

EL ABORTO CON MEDICAMENTOS: UNA OPCIÓN PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

El uso de medicamentos para la interrupción del embarazo se ha convertido, en muchos países, en una alternativa para facilitar el acceso al aborto seguro. En México, las mujeres aún no disponen de esta opción cuando solicitan una interrupción legal del embarazo (ILE).

El aborto en las convenciones y conferencias internacionales de Naciones Unidas

Diversos tratados de derechos humanos y acuerdos internacionales comprometen a los Estados signatarios a proveer los mecanismos que permitan el acceso de las mujeres a una atención —integral y de calidad— de su salud.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) se reconoció al aborto inseguro como una de las mayores preocupaciones de la salud pública.¹

En 1999, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), convocó a una reunión de seguimiento de los acuerdos alcanzados en El Cairo, en la que se reiteró:

[E]n los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar al personal de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible. Se deben tomar medidas adicionales para salvaguardar la salud de la mujer.²

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, de la ONU, aprobó en 1999 la Recomendación General 24, en la cual instó a los Estados Partes a:

Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa.³

En el 2003, el Relator Especial del Derecho a la Salud de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU instó a los gobiernos a proveer servicios de aborto seguro, en los casos permitidos por la ley.⁴

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en sus guías éticas relativas al aborto indica que *la necesidad de prevenir el aborto inseguro justifica la provisión de un aborto seguro*. Más aún, recomienda:

[T]ras la debida consejería, las mujeres deben tener derecho de acceso al aborto inducido por medios médicos o quirúrgicos, [...] los servicios sanitarios tienen la obligación de suministrar tales servicios con las máximas condiciones posibles de seguridad.⁵

En el ámbito regional, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) adoptó en el 2002 recomendaciones para que las mujeres que reúnen las condiciones indicadas por la ley puedan acceder fácilmente a un aborto seguro.⁶

La situación legal del aborto en México

Con diferencias en cada entidad federativa, los códigos penales consideran situaciones por las que se permite el aborto: si el embarazo es producto de una violación o de una inseminación artificial no consentida, si hay riesgo para la salud y/o la vida de la mujer, si el feto tiene malformaciones graves, o si la mujer vive en situación de pobreza y tiene por lo menos tres hijos. En el Distrito Federal, desde abril del 2007 la interrupción voluntaria del embarazo es posible dentro de las primeras doce semanas de gestación.

Según informa la Secretaría de Salud capitalina, los procedimientos se realizan con misoprostol, ya sea solo o como complemento del legrado o de la aspiración endouterina.

Aún cuando la interrupción del embarazo sea un derecho en esos casos, no todas las mujeres en México tienen acceso a un aborto seguro debido a: la falta de proveedores capacitados, la objeción de los profesionales a realizar la práctica, la utilización de métodos inadecuados o desactualizados para inducir el aborto y, también, al desconocimiento de la ley o la solicitud de trámites legales o administrativos complejos que actúan como barreras. Esta situación es una violación de los derechos de las mujeres y trae como consecuencia riesgos para su salud y su vida.

Ampliando las opciones: el aborto con medicamentos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la interrupción del embarazo en manos de personal adiestrado y en condiciones higiénicas apropiadas es un procedimiento muy seguro. El riesgo de morir que entraña es 80 a 120 veces menor que el riesgo de morir en un parto.⁷ Actualmente, en países como Francia, Estados Unidos, Sudáfrica y Brasil se utilizan medicamentos para interrumpir el embarazo. Este procedimiento es una opción segura y efectiva, al igual que la aspiración endouterina (manual o eléctrica) y el legrado.

¿Qué es el aborto con medicamentos?

El aborto con medicamentos es el uso de drogas para interrumpir el embarazo. Es un método seguro, eficaz y de relativo bajo costo. Se lo suele llamar aborto no

quirúrgico para diferenciarlo del legrado y la aspiración endouterina.

Los primeros reportes del uso de drogas para inducir el aborto datan de los años cincuenta con la utilización del metotrexato. En 1980, el desarrollo de la mifepristona —un antiprogéstágeno que bloquea el efecto de la progesterona, la hormona que sostiene el embarazo— produjo un cambio radical en las opciones disponibles para las mujeres. Unos años más tarde se combinó la mifepristona con prostaglandinas —hormonas que tienen usos diversos en la medicina— demostrándose que esta combinación tenía una eficacia superior al 90% para inducir un aborto. Una de esas prostaglandinas, el misoprostol, es actualmente utilizado para la prevención y el tratamiento de la úlcera gástrica y también para la inducción del parto vaginal. Como método para la inducción del aborto, el efecto del misoprostol es la contracción de los músculos lisos del útero, provocando la expulsión de su contenido. Su baja tasa de efectos secundarios, su costo relativamente bajo, su mayor disponibilidad, su estabilidad a temperatura ambiente y su alta efectividad para el aborto (88% administrado correctamente) han hecho que sea una droga ampliamente usada en la actualidad en toda Latinoamérica.⁸

