

Informe de Investigación

Mapeo “Uso y acceso a Misoprostol y Mifepristona en tres países de América Latina: Argentina, Ecuador y Perú”

Autores: Macarena Gonzalez & Elisa Juárez

Investigadores locales: Jhony Juárez (Perú), Verónica Vera (Ecuador) y Florencia Maffeo (Argentina)

Introducción

A pesar de que la mayoría de los países en la región sudamericana incluye en su legislación alguna modalidad de aborto no penalizado, lo cual debería garantizar su provisión como parte de las prestaciones de salud sexual y reproductiva, el número de países que han incorporado en sus petitorios nacionales de medicamentos los insumos necesarios para ello es muy pequeño. Esto ocurre pese a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incorporado al misoprostol dentro de la lista de medicamentos esenciales, dadas las ventajas que este insumo ofrece en una amplia gama de necesidades de salud sexual y reproductiva, tales como la atención del aborto incompleto, la hemorragia obstétrica, entre otros¹.

En un estudio de CLACAI, publicado recientemente², se encontró que solo Uruguay disponía registro del pack combinado (mifepristona y misoprostol). Así mismo, de los seis países estudiados, solo tres (Bolivia, Brasil y Uruguay), incluían la interrupción legal del embarazo en las indicaciones colocadas en el registro autorizado del misoprostol. Por otro lado, Perú es uno de los países que ni siquiera contempla oficialmente el uso obstétrico del misoprostol entre sus indicaciones, al considerarlo como un producto destinado únicamente para el uso gastroenterológico. Algo similar ocurre en el caso de Colombia, donde el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos señala su uso en la atención del aborto; sin embargo, su registro sanitario no incluye esta indicación.

Existe muy poca información que permita estimar la demanda de misoprostol en los países, especialmente a través de las redes de servicios privados, que bajo el concepto de prevención de daños, la causal salud y otras, vienen realizando abortos que no son registrados como tales. Si bien existen barreras en el acceso, así como poca disponibilidad de insumos, ello no ha impedido el incremento paulatino del aborto con medicamentos. Esto nos lleva a pensar que son muchas las vías a través de las cuales se adquieren los insumos (compras disfrazadas en las farmacias, el contrabando de medicinas, la adquisición en el mercado ilegal, entre otras). El problema con la adquisición no formal- o ilegal- del medicamento es que incurre en deficiencias en cuanto a seguridad, calidad, así como los costos para adquirir el mismo.

Garantizar la disponibilidad segura de estos insumos, lo cual incluye que cuenten con registro y manejo adecuado en los primeros niveles de atención, podría mejorar la calidad de atención a muchas mujeres. Sin embargo, tal como se ha evidenciado en el estudio de proceso de registro y disponibilidad publicado por Clacai³, las principales

¹http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Medicamentos_esenciales_salud_materna.pdf

²Mifepristona y Misoprostol en Seis Países de América Latina: procesos de registro y disponibilidad. CLACAI, 2017. <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1000>.

³Mifepristona y Misoprostol en Seis Países de América Latina: procesos de registro y disponibilidad. CLACAI, 2017. <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1000>.

vallas para lograr esto son barreras administrativas, pues en todos los procesos en donde se ha intentado registrar el uso de este medicamento se observan demoras que no suelen observarse en otros fármacos y que exceden los plazos normativos de los organismos encargados de esta tarea.

Uno de los elementos que no ha sido identificado de manera clara, pero que podría ser un factor importante, es la supuesta baja demanda, pues aunque estos insumos han demostrado ser muy útiles en el tratamiento del aborto incompleto, su uso efectivo registrado bajo esta finalidad en los sistemas sanitarios es muy bajo. En el caso del aborto inducido todavía es mucho más complicado demostrar su real demanda, dadas las altas restricciones y barreras que suelen enfrentar las mujeres (inclusive para acceder al aborto terapéutico) y la falta de registro de las demandas existentes fuera del campo formal.

