

Ampliando el acceso a los servicios de aborto con medicamentos: retos y oportunidades

Bela Ganatra,^a Philip Guest,^b Marge Berer^c

a Científica, UNDP/UNFPA/UNICEF/OMS/Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación en Investigación sobre Reproducción Humana del Banco Mundial, Ginebra, Suiza. Correspondencia: ganatrab@who.int

b Consultor independiente, Bangkok, Tailandia

c Redactora, Reproductive Health Matters, Londres, Reino Unido

El aborto con mifepristona y misoprostol (o solo misoprostol en lugares donde la mifepristona aún no ha sido aprobada ni está disponible) es un método seguro y eficaz para interrumpir embarazos tanto en las etapas iniciales como en las más avanzadas. Las tabletas de misoprostol también pueden utilizarse para manejar el aborto incompleto y el aborto espontáneo. Cuando se utiliza en el embarazo temprano, el aborto con medicamentos puede ser ofrecido en establecimientos de salud del primer nivel de atención y por profesionales de la salud no médicos.¹ La experiencia de más de tres décadas con estos medicamentos ha presentado evidencia incremental de que muchos componentes del aborto con medicamentos temprano también pueden realizarse de manera segura fuera de un establecimiento de salud, comenzando porque la mujer se tome la mifepristona en el centro de salud y use el misoprostol en su casa, y luego por permitir que se tome la mifepristona en su casa. Actualmente se están realizando diversos esfuerzos para ayudar a la mujer a verificar, desde su casa, que tuvo un aborto completo tal como muestran los artículos en este suplemento. A medida que se acumula la evidencia, se redefine nuestra comprensión e interpretación de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de aborto inseguro, para tener en cuenta el hecho de que “las personas, capacidades y normas médicas consideradas seguras en la prestación de servicios de aborto son diferentes para el aborto con medicamentos y el aborto quirúrgico”.²

Sin embargo, traducir la evidencia mundial a la realidad local continúa siendo un reto. Varios de los artículos en este suplemento examinan estas barreras al estudiar los conocimientos y las perspectivas de profesionales de la salud y mujeres

– tanto en contextos donde la interrupción legal del embarazo es restringida a solo algunas indicaciones (por ejemplo, Argentina, Zimbabue) como en aquellos donde se permite el aborto por una gran variedad de causales (como Camboya, India, Nepal, Turquía). En todos estos diversos entornos, el aspecto en común es la falta de conocimientos exactos. Los hallazgos, tomados de manera colectiva, indican que los conocimientos científicamente exactos sobre el aborto con medicamentos, los regímenes adecuados y el manejo del proceso, no están extendidos ni siquiera en entornos donde el aborto con medicamentos es legal, ni siquiera entre profesionales de la salud que prestan servicios de aborto con medicamentos. Los currículos de las facultades de medicina, incluso para los y las estudiantes de ginecología y obstetricia, no siempre incluyen en la capacitación el tema del aborto con medicamentos. En los diferentes entornos, aún existen limitadas fuentes fidedignas de información para prestadores de servicios, especialmente para aquellos que trabajan fuera de hospitales urbanos importantes, por lo cual los conocimientos – incluso sobre las directrices nacionales basadas en evidencia – no parecen filtrarse hacia abajo para llegar a un gran número de prestadores de servicios o para influir en su profesión. Por ello, persiste el uso de métodos obsoletos, como el legrado uterino instrumental (LUI), como fue señalado en Colombia por Rodríguez y colegas, y en Zimbabue por Maternowska y colegas.

Independientemente del contexto jurídico, las mujeres no tienen información adecuada sobre los parámetros de las leyes de su país, dónde y cómo obtener servicios de aborto seguro y legal, e incluso dónde obtener servicios de atención postaborto seguro si presentan complicaciones del aborto

inseguro. Las fuentes de información correcta y exacta son aún más limitadas para las mujeres rurales y con menor nivel de escolaridad. Las farmacias, trabajadores comunitarios informales, así como internet y líneas de atención telefónica, a menudo son las únicas fuentes de información en lugares donde las leyes son restrictivas. Como Ramos y colegas señalaron en Argentina, la información que las mujeres pueden obtener de esas fuentes no siempre es correcta o adecuada para proporcionar a las mujeres la consejería y el apoyo que desean recibir.

Un reto persistente es la resistencia o renuencia de actuales o futuros prestadores de servicios a brindar atención. Por ejemplo, en el estudio de Mihciokur, solo el 15% de los estudiantes de medicina informaron que prestarían servicios de aborto con medicamentos cuando empezaran a ejercer la medicina. Por otro lado, a veces existe gran resistencia de los médicos a ampliar las reservas de prestadores de servicios, para incluir a otros tipos de profesionales de la salud, como se vio en el estudio de Acharya y Kalyanwalla en India. Aunque esa resistencia se debe en parte a proteger el territorio profesional, también es producto de ideas erróneas y conocimientos incorrectos e inexactos sobre la seguridad del aborto con medicamentos.

