

El uso de medicamentos está cambiando el rostro del aborto

Podría decirse que el aborto con medicamentos (también comúnmente conocido como aborto médico) es el avance más importante en tecnología de salud reproductiva desde el descubrimiento de los anticonceptivos orales. Se ha demostrado que este sencillo proceso, que implica el uso de píldoras en lugar de instrumentos quirúrgicos invasivos, es seguro y hasta un 98% efectivo para la terminación temprana del embarazo.¹⁻³ En lugares en donde el aborto es legal, el aborto con medicamentos ha expandido la variedad de opciones efectivas disponibles, mejorando en consecuencia la experiencia del aborto para quienes desean evitar la cirugía. En lugares donde el aborto es ilegal o está altamente restringido, ha aportado por primera vez a muchas mujeres un medio seguro y discreto para la terminación temprana de un embarazo no deseado. Además, en todos los lugares en donde está disponible, el aborto con medicamentos ha reducido la dependencia de las mujeres de los sistemas médicos, proporcionándoles una mayor autonomía y control sobre sus decisiones reproductivas más importantes.

La administración de mifepristona, seguida de una prostaglandina, es el estándar de oro del aborto con medicamentos. La mifepristona se aprobó inicialmente a fines de los años ochenta en China y Francia y desde entonces ha sido usada de manera segura y efectiva por muchos millones de mujeres en todo el mundo.⁴⁻⁷ La mifepristona disminuye la disponibilidad biológica de la progesterona, la hormona necesaria para mantener el embarazo. Normalmente se usa en combinación con el misoprostol, el cual ayuda a vaciar el útero al inducir contracciones uterinas.¹ Sin embargo, la mifepristona no está disponible en muchos lugares debido a restricciones legales relacionadas con la provisión de servicios de aborto. Tampoco está disponible en numerosos lugares en donde la población de mujeres en edad reproductiva es pequeña, debido a que el alto costo del registro de medicamentos hace que su introducción al mercado no sea atractiva para las entidades comerciales. Como resultado, la mifepristona está registrada para la terminación del embarazo en solamente cerca de 50 países del mundo, la mayoría de los cuales están en las regiones desarrolladas de Europa.⁸ De los 20 países en desarrollo en donde la mifepristona está registrada, dos tercios se encuentran en Asia. En la actualidad, la mifepristona está registrada solamente en cinco países africanos (Mozambique, Zambia, Túnez, Sudáfrica y Ghana) y en dos países de América Latina (México y Guyana).

En muchos lugares donde la mifepristona no está disponible, es común que se use solamente el misoprostol para

la terminación temprana del embarazo. El misoprostol fue desarrollado originalmente a mediados de los años ochenta para indicaciones gastrointestinales, y tiene licencia para tal propósito en cerca de 90 países en el mundo.⁹ El medicamento no es caro y se mantiene estable a temperatura ambiente, características que lo hacen ideal para inducir el aborto en entornos de bajos recursos. El primer uso generalizado del misoprostol para la terminación del embarazo del que se tiene registro ocurrió en Brasil a fines de los años ochenta.¹¹ Desde entonces, el conocimiento y uso del misoprostol por sí sólo como medio para la terminación temprana del embarazo han crecido a lo largo de América Latina, así como en otras regiones en donde el aborto está legalmente restringido y la mifepristona no está disponible.¹³ Aunque el uso del misoprostol por sí sólo es menos efectivo que su uso con mifepristona, los abortos realizados solamente con misoprostol son de cualquier forma un modo seguro, aceptable y efectivo de terminación temprana del embarazo.⁶ Sin embargo, en otros lugares, las mujeres carecen de acceso tanto al misoprostol como a la mifepristona. Estos países incluyen gran parte de África del Norte y del Oeste; algunas partes de África Central, del Este y del Sur; así como varios países de Asia y América del Sur.¹⁰ Quizás no resulte sorprendente que, en esos mismos lugares, se encuentran algunas de las leyes de aborto más restrictivas del mundo y las tasas más altas de mortalidad relacionada con el aborto.¹⁷