Otra barrera para el registro del uso gineco-obstétrico del misoprostol (probablemente la menos estudiada) se relaciona a los intereses comerciales de los laboratorios, los cuales parecen identificar estos medicamentos como poco atractivos para el negocio dada su baja demanda en este campo. Como consecuencia de esto, la necesidad de invertir en dicho proceso, considerando el alto costo que esto tiene, es subvalorada.

Lamentablemente, ninguno de los elementos descritos previamente da cuenta ni de las necesidades que se derivan de la atención del aborto incompleto, ni de la demanda estos medicamentos en el espacio no hospitalario, cuya red de proveedores cada vez es más amplia. Es por ello que, desde CLACAI hemos identificado como prioritario conocer qué iniciativas existen en los países para el registro de los medicamentos, cómo vienen trabajando, cómo articulan los diversos esfuerzos de registro de medicamentos, desde el activismo; y finalmente, cómo se pueden fortalecer los vínculos con espacios formativos que ofrecemos en CLACAI a fin de difundir lecciones aprendidas, tener espacios de intercambio y conocer la demanda de los insumos que cada organización maneja.

Objetivos

Objetivo general:

Mapear y caracterizar las principales redes de provisión de servicios de aborto con medicamentos.

Objetivos específicos:

1. Estimar la demanda de insumos y servicios.
2. Caracterizar las redes de provisión de aborto y zonas de localización.
3. Identificar fuentes de abastecimiento, facilitadores y barreras.
4. Describir tipos de insumo que utilizan (marca, dosis, costos etc.)
5. Identificar iniciativas de registro de medicamentos.

Metodología

La investigación se realizó con una metodología mixta, cuantitativa y cualitativa, puesto que los datos recopilados fueron tratados de acuerdo a la discrecionalidad de cada informante y del tipo de información que estos pudieron proveer. En ese sentido, se incorporó el componente cualitativo para conocer a mayor profundidad el funcionamiento de las diferentes organizaciones, su alcance y tipo de trabajo. El componente cuantitativo permitió recoger datos específicos vinculados a la cantidad de usuarias, disponibilidad del insumo y tipos de procedimientos realizados.

Participantes

Se trabajó con prestadores y prestadoras de servicios de atención a mujeres en materia de Salud Sexual y Reproductiva, especialmente en el acompañamiento, consejería y orientación en procesos de interrupción del embarazo, de Argentina, Ecuador y Perú. Así mismo, se trabajó con colectivos de mujeres que brindan información y acompañamiento en dichos procesos, así como con las personas a cargo de la coordinación de cada organización.

Debido a la diversidad de organizaciones que participaron en el estudio, en algunos casos se pudo encuestar a proveedores y coordinadores, mientras que, en otros casos, por motivos de confidencialidad y seguridad, solo se contó con la participación de las coordinaciones.

En Argentina se trabajó con cinco organizaciones diferentes, las cuales tienen presencia en 14 diferentes ciudades del país. Este es el caso en el cual se pudo trabajar con mayor número de participantes, pues se encontró mayor apertura en las organizaciones para que cada proveedor responda por su localidad. De este modo, se contó con la participación de 5 coordinaciones y 23 proveedores de servicios.

En relación al funcionamiento de estas organizaciones, se encontró que dos de ellas solo brindan acompañamiento para mujeres que interrumpen su embarazo con medicamentos, derivando a quienes requieren de una intervención quirúrgica. A diferencia de dichas organizaciones, las otras tres que participaron del estudio están compuestas por prestadores de SSR. Una se desempeña en un servicio de salud privado; la otra se compone por prestadores que trabajan en diversos establecimientos de salud pública y, la tercera, se encarga de capacitar y facilitar insumos a sus miembros.

En Ecuador, se contó con la participación de siete organizaciones o colectivos, que trabajan en 5 ciudades del país. Si bien se entabló contacto con todas las coordinaciones, no se pudo encuestar a tantos proveedores como en el caso anterior, pues se trata de un entorno bastante restrictivo, en el cual se prioriza la seguridad y la confidencialidad de los servicios.

