La tasa de embarazo en su uso correcto y consistente es de 2 embarazos por cada 100 parejas al año, mientras que en su uso común, la tasa asciende a 15. Los preservativos son una fundamental herramienta en el ámbito de la salud sexual y reproductiva debido a su utilidad en doble sentido: anticonceptivo y preventivo de infecciones de transmisión sexual.

“Los condones masculinos reducen significativamente el riesgo de infectarse con el VIH cuando se los usa correctamente, con cada acto sexual. Disminuyen del 80 al 95 % los casos de transmisión del VIH que habrían ocurrido sin usarlos.” (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013. 118)

Los preservativos no tienen efectos colaterales en la salud. Sin embargo, su uso no es generalizado por la percepción de uso que percibe el preservativo como un método anticonceptivo que obstruye la sensibilidad en las relaciones sexuales. El preservativo, popularizado como método de prevención del VIH/SIDA, también protege de otras ITS que se transmiten mediante el semen (sífilis, gonorrea y clamidia) o el contacto cutáneo (herpes, papiloma humano).

Los condones femeninos son fundas de poliuretano finas y flexibles con forma cilíndrica y un extremo abierto. *“La abertura externa tiene un anillo fijo al borde de la abertura que tiene el efecto de mantenerlo abierto*

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 50 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

cuando está en la vagina.” (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013. 121). Los condones femeninos se distribuyen en embalajes individuales sellados. Su mecanismo de acción anticonceptiva funciona por su condición de barrera, impidiendo a los espermatozoides liberados en la eyaculación entrar en contacto con los genitales de la mujer al retener el semen dentro del preservativo.

Los estudios sostienen que el uso correcto y consistente de los condones reduce en un 80 % la incidencia del VHI. El uso consistente implica el uso del condón para todos los actos donde se realicen penetraciones vaginales o anales. (Weller y Davis – Beaty. 2002)

Del mismo modo que el preservativo masculino, los condones femeninos también protegen contra las infecciones de transmisión sexual. La eficacia depende del uso y de su consistencia en el uso. En el uso común se producen 21 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año. En su uso correcto, se dan 5 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año.


Del mismo modo que el condón masculino, tras la retirada del uso del condón femenino no hay demora en la recuperación de la fertilidad:

“Culturalmente el uso del condón se asocia con una pérdida del ejercicio del poder masculino en la sexualidad por la disminución del disfrute o la experiencia mediada del contacto con el cuerpo de la otra persona.” (UNFPA – CCSS. 2012. 22)

Como se ha señalado en el diagnóstico de la oferta anticonceptiva de la Caja Costarricense del Seguro Social, los condones femeninos son difíciles de conseguir debido a que no se comercializa de forma generalizada. Además, hay que recordar que en las ocasiones en las que el Ministerio de Salud u otras organizaciones realizaron campañas de fomento del preservativo femenino, estas fueron realizadas en colectivos excluidos como las trabajadoras sociales. Este medio de introducción contribuyó a su estigmatización, del mismo modo que paso con el condón extrafuerte masculino. Sin embargo, en los últimos años en el marco de la colaboración entre UNFPA y la CCSS, se han desarrollado diferentes iniciativas para introducir el condón femenino como medio anticonceptivo y preventivo. Desde este ámbito de colaboración, el *“Estudio de aceptabilidad del condón femenino en población transfronteriza habitante de Upala y población urbana de San José”*. (2012)

Más allá de los aportes biomédicos y de los ya citados beneficios a nivel de prevención del VHI/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, el condón femenino es un método que contribuye al empoderamiento de las mujeres con su propia sexualidad. (UNFPA – CCSS. 2012) El estudio señala que los condones masculinos tienen asociada una percepción que los vincula con la promiscuidad y la infidelidad. Del mismo modo, el condón ha sido históricamente vinculado al SIDA, lo que ha contribuido a estigmatizar su uso. De cualquier manera, la experiencia sistematizada permitió identificar el condón femenino como un método seguro que posibilitaba el acceso a los derechos humanos de las mujeres.

Fortaleciendo lo anterior, el estudio señala el papel primordial emprendido por las y los profesionales de la salud que atiende los servicios en la Caja Costarricense del Seguro Social. La experiencia demostró que las mujeres de las comunidades confían en los y las profesionales de la salud para construir, junto a sus consejerías, nuevas experiencias, conocimientos y prácticas en materia de salud sexual y reproductiva. (UNFPA – CCSS. 2012.) El estudio, asumiendo el preservativo como un elemento fundamental para el enfoque crítico y eficaz para el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, y en vista de la experiencia tan positiva: *“Recomienda directamente a las autoridades del Ministerio de Salud y la C.C.S.S. crear estrategias que impulsen*

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 51 de 65
			<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
<i>DOCUMENTO TECNICO</i>	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	<i>CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415</i>

el uso integral de condones y garanticen su acceso universal sostenido en un enfoque de derechos humanos, sexuales y reproductivos.” (UNFA – CCSS. 2012)

3.3I. Espermicidas, diafragmas y capuchón cervical.

Los espermicidas son uno de los métodos anticonceptivos menos eficaces por lo que puede usarse como método de respaldo (de otro más eficaz). Son sustancias que se introducen en la vagina y que al contacto con el espermatozoide, matan sus membranas o enlentecen su movimiento. Se producen un 29 % de embarazos en su uso común en el primer año y 18 en su uso correcto en el primer año. Es un método que no tiene demora en el retorno de la fertilidad. El nonoxinol – 9 es el más utilizado. También están el cloruro de benzalconio, clorhexidina, menfego, octoxinol – 9 y docusato de sodio. Disponibles en presentaciones como comprimidos, supositorios, gel, crema, etc. Efectos secundarios: puede ocasionar irritación y lesiones vaginales.

El diafragma es un capuchón de látex, plástico o silicona blando que cubre el cérvix cuya función es impedir la entrada del espermatozoide al cérvix. El diafragma se utiliza con espermicidas y durante el primer año, se producen 16 embarazos por cada 100 mujeres en su uso común. Cuando se usa de manera correcta, 6 mujeres se embarazan por cada 100 (datos con uso de espermicidas). Efectos secundarios: posibles irritaciones de la vagina o el pene y lesiones vaginales.


Al igual que el diafragma, el capuchón cervical se introduce profundamente en la vagina y se utiliza con espermicidas para mejorar su eficacia. El capuchón impide al espermatozoide entrar en el cérvix mientras los espermicidas matan o inhabilitan el espermatozoide. En su uso común, se producen 32 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año y en su uso correcto, 20 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

3.3m. Métodos comportamentales no medicamentosos.