La aceptabilidad del aborto con medicamentos entre las mujeres que buscan un aborto es alta en los países en desarrollo, independientemente del lugar o régimen utilizado.⁵ Además, la demanda de este procedimiento parece estar creciendo rápidamente en muchos lugares. Es difícil documentar tendencias específicas en el uso del aborto con medicamentos debido a que la mifepristona a menudo no está disponible y el uso de misoprostol se realiza en gran parte sin autorización o clandestinamente. No obstante, hay algunas evidencias del reciente crecimiento en las ventas de ambos productos. En un estudio que dio seguimiento a las ventas de misoprostol entre 2002 y 2007, se observaron aumentos sustanciales en varios países de Asia, incluidos la India (646%), Bangladesh (128%) e Indonesia (118%), así como aumentos regionales de 86% en el Medio Oriente-África del Norte, y 27% en África subsahariana.²⁰ Otra evidencia también sugiere grandes aumentos en la demanda reciente del aborto con medicamentos en la India, donde tanto la mifepristona como el misoprostol están registrados y ampliamente disponibles. Según fuentes farmacéuticas, en 2011 se vendieron 100 millones

Por Beverly Winikoff y Wendy Sheldon

Beverly Winikoff es presidenta y Wendy Sheldon es asociada de programas sénior, ambas de Gynuity Health Projects, Nueva York

de tabletas de misoprostol (muy por encima de los 34 millones vendidos en 2007).²¹ Si bien se carece de datos comparables de años anteriores para la mifepristona, aproximadamente 20 millones de tabletas del medicamento se vendieron en el país en 2011.²¹

Es probable que el crecimiento en el uso del aborto con medicamentos en los países en desarrollo continúe sin detenerse, puesto que el propio crecimiento de la población hará que el número de mujeres en edad reproductiva también crezca; y también, debido a que el conocimiento acerca del procedimiento se ha extendido profusamente. Por ejemplo, en lugares en donde las mujeres tienen muy poco o ningún acceso a cualquiera de estos medicamentos, algunas de ellas están recurriendo a Internet para la compra de medicamentos. *Women on Web*, una organización establecida en el año 2006 con el fin de ayudar a mujeres que viven en países con leyes de aborto restrictivas, es una de las proveedoras de esos servicios. Después de corroborar en línea la elegibilidad de la usuaria, *Women on Web* envía por correo al domicilio de la mujer un paquete que contiene mifepristona, misoprostol y un kit de prueba de embarazo. *Women on Web* ha prestado sus servicios a miles de mujeres de al menos 88 países en Europa del Oeste y del Este, Oriente Medio, África, Asia y Oceanía, y América Latina y el Caribe.²² La evidencia sugiere que el uso de telermedicina por parte de organizaciones como *Women on Web* y otros profesionales médicos puede ser un medio seguro y efectivo para proveer el aborto con medicamentos.²³ Sin embargo, los servicios basados en Internet no pueden llegar a las personas que carecen de acceso a computadoras, o a muchas personas que residen en áreas rurales.

Otro factor responsable del creciente uso del aborto con medicamentos en algunos países en desarrollo es la mayor participación de proveedores de nivel medio en la provisión del procedimiento. Por ejemplo, en países como Vietnam, Túnez, Sudáfrica y Nepal se ha encontrado personal clínico no médico brindando o con la capacidad para brindar abortos con medicamentos.²⁵⁻²⁸ La evidencia sugiere que la provisión del servicio a través de personal clínico no médico no tiene un impacto adverso en la seguridad o eficacia del procedimiento.²⁵ Además, se han desarrollado nuevas formas para simplificar los servicios y reducir la dependencia en el sistema médico. Por ejemplo, una nueva prueba de embarazo que está ahora en desarrollo permitiría que las mujeres siguieran los cambios en sus niveles de gonadotropina coriónica humana (GCh) a través del tiempo.* La prueba es apropiada para uso en el hogar después del aborto con medicamentos y tiene el potencial de reducir sustancialmente la necesidad de visitas de seguimiento a la clínica. En los Estados Unidos y Vietnam, la prueba ha demostrado ser altamente efectiva para diagnosticar la continuación del embarazo posterior al aborto con medicamentos, y la mayoría de las mujeres en ambos lugares reportaron que la prueba era de fácil administración.²⁹