La OMS ha incluido el aborto con medicamentos en sus guías técnicas sobre aborto seguro.⁹ En el 2005, incluyó la mifepristona y el misoprostol en la lista de medicamentos esenciales. Esta lista reúne aquellos medicamentos que son necesarios para tratar las enfermedades más frecuentes y son seleccionados por su eficacia, seguridad y costo efectividad.¹⁰ Excepto Paraguay, Surinam y Guayana Francesa, todos los países latinoamericanos tienen aprobado el misoprostol para la venta en farmacias;

sólo Brasil, Colombia y Perú, lo tienen aprobado para uso obstétrico.¹¹

Las drogas y dosis recomendadas internacionalmente para inducir el aborto

con medicamentos entre la cuarta y la novena semana de gestación se presentan en el siguiente cuadro.¹² Cabe destacar que en México, como en los demás países de América Latina, sólo

el embarazo continúe.¹⁷ La eficacia del misoprostol como única droga es más variable: en embarazos de hasta nueve semanas, las tasas de continuación del embarazo oscilan entre 10 y 15%.¹⁸

Mifepristona vía oral y misoprostol vía oral Entre la semana 4 y 7 del embarazo	Mifepristona vía oral y misoprostol vía vaginal Entre la semana 4 y 9 del embarazo	Misoprostol vía vaginal Entre la semana 4 y 9 del embarazo
Mifepristona: 200 mg por vía oral <i>seguida de</i> Misoprostol: 400 microgramos por vía oral 36 a 48 horas después de la mifepristona	Mifepristona: 200 mg por vía oral <i>seguida de</i> Misoprostol: 800 microgramos por vía vaginal 36 a 48 horas después de la mifepristona Entre la semana 7 y la 9, si el sangrado no ocurre cuatro horas después de la administración del misoprostol, se puede dar una nueva dosis de 400 microgramos de misoprostol por vía oral o vaginal	Misoprostol: 800 microgramos por vía vaginal <i>seguido de</i> una segunda dosis, 3 a 6 horas después, de 800 microgramos de misoprostol por vía vaginal Si el sangrado no ocurre entre 3 y 6 horas después de la segunda dosis, puede administrarse una tercera dosis de 800 microgramos de misoprostol por vía vaginal

el misoprostol está disponible en el mercado y por ello sólo puede recomendarse el régimen presentado en la tercera columna.

La evidencia disponible sobre las posibles complicaciones del aborto con medicamentos (aborto incompleto, continuación del embarazo, sangrado excesivo o infección) sólo se refiere al uso combinado de mifepristona y misoprostol. En esos casos, el riesgo de complicaciones es muy bajo y todas ellas pueden ser eficazmente tratadas. Una entre mil mujeres puede experimentar sangrado intenso al punto que requiera una transfusión de sangre¹³ y menos del 1% puede desarrollar infecciones si el

aborto es realizado dentro de las nueve semanas de gestación.¹⁴ Los estudios con misoprostol solo, no reportan mayor cantidad de efectos secundarios ni complicaciones asociadas.¹⁵

La eficacia del uso combinado de mifepristona y misoprostol puede ser medida en términos de las tasas de continuación del embarazo. En mujeres que usaron ambas drogas por vía vaginal en embarazos de hasta nueve semanas, menos de 14 por cada mil de estos continuó y sólo 1% tuvo un aborto incompleto.¹⁶ La eficacia depende de la edad gestacional: cuanto más avanzada, la tasa de abortos incompletos aumenta, así como también aumenta la probabilidad de que

Por último, la evidencia disponible muestra que el uso de drogas para inducir el aborto es ampliamente aceptado por las mujeres. La aceptabilidad descansa en que esta alternativa es percibida como “más natural”, “que parece un aborto espontáneo”, pues no incluye maniobras sobre el cuerpo y permite una mayor privacidad. También se lo prefiere porque no requiere de internación ni de anestesia, permite un mayor control por parte de la mujer y puede utilizarse inmediatamente después de constatar un retraso menstrual sin necesidad de esperar las siete semanas de gestación como sucede con otros procedimientos.

¿Qué pueden hacer los tomadores de decisiones y proveedores de servicios para asegurar el acceso al aborto legal y seguro?

Las complicaciones y muertes por abortos inseguros deben ser evitadas. Para ello, es necesario tanto el compromiso de los tomadores de decisiones para implementar cambios en políticas y programas, como el de los proveedores de servicios de salud para realizar los abortos en óptimas condiciones en los casos previstos por la ley.

Para que el acceso a la ILE sea una posibilidad efectiva para las mujeres en México es necesario remover diversas barreras: desconocimiento de la ley, trámites administrativos excesivos, solicitud de consentimiento a terceros, períodos de espera obligatorios, entre otras.

