

Directrices Unificadas sobre Intervenciones de Autoasistencia Sanitaria

Salud Sexual y Reproductiva y Derechos
Conexos

RESUMEN DE ORIENTACIÓN



Organización
Mundial de la Salud

human
reproduction
programme
hrp.
research for impact
UNDP · UNFPA · UNICEF · WHO · WORLD BANK

RESUMEN DE ORIENTACIÓN

ANTECEDENTES

Las intervenciones de autoasistencia son una de las soluciones nuevas más prometedoras y apasionantes para mejorar la salud y el bienestar, tanto desde la perspectiva de los sistemas de salud como de las personas que las utilizan. La Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza la siguiente definición funcional de autoasistencia: capacidad de las personas, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un prestador de atención de salud. El alcance de la autoasistencia, como se describe en esa definición, incluye la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades, la automedicación, la atención a personas dependientes, la búsqueda de atención hospitalaria/especializada/primaria, cuando fuera necesaria, y la rehabilitación, incluidos los cuidados paliativos. En ella también figuran una serie de modos y métodos de autoasistencia. Aunque se trata de una definición amplia con muchas actividades, hay que reconocer su importancia

en el marco de las políticas sanitarias, especialmente cuando su campo de aplicación coincide con el de los sistemas de salud y el de los profesionales sanitarios (figura 1).

Se calcula que en 2030 habrá una carencia de 18 millones de profesionales sanitarios en todo el mundo; actualmente hay 130 millones de personas que requieren ayuda humanitaria (cifra récord), y los brotes de enfermedades representan una amenaza mundial constante. Al menos 400 millones de personas carecen en el mundo de acceso a los servicios de salud más esenciales y, cada año, 100 millones de personas se ven sumidos en la pobreza por los gastos que implica costearse una atención sanitaria. Es necesario encontrar urgentemente estrategias innovadoras que vayan más allá de la respuesta convencional del sector sanitario.

Aunque la autoasistencia no sea un término ni un concepto nuevo, las intervenciones en ese ámbito aumentan las opciones sanitarias, cuando son accesibles y asequibles,

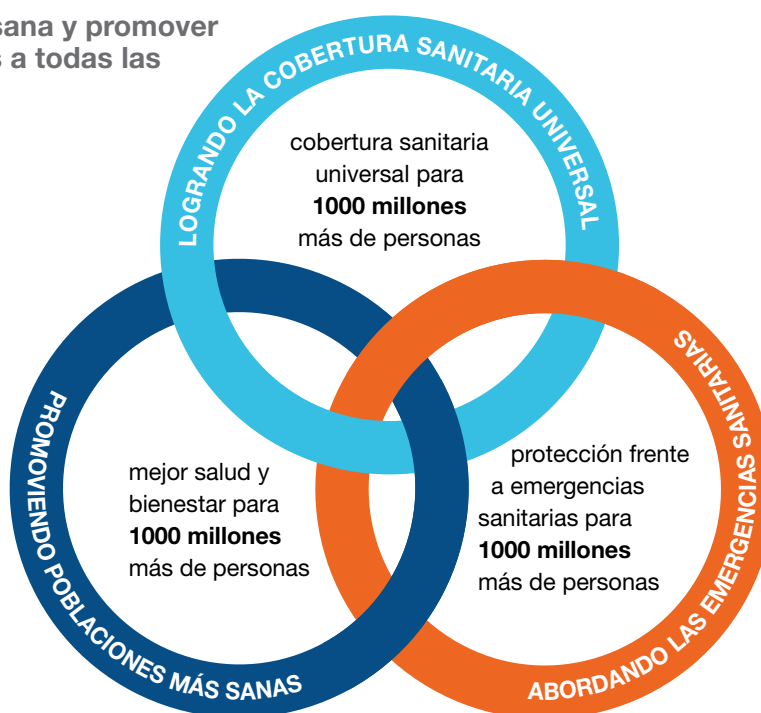
FIGURA 1: LA AUTOASISTENCIA EN EL CONTEXTO DE LAS INTERVENCIONES LIGADAS A LOS SISTEMAS DE SALUD



Fuente: adaptado de Narasimhan M, Allotey P, Hardon A. *Self-care interventions to advance health and well-being: a conceptual framework to inform normative guidance*. BMJ. 2019;365:l688. doi:10.1136/bmj.l688.