En este caso, cinco fueron las redes de prestadores de servicios en SSR que, además de proveer servicios de aborto con medicamentos y quirúrgicos, capacitan y sensibilizan sobre el tema a sus colegas. Se entrevistó también a dos colectivos de acompañamiento compuestas por mujeres que se organizan para informar y acompañar a otras mujeres en el proceso de aborto con medicamentos.

Para el caso de Perú, se trabajó con tres redes; una de ellas es una red latinoamericana de prestadores de salud que se encarga de capacitar, asesorar y facilitar el acceso a los insumos para sus miembros; la segunda es una colectiva de mujeres que brindan asesoría y acompañamiento a mujeres que desean interrumpir su embarazo con medicamentos, derivando a quienes requieren una intervención quirúrgica; y la tercera, una red que brinda información y asesoría a las mujeres vía telefónica. Se contó con la participación de 3 coordinadoras y 5 proveedores de servicios.

Tabla N°1:

PAÍS	N° ORGANIZACIONES	COORDINADORES	PROVEEDORES
Argentina	5	5	23
Ecuador	7	7	7
Perú	3	3	5
TOTAL	15	15	35

Medición

Se elaboraron, dos herramientas de levantamiento de información: una cuantitativa dirigida a prestadores de servicios y una mixta dirigida a las personas encargadas de la coordinación de las organizaciones.

La herramienta para las coordinaciones de cada organización (Anexo 1), se divide en 3 áreas: Información sobre la organización y los insumos con los que cuentan; información sobre las usuarias; e información complementaria. En la última área se integran preguntas abiertas para desarrollar sobre las barreras y facilitadores en el acceso al insumo, las relaciones y articulación con otras organizaciones, las comunicaciones internas, entre otros. Esta fue una herramienta de 16 preguntas abiertas, con una duración estimada de 25 minutos. La misma podía ser aplicada vía telefónica o presencial y se sugirió evitar el llenado escrito, debido a la necesidad de formular preguntas en base a la información proporcionada.

La herramienta para proveedores (Anexo 2) se enfocó en la adquisición de los insumos (presentaciones, costos, rutas de acceso), el número de usuarias del servicio en los últimos seis meses, los tipos de procedimientos realizados, así como las barreras y facilitadores para acceder a los insumos. Esta fue también una encuesta de 11 preguntas abiertas, para aplicarse vía telefónica o de manera presencial, de 20 minutos de duración aproximada.

Procedimiento

Para la selección de los países en los que se realizaría el mapeo se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

1. Países que tengan dentro de su legislación alguna causal de aborto permitido
2. Países que aún no tienen registro de mifeprestona
3. Países en donde se conozcan iniciativas y/o interés de registro
4. Países en donde se identifique al menos una red de apoyo al aborto seguro
5. Países en donde CLACAI tenga un enlace con una red de apoyo

Se encontró que Argentina, Ecuador y Perú cumplían con estos criterios y se pasó a elegir a un/a investigador/a local. En este proceso de selección, se valoró que se trate de una persona familiarizada con las redes y proveedores de aborto, especialmente con medicamentos, de manera segura y confiable. Esto debido a que la mayoría de estas redes, por encontrarse en países con marcos normativos restrictivos, deben preservar un alto nivel de confidencialidad y reserva. Aún teniendo las consideraciones del caso, como se detallará más adelante, muchas organizaciones prefirieron no participar del estudio por temas de confidencialidad.

Una vez seleccionadas las personas a cargo de la investigación en cada país, se desarrollaron ambas herramientas. Las y los investigadores las revisaron y enviaron sus comentarios, de acuerdo a sus conocimientos previos sobre las organizaciones y a la funcionalidad de las mismas. Se integraron las recomendaciones brindadas y se definieron las herramientas finales. Las y los investigadores contaron con un tiempo aproximado de un mes para levantar la información de las organizaciones que accedieron a participar del estudio. Si bien se había previsto emplear solo dos semanas para ello, se encontró que el contacto con las organizaciones era muy complicado y se prolongó el plazo para contar con más entrevistas.

