DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS, REFERENCIAS Y SERVICIOS TÉCNICOS

AL-DEST-IIN-022-2020

INFORME DE: PROYECTO DE LEY

DECLARACIÓN DEL DIA NACIONAL DE LA VIDA ANTES DE NACER

EXPEDIENTE N° 21. 313

INFORME INTEGRADO

ELABORADO POR:

MARÍA CECILIA CAMPOS QUIRÓS
JORGE A. BOGARIN NAVARRO
ASESORES PARLAMENTARIOS

REVIZADO POR

GEORGINA GARCIA ROJAS
GASTON VARGAS ROJAS
JEFES DE AREA

AUTORIZACION

FERNANDO CAMPOS MARTÍNEZ
DIRECTOR A.I.

28 DE ABRIL DE 2020

ASAMBLEA LEGISLATIVA
de la República de Costa Rica

TABLA DE CONTENIDO

I.- RESUMEN DEL PROYECTO **3**

II. CONSIDERACIONES GENERALES **3**

2.1.- GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES, NIÑOS Y NIÑAS EN EL PERÍODO PRENATAL, PARTO Y POSPARTO EN COSTA RICA 3

EL CUIDADO DEL EMBARAZO Y PARTO NORMALES DEBE: 4

2.2- ATENCIÓN PRENATAL 4

2.3.- ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL 7

2.4.- INFORME DE LA DEFENSORÍA DE LOS HABITANTES DE LA REPÚBLICA (DHR) 10

2.5.- ACCIONES DE LA CCSS 11

2.6.- GUÍA INTEGRAL: RECOMENDACIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) 12

2.7.- LISTA RESUMIDA DE LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE ATENCIÓN PRENATAL PARA UNA EXPERIENCIA POSITIVA DEL EMBARAZO 13

2.8.- COBERTURA DE ATENCIÓN PERINATAL QUE OFRECE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (CCSS) EN TODA LA GEOGRAFÍA NACIONAL 20

III.- ANALISIS DEL ARTÌCULADO **23**

ARTÍCULO 1.- 23

ARTÍCULO 2.- 24

IV.- ASPECTOS DE TRÁMITE LEGISLATIVO **24**

Votación: *24*

Delegación: *25*

Consultas *25*

Obligatorias *25*

Facultativas *25*

VII.- NORMATIVA SOBRE *DERECHO A LA VIDA.* **25**

PROYECTOS RELACIONADOS CON EL TEMA DEL NIÑO POR NACER 26

DECLARACIÓN DEL DIA NACIONAL DE LA VIDA ANTES DE NACER

EXPEDIENTE N° 21. 313

I.- RESUMEN DEL PROYECTO

Mediante esta iniciativa se pretende establecer el 25 de marzo de cada año como el día nacional de la vida antes de nacer, como una fecha para celebrar el compromiso del país con la defensa del más alto valor y derecho humano, sin el cual ningún otro sería posible: la vida.

Asimismo, se dispone en la iniciativa de ley, que el Patronato Nacional de la Infancia, el Ministerio de la Presidencia, el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social, el Instituto Nacional de la Mujer y el Ministerio de Educación Pública podrán coordinar las acciones y actividades que consideren necesarias para promover la defensa de la vida antes de nacer e informar sobre todos los cuidados que deben existir durante el embarazo para garantizar la salud de la madre así como de la vida por nacer.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

2.1.- Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el período prenatal, parto y posparto en Costa Rica[1]

En el año 2009, la Caja costarricense de Seguro Social emite una guía dirigida a todos el equipo de salud, responsable de la atención integral de las mujeres y niñas (os) durante el prenatal, el parto y el período posparto; con el propósito es brindar los estándares y lineamientos básicos que permitirán al nivel operativo ofrecer a la población involucrada en estos procesos servicios de salud oportunos, eficaces y humanizados que buscan la "*unificación de criterios básicos que se aplican en la atención a las mujeres y los (as) niños (as) durante el periodo de embarazo, parto y post natal.*"[2]

[1] Este apartado se realizó con datos del Informe Técnico Integrado, del expediente No. 21.057 de enero de 2019.
[2] Caja Costarricense de Seguro Social. Guía de Atención Integral a las mujeres, niños, niñas en el período prenatal, parto y Posparto. Costa Rica. CCSS, 2009.

La guía se basa en los principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) identificados desde 1985, sobre el cuidado perinatal, los cuales incluyen los siguientes aspectos[3]:

El cuidado del embarazo y parto normales debe:

- Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un conjunto básico de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
- Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
- Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
- Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
- Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.
- Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
- Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no-solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
- Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
- Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
- Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Los principios esbozados reafirman la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo y fueron incorporados en los materiales técnicos, así como también en las herramientas de monitorización y evaluación de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2001.

2.2- Atención prenatal

La atención prenatal es una de las estrategias más importantes para favorecer la salud de las mujeres y los niños, ya que permiten evitar las discapacidades y la

[3] Ibídem.

muerte. Es un conjunto de actividades que deben realizar los servicios de salud en los diferentes ámbitos de acción, que permiten asegurar condiciones adecuadas en relación al cuido de la salud de las mujeres embarazadas y de sus hijas (os)[4].

En tal sentido, la atención prenatal tiene como propósito identificar condiciones de riesgo tanto para las madres como a sus niñas(os). Persigue además, favorecer la participación de las mujeres, las familias y las comunidades a las cuales pertenecen. De esta manera se logra fortalecer las relaciones de estas instancias con la red de servicios de salud. Esto quiere decir que la atención prenatal se inicia en el espacio comunitario y concluye en este mismo espacio, que es donde se construye la salud.

En la atención prenatal se deben incluir entonces: la visita domiciliar, las acciones de diagnóstico, la sensibilización de las comunidades ante los problemas y necesidades de las mujeres en este período, la atención directa, la preparación para el parto, la educación prenatal y el seguimiento en el hogar.

Tabla 1

Requisitos de la atención prenatal	
Equitativa	Es fundamental conocer la situación de salud del área para identificar de manera general las condiciones de vida de las poblaciones y comunidades y en forma particular, las características de la población femenina, los embarazos esperados, los grupos de riesgo, las barreras de acceso a los servicios y cuidados durante el embarazo, parto y post-natal, así como también, la identificación de las redes de apoyo y otros recursos disponibles para abordar necesidades y problemas específicos que surjan durante el proceso, para establecer estrategias viables dentro de la programación y planificación local y sobre todo, en la asignación de los recursos. Es decir, que este es un requisito indispensable para poder lograr una atención prenatal, del parto y del post-parto a todo el grupo de embarazadas, aplicando con eficacia, el enfoque de riesgo individual y colectivo. Solo de esta manera se puede contribuir a una mejor salud materna perinatal.
Precoz	La atención prenatal debe iniciarse lo más temprano posible. La captación debe hacerse en el ámbito domiciliar durante el primer trimestre de la gestación o en otros contactos con los servicios de salud para evitar oportunidades perdidas. Solo de esta manera se asegura que la ejecución de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud sean oportunas y eficaces. Permite, además, la identificación precoz de

[4] Ibídem.