Los métodos comportamentales no medicamentosos son aquellos que están basados en la percepción de la fertilidad y en la práctica de conductas que no permiten la fertilidad. Los métodos basados en la percepción de la fertilidad evitan relaciones sexuales con penetración y eyaculación en la vagina durante los días fértiles. Entre estos métodos podemos identificar aquellos basados en el calendario o en los síntomas, en las secreciones cervicales o en la temperatura basal. Son ejemplos de los siguientes métodos: método de los días fijos, del ritmo, métodos de ovulación Billings o del moco cervical entre otros. La eficacia depende de la colaboración de la pareja y del uso correcto. Según los estudios, 25 de cada 100 mujeres que usan este método se embarazaron en un año. Estudios clínicos señalan que utilizados de manera correcta y consistente, estos métodos representan una eficacia relativamente alta similar a los métodos de barrera. La eficacia es mayor cuando en el periodo fértil se respeta la abstinencia. El uso de estos métodos se recomienda usar en conjunto con alguno de los métodos de barrera. Son métodos de eficacia media y baja.

El coito interrumpido también conocido como el retiro, es un método que se basa en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación, procurando que el semen no entre en contacto con la vagina. Es su uso común es uno de los métodos menos eficaces con una tasa de embarazo de 21 a 27 por cada 100 mujeres en el primer año. En su uso correcto y consistente, 4 de cada 100 mujeres se embarazan.

El método de la amenorrea de la lactancia es un método que se basa en el efecto natural de la lactancia en la inhibición de la ovulación por la elevación del nivel de prolactina. Para que sea efectiva, el amamantamiento tiene que ser preferiblemente a demanda, sin horario fijo y día y de noche. El lactante tiene que tener menos

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 52 de 65
			<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
<i>DOCUMENTO TECNICO</i>	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	<i>CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415</i>

de 6 meses y la mujer debe estar en amenorrea. La eficacia es de menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres en su uso correcto y 2 embarazos por cada 100 mujeres en uso común y siempre durante los seis primeros meses de amamantamiento.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 53 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415


4. Determinación de la Oferta, Demanda y Déficit

A lo largo de las diferentes secciones que se han desglosado hasta este momento, se ha planteado un posicionamiento respecto a los métodos anticonceptivos. Este posicionamiento ha permitido situar los anticonceptivos en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. Desde esta dimensión y a partir del análisis de los enfoques en materia de salud sexual y reproductiva, se han cuestionado las prácticas que a lo largo de la historia y desde perspectivas biopolíticas, incidieron e intervinieron los cuerpos de las mujeres con objetivos demográficos y productivos. A partir de este análisis, se ha procurado reconocer la importancia de los derechos sexuales, desplazando la mirada desde abordajes normalizadores, hacia lecturas que reivindican el carácter intersubjetivo, individual y particular de cada ser humano y de cada manera de vivir y pensar su sexualidad. Desde este reconocimiento, los anticonceptivos han sido concebidos no como mecanismos para “evitar la preñez”, sino como métodos, productos, conocimientos y tecnologías al servicio de la autonomía y la libertad de la sexualidad de las personas.

A pesar de todo lo anterior, a continuación, las lógicas económicas volverán a atravesar los anticonceptivos para tratar de describir la relación entre el costo de invertir en salud sexual y reproductiva, y los beneficios que dicha inversión reporta. Este análisis de costo beneficio, el cual forma parte de los términos de referencia de esta contratación, constituye una herramienta útil para la gestión de los servicios de salud. La realización de este análisis implicaría la valoración de todos los gastos, directos e indirectos, de la prestación de servicios en materia de salud sexual y reproductiva y particularmente, en la dispensación de los métodos anticonceptivos. Gastos que deberían valorarse a la luz de los beneficios que supone el efectivo respeto de los derechos humanos en salud sexual y reproductiva, la prevención de embarazos no deseados, abortos y otra serie de aspectos cuantitativos y cualitativos vinculados a la salud sexual y reproductiva. Por la magnitud de las implicaciones de un análisis de estas características y por la dificultad de acceder a toda la información económica que se requiere para dicho estudio, este documento, con el objetivo de facilitar la toma de decisiones, centrará el capítulo en una revisión de los principales resultados obtenidos en estudios que han investigado con detalle y profundidad, los costos y beneficios de los servicios anticonceptivos. Concretamente, la valoración del costo y beneficio se desarrollará a la luz de las investigaciones lideradas por el Fondo de Población de las Naciones Unidas en conjunto con The Alan Guttmacher Institute y publicadas en los textos “Salud Sexual y Reproductiva. Una inversión que vale la pena” (Sing, Darroch, Vlassoff y Nadeau. 2004) y el texto más reciente “Haciendo cuentas: Costos y beneficios de los servicios anticonceptivos – Estimaciones para 2012.” (Singh y Darroch. 2012)

Ambos textos inician su disertación recordando la importancia de los métodos anticonceptivos a nivel mundial. En un contexto histórico caracterizado por una constante disminución del promedio de hijos/as por familia, Singh y Darroch señalan que la necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos alcanza la cifra de 222 millones de mujeres en el 2012. (2012)

Los servicios de salud sexual y reproductiva involucran tres grandes esferas u ejes del sistema sanitario. Los servicios de salud materna, las infecciones de transmisión sexual y los métodos anticonceptivos. La inversión en estos servicios conlleva una serie de beneficios médicos directos pues “los problemas de salud sexual y reproductiva representan un 18% del total de la carga mundial de morbilidad y 32% de la carga entre las mujeres en edad de procrear.” (Sing, Darroch, Vlassoff y Nadeau. 2004. 10)

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 54 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

En condiciones ideales, la procreación *“es un acto reproductivo saludable, planificado y voluntariamente emprendido por una mujer y su pareja, unidos por el deseo de crear una familia.”* (Sing, Darroch, Vlassoff y Nadeau. 2004. 5) La necesidad de comparar los costos y beneficios de la atención sanitaria requiere un análisis de las implicaciones sociales y económicas y no exclusivamente lecturas médico biológicas.