Cada investigador/a elaboró, finalmente, un informe sobre la recolección de los datos, complementando la información que brindaban las herramientas. En este informe se profundizó en algunos datos sobre el funcionamiento de las organizaciones, las barreras y facilitadores para la realización de la investigación y algunas conclusiones preliminares en base a lo encontrado en su localidad.

Resultados

El presente estudio mostró información muy importante en relación al acceso a los insumos (Misoprostol y Mifepristona) en los tres países y cómo dicho acceso se ve afectado por las regulaciones de cada Estado. Incluso, se encontró cómo la cosmovisión sobre el aborto impacta directamente en la difusión de información segura y la demanda de las usuarias. Así, los marcos normativos son importantes para comprender cómo se organizan las redes para funcionar en estos entornos.

En Argentina, por ejemplo, se cuenta con la aprobación del aborto terapéutico para las causales de violación sexual y salud. Asimismo, el Misoprostol de 200mg ha sido aprobado para su uso ginecológico. Esto facilita el acceso a un insumo específico y de calidad para las usuarias, así como la difusión de información. Esto, sumado al movimiento social por la despenalización del aborto (La Ola Verde), en los últimos años, ha incrementado el conocimiento y demanda de servicios seguros de interrupción del embarazo. Es por ello que, además, en el caso de este país, la investigadora pudo acceder a la mayor cantidad de proveedores en la región.

En Ecuador, por otro lado, se cuenta con la aprobación del aborto terapéutico para las causales de salud y violación sexual para los casos de mujeres con discapacidad mental. En el Perú, solo se cuenta con la causal salud. En ambos países el misoprostol solo está registrado para su uso gastroenterológico, por lo que resulta más complicado el acceso a un insumo específico al uso ginecológico. La mifepristona no está registrada en ninguno de los países, por lo que resulta bastante inaccesible.

Como se mencionó anteriormente, las herramientas de investigación se enfocaron en el acceso al insumo, el servicio a las usuarias y las barreras y facilitadores en la atención, por lo que se dividirá la presentación de resultados en función de dichas áreas.

Acceso a los insumos

En términos generales, la mayoría de organizaciones cuenta con acceso al misoprostol, más no a mifepristona. En el caso de Argentina, sin embargo, tres de las cinco organizaciones encuestadas cuentan con el tratamiento combinado. En Ecuador solo dos organizaciones ofrecen el tratamiento combinado y, en el Perú, solo una organización. En estos casos, las organizaciones consiguen la mifepristona a través de redes internacionales que proveen del insumo, comprándolo en países donde es legal y donándolo, en algunos casos, o vendiéndolo al costo. Refieren que acceder a la mifepristona en el mercado ilegal es muy costoso y las mujeres no pueden cubrir dicho monto.

El misoprostol, ya sea en su presentación para uso ginecológico o gastroenterológico, es de más fácil acceso y menor costo. Los resultados en relación al precio de venta, sin embargo, no son concluyentes, en tanto algunas organizaciones lo reciben a modo de donación, otras lo pueden comprar al costo en los laboratorios de confianza y otras sólo ofrecen las indicaciones a las usuarias para que lo consigan directamente. Así, no se encontró un rango de costos que pueda ser representativo del mercado de cada país. Sin embargo, como dato, las personas entrevistadas refieren que en el mercado ilegal, los costos de los insumos suelen elevarse significativamente, llegando a cobrar a las usuarias hasta 20 dólares por pastilla de mifepristona y 70 dólares por tratamiento de misoprostol. Esto ofrece un panorama de los costos que las mujeres pueden enfrentar cuando buscan el insumo de manera personal, sin apoyo de ninguna organización.