	mujeres con embarazos de alto riesgo, lo que posibilita planificar en forma oportuna los requerimientos de atención obstétrica que cada caso requiera y el lugar donde ésta deba recibirse.
Periódico	La atención directa debe hacerse en forma periódica, con una frecuencia que varía según el grado y tipo de riesgo del embarazo. Las mujeres con alto riesgo obstétrico o médico necesitan una atención diferenciada, en función de las características y el tipo de problema que presenten. En un embarazo de bajo riesgo, la frecuencia de controles prenatales debe guiarse por el siguiente esquema: • Durante las primeras 32 semanas, se hará un control prenatal cada seis semanas. • De la semana 32 a la 38, los controles se harán cada tres semanas. • De la semana 39 a la 41, los controles se harán cada semana. • A las 41 semanas o más, deberá referirse a la mujer al siguiente nivel de atención (II o III) que tenga la capacidad resolutiva para realizar Perfil Biofísico Fetal[5]. Debe considerarse que el mínimo aceptable en un embarazo de bajo riesgo debe ser de cinco controles prenatales, de acuerdo con los criterios mencionados anteriormente
Completa	Se debe garantizar el cumplimiento de los estándares básicos de la atención prenatal para el fomento y protección de la salud de las mujeres embarazadas y sus hijas (os) la cual incluye el derecho a la participación en la toma de decisiones de la mujer y/o su pareja u otra persona que ésta asigne, así como el derecho al acompañamiento, durante todo el proceso de embarazo, parto y pos parto. En tal sentido, se deben crear las condiciones que aseguren el ejercicio de estos derechos.
Con enfoque de riesgo	Es necesaria la fijación de un criterio discriminador entre el alto y el bajo riesgo, tanto a nivel individual como colectivo (poblacional), que permita planificar, asignar los recursos, establecer prioridades y operativizar acciones específicas en la atención individual y colectiva. El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho de que no todas las personas o colectivos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un

[5] Un perfil biofísico es una prueba sencilla y sin dolor que podrían hacer durante el embarazo para asegurarse de que el bebé está bien, sobre todo para confirmar que recibe suficiente oxígeno dentro del útero. Por lo general, el perfil biofísico se hace cuando ha pasado la fecha prevista del parto y el bebé no ha nacido todavía, o en algún momento durante el tercer trimestre, si el embarazo es de alto riesgo. URL: http://espanol.babycenter.com/a15200004/el-perfil-biof%25C3%25ADsico-fetal#ixzz3dpK8y4ZR

	daño determinado. En algunas personas dicha probabilidad es mayor que en otras, ya sea por una predisposición genética, por las condiciones de vida en la que se interactúan elementos protectores/destructivos de la salud, por los valores, actitudes, hábitos, conductas, entre otros eventos. Las necesidades de salud del grupo de bajo riesgo se resuelven generalmente, con acciones de atención primaria en los diferentes niveles de atención. Las de alto riesgo requieren una atención especializada

La guía establece los factores determinantes para establecer las condiciones de riesgo (alto, moderado o bajo) en el embarazo sean estás físicas (relativas a la salud de la madre) o socioeconómicas, además el tipo de establecimiento y los recursos humanos y materiales con que se debe de contar para brindar la atención prenatal, acorde con la clasificación nacional de los niveles de salud; así como las actividades de atención prenatal de acuerdo en los diferentes niveles de atención.

2.3.- Atención del parto normal

Las tendencias mundiales están dirigidas a recuperar la visión de “normalidad” del embarazo y el nacimiento, es decir, a la desmedicalización de esos procesos. Según la OMS “se obtienen mejores resultados en relación con la salud de las madres y de sus niñas (os), utilizando menos intervenciones, drogas y tecnología”. Por lo que “en el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural[6]”.

Los conceptos, definiciones e intervenciones de este enfoque son la población asistida (toda embarazada en labor de parto) y las condiciones que influyen en el proceso de labor y parto. Debe considerarse que existen condiciones generales de las mujeres así como condiciones obstétricas que pueden favorecer o desfavorecer el proceso de labor y parto: el estado general de la madre (las condiciones en que se ha desarrollado su embarazo, condiciones presentes: hidratación, nutrición, descanso, su estado emocional, el acompañamiento efectivo, la paridad, las condiciones favorables de cérvix, la madurez fetal, la condición feto placentaria (movimientos fetales, reactividad fetal), la presentación y posición del feto, el estado de integridad de las membranas y la actividad uterina.

Además, deben ser tomados en cuenta de forma importante las condiciones ambientales y humanas relacionadas con la atención en el establecimiento de salud, desde su admisión hasta la atención de su parto. Aspectos tales como la

[6] Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el Parto Normal: Una Guía Práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo OMS, Ginebra. 1996

interrelación con el personal del hospital, la privacidad, los muebles, la luz, el ruido ambiental etc. ya que éstas influyen directamente en el estado emocional de la madre, liberando o inhibiendo sustancias (hormonas y neurotransmisores) que afectan directamente la contractilidad uterina.

El Parto normal se define como parto normal aquel que:

> "inicia espontáneamente, es de bajo riesgo al iniciar y permanece así durante toda la labor y el parto. El (la) niño (a) nace espontáneamente, de vértice, entre las 37 y 42 semanas de gestación. Después nacimiento la madre y el infante se encuentran en buenas condiciones"[7]

De acuerdo con esta definición diversos estudios han mostrado que la tasa promedio de parto de alto riesgo es de aproximadamente el 20%, similar a la proporción de embarazos de alto riesgo. En general se considera que la proporción de mujeres de bajo riesgo al inicio de la labor está entre el 70% y 80%[8].

Por lo anterior, en un parto normal debe haber una razón válida para interferir con ese proceso natural. Es necesario hacer el diagnóstico de verdadero trabajo de parto para la admisión de la embarazada, ya que el trabajo del parto suele dividirse en falso y verdadero.

El parto normal es atendido por personal autorizado, Médico(a), enfermeras obstetras, internos universitarios y enfermeras de postgrado bajo supervisión, previa valoración del médico gineco-obstetra o de la enfermera obstetra.

- Falso trabajo de parto: El falso trabajo de parto, que es bastante común al final del embarazo, se caracteriza por contracciones irregulares, que se acompañan de dolor dorsal leve o severo pero sin progreso, no hay modificaciones cervicales y la presentación no desciende.
- Verdadero trabajo de parto: El verdadero trabajo de parto comienza con contracciones uterinas regulares, las cuales se vuelven más frecuentes, más intensas y de mayor duración a medida que transcurre el tiempo; hay cambios cervicales (dilatación y borramiento), generalmente ocurre expulsión del tapón, mucoso y descenso de la presentación.

La realización del Partograma[9] se aplica tanto en parto espontáneo como el inducido y permite alertar en aquellos casos que se insinúa un detenimiento o poco progreso del trabajo de parto. Evita el uso innecesario de maniobras y medicamentos, porque amerita la evaluación integrada y cuidadosa de la mujer.

---

[7] Ibídem.
[8] Ibídem.
[9] Representación gráfica de la evolución del trabajo de parto.