FIGURA 2: PRIORIDADES ESTRATÉGICAS DEL 13.º PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO (13.º PGT) DE LA OMS

Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades:



Fuente: Director General de la Organización Mundial de la Salud. 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023 (proyecto de 5 de abril), 71.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (A71/4).

y permiten a las personas tomar decisiones razonadas con respecto a su salud y a la atención sanitaria. En situaciones humanitarias, por ejemplo, en las que faltan o son escasas las infraestructuras sanitarias y los servicios médicos en las zonas afectadas por la crisis, la autoasistencia podría desempeñar un papel importante en la mejora de los resultados relacionados con la salud. La autoasistencia se basa también en estrategias existentes, como el reparto de tareas y la delegación de funciones, que son instrumentos poderosos de apoyo a los sistemas de salud.

Las intervenciones de autoasistencia representan un avance significativo hacia una nueva y mayor eficacia, autonomía y actuación en el marco de la salud para cuidadores y autocuidadores. Al mismo tiempo es importante señalar que, al elaborar políticas y directrices sanitarias, disponer de intervenciones de autoasistencia no debe conducir a una desconexión entre los cuidados y los servicios sanitarios. Así, aunque el cálculo de riesgos y beneficios en cada entorno y para cada población pueda ser diferente, con una orientación normativa adecuada y un entorno propicio, seguro y de apoyo, las intervenciones de autoasistencia suponen estrategias por las que se promueve la participación activa de las personas en su salud y una forma interesante de avanzar hacia la mejora de diversos resultados, entre ellos:

- mayor cobertura y acceso;
- menor disparidad en el ámbito de la salud y mayor equidad;
- mayor calidad de servicios;
- mejora de la salud, los derechos humanos y los resultados sociales; y
- menores costos y mejor uso de los recursos y servicios de atención de la salud.

La autoasistencia tiene el potencial de contribuir a todos los tres mil millones de objetivos y prioridades estratégicas de la OMS (figura 2) y recibe un reconocimiento cada vez mayor en iniciativas mundiales, incluida la destinada a impulsar la atención primaria de salud mediante la nueva Declaración de Astaná para mejorar el bienestar y la salud de las personas de forma más eficaz, equitativa, eficiente y sostenible. En la nueva declaración se solicita la movilización de todas las partes interesadas (profesionales de la salud, instituciones académicas, pacientes, sociedad civil, asociados locales e internacionales, organismos y fondos, sector privado y organizaciones religiosas) para que trabajen en el empoderamiento de las personas, las familias y las comunidades a fin de optimizar su salud en calidad de defensores de políticas de promoción y protección de la salud y el bienestar, de codesarrolladores de servicios sociales y sanitarios y de autocuidadores y cuidadores.

PROPÓSITO Y OBJETIVOS DE LAS DIRECTRICES

El propósito de las presentes directrices es elaborar una guía normativa, centrada en las personas y basada en pruebas, con la que apoyar a las personas, comunidades y países mediante servicios de salud e intervenciones de autoasistencia de calidad, a partir de estrategias de atención primaria de salud, paquetes integrales de servicios esenciales y un enfoque centrado en las personas.