Servicio a las usuarias

En los tres países se encuentra que las organizaciones optan predominantemente por el aborto con medicamentos, representando este entre el 80% y 98% de sus atenciones. Más aun, algunas de acompañan únicamente este tipo de casos, por lo que cuando están frente a la necesidad de un aborto quirúrgico, derivan a las usuarias a otras organizaciones con la capacidad e responder a dichas necesidades. La única excepción a esta distribución se encuentra en una red peruana que presta servicios de SSR y realiza procedimientos quirúrgicos. Considerando que en este país la mayor parte de organizaciones no están conformadas por prestadores de salud sino por activistas, resulta comprensible que el servicio que se encuentra en posibilidades de ofrecer el procedimiento quirúrgico, atiende las derivaciones del resto de organizaciones y colectivos. De este modo, sus porcentajes de intervenciones quirúrgicas alcanzan el 50% de las atenciones totales. Los resultados, además, son consistentes con un estudio realizado en el Perú en el 2018, en el que se encontró que el 47% de las mujeres que se realizaron un aborto, pasaron por un procedimiento quirúrgico, cifra que crece hasta el 69% en el grupo de mujeres que asegura haber acudido con un profesional de la salud⁴.

A continuación, presentamos las cifras referidas por las coordinaciones de la organización en relación a la cantidad de usuarias atendidas en los últimos meses:

Tabla N°2:

ARGENTINA	PROMEDIO MENSUAL	ESTIMACIÓN ANUAL
Organización 1	130.56	7280
Organización 2	45.6	547.2
Organización 3	28.32	339.84
Organización 4	88.0	1056
Organización 5	24.3	291.6
		9 514.64

⁴PROMSEX (2018). Aborto en cifras: Encuesta a mujeres en el Perú. Esta investigación fue realizada a 2400 mujeres entre 18 y 49 años de edad que residen en el ámbito urbano de 25 regiones del Perú. .

Tabla N°3:

ECUADOR	PROMEDIO MENSUAL	ESTIMACIÓN ANUAL
Organización 1	35	420
Organización 2	1200	14400
Organización 3	6	72
Organización 4	5	60
Organización 5	13	156
Organización 6	100	1200
Organización 7	6	72
		16 380

Tabla N°4:

PERÚ	PROMEDIO MENSUAL	ESTIMACIÓN ANUAL
Organización 1	6833.3	82000*
Organización 2	35	420
Organización 3	45	540
		82 960

Cabe resaltar que las cantidades expuestas en las tablas responden a las estimaciones realizadas por las coordinadoras de las organizaciones, en tanto no se tuvo acceso a los registros oficiales. En muchos casos, incluso, se opta por no llevar un registro específico debido a razones de seguridad, tanto de la organización como de las usuarias. Asimismo, si se observan las cantidades totales, encontramos que Perú ocuparía el primer lugar en términos de usuarias, lo cual responde a una estimación a nivel nacional de la coordinadora de la red más grande de prestadores de servicios del país. En los casos de Ecuador y Argentina, por ser redes más pequeñas, es posible que cuenten con un mejor registro de sus atenciones y puedan brindar estimaciones más acotadas a las ciudades en las que se encuentran. Finalmente, es importante considerar que estas estimaciones responden sólo a las organizaciones que aceptaron participar del estudio, lo cual implica ya un sub-registro dentro de las redes que ofrecen servicios seguros. Si ampliáramos el estudio a todos los servicios que ofrecen abortos, seguros o no, la cifra sería bastante más grande.

Barreras y facilitadores en la atención

Debido a las dificultades para obtener data precisa en términos de costos, estadísticas de personas atendidas o incluso cantidad de proveedores del servicio debido a los temas de confidencialidad que manejan las organizaciones, se optó por profundizar en las barreras y facilitadores que estas personas encuentran para atender a las mujeres. En relación a las barreras identificadas por las y los proveedores de servicios, así como las coordinadoras de las organizaciones se encuentra, en primera instancia, las dificultades para el acceso a insumos de calidad. Como se mencionó previamente, en ninguno de los tres países se cuenta con registro de Mifepristona. Sin embargo, algunas redes acceden a este insumo a través de organizaciones internacionales que brindan su apoyo o de contactos estratégicos en farmacéuticas. Esto implica un costo muy elevado, por lo que no es un insumo que pueda ofrecerse a muchas mujeres y, en algunos casos, ellas deben cubrir los costos del insumo. En lo que respecta al misoprostol se encuentra que, en Perú y Ecuador, no se cuenta con registro para usos ginecológicos, por lo que se presentan dificultades para la compra. En algunos casos, los proveedores del insumo desaparecen por épocas para evitar verse perjudicados por vender el insumo para otras finalidades, dejando a las redes sin medicamentos. Debido a la penalización del aborto en estos países, además, existen limitaciones en la producción del insumo, por lo que tampoco resulta tan fácil de conseguir. En el caso de Ecuador, particularmente, se reconoce que solo se cuenta con una distribuidora del insumo, que es importado, por lo que se elevan muchos los costos. En Argentina ocurre algo similar, en tanto la producción es nacional, pero solo se distribuye esa marca, con lo cual también se tiende a elevar el costo.