En este instrumento se registra:

- Dilatación cervical
- Frecuencia de las contracciones
- Altura de la presentación
- Variedad de posición
- Frecuencia cardiaca fetal
- Estado de las membranas ovulares

La valoración del progreso de la labor de parto se hace a través de la observación de la mujer, su apariencia, comportamiento, lo que ella expresa, las contracciones y el descenso de la presentación; así como la dilatación cervical. El trabajo de parto se muestra en la siguiente tabla de diagnóstico del periodo y la fase del trabajo de parto.

Figura

Signos y síntomas	Período	Fase
• Cuello uterino no dilatado	Trabajo de parto falso/ No hay trabajo de parto	
• Cuello uterino dilatado menos de 4 cm.	Primer	Latente
• Cuello uterino dilatado de 4-9 cm. • Tasa de dilatación característica de 1 cm. por hora o más • Comienza el descenso fetal	Primer	Activa
• Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm.) • Continúa el descenso fetal • No hay deseos de pujar	Segundo	Temprana (no expulsiva)
• Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm.) • La parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvis • La mujer tiene deseos de pujar	Segundo	Avanzada (expulsiva)

Fuente: CCSS. 2009

La guía establece los recursos humanos con que se debe de contar para brindar la atención del parto, y las actividades de atención del parto normal con sus diferentes componentes:

- Componente: Proceso de Admisión.
- Componente: Preparto (Primer período del parto: fase latente).
- Componente: Primer Periodo del Parto: Fase Activa

- Componente: Segundo Periodo del Parto: Expulsivo
- Componente: Tercer Periodo del Parto: Alumbramiento

Así como las actividades la atención del post parto normal:

- Componente: Atención de la madre en el posparto inmediato
- Componente: Atención Mediata del Recién Nacido Sano
- Componente: Atención del Bebé y de la Madre en Sala de Alojamiento Conjunto.
- Componente: Valoración Integrada del Bebé y de la Madre para el Egreso

Cabe agregar que todas y cada uno de los aspectos señalados en los artículos 4 y 5 de la iniciativa legislativa están ampliamente contemplados y desarrollados en objetivos, actividades y metas en el acápite denominado "Atención del Parto Normal" de la Guía de Atención Integral a las mujeres, niños, niñas en el período prenatal, parto y posparto[10].

2.4.- Informe de la Defensoría de los habitantes de la República (DHR)[11]

Atención prenatal a las mujeres embazadas que se encuentran en condición de pobreza o indigencia médica

Con respecto a la necesidad de ofrecer protección especial a la madre, el niño y la niña; a las personas antes de su nacimiento, mientras permanece en el claustro materno y a la madre en el período de gestación, es que la DHR emitió varias recomendaciones a las autoridades de la CCSS, las cuales fueron acogidas por la misma. Protección que se encuentra establecida tanto en la normativa nacional como internacional, que señala principios rectores relacionados con el derecho a la vida y a la salud.

Es por ello que desde que inicia el embarazo, durante el parto y en el post parto se debe garantizar la atención prenatal a las mujeres embarazadas, independientemente de adscripción a alguna categoría de aseguramiento, nacionalidad, o condición migratoria.

La DHR recibió quejas, durante los últimos tres años, relacionadas con la atención prenatal que se brinda a las mujeres en estado de gravidez, y ha comprobado con gran preocupación, la toma de medidas regresivas por parte de las autoridades

[10] CCSS. Páginas 70-115.
[11] http://www.dhr.go.cr/informacion_relevante/comunicados/2018/abril/10.CCSS_debe_garantizar_atencion_prenatal.pdfrecuperado el 12 de marzo de 2019.

financieras de la CCSS que afectan el derecho a la salud de estas mujeres y sus hijos e hijas por nacer.

En las investigaciones realizadas por la DHR, se ha comprobado que no se ha otorgado el aseguramiento por el Estado a mujeres embarazadas, por encontrarse morosas con alguna de las modalidades de aseguramiento, así como que se les emite una factura cada vez que son atendidas. Esta situación ha generado que las mujeres decidan no ir a las citas de control prenatal por no tener como cancelar la deuda y evitar que ésta siga creciendo.

Asimismo, se han denegado exámenes médicos y la entrega de medicamentos a mujeres embarazadas, así como que se ha omitido entregarles la licencia de maternidad a mujeres migrantes trabajadoras aduciendo su situación migratoria, pero curiosamente sí se les rebajan las cargas sociales.

En el último informe final de la DHR -con recomendaciones- se le reiteró a la CCSS, la obligación de garantizar la atención prenatal a las mujeres embazadas que se encuentran en condición de pobreza o indigencia médica, independientemente si se encuentran morosas con alguna categoría de aseguramiento, para lo cual deben realizarse un estudio o valoración de la condición de pobreza de esas mujeres y no denegar el seguro por el Estado solamente por la condición de morosidad con la Institución.

2.5.- Acciones de la CCSS

En cumplimiento a las recomendaciones de la DHR, las Gerencias Médica y Financiera de la CCSS, emitieron recientemente una circular dirigida a todos los Directores y Directoras Regionales de las Red de Servicios de Salud, personas administradoras de Hospitales y Áreas de Salud, personas jefas y encargadas de Validación de Servicios Médicos en la que se les recuerda el otorgamiento de los servicios y atenciones de salud a las mujeres embarazadas con carácter prioritario, reiterando que se debe otorgar el Seguro por el Estado a las mujeres embarazadas, incluyendo al núcleo familiar, cuando se compruebe su estado de indigencia médica, pobreza o pobreza extrema independientemente si se encuentra en situación de morosidad con la Institución, de conformidad con lo solicitado por la Defensoría de los Habitantes.

La Defensoría de los Habitantes celebra la emisión de la citada circular, en razón de que esta directriz garantiza la atención prenatal a todas las mujeres embarazadas, independientemente si se trata de una trabajadora cuyo patrono o patrona se encuentra morosa con la CCSS, o si ella como trabajadora independiente o asegurada voluntaria se encuentra en condición de morosidad, ya que en todos los casos, se establece el procedimiento de valoración de su condición

socioeconómica para otorgar un seguro por el Estado, y la comunicación a la usuaria a través de un acto administrativo, de manera que se garantice la atención prenatal a la cual tiene derecho por su condición de embarazo, tal y como lo ha venido solicitando esta Institución.

La Defensoría de los Habitantes continuará vigilante del cumplimiento de la normativa nacional e internacional de protección al derecho a la vida y la salud de las mujeres embarazadas y de sus hijas o hijas por nacer, de manera que toda mujer embarazada reciba por parte de la CCSS, los servicios médicos y la atención prenatal a que tienen derecho, independientemente de condición. Oficina de Prensa. Defensoría de los Habitantes.

2.6.- Guía Integral: recomendaciones de la organización mundial de la salud (OMS)

La Organización Mundial de la Salud (OMS)[12] concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos del mundo reciben una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal. En el continuo de servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, y la prevención de enfermedades. Se ha constatado que, cuando se realizan en tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas.