Los objetivos concretos de las directrices son los siguientes:

- **recomendaciones** basadas en pruebas sobre las principales intervenciones de autoasistencia en el marco de la salud pública, incluidas las destinadas a promover la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, con especial atención a poblaciones y entornos vulnerables con capacidades y recursos limitados en sus sistemas de salud; y

FIGURA 3: MARCO CONCEPTUAL PARA LAS INTERVENCIONES DE AUTOASISTENCIA



Fuente: adaptado de Narasimhan M, Allotey P, Hardon A. *Self-care interventions to advance health and well-being: a conceptual framework to inform normative guidance*. BMJ. 2019;365:l688. doi:10.1136/bmj.l688.

- **declaraciones de buenas prácticas** sobre cuestiones fundamentales programáticas, operacionales y de prestación de servicios que deben abordarse para promover y aumentar el acceso seguro y equitativo, y la aceptación y el uso, de las intervenciones de autoasistencia, incluida la promoción de la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos.

MARCO CONCEPTUAL PARA LAS INTERVENCIONES DE AUTOASISTENCIA

El marco conceptual proporciona un punto de partida para abordar el campo en evolución de la autoasistencia y para seleccionar las intervenciones que necesitan ser actualizadas en el futuro. El marco conceptual ilustra elementos básicos del planteamiento «centrado en las personas» y del planteamiento de los «sistemas de salud» con los que apoyar la introducción, asimilación y ampliación de las intervenciones de autoasistencia. El planteamiento de salud y bienestar centrado en las personas constituye el núcleo de ese marco y se basa en los «principios clave» que se muestran en la figura 3.

PLANTEAMIENTO Y PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

Estas directrices se basan en un planteamiento, que a la vez propugnan, de salud y bienestar reforzado, exhaustivo y centrado en las personas que incorpora la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos. El planteamiento se apoya en los principios fundamentales de los derechos humanos, la ética y la igualdad de género. El planteamiento centrado en las personas requiere una visión integral del cuidado de cada una de ellas, en el que se tengan en cuenta sus circunstancias, necesidades y deseos a lo largo de su vida, así como el entorno en el que viven.

ALCANCE DE LAS INTERVENCIONES DE AUTOASISTENCIA

Si bien la autoasistencia es importante en todos los aspectos de la salud, es particularmente importante, y especialmente difícil de gestionar, para las poblaciones afectadas por cuestiones de género, política, cultura y poder y para las personas vulnerables (por ejemplo, personas con minusvalías y personas con discapacidad mental). Lo mismo ocurre en el caso de la autoasistencia en materia de

salud sexual y reproductiva y derechos conexos: muchas personas no pueden ejercer su voluntad sobre su cuerpo ni tomar decisiones sobre la sexualidad y la reproducción.

En función de cada intervención y de los diferentes grupos de población, el uso y la aceptación de la autoasistencia varían con el tiempo y transcurren por un continuo limitado por dos extremos: la responsabilidad absoluta del usuario y la responsabilidad absoluta del prestador de atención de salud. Por otra parte, no todo el mundo requiere el mismo nivel de apoyo y puede que las poblaciones vulnerables, en particular, necesiten más información y/o soporte para tomar decisiones fundamentadas sobre el uso y la aceptación de esas intervenciones. Para evitar que esas personas sufran daños es fundamental que haya una relación sólida entre la autoasistencia independiente y el acceso a una atención sanitaria de calidad. La vulnerabilidad de esas personas puede incrementarse si no deciden libremente y lo hacen por miedo o por falta de alternativas.

DESTINATARIOS

Los principales destinatarios de estas directrices son los encargados de la formulación de políticas nacionales e internacionales, investigadores, gestores de programas, personal sanitario (incluidos farmacéuticos), donantes y organizaciones de la sociedad civil encargadas de tomar decisiones o de asesorar sobre la ejecución o la promoción de intervenciones de autoasistencia. En un segundo plano se encuentran los desarrolladores de productos. Otro de los objetivos de estas directrices es apoyar a las personas a las que se destinan las recomendaciones: cuidadores y autocuidadores.