Por otro lado, cuando las mujeres acuden a una farmacia a comprar misoprostol, encuentran una serie de barreras vinculadas al estigma en relación al aborto. Se les pide información adicional sobre su compra, se ponen trabas para la venta, se les solicita dejar la receta y, ocasionalmente, aún con todos los requerimientos, se les niega la venta. Esto lleva a las mujeres a buscar el insumo en el mercado ilegal, donde los costos pueden ser aún más elevados y es más difícil garantizar la calidad del insumo. Esto facilita las estafas y el aprovechamiento de una situación de profunda necesidad y desesperación. Así, frente a las trabas del sistema formal, las mujeres se ven expuestas a situaciones de inseguridad y riesgo para poder realizar la compra.

Debido a la clandestinidad, problema relevado por las participantes de Ecuador, la difusión de información segura es muy riesgosa, por lo que las colectivas y organizaciones deben cuidar mucho su privacidad y seguridad. De este modo, muchas mujeres llegan primero a los servicios inseguros de aborto, exponiendo su salud y su vida.

En el caso de Argentina, donde el debate sobre la despenalización del aborto ha sido muy importante, existen también algunas reacciones que limitan el acceso de las mujeres a su derecho a interrumpir el embarazo. Esto se visibiliza en la negativa de muchos prestadores de servicios de salud a realizar la interrupción por considerarse objetores o al desconocer la causal de salud mental. A nivel institucional, incluso, algunos hospitales no cuentan con el insumo aprobado para uso ginecológico, ofreciendo a las mujeres el Oxaprost (uso gastroenterológico), el cual tiene efectos secundarios molestos para ellas.

En relación a los facilitadores encontrados en los tres países, las alianzas que se establecen entre organizaciones, dentro y fuera del país tienen una importancia mayor. Esto puede funcionar en términos de financiamiento para conseguir los insumos, realizar el envío de los mismos o la facilitación de contactos estratégicos en laboratorios o farmacéuticas. Las alianzas entre las diferentes organizaciones permiten compartir información relevante a la labor para mejorar el servicio brindado,

impulsando las diferentes iniciativas. Esto se observa con mayor claridad en Ecuador y Argentina, donde cuentan con organizaciones en diferentes ciudades y, especialmente en las provincias, requieren de mayor apoyo para conseguir los medicamentos.

En el caso particular de Argentina, el gran debate sobre la despenalización, ha facilitado el acceso a la información sobre aborto seguro y legal, incrementando la demanda en los servicios del Estado y para las organizaciones o colectivas que prestan servicios de aborto seguro y con medicamentos. Esta ventana de oportunidad fue muy importante en la difusión de la información y en el empoderamiento de las mujeres para exigir su derecho, incrementando de manera significativa la presión de la sociedad civil. Esto ha generado, además, que algunas farmacias se sumen al movimiento, facilitando la venta directa a las mujeres y eliminando las trabas antes descritas.

Conclusiones

La presente investigación constituyó un proceso sumamente interesante, en tanto permitió visibilizar las dificultades que enfrentan las organizaciones y redes de provisión de servicios de aborto para realizar su labor. Sin embargo, precisamente debido a ello, se identificaron importantes limitaciones en los alcances del estudio.