De modo significativo, la atención prenatal también ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias y las comunidades y brindarles apoyo en un momento decisivo de la vida de una mujer. Al elaborar estas recomendaciones sobre atención prenatal se ha puesto énfasis en la importancia de establecer una comunicación eficaz sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento y socioculturales y brindar un apoyo eficaz de tipo social, cultural, emocional y psicológico a las embarazadas de una manera respetuosa. Estas funciones de comunicación y apoyo de la atención prenatal son esenciales, no solo para salvar vidas, sino para mejorar la calidad de vida, incrementar la utilización de los servicios de atención de la salud y aumentar la calidad de la atención. Las experiencias positivas de las mujeres en el marco de la atención prenatal y el parto pueden sentar las bases para una maternidad saludable.

Las presentes recomendaciones constituyen una guía integral de la OMS sobre la atención prenatal sistemática que se ha de brindar a las embarazadas. Su objetivo es complementar las directrices existentes de la OMS sobre la atención de

[12] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12 spa.pdf;jsessionid=4AD446403704FCD05F1ADCACBF22C9D6?sequence=1 recuperadp el 12 de marzo de 2019.

determinadas complicaciones relacionadas con el embarazo. Su finalidad es reflejar y responder a la compleja naturaleza de las cuestiones que rodean la práctica y la prestación de la atención prenatal, así como ir más allá de la prevención de la mortalidad y la morbilidad y priorizar la atención de la salud centrada en la persona y el bienestar, de conformidad a un enfoque basado en los derechos humanos.

El alcance de la presente guía se definió mediante un examen sistemático de los puntos de vista de las mujeres. Dicho examen evidenció que las mujeres desean que la atención prenatal les permita experimentar el embarazo de forma positiva.

Una experiencia de embarazo positiva se define como el mantenimiento de la normalidad física y sociocultural, el mantenimiento de un embarazo saludable que beneficie a la madre y al recién nacido (incluida la prevención o el tratamiento de los riesgos, las enfermedades y la muerte), la realización de una transición efectiva hacia un parto y un nacimiento positivo, y la experiencia de una maternidad positiva (incluida la autoestima, la competencia y la autonomía maternas).

2.7.- Lista resumida de las recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo

Estas recomendaciones se aplican a las embarazadas y a las adolescentes en el contexto de la atención prenatal rutinaria.

A. Intervenciones nutricionales	Recomendación	Tipo de recomendación
Intervenciones alimentarias	**A.1.1:** Se recomienda brindar asesoramiento a las embarazadas sobre la importancia de una alimentación saludable y la actividad física durante el embarazo, con el fin de que se mantengan sanas y no aumenten excesivamente de peso durante el embarazo.[1]	Recomendada
	A.1.2: En poblaciones desnutridas se recomienda proporcionar a las embarazadas información nutricional sobre la importancia de aumentar la ingesta calórica y de proteínas para reducir el riesgo de dar a luz a niños con insuficiencia ponderal.	Recomendada en contextos específicos
	A.1.3: En poblaciones desnutridas se recomienda que las embarazadas tomen suplementos dietéticos energéticos y proteicos equilibrados para reducir el riesgo de muerte prenatal y de nacimiento de niños de tamaño pequeño para su edad gestacional.	Recomendada en contextos específicos
	A.1.4: En poblaciones desnutridas no se recomienda que las embarazadas tomen suplementos ricos en proteínas para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de hierro y ácido fólico	**A.2.1:** Para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, el bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario por vía oral de hierro y ácido fólico con entre 30 y 60 mg de hierro elemental[2] y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico.[3,4]	Recomendada
	A.2.2: Para mejorar los resultados maternos y neonatales se recomienda que las embarazadas tomen intermitentemente un suplemento de hierro y ácido fólico por vía oral con 120 mg de hierro elemental[5] y 2800 µg (2,8 mg) de ácido fólico una vez a la semana si la toma diaria de hierro no es aceptable debido a los efectos secundarios; esta recomendación también es aplicable en aquellas poblaciones en las que la prevalencia de anemia entre las embarazadas sea inferior al 20%.[6]	Recomendada en contextos específicos
Suplementos de calcio	**A.3:** En poblaciones con una dieta baja en calcio, se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario de calcio (1,5–2,0 g de calcio elemental por vía oral) para reducir el riesgo de preeclampsia.[7]	Recomendada en contextos específicos

Fuente: OMS, 2019.

[1] Una dieta sana durante el embarazo es aquella que contiene una cantidad adecuada de energía, proteínas, vitaminas y minerales obtenidos mediante el consumo de diversos alimentos, entre ellos verduras, hortalizas, carne, pescado, legumbres, frutos secos, cereales integrales y fruta.

[2] El equivalente de 60 mg de hierro elemental es 300 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 180 mg de fumarato ferroso o 500 mg de gluconato ferroso.

[3] La ingesta de ácido fólico debería comenzar lo antes posible (preferiblemente antes de la concepción) para prevenir los defectos del tubo neural.

[4] Esta recomendación sustituye la anterior recomendación de la OMS *(1)*.

[5] El equivalente de 120 mg de hierro elemental es 600 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 360 mg de fumarato ferroso o 1000 mg de gluconato ferroso.

[6] Esta recomendación reemplaza la anterior recomendación de la OMS *(2)*.

[7] Esta recomendación está en consonancia con las recomendaciones de la OMS de 2011 sobre la preeclampsia y la eclampsia *(3)* y reemplaza la recomendación de la OMS de 2013 sobre los suplementos de calcio *(4)*.

Suplementos de vitamina A	**A.4:** Solo se recomienda la toma de un suplemento de vitamina A como método para prevenir la ceguera a las embarazadas de zonas donde el déficit de vitamina A sea un problema grave de salud pública.[8 9]	Recomendada en contextos específicos
Suplementos de zinc	**A.5:** Se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de zinc únicamente en el marco de investigaciones rigurosas.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Suplementos de micronutrientes múltiples	**A.6:** No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de micronutrientes múltiples para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de vitamina B6 (piridoxina)	**A.7:** No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina B6 (piridoxina) para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de vitamina E y C	**A.8:** No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina E y C para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada
Suplementos de vitamina D	**A.9:** No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina D para mejorar los resultados maternos y perinatales.[10]	No recomendada
Restricción de la ingesta de cafeína	**A.10:** Para reducir el riesgo de aborto y de insuficiencia ponderal del recién nacido se recomienda que las embarazadas con una alta ingesta diaria de cafeína (más de 300 mg al día)[11] disminuyan el consumo diario de cafeína durante el embarazo.	Recomendada en contextos específicos

B. Evaluación materna y fetal[12]	**Recomendación**	**Tipo de recomendación**
B.1: Evaluación materna		
Anemia	**B.1.1:** El hemograma completo es el método recomendado para diagnosticar la anemia en el embarazo. En entornos donde no es posible realizar hemogramas completos se recomienda preferiblemente realizar in situ la prueba de hemoglobina con un hemoglobinómetro más que con una escala colorimétrica.	Recomendada en contextos específicos
Bacteriuria asintomática (BA)	**B.1.2:** El cultivo de muestras de orina tomadas a mitad de la micción es el método recomendado para diagnosticar la bacteriuria asintomática (BA) en embarazadas. En entornos donde no es posible realizar urocultivos, para diagnosticar la BA en embarazadas se recomienda realizar in situ la tinción de Gram a muestras de orina tomadas a mitad de la micción antes que usar tiras reactivas.	Recomendada en contextos específicos

[8] El déficit de vitamina A es un problema grave de salud pública si ≥ 5% de las mujeres de una población tienen antecedentes de ceguera nocturna en su embarazo más reciente con resultado de nacido vivo en los 3 a 5 años anteriores, o si ≥ 20% de las embarazadas tienen un nivel de retinol en suero < 0,70 µmol/L. Para determinar si el déficit de vitamina A es un problema de salud pública es necesario calcular la prevalencia del déficit en una población utilizando indicadores bioquímicos y clínicos específicos de los niveles de vitamina A.