En términos mundiales, satisfacer las necesidades de servicios anticonceptivos en los países en desarrollo, evitaría cada año 52 millones de embarazos involuntarios, salvando más de 1’5 millones de vidas. A nivel social además, la salud sexual y reproductiva contribuye con el crecimiento económico, la equidad de género y la gobernanza democrática. Por ello, para valorar los costos y beneficios será necesario considerar los beneficios médicos y los no médicos de la anticoncepción. Los embarazos inoportunos generan sustanciales costos económicos, sociales y psicológicos. *“Esos costos no médicos pueden limitar las opciones en la vida de la mujer y menoscabar el bienestar de las familias.”* (Sing, Darroch, Vlassoff y Nadeau. 2004. 6)


Invertir en métodos anticonceptivos es invertir en desarrollo, como se refleja en los Objetivos de Desarrollo que plantea la necesidad de:

- Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- Reducir la mortalidad infantil: evitando embarazos de alto riesgo como las de mujeres muy jóvenes y los embarazos muy cercanos entre sí.
- Mejorar la salud materna.
- Combatir el VIH/SIDA.
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

La medición de costos y beneficios se puede desarrollar desde diferentes enfoques en el ámbito de la salud. El proyecto Carga Mundial de Morbilidad emprendido por la OMS, el Banco Mundial y la Escuela de Salud Pública de Harvar University, por ejemplo, estimaron los costos médicos calculados como años de vida perdidos por enfermedades, identificada como DALY por sus siglas en inglés. Por su parte, el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993: inversiones en salud, del Banco Mundial, combinó el costo – eficacia y los costos médicos. En el marco de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo en 1994, se calcularon los recursos necesarios para alcanzar los objetivos planteados en la declaración y UNFPA compiló datos sobre los costos promedio de intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva. Más recientemente, en el 2001, la Comisión de Macroeconomía y Salud en colaboración con expertos de Harvard University, la OMS y el Banco Mundial, calcularon *“los efectos económicos de mejorar la salud en términos de mayor productividad y aumento del ingreso nacional.”* (Sing, Darroch, Vlassoff y Nadeau. 2004. 9)

Los beneficios médicos en salud sexual y reproductiva son sustanciales y se expresan en años de vida (medida del proyecto Carga Mundial Morbilidad). *“La mala salud sexual y reproductiva representa una gran proporción de la carga mundial de morbilidad.”* (Sing, Darroch, Vlassoff y Nadeau. 2004. 34) Los estudios determinan una elevada relación de costo – eficacia en planificación familiar, atención de la salud materna y prevención y tratamiento de ITS, inclusive el SIDA. Las cuentas de que es más barato prevenir que curar coinciden con todos los estudios:

“El tratamiento cuesta mucho más que la prevención: por ejemplo, la prevención del cáncer cervical cuesta US \$100 por cada DALY preservado, pero el tratamiento llega a US \$ 2500 por cada DALY preservado... El costo de evitar un nacimiento no deseado en un típico país de América Latina con bajas tasas de fecundidad se estimó en US \$133 y el ahorro, en US \$1600;

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 55 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

es decir, cada dólar gastado en la planificación familiar economizó al gobierno US \$12 en los costos de salud y educación por sí solos.” (Sing, Darroch, Vlassoff y Nadeau. 2004. 12 – 13)

El informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud determinó el efecto directo de la pérdida de cada DALY sobre el ingreso nacional relacionado con la productividad y el producto nacional bruto. Los estudios existentes además, suelen subestimar los beneficios de la atención de la salud sexual y reproductiva, limitándolos a los componentes medico biológicos.

“Las cuestiones de sexualidad no solo atañen a la salud, ni tampoco son simplemente un factor que influye sobre el crecimiento macroeconómico, sino que son factores fundamentales para la identidad y la plenitud personal, y para las relaciones en la familia y la sociedad.” (Sing, Darroch, Vlassoff y Nadeau. 2004. 18)


A partir de los enfoques ampliados de la medición de costos y beneficios, se empiezan a reconocer los beneficios no médicos, incorporando en las tomas de decisiones las valoraciones en torno a los aportes de la salud sexual y reproductiva en objetivos como: *“la igualdad de género... el aumento de la productividad, la mejora de la equidad social y la ampliación de la participación comunitaria y política.”* (Sing, Darroch, Vlassoff y Nadeau. 2004. 26)

“El uso de anticonceptivos... minimiza los efectos negativos sobre la salud del embarazo involuntario y los partos de alto riesgo, inclusive abortos realizados en malas condiciones, hemorragia, infección, anemia, bajo peso al nacer y malnutrición.” (Sing, Darroch, Vlassoff y Nadeau. 2004. 35)

Asumiendo que un embarazo antes de los 20 años limita las posibilidades de la mujer a mejorar su educación, capacitación, salario, etc. aplazar la maternidad constituye un factor contribuyente para que la mujer alcance mejores niveles de educación y calidad de vida. Esta educación además, contribuirá a su empoderamiento y a su reconocimiento, mejorando el acceso a la participación social. El control de elección de cuando dar a luz además, mejora el bienestar personal y la situación en el hogar, reduciendo el estrés por el riesgo al embarazo no planificado.

“Cuando cada trabajador tiene una cantidad relativamente pequeña de familiares a cargo, el país tiene oportunidad de reforzar el crecimiento económico, merced al aumento del ahorro y de la inversión a corto y mediano plazo... El acceso a los anticonceptivos ofrece poderosos beneficios macroeconómicos.” (Sing, Darroch, Vlassoff y Nadeau. 2004. 29)

Todos estos beneficios señalados, sin embargo, requieren una inversión económica que es necesario calcular. En las estimaciones de los costos, se deben considerar los principales costos directos: los suministros, la mano de obra directa, el número y tipos de visitas, los gastos generales del establecimiento y los gastos de capital.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 56 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	VERSION: 01	

Cuadro V. Costos medios directos anuales (en dólares EE.UU. de 2012) de servicios anticonceptivos modernos, desglosados por región y por método, 2012.


Región y tipo de costo	Esterilización femenina	Esterilización masculina	DIU	Implante	Inyectable	Píldora	Condón
Total de gastos directos							
Todos los países en desarrollo	\$1,78	\$0,78	\$0,77	\$7,75	\$8,61	\$7,26	\$4,17
África	\$2,79	\$1,59	\$1,01	\$7,74	\$9,14	\$8,72	\$4,15
Asia	\$1,58	\$0,70	\$0,63	\$7,86	\$6,64	\$5,74	\$3,98
América Latina y el Caribe	\$3,02	\$1,34	\$3,80	\$7,35	\$14,58	\$10,16	\$4,94
Productos†							
Todos los países en desarrollo	na	na	\$0,17	\$6,73	\$5,02	\$4,93	\$2,72
África	na	na	\$0,12	\$6,82	\$4,90	\$5,95	\$2,43
Asia	na	na	\$0,07	\$6,91	\$4,20	\$4,07	\$2,84
América Latina y el Caribe	na	na	\$2,28	\$5,86	\$8,25	\$6,41	\$2,35
Suministros‡							
Todos los países en desarrollo	\$1,01	\$0,31	\$0,14	\$0,16	\$0,63	na	na
África	\$1,13	\$0,32	\$0,14	\$0,16	\$0,59	na	na
Asia	\$1,00	\$0,31	\$0,14	\$0,17	\$0,58	na	na
América Latina y el Caribe	\$1,13	\$0,32	\$0,15	\$0,13	\$0,90	na	na
Mano de obra§							
Todos los países en desarrollo	\$0,76	\$0,46	\$0,46	\$0,86	\$2,96	\$2,33	\$1,45
África	\$1,66	\$1,27	\$0,74	\$0,76	\$3,65	\$2,77	\$1,72
Asia	\$0,59	\$0,39	\$0,41	\$0,78	\$1,86	\$1,67	\$1,14
América Latina y el Caribe	\$1,89	\$1,02	\$1,37	\$1,36	\$5,44	\$3,75	\$2,59