En ese sentido, es necesario destacar el difícil acceso a las redes y organizaciones, así como el recelo a compartir la información solicitada por motivos de seguridad. Es así, que no se han logrado cálculos generalizables a los países en cuestión, pues no se ha contado con información lo suficientemente precisa en relación a los costos del insumo, cantidad de usuarias, etc. Por otro lado, cada organización o colectiva tiene un modo de funcionamiento distinto, lo cual ha dificultado la sistematización de la información, así como el uso de una única herramienta para todas. Esto presentó una dificultad adicional, puesto que, como se describió previamente, para asegurar el acceso a las organizaciones, se contactó como investigadores a personas que se desempeñan en el medio al cual interesaba acceder. Sin embargo, estas personas no contaban, necesariamente, con experiencia específica en el campo de la investigación, lo cual generó algunas dificultades en el uso y adaptación de la herramienta a los diferentes modos de funcionamiento que encontraban en cada organización. No obstante, el uso de preguntas abiertas facilitó el acceso a información importante sobre el contexto en el que cada organización se desempeña, ofreciendo mayores detalles para fortalecer la data recopilada.

Finalmente, resulta fundamental rescatar la importancia del registro de los insumos para el acceso a medicamentos confiables, de calidad y a bajo costo. Por otro lado, las alianzas entre colectivas y organizaciones son centrales para el desarrollo de esta labor, en tanto permiten incrementar el acceso a los recursos necesarios, información y contactos estratégicos, así como establecer redes de apoyo frente a los contextos adversos en los que se desempeñan. Asimismo, como la experiencia argentina revela, el debate abierto en relación al tema, impacta positivamente en la opinión pública y reduce el estigma, facilitando el acceso de las mujeres a sus derechos, disminuyendo el maltrato y el prejuicio que pesa sobre ellas y sobre quienes proveen el servicio.

Con el apoyo de



ANEXO 1

Herramienta para el recojo de Información para coordinadores de organizaciones por el derecho a decidir de las mujeres

País:

Ciudad:

Organización:

Código

(Cargo_país_número)

INFORMACIÓN SOBRE LOS INSUMOS CON LOS QUE CUENTA LA ORGANIZACIÓN Y LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZAN

1	Utilizan la combinación Misoprostol + Mifeprestona?	Sí			
		No	¿Por qué?		
2	Actualmente cuenta con Misoprostol?	Sí			
		No	¿Desde cuándo?		
3	Actualmente cuenta con Mifeprestona?	Sí			
		No	¿Desde cuándo?		
4	Cómo obtiene estos insumos regularmente? <small>Preguntar por cada uno de los insumos previamente mencionados</small>				
5	Información sobre la adquisición del insumo: <small>Cuando indique la cantidad o el costo, señale si se trata de un valor unitario o por caja. En caso de indicarse el valor por caja, precise cuántas pastillas contiene una caja.</small>	MISO	Cantidad adquirida	Indicar el costo: _____	¿Cada cuánto tiempo adquiere el insumo? Cada _____
		MIFE	Cantidad adquirida	Indicar el costo: _____	¿Cada cuánto tiempo adquiere el insumo? Cada _____
6	Tipo de procedimiento realizado a las usuarias: <small>Señalar los datos referidos a las y los prestadores de la organización. Indicar en el recuadro los porcentajes o números que figuran en los registros de atención, si los hubiera. En caso se estén colocando porcentajes, estos deben sumar 100%</small>	Medicamentos	Quirúrgico	Quirúrgico con previo uso de medicamentos	Otro (indicar cual): _____
		Misoprostol:	Miso+Mife:		
7	Número de usuarias que llegan a la organización mensualmente <small>En caso cuente con los registro de atención, se recomienda obtener esta información de los mismos, porcentajes, estos deben sumar 100%</small>				
8	En qué casos se opta por un aborto quirúrgico en lugar de uno por pastillas? <small>Esta es una pregunta abierta, deje que la persona entrevistada se explique cuanto crea necesario. Si cree que algo no queda claro, pídale que lo aclare</small>				
9	Sobre los casos en que se decide por un aborto quirúrgico. ¿Estos casos son atendidos en su centro de salud o se derivan a otros servicios?	Sí	¿A cuál?		
		No			

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Estas son preguntas abiertas, deje que la persona entrevistada se explique cuanto crea necesario. Si cree que algo no queda claro, pídale que lo aclare

10 ¿Qué barreras encuentra para la obtención del misoprostol? ¿Y en el caso de la mifeprestona?