[9] Esta recomendación reemplaza la anterior recomendación de la OMS *(5)*.

[10] Esta recomendación reemplaza la anterior recomendación de la OMS *(6)*.

[11] Esto incluye cualquier producto, bebida o alimento que contenga cafeína (esto es, café filtrado, té, refrescos de cola, bebidas energéticas con cafeína, chocolate y pastillas de cafeína).

[12] El grupo de elaboración de directrices no evaluó la evidencia relativa a las actividades esenciales de atención prenatal, como la medición de la presión arterial, la proteinuria y el peso maternos, y la comprobación de los ruidos cardiacos fetales, ya que estas actividades se consideran parte de una buena práctica clínica.

Violencia de pareja	**B.1.3:** Para mejorar el diagnóstico clínico y la atención subsiguiente, en las visitas de atención prenatal se debería considerar seriamente la posibilidad de realizar una indagación clínica sobre la posible existencia de violencia de pareja al evaluar afecciones que podrían estar provocadas o agravadas por este tipo de violencia, siempre que haya capacidad para dar una respuesta de apoyo (incluida la derivación cuando proceda) y se cumplan los requisitos mínimos establecidos por la OMS.[13 14]	Recomendada en contextos específicos
Recomendaciones extraídas de otras directrices de la OMS que son pertinentes para la evaluación de la atención materna prenatal		
Diabetes mellitus gestacional	**B.1.4:** Cuando la hiperglucemia se detecta por primera vez en cualquier momento del embarazo, esta debería clasificarse como diabetes mellitus gestacional o diabetes mellitus durante el embarazo, según los criterios establecidos por la OMS.[15]	Recomendada
Consumo de tabaco	**B.1.5:** Los profesionales de atención de la salud deberían preguntar a todas las embarazadas lo antes posible y en cada visita de atención prenatal si consumen o han consumido tabaco y si están expuestas al humo ajeno.[16]	Recomendada
Uso de sustancias	**B.1.6:** Los profesionales de atención de la salud deberían preguntar a todas las embarazadas lo antes posible y en cada visita de atención prenatal si consumen o han consumido alcohol u otras sustancias.[17]	Recomendada
Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis	**B.1.7:** En entornos de alta prevalencia,[18] las pruebas y el consejo practicados a instancias del profesional deberían considerarse un componente sistemático del conjunto de servicios sanitarios que se brindan a las embarazas en todos los centros de atención prenatal. En entornos de baja prevalencia, se puede considerar la posibilidad de ofrecer a las embarazadas pruebas y asesoramiento practicados a instancias del profesional en centros de atención prenatal como componente clave de los esfuerzos destinados a eliminar la transmisión materno-infantil del VIH, así como a combinar las pruebas de detección del VIH con las pruebas de detección de otros virus, de la sífilis y de otras afecciones importantes, según el contexto, y a reforzar los sistemas de atención materna e infantil subyacentes.[19]	Recomendada

[13] Los requisitos mínimos son: un protocolo o procedimiento operativo normalizado; capacitación sobre cómo preguntar acerca de la violencia de pareja y sobre cómo proporcionar la respuesta mínima o una respuesta ampliada; entorno privado; garantía de la confidencialidad; existencia de un sistema de derivación; y tiempo para que el paciente pueda proporcionar la información apropiada.

[14] Esta recomendación está en consonancia con las directrices clínicas y normativas de 2013 de la OMS *(7)*.

[15] Esta no es una recomendación para el tamizaje de rutina de hiperglicemia durante el embarazo. Esta recomendación se ha extraído y adaptado de la publicación de 2013 de la OMS *(8)*, en la que se afirma que se debería diagnosticar diabetes mellitus gestacional en cualquier momento del embarazo si se cumplen uno o más de los siguientes criterios:

- glucosa plasmática en ayunas de 5,1–6,9 mmol/L (92–125 mg/dL)
- glucosa plasmática ≥ 10,0 mmol/L (180 mg/dL) una hora después de la administración de 75 gr de glucosa por vía oral
- glucosa plasmática de 8,5–11,0 mmol/L (153–199 mg/dL) dos horas después de la administración de 75 gr de glucosa por vía oral

La diabetes mellitus durante el embarazo se debería diagnosticar si se cumplen uno o más de los siguientes criterios:

- glucosa plasmática en ayunas ≥ 7,0 mmol/L (126 mg/dL)
- glucosa plasmática ≥ 11,1 mmol/L (200 mg/dL) dos horas después de la administración de 75 gr de glucosa por vía oral
- glucosa en plasma al azar ≥ 11,1 mmol/L (200 mg/dL) en presencia de síntomas de diabetes.

[16] Extraído de las recomendaciones de la OMS de 2013 *(9)*.

[17] Extraído de las directrices de la OMS 2014 *(10)*.

[18] Los entornos de alta prevalencia son aquellos en los que la prevalencia del VIH es superior al 5% en la población que se somete a las pruebas de detección pertinentes. Los entornos de baja prevalencia son aquellos en los que la prevalencia del VIH es inferior al 5% en la población que se somete a las pruebas de detección pertinentes *(11)*. En entornos en los que la epidemia del VIH está generalizada o concentrada, se debería practicar a las mujeres seronegativas una nueva prueba de detección del VIH en el tercer trimestre de la gestación debido al elevado riesgo de infección por el virus durante el embarazo.

[19] Extraído y adaptado de las *Consolidated guidelines on HIV testing services* de la OMS *(11)*.

Tuberculosis (TB)	**B.1.8:** En entornos donde la prevalencia de la tuberculosis (TB) entre la población general es igual o superior a 100 por cada 100 000 habitantes, se debería considerar la posibilidad de someter a las embarazadas a un cribado sistemático para detectar la TB activa en el marco de la atención prenatal.[20]	Recomendada en contextos específicos
B.2: Evaluación fetal		
Estimación diaria del movimiento fetal	**B.2.1:** La estimación diaria del movimiento fetal, por ejemplo mediante tablas de conteo de 10 patadas del feto, solo se recomienda en el contexto de una investigación rigurosa.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Medición de la altura uterina	**B.2.2:** Para mejorar los resultados perinatales no se recomienda sustituir la palpación abdominal por la medición de la altura uterina a efectos de evaluar el crecimiento fetal. No se recomienda el cambio de la práctica habitual (palpación abdominal o medición de la altura uterina) en un entorno específico.	Recomendada en contextos específicos
Cardiotocografía prenatal	**B.2.3:** Para mejorar los resultados maternos y perinatales no se recomienda realizar sistemáticamente a las embarazadas una cardiotocografía prenatal.[21]	No recomendada
Ecografía	**B.2.4:** Para calcular la edad gestacional, mejorar la detección de anomalías fetales y embarazos múltiples, reducir la inducción del parto en embarazos prolongados y mejorar la experiencia del parto de las mujeres, se recomienda realizar a las embarazadas una ecografía antes de la semana 24 de gestación (ecografía temprana).	Recomendada
Ecografía Doppler de los vasos sanguíneos fetales	**B.2.5:** Para mejorar los resultados maternos y perinatales no se recomienda realizar sistemáticamente una ecografía Doppler a las embarazadas.[22]	No recomendada

