

[volver](#)

- [Contacto](#)

## Nota central

*Sin desconocer la compleja trama de determinantes de las muertes maternas que hace imprescindible un enfoque de intervenciones múltiples - tal como la evidencia científica disponible recomienda- queremos concentrarnos en la nota central de este mes en una de las medidas efectivas propuestas para lograr éxitos en la reducción de las muertes maternas: el acceso a los medicamentos esenciales que permiten el tratamiento costo-efectivo de varias de las condiciones obstétricas que las causan. Nuestro país mantiene un rezago respecto a esta decisión de política sanitaria que merece ser considerada con urgencia.*

**La mortalidad materna y el acceso a medicamentos esenciales: una relación poco reconocida**

Según la tendencia registrada de la mortalidad materna en la Argentina en los últimos años –tendencia que muestra un estancamiento altamente preocupante-, nuestro país no alcanzará a cumplir su compromiso de reducir en  $\frac{3}{4}$  partes la tasa de mortalidad materna respecto del valor que ésta mostraba en el año 1990, cuando la Argentina suscribió los compromisos asociados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Si la tendencia evidenciada hasta el momento persiste, en el año 2015 alcanzaremos una tasa de muertes maternas del 38 x 100.000 nacidos vivos, cuando deberíamos llegar al 13 x 100.000 para cumplir con uno de los dos compromisos asumidos en el ODM 5 (el otro compromiso -el acceso

universal a servicios de salud reproductiva- no puede ser medido apropiadamente con la información disponible).

Las complicaciones de abortos inseguros han sido la primera causa de muertes maternas en la Argentina en las últimas dos décadas. En el quinquenio 2004-2008 han contribuido con el 26,7% del total de estas muertes. Según los últimos datos disponibles para el año 2007, se registraron 60.000 egresos por aborto en los establecimientos públicos de salud. <sup>1</sup> Por otra parte, las garantías para el acceso a los abortos que sí están permitidos legalmente (en ciertas circunstancias como peligro para la vida o la salud de la mujer y violación) son todavía una deuda, aunque es justo reconocer que en algunas jurisdicciones, los efectores y equipos de salud están desarrollando acciones para acercar la práctica al cumplimiento de la ley. <sup>2</sup>

También en los últimos años se han venido realizando esfuerzos para reducir las muertes maternas por todas sus causas y, sin lugar a dudas, esto es positivo. Algunas provincias se han comprometido a ello con planes operativos y el apoyo técnico y político del Ministerio de Salud de la Nación. Estos planes, que no siempre se guían por la mejor evidencia disponible, no han mostrado hasta el momento impactos significativos en los resultados. En este contexto es imprescindible que se desarrollen acciones de política sanitaria urgentes.

Sin desconocer la compleja trama de determinantes de las muertes maternas que hace necesario un enfoque de intervenciones múltiples<sup>3</sup>, queremos concentrarnos en esta nota en una de las medidas propuestas como efectivas lograr éxitos en la reducción de las muertes maternas: el acceso a los medicamentos esenciales que permiten el tratamiento costo-efectivo de varias de las condiciones obstétricas que las causan.

En el año 2005 la XIV edición revisada de la lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó el uso del misoprostol como oxitócico para la inducción del parto y el aborto (con una nota que indica "donde [el aborto] es permitido por la ley nacional y donde es culturalmente aceptable")<sup>4</sup>. En el año 2007, también menciona esta droga como oxitócico <sup>5</sup>, y en el listado del

2009, hizo explícita referencia a su utilización para el al tratamiento del aborto incompleto y el aborto espontáneo<sup>6</sup>. Y en el año 2011 fue incluido en el listado de medicamentos esenciales para las madres y los niños para el tratamiento de la sepsis por aborto incompleto.<sup>7</sup>

Como parte del reconocimiento de las ventajas ofrecidas por esta droga, y como respuesta y acompañamiento a lo dispuesto por la OMS y los estudios científicos sobre el tema, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) elaboró un manual titulado "Uso de misoprostol en ginecología y obstetricia" con el propósito de ofrecer guías concretas para la comunidad médica para los distintos usos,<sup>8</sup> y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) lo aprobó para una gran variedad de indicaciones obstétricas<sup>9</sup>. Por último, en el año 2011, la OMS volvió a incluir el misoprostol para el tratamiento de la sepsis en su listado de medicinas prioritarias para las madres y los niños.<sup>10</sup>