*Las pruebas de embarazo normales solamente proporcionan información sobre si la GCh es detectable.

Aun así, todavía hay importantes barreras que limitan el acceso al aborto con medicamentos en los países en desarrollo. Si bien la reforma legal es esencial para la provisión de servicios de conocimiento público en los lugares donde el aborto es ilegal o está altamente restringido, también hay barreras en aquellos lugares donde el aborto es legal y aceptado. Las decisiones políticas y regulatorias a todos los niveles del sistema de salud pueden tener un marcado impacto en el costo y disponibilidad de los medicamentos que se usan para el aborto con medicamentos.

Por ejemplo, puede haber una buena disponibilidad de mifepristona o misoprostol en el sector privado, pero un acceso insuficiente al aborto con medicamentos en el sector público. Esta es la situación actual en la India, en donde el aborto es legal hasta las 20 semanas de embarazo, y la mifepristona y el misoprostol fueron aprobados para su venta y manufactura en todo el país en 2002. Luego de la aprobación, el número de productos relacionados al aborto con medicamentos disponibles en la India para compra en el sector privado se expandió rápidamente y, en consecuencia, las ventas prosperaron. Para 2009, al menos 20 productos genéricos de misoprostol estaban disponibles en el país en diversas formulaciones, y al menos siete compañías estaban comercializando un paquete combinado para aborto con medicamentos que incluía una tableta de mifepristona y cuatro tabletas de misoprostol (200 mcg cada una). Sin embargo, en la mayoría de los estados del país, el aborto con medicamentos todavía no está disponible como parte de los servicios del sector público y, con frecuencia, los proveedores de servicios carecen de los conocimientos suficientes sobre el uso y ventajas del aborto con medicamentos.³¹

En otras situaciones, el sector público es el principal proveedor del aborto con medicamentos y el sector privado desempeña un rol muy pequeño. Esto es en gran parte lo que ocurre en la Ciudad de México, en donde el aborto electivo se legalizó en 2007 hasta las 12 semanas a partir del último período menstrual. A unos meses de la aprobación de la ley, el gobierno de la Ciudad de México aceptó un régimen de misoprostol y lo incorporó a las directrices clínicas para los hospitales públicos y centros de salud, en donde el procedimiento se provee de forma gratuita a mujeres que residen en la Ciudad de México. En el período comprendido entre 2007 y marzo de 2012, las instituciones del sector público proveyeron un total de 78,788 abortos, de los cuales 51,747 (66%) fueron inducidos con medicamentos.³² La mifepristona fue registrada en México en 2011 y desde entonces ha sido incorporada en los servicios de aborto del sector público.⁸ El uso del aborto con medicamentos ha seguido en aumento entre las mujeres que reciben servicios de aborto; en los primeros tres meses de 2012, el aborto con medicamentos representó el 75% del total de procedimientos de aborto provistos.³² En contraste con la situación en la India, la gran mayoría de los abortos con medicamentos en México son provistos a través de canales gubernamentales, en vez de ser provistos por los sectores privado y no gubernamental.