C. Medidas preventivas	Recomendación	Tipo de recomendación
Antibióticos para la bacteriuria asintomática (BA)	**C.1:** Para prevenir la bacteriuria persistente, el nacimiento prematuro y la insuficiencia ponderal al nacer se recomienda administrar un tratamiento antibiótico de siete días de duración a todas las embarazadas con bacteriuria asintomática (BA).	Recomendada
Profilaxis antibiótica para prevenir las infecciones recurrentes del tracto urinario	**C.2:** La profilaxis antibiótica solo se recomienda para prevenir las infecciones recurrentes del tracto urinario en mujeres embarazadas en el marco de una investigación rigurosa.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Administración prenatal de inmunoglobulina anti-D	**C.3:** Solo se recomienda administrar profilaxis prenatal con inmunoglobulina anti-D a embarazadas Rh negativas no sensibilizadas en las semanas 28 y 34 de gestación para prevenir la aloinmunización anti-RhD en el contexto de una investigación rigurosa.	Recomendada en contextos específicos (investigación)

[20] Extraído y adaptado de las recomendaciones de 2013 de la OMS *(12)*.

[21] La cardiotocografía es un registro continuo de la frecuencia cardiaca fetal y las contracciones uterinas obtenido a través de un transductor de ultrasonido colocado sobre el abdomen de la madre.

[22] La ecografía Doppler permite analizar las ondas del flujo sanguíneo en la arteria umbilical (y otras arterias fetales) para evaluar el bienestar del feto en el tercer trimestre del embarazo.

Tratamiento antihelmíntico preventivo	**C.4:** En zonas endémicas[23] se recomienda administrar tratamiento antihelmíntico preventivo a las embarazadas que hayan superado el primer trimestre de gestación en el marco de programas de reducción de las infecciones por helmintos.[24]	Recomendada en contextos específicos
Vacuna antitetánica	**C.5:** Para prevenir la mortalidad neonatal por tétanos se recomienda vacunar contra el tétanos a todas las embarazadas, dependiendo de su exposición previa a la vacuna antitetánica.[25]	Recomendada
Recomendaciones extraídas de otras directrices de la OMS que son pertinentes para la atención prenatal		
Prevención del paludismo: tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo (TPIe)	**C.6:** En las zonas de África donde el paludismo es endémico, se recomienda administrar un tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxina-pirimetamina (TPIe-SP) a todas las embarazadas. La administración del tratamiento debería empezar en el segundo trimestre del embarazo, y las dosis deberían espaciarse al menos un mes, con el objetivo de que la embarazada reciba al menos tres dosis.[26]	Recomendada en contextos específicos
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para prevenir la infección por VIH	**C.7:** Se debería ofrecer profilaxis previa a la exposición (PrEP) por vía oral con tenofovir disoproxil fumarato (TDF) a las mujeres embarazadas que corran un riesgo considerable de infectarse por el VIH como opción de prevención adicional en el marco de estrategias de prevención combinadas.[27]	Recomendada en contextos específicos

D. Intervenciones ante síntomas fisiológicos comunes	Recomendación	Tipo de recomendación
Náuseas y vómitos	**D.1:** Para aliviar las náuseas en las fases iniciales del embarazo se recomienda el jengibre, la camomila, la vitamina B6 y/o la acupuntura, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada
Acidez gástrica	**D.2:** Para prevenir y aliviar la acidez gástrica en el embarazo se recomienda brindar asesoramiento sobre el régimen alimentario y el modo de vida. Se pueden ofrecer preparaciones de antiácidos a las mujeres con síntomas molestos que no se alivien mediante la modificación del modo de vida.	Recomendada
Calambres en las piernas	**D.3:** Se puede administrar magnesio, calcio o tratamiento no farmacológico para aliviar los calambres en las piernas durante el embarazo, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada

[23] Zonas donde la prevalencia de helmintiasis transmitidas por el suelo es superior al 20%.

[24] De conformidad con la directriz de 2016 de la OMS *(13)*.

[25] Esta recomendación está en consonancia con las directrices de 2006 de la OMS *(14)*. El calendario de vacunación depende de la exposición previa a la vacuna antitetánica.

[26] Extraído de las directrices de 2015 de la OMS. En dichas directrices también se señala que la OMS recomienda que, en las zonas de África donde la transmisión del paludismo es de moderada a alta, se administre a todas las embarazadas un TPIe-SP en cada visita de atención prenatal programada, comenzando lo antes posible en el segundo trimestre, siempre que las dosis de sulfadoxina-pirimetamina se administren a intervalos de al menos un mes. La OMS recomienda un conjunto de intervenciones para prevenir el paludismo durante el embarazo, entre las que figuran la promoción y el uso de mosquiteros impregnados con insecticida y la administración de TPIe-SP *(15)*. Para que las embarazadas de zonas donde el paludismo es endémico empiecen a recibir TPIe-SP lo antes posible en el segundo trimestre, los encargados de la formulación de políticas deberían velar por que las mujeres entren en contacto con el sistema de salud en la 13.ª semana de gestación.

[27] Extraído de las directrices de 2015 de la OMS *(16)*. Se considera que el riesgo de infección por VIH es considerable cuando la incidencia de la infección por VIH en ausencia de PrEP es suficientemente elevada (> 3%) como para que la administración de PrEP sea potencialmente costoeficaz. La administración de PrEP a personas con un riesgo considerable de infección por VIH maximiza los beneficios relativos a los riesgos y los costos.

Lumbalgia y dolor pélvico	**D.4:** Para prevenir la lumbalgia y el dolor pélvico se recomienda realizar ejercicio regularmente durante el embarazo. Existen varias opciones terapéuticas a las que se puede recurrir, como la fisioterapia, las fajas de sujeción y la acupuntura, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada
Estreñimiento	**D.5:** Se pueden administrar suplementos de salvado de trigo o de otras fibras para aliviar el estreñimiento durante el embarazo si la afección no mejora tras la modificación del régimen alimentario, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada
Venas varicosas y edema	**D.6:** Para tratar las venas varicosas y los edemas durante el embarazo se puede recurrir a opciones no farmacológicas, como las medias de compresión, la elevación de las piernas y la inmersión en agua, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada

E: Intervenciones en los sistemas de salud para mejorar la utilización y calidad de la atención prenatal	**Recomendación**	**Tipo de recomendación**
Notas clínicas en manos de la mujer	**E.1:** Se recomienda que cada embarazada lleve sus propias notas clínicas durante la gestación para mejorar la continuidad y calidad de la atención y su experiencia del embarazo.	Recomendada
Continuidad asistencial impulsada por parteras	**E.2:** Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras —consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto— se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces.	Recomendada en contextos específicos
Atención prenatal en grupo	**E.3:** La atención prenatal en grupo proporcionada por profesionales sanitarios cualificados puede ofrecerse como alternativa a la atención prenatal individual a mujeres embarazadas en el contexto de una investigación rigurosa, dependiendo de las preferencias de la mujer y siempre que se disponga de la infraestructura y los recursos necesarios para la prestación de atención prenatal en grupo.	Recomendada en contextos específicos (investigación)
Intervenciones comunitarias para mejorar la comunicación y el apoyo	**E.4.1:** Para mejorar la salud de la madre y el recién nacido se recomienda implantar la movilización comunitaria por medio de la facilitación de ciclos de aprendizaje y acción participativos con grupos de mujeres, particularmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a servicios asistenciales.[28] Los grupos participativos de mujeres representan una oportunidad para que estas hablen de sus necesidades durante el embarazo, en particular de los obstáculos que dificultan su acceso a los servicios asistenciales, y para aumentar el apoyo que se brinda a las embarazadas.	Recomendada en contextos específicos
	E.4.2: Para aumentar la utilización de la atención prenatal y mejorar los resultados de salud perinatal, se recomienda la aplicación de conjuntos de intervenciones que incluyan la movilización de los hogares y las comunidades y las visitas domiciliarias prenatales, especialmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a servicios asistenciales.	Recomendada en contextos específicos

[28] Extraído de las recomendaciones de 2014 de la OMS *(17)*.

Delegación de componentes de la prestación de atención prenatal[29]	**E.5.1:** Se recomienda delegar la promoción de comportamientos relacionados con la salud en beneficio de la salud materna y neonatal[30] en un amplio abanico de profesionales, como trabajadores sanitarios no especializados, auxiliares de enfermería, enfermeros, parteras y médicos.	Recomendada
	E.5.2: Se recomienda delegar la distribución de los suplementos nutricionales recomendados y el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo para la prevención del paludismo en un amplio abanico de profesionales, como auxiliares de enfermería, enfermeros, parteras y médicos.	Recomendada
Contratación y retención de personal en zonas rurales y remotas[31]	**E.6:** Los encargados de la elaboración de políticas deberían tomar en consideración la aplicación de intervenciones educativas, normativas, financieras y de apoyo personal y profesional para contratar y retener a profesionales sanitarios cualificados en zonas rurales y remotas.	Recomendada en contextos específicos
Programas de contactos de atención prenatal	**E.7:** Para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia asistencial de las mujeres se recomiendan modelos de atención prenatal con un mínimo de ocho contactos.	Recomendada

[29] Recomendaciones extraídas y adaptadas de las directrices de la OMS sobre optimización de la salud materna y neonatal de 2012 *(18)*.

[30] Incluida la promoción de los siguientes comportamientos: búsqueda de atención y utilización de los servicios de atención prenatal; preparación para el parto y para hacer frente a complicaciones; dormir bajo la protección de mosquiteros impregnados de insecticida; partos atendidos por personal cualificado; compañía durante el trabajo de parto y el nacimiento; asesoramiento nutricional; suplementos nutricionales; otros suplementos e intervenciones según el contexto; realización de la prueba de detección del VIH durante el embarazo; lactancia materna exclusiva; atención postnatal y planificación familiar; inmunización con arreglo a las directrices nacionales.

[31] Recomendación extraída y adaptada de las recomendaciones mundiales de política de 2010 de la OMS *(19)*.

2.8.- Cobertura de atención perinatal que ofrece la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en toda la geografía nacional

Un mejoramiento de la cobertura de atención perinatal[13] que ofrece la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en toda la geografía nacional, se desprende de la evaluación que realiza la institución, año a año y que mide el desempeño de los servicios institucionales.

De acuerdo con la evaluación correspondiente al 2016 y efectuada por la Dirección de Compras de Servicios de Salud de la CCSS, la cual fue revelada recientemente, se evidencia un incremento de los diferentes indicadores que componen la atención perinatal tales como:

- Embarazadas que inician su control prenatal en el primer trimestre de gestación.
- Mujeres en periodo posparto y recién nacidos que acuden a su primer control en los primeros ocho días.

[13] https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-eleva-coberturas-de-atencion-perinatal recuperado el 12 de marzo de 2019.

- Realización de pruebas de tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sífilis en las embarazadas antes de las 20 semanas de gestación.
- Abordaje oportuno y adecuado de embarazadas con prueba VDRL positiva para sífilis.

El estudio en mención mide el acceso, el cuidado prenatal y la sobrevivencia de la población infantil mediante la captación temprana y realización de las pruebas de tamizaje de sífilis conocido como VDRL y del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) antes de las 20 semanas de gestación; en tanto que la mejora en la salud de la madre y el niño se evalúa mediante el abordaje oportuno de las mujeres con serología VDRL positiva.

Los resultados de la citada evaluación demuestran una mejoría de todos los indicadores como se señala en el siguiente cuadro:

Indicador	2015	2016
Captación temprana embarazadas	76%	79%
Tamizaje VIH	69%	72%
Tamizaje VDRL	73	76
Abordaje serología VDRL positiva	53%	58%
Captación temprana mujeres en periodo posparto	81%	83%
Captación temprana menores un año	78%	79%

Para la doctora María Eugenia Villalta Bonilla, gerente médica de la CCSS, tales resultados son de gran importancia, toda vez que existe una estrecha relación entre la salud y la fruición de las poblaciones materna e infantil. Ambos grupos, de acuerdo con la especialista en salud pública, deben de ser atendidos en forma conjunta mediante el acceso, la detección y el abordaje temprano a los servicios de salud.

Precisamente, el objetivo institucional, dijo, es obtener un mejor grado de salud para las madres y los recién nacidos. La autoridad médica dijo que la CCSS ha estado trabajando, en los últimos años, en una mejora en la calidad de la población y recordó la incorporación reciente del tamizaje auditivo y el de malformaciones cardiaca graves mediante la oximetría de pulso.

La autoridad médica de la CCSS explicó que también se tiene una excelente cobertura en el tamizaje neonatal o prueba del talón, la cual alcanza al 97% de los recién nacidos. En relación con la atención a las mujeres embarazadas se tiene una cobertura del 87% y la cobertura de menores de un año es del 99%.

Los datos demuestran que la CCSS le está ofreciendo a un mayor grupo de mujeres y niños una atención oportuna que le permite intervenir posibles riesgos que podrían afectar su salud.

III.- ANALISIS DEL ARTÌCULADO

Artículo 1.-

Esta propuesta pretende declarar vía ley el 25 de marzo de cada año como Día Nacional de la vida antes de nacer. La creación de esta efeméride ya existe vía Decreto Ejecutivo N° 28043-S del 19 de agosto de 1999 que dispone: "*Se declara el **27 de julio** de cada año, como el Día Nacional " Vida Antes de Nacer*."