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1 (PG E1) que causa la maduración del cuello uterino y las contracciones del útero. Se puede utilizar para el manejo del aborto incompleto y el aborto espontáneo y para la prevención de la hemorragia postparto -cuando la oxitocina no se encuentre disponible o no pueda ser utilizada con seguridad <sup>11</sup>. También puede utilizarse en el tratamiento de la sepsis por aborto incompleto, en la inducción del aborto, y en la inducción del parto (con feto vivo o muerto). Es un método no invasivo, seguro y de bajo costo para el tratamiento del aborto incompleto, con menores riesgos que el legrado uterino instrumental (LUI).<sup>12,13</sup> Como es efectivo para la maduración cervical y la inducción del parto puede contribuir a prevenir las complicaciones que a menudo surgen de los procedimientos quirúrgicos.<sup>14</sup> También puede usarse para la dilatación del cuello uterino antes de la inserción del dispositivo intrauterino (DIU) o antes de efectuar una histeroscopia. <sup>15</sup> El misoprostol es una droga que permanece estable a temperatura ambiente, se puede transportar con facilidad y la utilización no requiere ambiente quirúrgico, atributos que representan una importante ventaja para su uso en establecimientos de salud del primer nivel de atención.

A pesar de las ventajas comprobadas, hasta el momento el uso de esta droga ha sido regulado para indicaciones ginecológicas y obstétricas solamente en cuatro países en la región de América latina (Bolivia, Brasil, Guatemala, Perú, Colombia y la Ciudad de México).<sup>17, 18, 19</sup> No obstante, la falta de regulaciones para su acceso y utilización en obstetricia y ginecología no ha impedido que este medicamento se vuelva cada vez más importante en las prácticas de estas especialidades. <sup>20, 21</sup>

La Argentina es parte de la lista de países que mantiene un rezago respecto al acceso al misoprostol. Recién el año pasado, el organismo de regulación de los medicamentos y las tecnologías médicas (ANMAT) aprobó su uso para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto para fetos vivos y muertos, en una formulación del medicamento que no permite utilizarlo para otras condiciones obstétricas para las cuales la evidencia científica ha mostrado su eficacia y bajos costos. <sup>22</sup> Por sobre esto, para la legislación vigente en la Argentina, la falta de acceso a los beneficios de esta droga implica la violación del derecho a gozar de las ventajas del avance del conocimiento científico como reconocen varios instrumentos de derechos humanos que nuestro país ha suscripto. <sup>23</sup>

El misoprostol – en dosis apropiadas y para los usos en donde su efectividad ha sido comprobada- puede ser una herramienta eficaz para combatir al menos algunas de las causas que llevan a las muertes maternas. Por ello, su disponibilidad y accesibilidad deben ser tenidas en cuenta en las políticas y programas para una mejor atención de la salud. Sin embargo, a pesar de numerosas expresiones de la comunidad científica y de organizaciones de la sociedad civil, las mujeres de nuestro país todavía no tienen garantizado el acceso a esta droga para todos sus usos posibles, y los servicios de salud no disponen con facilidad de este instrumento para mejorar la atención que ofrecen.

No sólo la reducción de las muertes maternas es una asignatura pendiente en nuestro país. También lo es el acceso a algunos de los medicamentos que garantizan opciones terapéuticas para combatir las. Y si bajar las tasas de mortalidad materna es una prioridad, el acceso al misoprostol para todas las indicaciones recomendadas por la OMS –y en las formulaciones apropiadas para cada una de ellas- es una decisión de política sanitaria urgente.

**Esperamos que así lo comprendan las autoridades sanitarias. Para ello cuentan con el respaldo de la evidencia científica, y de todas las organizaciones sociales y profesionales que colaboran para garantizar el derecho de las mujeres a la vida, su derecho a no morir por causas relacionadas con el embarazo, el aborto, el parto y el puerperio.**