Dada la evidencia científica acerca de la seguridad del aborto con medicamentos y la reducida inversión de recursos que supone su uso, es necesario el compromiso de las autoridades sanitarias para la aprobación del misoprostol para uso obstétrico y de la mifepristona, su inclusión en la Norma Oficial Mexicana (NOM) y en el cuadro básico de medicamentos. También se requiere la elaboración de guías clínicas para su uso y la capacitación del personal de salud para su amplia adopción y utilización apropiada. La situación de Brasil es en este sentido paradigmática: luego de haber aprobado el uso obstétrico del misoprostol, se incluyó esta droga dentro de las opciones para la interrupción legal del embarazo, protocolizando su administración junto a las otras opciones disponibles dentro de los centros públicos de salud habilitados para este fin.¹⁹

El derecho a acceder a los avances del conocimiento científico hace inexcusable la incorporación del aborto con medicamentos a las opciones disponibles para las mujeres. Con ello, se reducirán los riesgos y los costos y se ofrecerá una atención médica de mejor calidad. Por último, se ampliarán las opciones para la autonomía de las mujeres y se garantizarán más plenamente sus derechos, acorde con los objetivos de la *Declaración del Milenio*, compromiso internacional suscrito por el Gobierno de México en septiembre del 2000.

Notas

* GIRE agradece la colaboración de Mariana Romero, Silvina Ramos y Nina Zamberlin, investigadoras del CEDES, Argentina.

¹ Párrafo 8.25, *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994*, Nueva York, Naciones Unidas, 1995. Disponible en <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf> [consulta: 17/11/09].

² Párrafo 63.iii, *Resolución aprobada por la Asamblea General*, Naciones Unidas, 21° período extraordinario de sesiones, 1999. Disponible en <<http://www.unfpa.org.pe/cipd/cipd5/saludreproductiva.htm#planificacion>> [consulta: 17/11/09].

³ Párrafo 31.e, *Recomendación General N° 24*, Naciones Unidas, 1999. Disponible en <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>> [consulta: 17/11/09].

⁴ *Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, presentado de conformidad con la resolución 3003/31*, Naciones Unidas, 13 de febrero de 2003. [E/CN.4/2003/58].

⁵ FIGO, “Directrices éticas relativas al aborto provocado por razones no médicas” en *Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el Comité para los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y Salud de la Mujer de la FIGO*, Londres, 2003, pp. 221-224.

⁶ FLASOG, *Reporte Taller Pre-Congreso sobre Derechos Sexuales y Reproductivos*, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 19 de octubre de 2002.

⁷ WHO, *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, Ginebra, 2004.

⁸ Blanchard, K. *et al.*, “Misoprostol alone: a new method of medical abortion?” en *JAMWA*, Nueva York, 2000, v. 55, núm. 3, pp. 189-190.

⁹ OMS, *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, Ginebra, 2003.

¹⁰ Ver información de la OMS sobre medicinas esenciales en <http://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/index.html> [consulta: 17/11/09].

¹¹ *Misoprostol aprobado*, Gynuity, marzo 2009, [mapa]. Disponible en <http://gynuity.org/downloads/miso_approval_2009_map_spanish.pdf> [consulta: 17/11/09].

¹² Ver el paquete informativo para mujeres en el sitio de ICMA (International Consortium for Medical Abortion): <<http://www.medicalabortionconsortium.org/articles/for-women/main-book/?bl=es>> [consulta: 17/11/09].

¹³ Ganatra, B., “Contrasts and Common Ground: The Context of Abortion in Asia”, presentación en *Medical Abortion: An International Forum on Policies, Programmes and Services*, Johannesburgo, 17 al 20 de octubre de 2004. Disponible en <http://www.medicalabortionconsortium.org/uploads/file/bela_ganatra.pdf> [consulta: 17/11/09].

¹⁴ Shannon, C. *et al.*, “Infection after medical abortion: A review of the literature” en *Contraception*, septiembre 2004, v. 70, núm. 3, pp. 183-190.

¹⁵ Grossman, D., “Métodos médicos para el aborto en el primer trimestre: comentario de la BSR (última revisión 3/9/04)” en *Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*, N° 8, Update Software Ltd, Oxford, 2005.

¹⁶ British Pregnancy Advisory Service, *Early medical abortion (up to 9 weeks): Information about your treatment*, 2008. Disponible en <<http://www.bpas.org/bpasknowledge.php?page=151>> [consulta: 17/11/09].

¹⁷ Hamoda, H. *et al.*, “Medical abortion at 9–13 weeks’ gestation: a review of 1,076 consecutive cases” en *Contraception*, mayo 2005, v. 71, núm. 5, pp. 327-332.

¹⁸ *Enunciado por consenso: Instrucciones para empleo. Inducción de aborto con misoprostol en embarazos hasta 63 días*, Washington, Reproductive Health Technologies Project y Gynuity, 2003.

¹⁹ Ministério da Saúde, *Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”*, Brasília, 2005.

Vida es tener opciones y acceso a servicios para el cuidado de la salud