Fuente: (Singh y Darroch 2012. 14)

En términos macro, proporcionando servicios a todas las mujeres necesitadas y considerando la cantidad de embarazos no deseados que se evitarían, el estudio de Singh y Darroch estima en 30 dólares la prevención de cada embarazo no deseado. Sin embargo, para el 2008, se había estimado que:

“cada dólar invertido en avanzar desde los niveles existentes de uso de métodos modernos hacia la hipótesis de completa satisfacción de todas las necesidades, ahorraría 1´40 dólar de costos de atención de la salud maternal y neonatal.” (2012.19)

A la luz de lo expuesto el beneficio, incluso económico, pareciera siempre muy superior al costo de invertir en materia de salud sexual y reproductiva. De cualquier manera, las valoraciones económicas por muy detalladas y completas que se realicen, difícilmente puedan llegar a valorar el precio que tiene que pagar una mujer adolescente por quedarse embarazada o el precio de evitar que una persona se contagie del VIH. En términos generales, la pregunta que resuena es la de ¿Cuánto estamos dispuestos a invertir para garantizar los derechos humanos sexuales y reproductivos?

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 57 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

5. Conclusiones

Para la selección de los métodos se ha asumido una perspectiva amplia, entendiendo que es la persona usuaria informada y en el marco de una consejería con él o la profesional de la salud, la persona más indicada para la elección de uno u otro método, o la combinación de varios. En términos generales, las recomendaciones incluyen rechazar los anticonceptivos orales de dosis altas de etinil estradiol, incorporar AOC con dosis bajas o muy bajas de etinil estradiol, incorporar el DIU hormonal, los implantes anticonceptivos y rechazar el uso del anillo vaginal y los parches anticonceptivos. También se recomienda incorporar métodos de anticoncepción de emergencia, los métodos de barrera y seguir ofertando los métodos quirúrgicos y aquellos no medicamentosos.


Como se enfatiza a lo largo de todo el documento, la renovación de la oferta de productos o métodos anticonceptivos debe acompañarse de la prestación de servicios que garanticen los derechos sexuales y reproductivos.

“La información entregada a las y los usuarias/ os, destinada a ayudarles en la elección, debe incluir por lo menos: comprensión de la eficacia anticonceptiva del método; uso correcto del método; cómo funciona; efectos secundarios comunes; riesgos y beneficios para la salud inherentes al método; signos y síntomas que requieren una visita al centro de salud; información sobre el retorno a la fertilidad después de la interrupción del método, e información sobre la protección contra las ITS.” (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013. 4)

No se trata de cambiar exclusivamente de métodos, sino de conceptualizar los métodos anticonceptivos en el marco de los derechos humanos y reproductivos para garantizar que las mujeres y hombres puedan tomar decisiones con la autonomía y la libertad que requieren los derechos sexuales y reproductivos.

- **Los anticonceptivos de barrera:** considerando el costo en salud y en atención sanitaria que suponen las infecciones de transmisión sexual se recomienda universalizar y liberar el acceso a los condones, tanto por su uso como anticonceptivos como por su eficacia en la prevención de infecciones de transmisión sexual. La necesidad de ofrecer instrumentos de desarrollo para la autonomía de la mujer justifica la universalización y liberación de acceso a la oferta de condones femeninos. Del mismo modo, asumiendo la diversidad de prácticas sexuales y reconociendo la importancia de la prevención de infecciones de transmisión sexual, se recomienda universalizar la oferta de los condones extra fuertes para todos aquellos usuarios/as que practiquen el sexo anal.
- **Anticonceptivos orales combinados:** Según la evidencia descrita en el capítulo anterior, los anticonceptivos orales de segunda generación constituyen los de menor riesgo para la salud de las mujeres. Por ello se recomienda la oferta de anticonceptivos combinados de etinil estradiol y levonorgestrel, generalmente, en la combinación de 150 mcg de levonorgestrel y 30 mcg de etinil estradiol. Además, según la evidencia, no se justifica la recomendación de anticonceptivos multifásicos en lugar de los monofásicos ni los anticonceptivos con dosis altas de etinil estradiol. Por ello, se recomienda dejar de suministrar el anticonceptivo Norgyl por tener dosis de etinil estradiol no recomendadas.

Con estos criterios de selección, se identifican los siguientes anticonceptivos orales inscritos en el registro de medicamentos del Ministerio de Salud. La recomendación es que se seleccionen entre los


	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 58 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

anticonceptivos inscritos en el Ministerio de Salud aquellos que respondiendo a los criterios de selección, ofrezcan mejor rendimiento en cuanto a costo beneficio.

- Primafen: levonorgestrel 0.15 mg + etinilestradiol 0.030 mg.
- Minigynon: grageas de 0.15 mg levonorgestrel + 0.03 mg de etinilestradiol.
- Norgylen: levonorgestrel 0.15 mg – etinilestradiol 0.03 mg.
- Microgynon: de 0.15 mg levonorgestrel + 0.03 mg de etinilestradiol.
- Levonorgestrel 0.15 mg con etinilestradiol 0.030. (El Ministerio de Salud registra este anticonceptivo sin nombre o con el nombre genérico de las hormonas.)
- Levonorgestrel bp 0.15 mg & etinilestradiol bp 0.03 mg. (El Ministerio de Salud registra este anticonceptivo sin nombre o con el nombre genérico de las hormonas.)
-

En última instancia y asumiendo que desde el marco conceptual se reconocía la intervención sobre el cuerpo de las mujeres y la medicalización de sus vidas, se recomienda incluir el anticonceptivo inscrito en el registro del Ministerio de Salud con el nombre Cecil (levonorgestrel 0.100 mg + etinilestradiol 0.02 mg), por ser un anticonceptivo de segunda generación con dosis muy bajas de etinil estradiol.