En otros lugares, como en algunas partes de la ex Unión Soviética, el uso del aborto con medicamentos se ve entorpecido por requerimientos innecesarios impuestos a las mujeres o a los sistemas de salud. En Kazajistán, por ejemplo, el uso del aborto con medicamentos es bajo a pesar de la disponibilidad de los fármacos, debido a los requerimientos que obligan a las mujeres que obtengan el procedimiento a permanecer en el hospital, obtener una prueba de ITS y regresar para una visita de seguimiento. En Uzbekistán y el Cáucaso Sur (Armenia, Azerbaiyán y Georgia), los requerimientos engorrosos para el registro de medicamentos ordenan que la mifepristona y el misoprostol se vuelvan a registrar cada cinco años, y los abortos con medicamentos no pueden ser provistos hasta que el nuevo proceso de registro se complete.³³ Además, los costos informales que, en última instancia, elevan los precios del procedimiento son comunes, los cuales son normalmente el resultado de la corrupción o ineficiencia en el sector comercial. Por ejemplo, en Ucrania, se tiene que comprar una dosis de 600 mg de mifepristona, aunque la dosis de 200 mg es el régimen estándar recomendado en las directrices nacionales emitidas por el Ministerio de Salud. Debido a que la mifepristona es un fármaco relativamente caro (tres píldoras cuestan alrededor de US\$270), la compra obligatoria del exceso de medicamento aumenta sustancialmente el costo del aborto.

Aunque el acceso al aborto con medicamentos es todavía limitado en muchos lugares, ha habido un considerable avance en muy poco tiempo. En la actualidad, el conocimiento sobre el uso de fármacos para inducir el aborto existe casi en todas partes; la demanda ha trascendido fronteras culturales, educativas y geográficas; y las mujeres de todo el mundo están consistentemente satisfechas con el procedimiento.¹⁹ Sin embargo, si hemos de lograr el acceso universal, tenemos que encontrar formas de introducir la tecnología en aquellos lugares donde todavía no está disponible. El aborto con medicamentos—como el aborto quirúrgico—está siendo usado en países en donde el aborto es ilegal o está altamente restringido y continuará siendo buscado en esos lugares en el futuro. En tales contextos, es probable que el aborto con medicamentos sea más seguro, menos invasivo y más aceptable que el aborto quirúrgico. Finalmente, todas las mujeres que quieren acceder al aborto con medicamentos deben tener acceso a la combinación de mifepristona y misoprostol, que es el régimen con la más alta eficacia y los menores efectos secundarios. El aborto con medicamentos es ahora una parte indispensable de la atención del aborto en los países desarrollados. Un acceso equitativo para las mujeres en los países en desarrollo es el siguiente compromiso imprescindible.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, second ed., Ginebra: OMS, 2012.
2. Trussell J y Ellertson C, Estimating the efficacy of medical abortion, *Contraception*, 1999, 60(3):119–135.
3. Fjerstad M et al., Rates of serious infection after changes in regi-

mens for medical abortion, *New England Journal of Medicine*, 2009, 361(2):145–151.