No obstante, no todas las actitudes son negativas; los prestadores de servicios pueden estar bien informados pero preocupados sobre el suministro de información correcta y exacta, como encontraron Petit et y colegas en Camboya. Como demuestran numerosos artículos más en este suplemento, a pesar de los retos, es posible explorar enfoques innovadores para facilitar el acceso a la información y descentralizar los servicios de aborto con medicamentos y facilitar el acceso de las mujeres a estos.

En entornos donde el aborto quirúrgico ha sido el único método de aborto seguro utilizado, introducir el aborto con medicamentos como una opción incrementa el potencial de ampliar el acceso a los servicios seguros. El hecho de que esto es factible y aceptable fue mostrado por Louie y colegas en Armenia. Asimismo, Rob y colegas exploraron la factibilidad de introducir el aborto con medicamentos como parte del programa de Regulación Menstrual (RM) en Bangladesh, el cual existe desde hace mucho tiempo. En alianza con el gobierno, los servicios médicos de regulación menstrual fueron piloteados exitosamente en varias unidades de salud primarias en zonas rurales

y urbanas. La abrumadora mayoría de las mujeres tuvieron una RM exitosa sin necesidad de una intervención quirúrgica, y se encontró que esta opción es aceptable tanto para las mujeres como para los prestadores de servicios. Sanhueza y colegas demuestran que la prestación de servicios ambulatorios de aborto con medicamentos es posible incluso después de las primeras nueve semanas del embarazo. Su estudio, en el contexto del programa de interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal de México, logró pilotear este enfoque hasta las primeras diez semanas (70 días) del embarazo.

Aunque en los estudios de Bangladesh y México, la mayoría de las mujeres regresaron a la clínica para una consulta de seguimiento con el fin de confirmar que tuvieron un aborto completo, esta consulta ya no es considerada obligatoria. Aún se están estudiando numerosos métodos para ayudar a las mujeres a determinar si tuvieron un aborto completo y si necesitan acudir a posteriores citas de seguimiento. Entre esos métodos figuran el uso de pruebas de embarazo en la orina de baja sensibilidad y el uso de una lista de verificación con preguntas de tamizaje. Constant y colegas van más allá hacia el ámbito de Salud Móvil (mHealth). En el contexto de Sudáfrica, donde el uso de teléfonos móviles es muy común y las mujeres generalmente tienen acceso privado a teléfonos móviles, demuestran que el uso de medios móviles interactivos para hacer preguntas de tamizaje es una posibilidad que amerita ser estudiada más a fondo.

El acceso puede ampliarse aún más si se permite que profesionales de la salud no médicos presten servicios de aborto con medicamentos.

En el estudio de Bangladesh mencionado anteriormente, la mayoría de los prestadores de servicios en los centros de salud del sector público eran trabajadores auxiliares. En Nepal, Puri y colegas demuestran que las enfermeras-obstetras auxiliares (ANM, por sus siglas en inglés) pueden prestar servicios de aborto con medicamentos de manera independiente y exitosa, incluso en niveles más bajos de atención y donde no se dispone de un médico. Otros trabajadores comunitarios pueden desempeñar papeles secundarios asegurándose de que las mujeres tengan acceso oportuno a un prestador de servicios capacitado correspondiente, o facilitando referencias, como se vio también en el estudio de Puri y colegas en Nepal.

Las farmacias continúan siendo un primer punto de contacto para muchas mujeres que buscan un método para la interrupción del

embarazo en lugares donde el acceso a los servicios está limitado o no es económicamente asequible. Sin embargo, las mujeres a menudo reciben información incorrecta o inexacta en las farmacias, así como medicamentos inadecuados o ineficaces. Las intervenciones dirigidas a incrementar conocimientos o cambiar prácticas a menudo muestran éxito variable, como señalaron Tamang y colegas en Nepal y Fetters y colegas en Zambia. La práctica vigente es difícil de cambiar en un corto curso de capacitación; debido a la alta tasa de rotación de personal y formación heterogénea del personal de farmacias, se necesita capacitación repetida para sostener cambios positivos.

El aborto con medicamentos no solo es de beneficio para las mujeres, sino que también es rentable para los sistemas de salud. En un estudio de caso en Colombia, Rodríguez y colegas utilizaron el modelo de árbol de decisiones para mostrar que el sistema de salud podría reducir costos al incrementar los servicios de aborto con medicamentos y reemplazar el legrado uterino instrumental por el aborto con medicamentos. Sanhueza y colegas también argumentan que los servicios ambulatorios de aborto con medicamentos extendidos a 70 días desde la FUM contribuirán a reducir costos en los servicios de salud pública.

Todos estos enfoques pueden ayudar a llevar los servicios más cerca de las mujeres pero, como advierten Subha Sri y Ravindran, no se puede suponer que el acceso a los medicamentos por sí solo vaya a corregir las desigualdades de género implícitas o la falta de autonomía de las mujeres para tomar decisiones relacionadas con su salud reproductiva y el hecho de que quedan embarazadas. Se debe prestar máxima atención a estos asuntos fundamentales y a los esfuerzos por ampliar el acceso a los servicios de aborto seguro.