- Anticonceptivos orales solo de progestágenos: se recomienda incorporar anticonceptivos orales solo de progestágenos indicadas principalmente, para las mujeres que están amamantando y que por dicha condición, no pueden consumir anticonceptivos orales combinados con estrógenos. En el registro de medicamentos del Ministerio de Salud, encontramos las siguientes opciones: Microtab 28 (desogestrel 0.075 mg) y Cerazette (desogestrel 0.075 mg).
- Anticonceptivos inyectables: de gran eficacia anticonceptiva y no requiriendo dosis diarias, se recomienda incorporar anticonceptivos inyectables combinados mensuales a la oferta anticonceptiva de la CCSS en sustitución de las inyecciones trimestrales que se ofrecen en la actualidad. Los inyectables trimestrales de prostagenos están relacionados con la pérdida de la densidad ósea, mayor aumento de peso, cambios de humor y la disminución de la lívido, efectos colaterales con los que no se vincula los inyectables combinados mensuales. (Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2013.)
En el registro de medicamentos del Ministerio de Salud se ofrece el antinceptivo inyectable mensual de nombre Yectames, pero en el mercado también se pueden encontrar los inyectables con AMP/cipionato de estradiol comercializados bajo los nombres comerciales Ciclofem, Ciclofemina, Cyclofem, Cyclo-Provera, Feminena, Lunella, Lunelle, Novaferm, y los inyectables con NET-EN/valerato de estradiol comercializados bajo los nombres comerciales Mesigyna y Norigynon.
- Implantes subdérmicos: los anticonceptivos subdérmicos son de los anticonceptivos más eficaces disponibles, con pocas contraindicaciones, fácil colocación y largo periodo de efectividad, por lo que se recomienda su incorporación a la oferta de métodos anticonceptivos de la CCSS.
- Anillos vaginales: Los altos niveles de aceptabilidad, la comodidad de no tener que tomar una dosis diaria y menores efectos colaterales en comparación con los anticonceptivos orales combinados, hacen del anillo vaginal anticonceptivo un método a considerar para incluirlo en la oferta anticonceptiva de la CCSS. Sin embargo, el hecho de que el anillo suponga un 90 % de riesgo mayor por trombosis venosa que en usuarias de anticonceptivos orales combinados con levonorgestrel, sugiere que su utilización sea evitada por la CCSS, del mismo modo que se recomendó evitar incluir AOC con prostágenos de tercera y cuarta generación con niveles similares a los del anillo vaginal respecto a la trombosis venosa.
- Parches adhesivos combinados: la inclusión de los parches en la oferta anticonceptiva de la CCSS no es recomendada debido a que la evidencia demuestra un aumento significativo en la incidencia de trombosis venosa en usuarias de este anticonceptivo.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 59 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

- **Dispositivos intrauterinos:** Los DIU con cobre y los liberadores de levonorgestrel, presentan una alta tasa de eficacia y satisfacción mayor que ningún otro método anticonceptivo. Son de larga duración y no generan complicaciones en la salud. La oferta actual de la CCSS ya ofrece el DIU con cobre, por lo que se recomienda incorporar el DIU hormonal, liberador de levonorgestrel a la oferta anticonceptiva y considerar que los estudios señalan que el DIU con cobre TCU380A es el más efectivo de los DIUs con cobre.
- **Anticonceptivos de emergencia:** el análisis jurídico y normativo ha clarificado, sobre todo a partir de la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que los métodos anticonceptivos de emergencia no son abortivos, se recomienda incorporar los métodos anticonceptivos de emergencia a la oferta de la CCSS. En la actualidad, no hay ningún anticonceptivo registrado en el Ministerio de Salud para su uso dedicado. Sin embargo, con la oferta actual se puede aplicar el método Yuzpe mientras se incuban y se incorporen formulas dedicadas como el levonorgestrel de 150 mcg o el Ulipristal Acetate, considerada en la actualidad la pastilla anticonceptiva de emergencia de mayor efectividad. En esta misma línea, se recomienda la oferta del DIU de cobre como anticonceptivo de emergencia que además, permite dar continuidad a la protección anticonceptiva de la mujer durante un tiempo más extenso.
- **Métodos anticonceptivos quirúrgicos permanentes:** los métodos anticonceptivos quirúrgicos son métodos que actualmente se realizan en la CCSS y cuya oferta es recomendada. A la luz del marco conceptual y del diagnóstico, sin embargo, se recomienda iniciar campañas de sensibilización para una mayor paridad en cuanto a la distribución de intervenciones quirúrgicas entre hombres y mujeres, de tal modo que estas no recaigan de forma generalizada en las mujeres, sino que los hombres asuman su rol en la concepción y anticoncepción.
- **Espermicidas, diafragmas y capuchón cervical:** estos métodos no se recomiendan incorporar en la oferta de la CCSS por ser anticonceptivos de media o baja efectividad.
- **Métodos comportamentales no medicamentosos:** reconociendo el marco conceptual descrito en el que se señalaba que el cuerpo de la mujeres históricamente ha sido objeto de medicalización, se recomienda ofrecer los métodos comportamentales no medicamentosos a aquellas mujeres que no quieran medicalizar sus cuerpos o instrumentalizar sus relaciones sexuales mediante métodos de barrera. La oferta de estos métodos implica un proceso de educación y la participación y respeto de la persona compañera/o sexual para llegar a usarse de forma correcta y consistente. El profesional o la profesional encargada de las consejerías deberá recordar que los métodos no medicamentosos solo en su uso correcto y consistente presentan una eficacia relativamente alta, similar a los métodos de barrera.


6. Contacto para consultas

Nombre	Puesto	Correo Electrónico/Número Telefónico
Dr. Hugo Chacón Ramírez	Jefe, Área de Atención Integral a las Personas	hchaconr@ccss.sa.cr/22238948
Dra. Hellen Porras Rojas	Coordinadora, Programa de atención Integral a la salud de la Mujer	hrporras@ccss.sa.cr/ 22238948


	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 60 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