4. Shannon C et al., Infection after medical abortion: a review of the literature, *Contraception*, 2004, 70(3):183–190.
5. Winikoff B et al., Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1997, 176(2):431–437.
6. Ngoc NTN et al., Comparing two early medical abortion regimens: mifepristone+misoprostol vs. misoprostol alone, *Contraception*, 2011, 83(5):410–417.
7. Henderson JT et al., Safety of mifepristone abortions in clinical use, *Contraception*, 2005, 72(3):175–178.
8. Gynuity Health Projects, Map of mifepristone approval, <<http://gynuity.org/resources/info/map-of-mifepristone-approval>>, accedido el 10 de julio de 2012.
9. Rowlands S, Abortion pills: under whose control? *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2012, 38(2):117–122.
10. Gynuity Health Projects, Map of misoprostol approval, <<http://gynuity.org/resources/info/map-of-misoprostol-approval>>, accedido el 10 de julio de 2012.
11. Barbosa RM y Arilha M, The Brazilian experience with Cytotec, *Studies in Family Planning*, 1993, 24(4):236–240.
12. Costa SH y Vessey MP, Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil, *Lancet*, 1993, 341(8855):1258–1261.
13. Billings DL, Misoprostol alone for early medical abortion in a Latin American clinic setting, *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24, Suppl.):57–64.
14. Sayette H et al., Buccal use of misoprostol alone for early abortion: the experience in four Latin American countries, *Contraception*, 2011, 84(3):304.
15. Borgatta L et al., Misoprostol as the primary agent for medical abortion in a low-income urban setting, *Contraception*, 2004, 70(2):121–126.
16. von Hertzen H et al., Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial, *Lancet*, 2007, 369(9577):1938–1946.
17. Khan KS et al., WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review, *Lancet*, 2006, 367(9516):1066–1074.
18. Center for Reproductive Rights, *The World's Abortion Laws Map 2007*, Mar. 3, 2009, <<http://reproductiverights.org/en/document/the-worlds-abortion-laws-map-2007>>, accedido el 4 de agosto de 2012.
19. Swica Y et al., Review of the literature on patient satisfaction with early medical abortion using mifepristone and misoprostol, *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 2011, 6(4):451–468.
20. Fernandez MM et al., Assessing the global availability of misoprostol, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2009, 105(2):180–186.
21. Dalvie S, Secretariat, Asia Safe Abortion Partnership, Mumbai, India, comunicación personal, 2 de julio de 2012.
22. Gomperts R et al., Regional differences in surgical intervention following medical termination of pregnancy provided by telemedicine, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2012, 91(2):226–231.
23. Gomperts RJ et al., Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services, *BJOG*, 2008, 115(9):1171–1178.
24. Grossman D et al., Effectiveness and acceptability of medical abortion provided through telemedicine, *Obstetrics & Gynecology*, 2011, 118(2 Pt. 1):296–303.
25. Warriner IK et al., Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal, *Lancet*, 2011, 377(9772):1155–1161.

26. Hajri S et al., Ten years of medical abortion services and innovations in Tunisia, *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2008, 13(Suppl. 2):25–26.
27. Hajri S, Medical abortion: the Tunisian experience, *African Journal of Reproductive Health*, 2004, 8(1):63–69.
28. Yarnall J, Swica Y y Winikoff B, Non-physician clinicians can safely provide first trimester medical abortion, *Reproductive Health Matters*, 2009, 17(33):61–69.
29. Blum J et al., Can at-home semi-quantitative pregnancy tests serve as a replacement for clinical follow-up of medical abortion: a United States study, *Contraception*, 2012 (forthcoming).
30. Blum J, Gynuity Health Projects, New York, comunicación personal, 1 de agosto de 2012.
31. Dalvie S, Secretariat, Asia Safe Abortion Partnership, Mumbai, India, comunicación personal, 18 de febrero de 2010.
32. Sanhueza P, Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Salud del Distrito Federal, Ciudad de México, comunicación personal, 9 de julio de 2012.
33. Tsereteli T, Gynuity Health Projects, Tbilisi, Republic of Georgia, comunicación personal, 7 de agosto de 2012.

Contacto con la autora: bwinikoff@gynuity.org

OTROS MATERIALES DEL GUTTMACHER INSTITUTE DISPONIBLES EN ESPAÑOL

INFORME

Haciendo cuentas: costos y beneficios de los servicios anticonceptivos—estimaciones para 2012

HOJA INFORMATIVA

Los costos y beneficios de las inversiones en servicios anticonceptivos en el mundo en desarrollo

EN RESUMEN

Haciendo accesibles los servicios de aborto
a partir de las reformas legales

Hechos sobre el aborto inducido
en el mundo

Hechos sobre el aborto en América
Latina y el Caribe

VIDEO

Aborto en el mundo

PRÓXIMAMENTE

Embarazo no planeado y aborto inducido
en México: causas y consecuencias (verano 2013)



Estas y otras publicaciones en español están disponibles en el sitio web del Guttmacher Institute:
<http://www.guttmacher.org/sections/sp/index.php>