1. DEIS, Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico. Año 2007. NOTA: Esta cifra no incluye la Provincia de Entre Ríos que no reportó información sobre egresos hospitalarios.
2. Ministerio de Salud de la Nación. 2010. Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles.
3. Abalos E, Ramos S, Romero M. 2010. Intervenciones en políticas y sistemas de salud. Hoja Informativa N° 5, Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR), Buenos Aires.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS) 2005. Essential Medicines WHO Model List (revised March 2005) Explanatory Notes. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017_eng.pdf)
5. Organización Mundial de la Salud (OMS) 2007. Lista modelo de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (15° lista). [http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/a95076\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/a95076_spa.pdf)
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2009. Lista modelo de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (16ª edición).  
[http://www.who.int/selection\\_medicines/committees/expert/17/sixteenth\\_adult\\_list\\_en.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/sixteenth_adult_list_en.pdf)
7. WHO. Priority Medicines for Mothers and Children, 2011. WHO/EMP/MAR/2011.1, Geneva.
8. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). 2007. Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología (segunda edición).
9. <http://www.flasog.org/images/misoprostol.pdf>.
10. WHO. 2011. Priority medicines for mothers and children, Geneva (WHO/EMP/MAR/2011.1).
11. WHO. Model List of Essential Medicines, 2011. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053_eng.pdf)
12. Diop, Ayisha, Sheila Raghavan, Jean-Pierre Rakotovo, Rodica Comendant, Paul D. Blumenthal y Beverly Winikoff. 2009. Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: A randomized clinical trial. *Contraception*, 79: 456–462.

13. Según los resultados del análisis de costos realizado en México antes de la legalización del aborto en el año 2007, el costo promedio del tratamiento de complicaciones graves del aborto inseguro es \$209 dólares estadounidenses por cada mujer. El costo aproximado para efectuar un aborto con medicamentos seguro con misoprostol fue sólo de \$98 dólares estadounidenses por cada mujer. (Levin, Carol, Daniel Grossman, Karla Berdichevsky, Claudia Diaz, Belkis Aracena, Sandra G. García y Lorelei Goodyear. 2009. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalization. *Reproductive Health Matters*, 17 (33): 120-132.)
14. Weeks, Andrew y Aníbal Faúndes. 2007. Misoprostol in obstetrics and gynecology. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99: S156-158.
15. Faúndes, Aníbal. 2007. "Introducción." En *Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología (segunda edición)*, Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), 8-16.  
<http://www.flasog.org/images/misoprostol.pdf>.
16. Shaw, Dorothy. 2007. Misoprostol for reproductive health: Dosage recommendations. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99: S155.
17. Gynuity Health Projects. 2009. Mapa de misoprostol aprobado.  
[http://gynuity.org/downloads/map\\_miso\\_approval\\_sp.pdf](http://gynuity.org/downloads/map_miso_approval_sp.pdf)
18. Para una mayor información sobre disponibilidad, formas de presentación e indicaciones del misoprostol en América latina véase el documento del Consorcio Latinoamericano de Lucha Contra el Aborto Inseguro (CLACAI) <http://www.clacai.org/home/images/img/usomisoprostolenamericalatinaycaribe.pdf>.
19. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de género y Salud Reproductiva. Prevención, tratamiento y manejo de la hemorragia obstétrica. Lineamiento técnico. 2009.
20. Clark, Shelley, Jennifer Blum, Kelly Blanchard, Loren Galvao, Horace Fletcher y Beverly Winikoff. 2002. Misoprostol use in obstetrics and gynecology in Brazil, Jamaica and the United States. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 76: 65-74.
21. En una encuesta aplicada en tres países del continente americano acerca del uso del misoprostol, los médicos respondieron que lo usaban para todas las indicaciones obstétricas más importantes. (Clark, S.; Blum, J.; Blanchard, K.; Galvão, L.; Fletcher, H. y Winikoff, B.: "Misoprostol use in obstetrics and gynecology in Brazil, Jamaica, and the United States", en *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 76, n0 1, 2002, págs. 65-74).
22. Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, ANMAT, 2010:  
[http://www.anmat.gov.ar/boletin\\_anmat/octubre\\_2010/Dispo\\_6291-10.pdf](http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/octubre_2010/Dispo_6291-10.pdf)

**23. El derecho de las personas a gozar del progreso científico está reconocido en varios instrumentos de derechos humanos. Así, ya en 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos declaró que: "Toda persona tiene derecho a (...) participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten" (art. 27.1) Asimismo, refieren explícitamente a este derecho el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 15b) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "Protocolo de San Salvador" (art. 14.b).**

Copyright © 2010 Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva - [CEDES](#) | [CREP](#)

[acceso miembros](#)