7. Referencias Bibliográficas


1. Ada C. y Rodríguez A. 2006. Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. Rev Cubana Salud Pública 32 (1).
2. Agambem G. 2003. Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida. España: Pre – Textos.
3. Ahrendt HJ., Nisand I., Bastianelli C., Gómez MA., Gemzell-Danielsson K., Urdl W., Karskov B., Oeyen L., Bitzer J., Page G. y Milsom I. 2006. Whereas estrogen-related events were more common with the COC. Contraception. Dec;74(6):451-7.
4. Alarcón M, Aldo Vidal H y Jaime Nería Rozas. 2003. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Méd Chile; 131: 1061-1065.
5. Alexander C., Heather N., Michael D. y Walker AM. 2007. Venous Thromboembolism, Myocardial Infarction, and Stroke Among Transdermal Contraceptive System Users Obstetrics & Gynecology: 109 – 2: 339-346.
6. Álvarez LE. 2009. Los determinantes sociales de la salud. Más allá de los factores de riesgo. Rev Gerenc Polit Salud. 8 (17): 69 – 79.
7. Archer DF., Cullins V., Creasy GW. y Fisher AC. 2004. The impact of improved compliance with a weekly contraceptive transdermal system (Ortho Evra) on contraceptive efficacy. Contraception. Mar; 69(3):189-95.
8. Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos.
9. Bagueiras, García y Romero. 2005. Introducción. El eje del mal es heterosexual.
10. Bastos M., Stegeman B., Rosendaal F., Van Hylckama Vlieg A., Helmerhorst F., Stijnen T. y Dekkers O. 2014. Anticonceptivos orales combinados: trombosis venosa. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 3. Art. No.: CD010813.
11. Batur P. 2012. Emergency contraception: separating fact from fiction. Cleve Clin J Med. Nov;79(11):771-6.
12. Beatriz Preciado. 2003. Multitudes queer. Notas para una política de los “anormales”. Revista Multitudes. Número 12. Paris.
13. Browne, AJ. 2001. The influence of liberal political ideology on nursing science. Nursing Inquiry. 8 (2): 118 – 129.
14. Browne, AJ. 2004. Response to critique of “The influence of liberal political ideology on nursing science”. Nursing Inquiry. 11 (2): 122 – 123.
15. Bodner K., Bodner-Adler B., Grünberger W. 2011. Evaluation of the contraceptive efficacy, compliance, and satisfaction with the transdermal contraceptive patchsystem Evra: a comparison between adolescent and adult users. Arch Gynecol Obstet. Mar; 283(3):525-30.
16. Bukowski J., Rogers A. y Cansino C. 2014. Evaluation of Levonorgestrel Intrauterine System Upon Presumed Non-intact Removal. Am J Obstet Gynecol. Sep 9. pii: S0002-9378(14)00923-5.
17. Burkman RT. 2007. Transdermal hormonal contraception: benefits and risks. Am J Obstet Gynecol. Aug;197(2):134.e1-6.
18. CCSS. 2010. Jueves 25 de febrero de 2010 N° 8425. Acta de la sesión ordinaria número 8425, Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. 25 de febrero de 2010.
19. Código Penal. 1971. Aborto: “El que causare la muerte de un feto” o de la vida intrauterina Artículo 118.
20. Cheng L, Gülmezoglu AM, Piaggio G, Ezcurra E, Van Look PFA. 2008. Intervenciones para la anticoncepción de emergencia. Base de Datos de Revisiones Sistemáticas; Número 2. Art. n.º: CD001324. DOI: 10.1002/14651858.CD001324.pub3.,

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 61 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415


21. Corbelli J, Bimla Schwarz E. 2014. Emergency contraception: a review. *Minerva Ginecol.*66(6):551-64. Epub Oct 2.
22. Caridad A. y Rodríguez A. 2010. Sexualidad, salud sexual y determinantes sociales de la salud: notas para el debate. *Sexología y Sociedad.* 42. Consultado el 4 de noviembre y accesible desde: <http://www.cenosexualidad.sld.cu/revista-42-sexualidad-salud-sexual-y-determinantes-sociales>
23. Cea Soriano L., Wallander MA., Andersson S., Filonenko A. y García LA. 2014. The continuation rates of long-acting reversible contraceptives in UK general practice using data from The Health Improvement Network. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* Sep 24. doi: 10.1002/pds.3710.
24. Cheng L., Che Y. y Gülmezoglu AM. 2012. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* , Issue 8. Art. No.: CD001324.
25. Cleland K., Zhu H., Goldstuck N., Cheng L. y Trussell J. 2012. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. *Human Reproduction* ; 27(7): 1994-2000.
26. Cleland K., Raymond EG., Westley E. y Trussell J. 2014. Emergency Contraception Review: Evidence-based Recommendations for Clinicians. *Clin Obstet Gynecol.* Dec;57(4):741-50.
27. Cleland K., Raymond EG., Westley E. y Trussell J. 2014. Emergency Contraception Review: Evidence-based Recommendations for Clinicians. *Clin Obstet Gynecol.* Dec;57(4):741-50.
28. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Atavía Murillo y Otros & Costa Rica. Fecundación In Vitro. Apelación instancias internacionales del Voto de la Sala donde declaro inconstitucional Decreto Ejecutivo. CorteIDH_CP-36/12 Descargada desde: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_257_esp.pdf
29. Cumbre del Milenio, 2000. (2000). Objetivos de Desarrollo del Milenio. New York, EEUU. De:<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/index.shtml>.
30. De la Cuesta Benjumea R. Franco Tejeda C. e Iglesias Goy E. 2011. Actualización en anticoncepción hormonal. *Revista del Sistema Nacional de Salud.* Volumen 35, Nº 3.
31. Dermish AI. y Turok DK. 2013. The copper intrauterine device for emergency contraception: an opportunity to provide the optimal emergency contraception method and transition to highly effective contraception. *Expert Rev Med Devices.* 2013 Jul;10(4):477-88.
32. Díaz CZ. y Presno MC. 2013. Enfoque de género en el análisis de la situación de salud desde la perspectiva de las determinantes sociales de salud. *Revista CubAna de Medicina General Integral*; 29 (2): 228 – 233.
33. Diccionario real academia lengua española. 22 | edición. 2012. Consultado el 1' de noviembre y accesible desde: <http://lema.rae.es/drae/?val=anticonceptivo>
34. Domínguez V., Ávila P., Espinaco MJ., Oliver JR. 2011. Estudio sobre la accesibilidad y tolerabilidad del uso de implantes hormonales subdérmicos en una población de exclusión social en Sevilla. *Atención Primaria* Volume 43, Issue 12, Pages 656–661 Draper BH., Morroni C., Hoffman M., Smit J., Beksinska M., Hapgood J. y Van der Merwe L. 2008. Medroxiprogesterona de depósito versus enantato de noretisterona para la anticoncepción con progestágenos de larga duración (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 4.
35. Flórez CE. Y Soto VE. 2008. El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: una visión global. BID.
36. Festin M. 2006. Progestágenos en los anticonceptivos orales combinados para la anticoncepción. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
37. Faustro – Sterling A. 2006. *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad.* traducción de Ambrosio García Leal. España: Melusina.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 62 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415