Los servicios y programas de salud en entornos de bajos recursos serán los que más se beneficiarán de las directrices aquí presentadas, ya que son los que se enfrentan a las mayores dificultades para prestar servicios adaptados a las necesidades y a los derechos de poblaciones vulnerables. Con todo, estas directrices son de utilidad para todos los entornos y, por lo tanto, deben entenderse como una orientación mundial. Al aplicar esas recomendaciones útiles a nivel mundial, las regiones y países de la OMS pueden adaptarlas al contexto local, teniendo en cuenta la situación económica y los servicios sanitarios e instalaciones de atención sanitaria ya existentes.

UN ENTORNO PROPICIO PARA LA AUTOASISTENCIA

Las intervenciones de autoasistencia, si se desarrollan en un entorno seguro y de apoyo, constituyen una oportunidad para incrementar la participación de las personas en su propia salud, incluida la participación de los pacientes.

Un entorno así es fundamental para facilitar el acceso a productos e intervenciones con los que mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones vulnerables y marginadas (figura 4). Evaluar y velar por un entorno propicio en el que pueda accederse a intervenciones de autoasistencia de manera segura y apropiada debe ser una pieza inicial clave en cualquier estrategia de introducción o refuerzo de esas intervenciones. Para ello se estudiará el perfil de los usuarios potenciales, los servicios ofrecidos, el entorno jurídico y político más amplio y los apoyos y barreras estructurales.

MÉTODOS DE DESARROLLO DE DIRECTRICES

El Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS dirigió la elaboración de estas directrices unificadas, siguiendo los procedimientos expuestos en el manual de la OMS para la elaboración de directrices. El departamento estableció tres grupos de trabajo para realizar las funciones de elaboración de las directrices: el grupo directivo sobre directrices de la OMS (SG), el grupo de elaboraciones de directrices (GDG) y el grupo de revisión externo (ERG). La selección de sus miembros se realizó en función de su experiencia y conocimientos y de una representación adecuada en cuanto a región geográfica y género.

El SG dirigió el proceso de elaboración de directrices. Definió el alcance inicial de las directrices, concibió y formuló las cuestiones prioritarias en función de cuatro factores (población, intervención, comparación y resultados) y contrató al encargado de la metodología de las directrices y a los miembros de los equipos de revisión sistemática, del GDG y del ERG. El SG supervisó el proceso de exploración de documentos de directrices de la OMS para encontrar recomendaciones sobre autoasistencia y declaraciones de buenas prácticas sobre salud sexual y reproductiva. El SG también ultimó y publicó el documento de directrices, supervisará su divulgación y participará en la elaboración de instrumentos de aplicación. Los miembros del GDG participaron en la revisión y ultimación de las cuestiones principales sobre los cuatro factores antes

mencionados, y en el examen de los resúmenes de pruebas documentales procedentes de las revisiones sistemáticas encargadas. También se encargaron de formular nuevas recomendaciones de la OMS y declaraciones de buenas prácticas en su reunión de enero de 2019, así como de lograr un consenso sobre el contenido final del documento de directrices. Se solicitó a los miembros del ERG que revisaran el proyecto de directrices para ofrecer su opinión técnica al respecto, detectar errores fácticos, realizar observaciones sobre su claridad lingüística y proporcionar información sobre la aplicación, adaptación y contexto. El grupo se aseguró de que en los procesos de adopción de decisiones sobre las directrices se hubieran tenido en cuenta e incorporado los valores y preferencias contextuales de las personas a las que se dirigían las recomendaciones. No fue competencia del ERG modificar las recomendaciones formuladas por el GDG.