Las declaratorias de días nacionales, dedicados al reconocimiento y celebración de alguna labor en particular, persona o sector de la sociedad, en su mayoría, se realizan mediante Decretos Ejecutivos, no obstante, en las últimas legislaturas se ha utilizado el procedimiento de la promulgación de una ley para declarar estas efemérides. Crear este día nacional vía ley, no representa ningún problema legal o constitucional y forma parte de la atribución de la Asamblea Legislativa de promulgar leyes. Por lo que el legislador debe valorar si amerita crear esa efeméride vía ley.

En criterio de esta asesoría no se justifica hacer una ley para declarar una efeméride que ya existe desde hace más de 20 años mediante decreto, además, son muchos los días que se han decretados como nacionales mediante decreto.

A nivel internacional la fecha que se ha adoptado para esta celebración es el 25 de marzo de cada año. Lo que se propone, es cambiar el día de 27 de julio al día 25 marzo para que quede igual que en otros países. En la exposición de motivos se justifica el cambio de fecha*s señalando que: "…a nivel internacional la fecha en que se celebra este derecho es el 25 de marzo…"* Asimismo, se señala que*: "Países como Guatemala (1999); Chile (1999); Nicaragua (2000); República Dominicana*

(2001); Perú (2002), México, Eslovaquia y Filipinas celebran el Día del No Nacido en esa fecha. Incluso, en el Primer Congreso Internacional Provida, celebrado en Madrid, España, en el 2003, se acordó por abrumadora mayoría que se celebre el día de la vida, día del niño por nacer o día de la vida naciente, el día 25 de marzo de cada año".

En Costa Rica hay actividades que se celebran en fecha distinta a la fecha de celebración de las mismas actividades en otros países, por ejemplo, el Día de la madre.

Además, si lo que se desea es cambiar la fecha del día nacional eso podría hacerlo el Poder Ejecutivo mediante un nuevo decreto.

Artículo 2.-

Este artículo señala que los Ministerios de la Presidencia, de Salud y de Educación Pública, y la Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional de la Mujer y el Patronato Nacional de la Infancia podrán coordinar las acciones y actividades que consideren oportunas para promover la defensa de la vida antes de nacer. La normativa propuesta no representa ningún problema de orden legal o constitucional, ya que, pese a que involucra a entes con un grado amplio de autonomía, el numeral es redactado de forma facultativa u optativa. Cabe señalar que el Decreto Nº 28043-S vigente en su artículo 2[14] señala que el Ministerio de Salud es el encargado de coordinar las actividades de celebración del día nacional y las instituciones públicas deberán colaborar en la celebración. El proyecto de ley es más preciso al señalar en concreto que el Patronato Nacional de la Infancia, el Ministerio de la Presidencia, el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social, el Instituto Nacional de la Mujer y el Ministerio de Educación Pública podrán coordinar las acciones y actividades que consideren necesarias para promover la defensa de la vida antes de nacer e informar sobre todos los cuidados que deben existir durante el embarazo para garantizar la salud de la madre así como de la vida por nacer.

IV.- ASPECTOS DE TRÁMITE LEGISLATIVO

Votación:

De acuerdo con el artículo 119 constitucional, este proyecto de ley requiere ser aprobación de la mayoría absoluta de los diputados presente

[14] Artículo 2.- El Ministerio de Salud será el encargado de coordinar las acciones y actividades que tiendan a la celebración adecuada de dicha actividad dentro del respeto y promoción democrática del país, para lo cual las Instituciones Públicas deben colaborar con el Ministerio en la celebración del día indicado.

Delegación:

La iniciativa de ley, al no encontrarse dentro de los supuestos mencionados en el artículo 124 constitucional, podrá ser delegada en una Comisión con Potestad Legislativa Plena.

Consultas

Obligatorias

- Instituto Nacional de las Mujeres
- Patronato Nacional de la Infancia
- Caja Costarricense de Seguro Social
- Consejo Superior de Educación

Facultativas

- Ministerio de Educación Pública
- Ministerio de Cultura y Juventud
- Defensoría de los habitantes

VII.- NORMATIVA SOBRE *DERECHO A LA VIDA.*

Citamos algunas normas relevantes referentes al derecho a la vida en nuestro ordenamiento jurídico:

El artículo 21 de la **Constitución Política** señala que la vida humana es inviolable.

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, firmada en Bogotá en el año 1948, plantea en su artículo 1 acerca del Derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad e integridad de la persona, que: "Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona".

Por su parte, el artículo 4 de la **Convención Americana de Derechos Humanos** se refiere al Derecho a la Vida señalando**: "***1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. 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*…". La sentencia Artavia Murillo versus el Estado Costarricense la Corte IDH concluyó que la protección del derecho a la vida se inicia a partir del momento de la implantación, y que tal protección se incrementa conforme al desarrollo gestacional.[15]

[15] Convención Americana sobre Derechos Humanos. Chistian Steiner Marie-Christine Fuchs, Editores, Konrad Adenauer Stiftung. Segunda Edición. 2019, Página 128

Declaración Universal de Derechos Humanos, firmada en 1948, plantea en su artículo 3 que: “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, firmado en 1976 reafirma en su artículo 6, inciso 1 que: “El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente” .

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer (Belem do Pará), firmada en 1994 plantea que: Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros: el derecho a que se respete su vida.

Asimismo, entre otras las normas que se refieren a la materia de vida y derecho de nacer, podemos citar el Código Penal, Código de la Niñez y la Adolescencia y el Código Civil (Artículo 31).

El **Decreto Ejecutivo N.º 28043-S, de 19 agosto de 1999**, declaró el 27 de julio de cada año como el Día Nacional de la “Vida antes de Nacer.”

Proyectos relacionados con el tema del niño por nacer

Expediente	Estado
21299 LEY DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER EMBARAZADA EN CONFLICTO CON SU MATERNIDAD, ADOPCIÓN ANTICIPADA, ALUMBRAMIENTO ANÓNIMO, INSCRIPCIÓN DE NACIMIENTO Y EMPLAZAMIENTO DE LA FILIACIÓN DE PERSONA CONCEBIDA MEDIANTE TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA	C.P.E. de la Mujer
21239LEY DE DERECHOS DEL NIÑO Y LA NIÑA POR NACER	C.P.O. de Asuntos Sociales
20972DEROGATORIA DEL INCISO 4 DEL ARTÍCULO 93, EL INCISO 3 DEL ARTÍCULO 113 Y EL ARTÍCULO 120 DEL CÓDIGO PENAL (LEY PARA FORTALECER EL DERECHO A LA VIDA DE CADA NIÑO Y NIÑA)	C.P.E. de Derechos Humanos
20673REFORMAS AL CÓDIGO PENAL LEY N° 4573 DEL 4 DE MAYO DE 1970 LEY PARA PROTEGER EL DERECHO A LA VIDA	C.P.O. de Asuntos Jurídicos
19481LEY PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ	ARCHIVADO N° 15609
16944DÍA INTERNACIONAL DEL NIÑO POR NACER	ARCHIVADO

	N° 13625
15400DECLARACIÓN DEL DÍA DE CELEBRACIÓN DEL DERECHO A LA VIDA	ARCHIVADO N° 12360

Fuente: Departamento de Servicios Parlamentarios. 2019

Elaborado por: mccq – jbn
/*lsch//28-4-2020
c. archivo