La mayoría de los estudios destacados en este suplemento son parte de una iniciativa de investigación sobre ciencias sociales e investigación operativa, con el fin de ampliar el acceso a los servicios de aborto con medicamentos, la cual fue apoyada por UNDP/UNFPA/UNICEF/OMS/Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación en Investigación sobre Reproducción Humana (HRP) del Banco Mundial, desde el año 2009 hasta el 2014, por medio de una subvención de un donante anónimo. Estos estudios fueron seleccionados de manera competitiva entre propuestas de investigación cuya finalidad era abordar una brecha significativa en sus contextos y

tenían el potencial de producir cambios en programas o políticas. Los hallazgos de los estudios en esta iniciativa de investigación también fueron reportados en numerosas otras publicaciones.

No se puede exagerar la necesidad de realizar investigación operativa o investigación de aplicación para mantener el ritmo de la evidencia clínica que está avanzando rápidamente con relación al aborto con medicamentos en las etapas iniciales del embarazo. Por ejemplo, los ensayos de investigación han mostrado la seguridad y eficacia de prestar servicios de aborto con medicamentos temprano en ámbitos ambulatorios de atención primaria con profesionales de la salud no médicos, pero aún falta mucho por entender sobre cómo asegurar ambientes facilitadores que permitan compartir esas tareas en los contextos de programas. Asimismo, aún es necesario estudiar más a fondo las áreas relacionadas con determinar la eficacia o aceptabilidad de los papeles secundarios de trabajadores comunitarios para proporcionar información y tamizaje, asegurar la búsqueda de atención temprana y brindar apoyo a las mujeres durante el aborto con medicamentos, los cuidados de seguimiento y la anticoncepción postaborto. Las intervenciones con personal de farmacias pueden ser un reto, pero encontrar estrategias eficaces para mejorar sus conocimientos y capacidad de proporcionar información y referencias pueden ser elementos importantes para prevenir el aborto inseguro. Al igual que hemos reconocido que la consulta de seguimiento posiblemente no sea necesaria, también debemos crear herramientas sencillas para determinar un aborto completo, las cuales deben estar disponibles a las mujeres. Igual de importante es encontrar maneras factibles de asegurar vínculos eficaces con servicios de anticoncepción postaborto para las mujeres que desean recibirlos.

La consejería e información son fundamentales para que la mujer logre tener un aborto con medicamentos completo en las etapas iniciales del embarazo. Dado que es un proceso que ocurre en el cuerpo de la mujer, y no un procedimiento que alguien le practica a la mujer, la necesidad de recibir información correcta y exacta es clave tanto para la mujer como para el prestador de servicios. La telemedicina, salud móvil y el uso de medios no tradicionales son vías importantes que se deben explorar, al igual que enfoques innovadores de capacitación para profesionales de la salud, en sus currículos y como parte de la capacitación en

servicio. Además, se debe prestar atención a las estrategias dirigidas a la retención de prestadores de servicios capacitados, que estén dispuestos y tengan la capacidad para prestar servicios a las mujeres más marginadas o en zonas más rurales, así como a las mujeres jóvenes y solteras.

Es imperativo documentar rigurosamente tanto los esfuerzos exitosos como los que no tienen mucho éxito, dado que la escasez de datos de monitoreo y evaluación continua obstaculizando los esfuerzos por ampliar los servicios y transferir las lecciones de un contexto a otro.

Los hallazgos de las investigaciones son solo el primer paso para realizar cambios en programas y políticas. Es difícil atribuir impacto a los hallazgos de un solo estudio, ya que la mayoría de los cambios ocurren como resultado de múltiples factores. La difusión de los resultados del estudio debe ir seguida de una estrategia específica y acciones relacionadas con poner los conocimientos en práctica y abogar por cambios. La mayoría de los investigadores destacados en este suplemento han continuado trabajando en los hallazgos de su estudio y con otras personas en su país para llevar a cabo dichos cambios. El trabajo reportado por Louie y colegas es un buen ejemplo de cómo las investigaciones apoyaron la inclusión de los servicios de aborto con medicamentos en el primer trimestre en los servicios de salud reproductiva para las mujeres en Armenia y llevaron a la creación de un grupo de trabajo que elaboró guías nacionales sobre la prestación de servicios de aborto con medicamentos basada en los hallazgos del estudio.

En conclusión, ante un embarazo no deseado o no intencional, muchas mujeres continúan buscando formas de interrumpirlo, ya sea de manera segura o insegura. Aunque las inquietudes sobre el uso no regulado de estos medicamentos posiblemente sean válidas, la mejor manera de incrementar su seguridad y salvaguardarla contra el uso no regulado, es incrementar su disponibilidad por medio de una ampliación graduada que implique la racionalización de procedimientos y prestadores de servicios, y cubra las necesidades de las mujeres. La vasta evidencia sobre la sencillez, seguridad y eficacia del aborto con medicamentos indica que es idóneo para ampliar el acceso a los servicios de aborto seguro y al tratamiento de las complicaciones postaborto.

(Artículo traducido por Reproductive Health Matters, UK)

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2a ed. Ginebra: OMS, 2012.2.
2. Ganatra B, Tuncalp O, Johnston HB, et al. From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2014; 92(3):155. Doi: 10.2471/BLT.14.136333.