El SG seleccionó las siguientes esferas temáticas en las que debían realizarse nuevas recomendaciones para estas directrices: autoadministración de anticonceptivos inyectables, provisión de anticonceptivos orales de venta libre (píldora), uso de kits de predicción domiciliar de la ovulación para la regulación de la fertilidad, automuestreo del virus del papiloma humano para la detección del cáncer cervicouterino y autorrecopilación de muestras para pruebas de infecciones de transmisión sexual. Además, indicó que en las siguientes esferas eran necesarias nuevas declaraciones de buenas prácticas: gestión segura y sostenible de los desechos de la atención sanitaria, compras preferibles desde un punto de vista medioambiental, consideraciones económicas para el acceso, aceptación y equidad en materia de salud, planteamiento de salud sexual y reproductiva y derechos conexos a lo largo de la vida, uso de intervenciones de salud digital para apoyar la autoasistencia, y apoyo a las intervenciones de autoasistencia en entornos humanitarios.

De conformidad con el proceso de elaboración de directrices de la OMS, las deliberaciones de los miembros del GDG al formular las recomendaciones se basaron en la calidad y la precisión de las pruebas disponibles. Para elaborar recomendaciones, la OMS ha adoptado el método GRADE (clasificación de evaluación, desarrollo y valoración de recomendaciones).

Para la elaboración de estas directrices también se prestó una atención especial a la necesidad de contar con un entorno favorable a la aplicación de las intervenciones (véase el capítulo 2) y se solicitó al GDG que estudiase las implicaciones en materia de derechos humanos (tanto positivas como negativas) de cada recomendación. También

se realizó un estudio mundial de valores y preferencias sobre intervenciones de autoasistencia para salud sexual y reproductiva y derechos conexos (los resultados pertinentes sobre esos valores y preferencias se presentan en el capítulo 4). La firmeza de las recomendaciones se determina en función de los valores y preferencias de los usuarios finales y de los prestadores de atención de salud, y teniendo en cuenta cuestiones pertinentes a la viabilidad, el uso de recursos y la equidad sanitaria.

En las presentes directrices figuran recomendaciones nuevas de la OMS que se publican por primera vez, en 2019, en el presente documento (se distinguen por la indicación «Nueva»; véase el cuadro 1) y recomendaciones vigentes publicadas anteriormente en otras directrices de la OMS en las que se aplicó la clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones, así como declaraciones de buenas prácticas nuevas, adaptadas y existentes (igual que antes, las primeras se distinguen por la indicación «Nueva»; véase el cuadro 2).

ELABORAR EL PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

La investigación futura en materia de autoasistencia puede establecerse bajo dos grandes esferas: *i) desarrollo* de intervenciones de autoasistencia y *ii) realización de* intervenciones de autoasistencia.

Para priorizar la eficacia, la efectividad, la seguridad, la aplicación y el resultado en la investigación, se utilizará la opinión de personas, colectivos, comunidades, proveedores y sistemas. De ese modo será necesario velar por que la selección de los resultados previstos y medibles concuerde con esas opiniones. Lo mismo se aplica a los estudios de costos y rentabilidad.

Cada vez se utiliza más la salud digital y la terapia digital en el ámbito de la autoasistencia, lo que permite obtener información fáctica del mundo real en tiempo real. Con todo, eso exige que la gestión de la privacidad, seguridad e identidad sean parte integral en la realización de las investigaciones éticas sobre la autoasistencia. La transparencia, la confianza y el beneficio mutuo entre los que participan en la investigación y los que la llevan a cabo son fundamentales para crear un entorno de investigación sostenible.

Durante el proceso de elaboración de las directrices y en las reuniones personales del GDG, el grupo detectó importantes carencias de conocimiento que deberán abordarse

mediante más investigaciones básicas. En el capítulo 6 de las directrices se comentan las limitaciones de la base empírica actual, se plantean cuestiones ilustrativas en materia de investigación pertinentes para crear un entorno propicio de autoasistencia en salud sexual y reproductiva y derechos conexos, se enumeran preguntas para abordar las carencias detectadas en materia de investigación relativas a las nuevas recomendaciones en las presentes directrices, y cuestiones ilustrativas en materia de investigación sobre intervenciones de autoasistencia pertinentes para evaluar los derechos humanos y la equidad sanitaria en diversos dominios de resultados.