38. Fernández – López JA., Fernández - Fidalgo M. y Cieza A. 2010. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Rev Esp Salud Pública; 84 (2): 169 – 184.
39. Food and Drug Administration. 2011. Office of surveillance and epidemiology. Combined hormonal contraceptives (CHCs) and the risk of cardiovascular disease endpoints. FDA. Descargado desde: www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/UCM277384.pdf
40. Galdos S. 2013. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 30 (3): 455 – 60.
41. Gallo MF., Grimes DA., Lopez LM., Schulz KF. y d’Arcangues C. 2008. Anticonceptivos combinados inyectables para la anticoncepción. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2008, Número 4. Art. n.º: CD004568.
42. Gemzell-Danielsson K. y Berger C. 2013. Emergency contraception - mechanisms of action. Contraception. 2013 Mar;87(3):300-8.
43. Giovanna Liset Reyes Sánchez. 2009. Salud sexual y reproductiva bajo un nuevo concepto: reproducción social. En Dialogos y Saberes: plantas medicinales, salud y cosmovisiones. Editado por Giovanna Liset Reyes Sánchez .Universidad Nacional de Colombia. p.17 – 48
44. Glasier A. 2012. Emergency contraception: clinical outcomes. Contraception. 2013 Mar; 87(3): 309-13.
45. Goa KL., Warner GT., Easthope SE. Transdermal ethinylestradiol/ norelgestromin: a review of its use in hormonal contraception. Treat Endocrinol. 2003;2(3):191-206.
46. Goldstajn MS., Baldani DP., Skrgatić L., Radaković B., Vrbíć H., Canić T. 2014. Ulipristal acetate in emergency contraception. Coll Antropol. Mar;38(1):379-84.
47. Gracia Trujillo Barbadillo. 2005. Desde los márgenes. Prácticas y representaciones de los grupos queer en el Estado Español. Editores Romero, García y Bargeiras. En el Eje del mal es heterosexual. España: Traficantes de Sueños.
48. Gracia Trujillo. 2014. De la necesidad y urgencia de seguir queerizando y transformando el feminismo. Unas notas para el debate desde el contexto español. ex æquo, n.o 29, , pp. 55-67.
49. González C. y Fernández JM. 2011. Manejo de los Implantes Subdérmicos de Etonogestrel en Atención Primaria a Médico de Familia, Centro de Salud Entrevías, Territorio Sureste, SERMAS, Madrid. Rev clín med fam; 4 (2): 146-149.
50. Hassan EO. y El-Gibaly OM. 2009. Anticonceptivos combinados inyectables para la anticoncepción. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
51. Hardeman J. y Weiss BD. 2014. Intrauterine devices: an update. Am Fam Physician. 15; 89(6): 445-50.
52. Hernández J. (2005). La administración de la vida. Estudios biopolíticos. Barcelona: Anthropos.
53. Hofmeyr GJ., Singata M. y Lawrie TA. 2010. Copper containing intra-uterine devices versus depot progestogens for contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 6. Art. No.: CD007043.
54. Hugon-Rodin J., Gompel A. y Plu-Bureau G. 2014. Mechanisms in endocrinology: Epidemiology of hormonal contraceptives-related venous thromboembolism. Eur J. Endocrinol. 171(6):R221-R230.
55. Ignaciuk A. 2009. Anticoncepción y aborto: una propuesta de análisis desde los estudios de género. Eä. Vol 1, N 2.
56. Jakimiuk AJ., Crosignani PG., Chernev T., Prilepskaya V., Bergmans P., Von Poncet M., Marelli S. y Lee EJ. 2011. High levels of women's satisfaction and compliance with transdermal contraception: results from a European multinational, 6-month study Gynecol Endocrinol. 27(10): 849–856.
57. Jick SS., Hagberg KW., Kaye JA. y Jick H. The risk of unintended pregnancies in users of the contraceptive patch compared to users of oral contraceptives in the UK General Practice Research Database. Contraception. 2009 Aug;80(2):142-51.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 63 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
DOCUMENTO TECNICO	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415

58. Juárez, F. 2011. El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
59. Judith Butler. 2002. "Críticamente Subversiva", en Mérida Jiménez, R. (ed.), *Sexualidades Transgresoras: Una antología de estudios queer*. Icaria, Barcelona, pp. 55-79.
60. Koyama A., Hagopian L. y Linden J. 2013. Emerging options for emergency contraception. *Clin Med Insights Reprod Health*. 18;7:23-35.
61. Kulier R., O'Brien PA., Helmerhorst FM., Usher-Patel M., D'Arcangues C. 2007. Dispositivos intrauterinos con estructura de cobre para la anticoncepción. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007*, Número 4, artículo n.º: CD005347.
62. Lalitkumar PG., Berger C. y Gemzell-Danielsson K. 2013. Emergency contraception. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 27(1):91-101.
63. Rodríguez L., Ignez HO y Perpétuo. 2011. La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo – 1994. CEPAL – UNFPA – CELADE.
64. Lete I., Sánchez R y Haya J. 2006. Estudio de eficacia y tolerabilidad del anillo vaginal (nuvaring®) en anticoncepción. *Progresos de ginecología y obstetricia*. 49 (12).
65. Lete I., Dueñas JL., Serrano I., Doval JL., Pérez E. Martínez JM. y Coll C. 2009. Efectos beneficiosos no anticonceptivos de la píldora anticonceptiva. *Semergen: revista española de medicina de familia*. Nº. 10, 2009, págs. 505-510.
66. Lidegaard O., Nielsen LH., Skovlund CW. y Løkkegaard E. 2010. Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study, Denmark 2001-10. *BMJ*. 2012 May 10; 344:e2990.
67. Lindh I. y Milsom I. 2013. The influence of intrauterine contraception on the prevalence and severity of dysmenorrhea: a longitudinal population study. *Hum Reprod.* ;28(7):1953-60.
68. Logsdon S., Richards J. y Omar HA. 2004. Long-term evaluation of the use of the transdermal contraceptive patch in adolescents. *ScientificWorldJournal*: 8;4:512-6.
69. Lopez LM., Grimes DA., Gallo MF., Stockton LL. y Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013*, Issue 4. Art. No.: CD003552.
70. Lopez LM., Grimes DA., Gallo MF. y Schulz KF. 2010. NuvaRing has comparable efficacy and tolerability with a COC containing 150 microg of LNG and 30 microg of EE and does not require daily dosing. *Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Mar 17;(3):CD003552.
71. López LM, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. 2008. Parche cutáneo y anillo vaginal versus anticonceptivos orales combinados para el control de la natalidad. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
72. Maitra N., Kulier R., Bloemenkamp KWM., Helmerhorst FM. y Gülmezoglu AM. 2007. Progestágenos en los anticonceptivos orales combinados para la anticoncepción. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*, Número 4, artículo n.º: CD004861.
73. Ministerio de Salud – UNFPA. 2011. Política nacional de sexualidad. 2010 – 2021. I parte. Marco conceptual y Normativo de la Política. Ministerio de Salud – UNFPA. San José.
74. Ministerio de Salud de Perú. 2012. Informe técnico Nº 14-2012. Implante Etonogestrel 68mg.
75. Ministerio de Salud. 2011. Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva 2010. Costa Rica. (1ªed.) San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.
76. Ministerio de Salud. 2012. Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas. Un análisis a partir de la encuesta nacional de salud sexual y salud reproductiva. Costa Rica. 2010. Costa Rica: Ministerio de Salud.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 64 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
<i>DOCUMENTO TECNICO</i>	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	<i>CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415</i>