11 En caso hayan perdido flujo de donaciones externas, ¿Por qué considera que se detuvieron las donaciones de misoprostol para esta región?

12	¿Qué facilitadores encuentra en la obtención del misoprostol? ¿Y en el caso de la mifepristona?
13	¿Cómo manejan la comunicación interna de la organización a la que pertenece? (Cómo se comunican los coordinadores y los prestadores)
14	¿Mantienen comunicación con otras organizaciones que faciliten, realicen o asesoren a mujeres que requieran un aborto? ¿Cómo es esta comunicación?
15	¿Considera que trabajan de manera articulada con otras organizaciones? ¿Colaboran para obtener los insumos con mayor facilidad?
16	Cuando el caso no permite un aborto con pastillas, ¿Qué estrategias utilizan para ofrecer un aborto quirúrgico seguro?

ANEXO 2

Herramienta para el recojo de Información para proveedores de interrupción de embarazo

País:							
Ciudad:							
Organización:							
Código (Cargo_país_número)							
Días de la semana que atiende (marcar):	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horas por día que atiende (colocar el número de horas debajo de cada día):							
Número de usuarias de interrupción en el mes (registros de pacientes) Si cuenta con información de los meses previos, colóquela en las casillas que se indica, señalando el mes al que corresponde la información:	Último mes:	Mes anterior:	Mes anterior:	Mes anterior:	Mes anterior:	Mes anterior:	Mes anterior:
Tipo de procedimiento e insumo usado. Si cuenta con los registros y puede compartir la información, colocar los datos numéricos de los últimos 6 meses. Si no se cuenta con el dato exacto, colocar los porcentajes aproximados que pueda calcular la persona entrevistada. El total de estos porcentajes debería sumar 100%.	Quirúrgico		Medicamentos		Quirúrgico con previo uso de medicamentos		Otro: _____ (indicar cual)
Cantidad de pastillas de MISOPROSTOL adquiridas en el último mes Si es posible obtener esta información de los registros, cuente los 30 últimos días calendario para hacer el corte del mes. Si cuenta con información de los meses previos, colóquela en las casillas que se indica, señalando el mes al que corresponde.	Último mes:	Mes anterior:	Mes anterior:	Mes anterior:	Mes anterior:	Mes anterior:	Mes anterior:
Cantidad de pastillas de MIFEPRISTONA adquiridas en el último mes Si es posible obtener esta información de los registros, cuente los 30 últimos días calendario para hacer el corte del mes. Si cuenta con información de los meses previos, colóquela en las casillas que se indica, señalando el mes al que corresponde.	Último mes:	Mes anterior:	Mes anterior:	Mes anterior:	Mes anterior:	Mes anterior:	Mes anterior:

Costo del Misoprostol	Monto		Este costo es por (marcar):		Si le costo es por caja, indicar: Unidades por caja	Periodicidad con la que adquiere el insumo
	Moneda		Caja	Unidad		
Costo de Mifepristona	Monto		Este costo es por (marcar):		Si le costo es por caja, indicar: Unidades por caja	Periodicidad con la que adquiere el insumo
	Moneda		Caja	Unidad		
Barreras para adquirir los medicamentos. <small>Se recomienda grabar esta parte</small>	Misoprostol					
	Mifepristona					
Facilitadores para adquirir los medicamentos. <small>Se recomienda grabar esta parte</small>	Misoprostol					
	Mifepristona					
En qué casos se opta por un aborto quirúrgico en lugar de uno por pastillas? <small>Esta es una pregunta abierta, deje que la persona entrevistada se explique cuanto crea necesario. Si cree que algo no queda claro, pídale que lo aclare</small>						
En caso haya experimentado alguna vez la falta de misoprostol o mifepristona, ¿cuenta con alguna vía rápida de acceso o ha tenido que recurrir a otras vías (aborto quirúrgico, derivación, etc.)?						
Anotaciones adicionales						