77. Ministerio de Salud de Uruguay. 2013. Guías en Salud Sexual y reproductiva. Manual de orientación anticonceptiva. Métodos temporales y permanentes. Uruguay: Ministerio de Salud.
78. Mittal S. 2008. Intervenciones para la anticoncepción de emergencia. Comentario de la BSR La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
79. Murphy PA. 2012. Update on emergency contraception. J Midwifery Womens Health; 57(6):593-6020.M.S.
80. Oddsson K., Leifels-Fischer B., de Melo NR., Wiel-Masson D., Benedetto C., Verhoeven CH. y Dieben TO. 2005. Efficacy and safety of a contraceptive vaginal ring (NuvaRing) compared with a combined oral contraceptive: a 1-year randomized trial. Contraception. 71(3):176-82.
81. Organización de Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). Recuperado el 18 de marzo de 2012, de <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>.
82. Osakidetza. 2010. Comité de evaluación de nuevos medicamentos de Euskadi. Informe de evaluación. Principio activo: Ulitristal. Descargado desde. http://www.gencat.cat/ics/professionals/medicaments/informe_ulipristal.pdf
83. Ozalp SS. 2006. Dispositivos intrauterinos con estructura de cobre para la anticoncepción: Comentario de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
84. Peña A. y Paco O. 2002. El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Anales de la Facultad de Medicina. 63 (3): 223 – 232.
85. Pérez AM. 2012. Una Mirada antropológica sobre los ideales normativos de género en la promoción del (auto)cuidado relativo a la anticoncepción. Revista Dos Puntas. Año IV – Nº 6.
86. Power J., French R., Cowan F. 2008. Anticonceptivos implantables subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles como métodos eficaces de prevención del embarazo. En: La Biblioteca Cochrane Plus Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
87. Ramazanzadeh F., Tavakolianfar T., Shariat M., Firuzabadi SJ. y Hagholahi F. Levonorgestrel-releasing IUD versus copper IUD in control of dysmenorrhea, satisfaction and quality of life in women using IUD. Iran J Reprod Med. 2012 Jan;10(1):41-6.
88. René Jaime Toro-Calzada, María de Lourdes Estrada-Soria Revisión de la efectividad de la anticoncepción de emergencia. Reproducción 2014;6:185-191.
89. Reuben Ávila Rodríguez y Marisela Montenegro Martinez. 2011. Barebacking: condiciones de poder y prácticas de resistencia en la biopolítica de la salud sexual. Athenea Digital 11 (3): 27 – 49.
90. Rodriguez MI, Curtis KM, Gaffield ML, Jackson E, Kapp N. Advance supply of emergency contraception: a systematic review. Contraception 2013; 87(5): 590-601.
91. Rott H. 2012. Thrombotic risks of oral contraceptives. Curr Opin Obstet Gynecol. 2012 Aug;24(4):235-40.
92. Rott H. 2013. Contraception, venous thrombosis and biological plausability. Minerva Med. 2013 Apr;104(2):161-7.
93. Sagot M y Laura Guzman. 2004. Encuesta Nacional de Violencia contra las mujeres. Universidad de Costa Rica. San José.
94. Singh S. y Darroch JE. Haciendo cuentas: Costos y beneficios de los servicios anticonceptivos – Estimaciones para 2012. Guttmatter Insitute – UNFPA.
95. Soto BE. 2012. La legalidad de la pastilla del día después en Costa Rica. Análisis médico legal. Tesis Licenciatura en Derecho. UCR.
96. Soto BE. y Vega P. 2014. Consideraciones jurídicas acerca del uso de la anticoncepción oral de emergencia en costa rica. Revista Jurídica IUS Doctrina, No.10: 78 – 94.

	AREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS		Página 65 de 65
	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD -GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA		<i>FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2015</i>
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		
<i>DOCUMENTO TECNICO</i>	Análisis de la oferta anticonceptiva actual desde un enfoque de género, generacional e intercultural	<i>VERSION: 01</i>	<i>CÓDIGO: DT.GM.DDSS.AAIP.240415</i>

97. Shohel M., Rahman MM., Zaman A., Uddin MM., Al-Amin MM., Reza HM. 2014. A systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets foremergency contraception. BMC Womens Health. 4;14:54.
98. Tang J., Lopez L., Mody S. y Grimes D. 2012. Métodos hormonales e intrauterinos para la anticoncepción de mujeres de hasta 25 años de edad. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 11. Art. No.: CD009805.
99. Trussell J., Hassan F., Lowin J., Law A. y Filonenko A. 2014. Achieving cost-neutrality with long-acting reversible contraceptive methods. Contraception. 2014 Sep 6. pii: S0010-7824(14)00646-5.
100. UNFPA – CCSS. 2012. Estudio de aceptabilidad del condón femenino en población transfronteriza habitante de Upala y población urbana de San José. Costa Rica.
101. Valentin G. y Talavera M. 2012. La construcción del concepto de salud. Didáctica de las ciencias experimentales y sociales. N° 26. 161-175.
102. Vásquez-Awad D., Nilson SP., De Melo R., Gómez-Tabares G. y Loret de Mola R. 2014. Anticonceptivos orales combinados (aoc) guías latinoamericanas. Medicina (Bogotá) Vol. 36 No. 2 (105) Págs. 136-149.
103. Vercellini P., Barbara G., Somigliana E., Bianchi S., Abbiati A., Fedele L. 2010. Comparison of contraceptive ring and patch for the treatment of symptomatic endometriosis. Fertil Steril. 1;93(7):2150-61.
104. Visser J, Snel M. y Van Vliet HA. 2006. Hormonal versus non-hormonal contraceptives in women with diabetes mellitus type 1 and 2. Cochrane Database Syst Rev. 18;(4):CD003990.
105. Weeks J.. 1993. El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas. Madrid: Talasa.
106. Weller SC. y Davis-Beaty K. 2002. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. Cochrane Database of Systematic Reviews , Issue 1. Art. No.: CD003255.
107. Wiegratz I., Bassol S., Weisberg E., Mellinger U. Merz M. 2014. Effect of a low-dose contraceptive patch on efficacy, bleeding pattern, and safety: a 1-year, multicenter, open-label, uncontrolled study. Reprod Sci. 2014 Dec;21(12):1518-25.
108. Wu JP. y Pickle S. 2014. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. Contraception. 89(6):495-503.
109. Yoost J. 2014. Understanding benefits and addressing misperceptions and barriers to intrauterine device access among populations in the United States. Patient Prefer Adherence. 3;8:947-57.