APLICACIÓN, APLICABILIDAD, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS DIRECTRICES

Para aplicar eficazmente las recomendaciones y las declaraciones de buenas prácticas de estas directrices se requerirá probablemente la reorganización de la atención y la redistribución de los recursos de atención sanitaria, en particular en los países de ingresos bajos y medianos. En el capítulo 7 se revisan los posibles obstáculos. Se aplicarán diversas estrategias para poner en práctica el enfoque centrado en las personas y los principios fundamentales que sustentan estas directrices y para abordar esos obstáculos y facilitar la aplicación.

La aplicación y los efectos de estas recomendaciones se supervisarán en los niveles regional y nacional de servicios de salud, sobre la base de los indicadores existentes. Con todo, es necesario desarrollar formas alternativas para evaluar el efecto de las intervenciones de autoasistencia ya que estas se desarrollan en un marco privado. Para que las poblaciones vulnerables utilicen y asimilen estas soluciones será necesario que participen significativamente en el proceso.

ACTUALIZACIÓN DE LAS DIRECTRICES

El concepto del formato de estas directrices es dinámico. En un sector en rápida evolución, ese planteamiento permitirá la revisión continua de pruebas nuevas que se utilizarán en la elaboración de otras versiones de este documento dinámico. Las recomendaciones que figuran en la presente publicación representan un subconjunto prioritario de las intervenciones de autoasistencia de salud sexual y reproductiva y derechos conexos, y el objeto de estas directrices es ir incorporando gradualmente más intervenciones en futuras versiones, así como ir actualizando las recomendaciones a medida que surjan nuevas pruebas.

Así, las presentes directrices se actualizarán en cuanto se disponga de esas nuevas pruebas. Es probable que se requiera una actualización de las presentes directrices en los 18-24 meses posteriores a su divulgación para incorporar a las recomendaciones las pruebas nuevas o para elaborar nuevas recomendaciones a partir de esas pruebas, incluidas las nuevas intervenciones de autoasistencia de salud sexual y reproductiva y derechos conexos no disponibles o no localizadas en la presente versión.

La OMS tiene previsto elaborar más directrices de salud sexual y reproductiva y derechos conexos, y de otras cuestiones sanitarias, que promuevan la equidad sanitaria, sean fáciles de aplicar y contribuyan a mejorar la autoasistencia, para así incorporar recomendaciones adecuadas a versiones futuras de estas directrices que puedan adoptarse y aplicarse en los países y programas.

En el cuadro 1 se presentan las recomendaciones nuevas y existentes sobre autoasistencia de salud sexual y reproductiva y derechos conexos sobre los siguientes objetivos: 1) mejorar la atención prenatal, el parto y la

atención puerperal; 2) prestar servicios de calidad para planificación familiar, incluidos servicios en materia de infertilidad; 3) acabar con los abortos peligrosos, y 4) luchar contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras enfermedades ginecológicas. Esos temas representan cuatro de los cinco sectores preferentes de salud sexual y reproductiva que se abordan en la estrategia mundial de salud reproductiva 2004 de la OMS. No hay recomendaciones nuevas o existentes sobre intervenciones de autoasistencia para el quinto sector (Promoción de la salud sexual) pero en este documento se presentan directrices existentes de la OMS pertinentes al respecto.

En el cuadro 2 se presentan las declaraciones nuevas y existentes de buenas prácticas sobre intervenciones de autoasistencia en las que se abordan los siguientes temas: 1) consideraciones ambientales, 2) consideraciones financieras y económicas, 3) necesidades de formación de los dispensadores de atención de salud y 4) aplicación de consideraciones para poblaciones vulnerables.

CUADRO 1: RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES NUEVAS Y EXISTENTES SOBRE INTERVENCIONES DE AUTOASISTENCIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DERECHOS CONEXOS^{1,2}

RECOMENDACIÓN (REC) ^a	FIRMEZA DE LA RECOMENDACIÓN, CERTEZA DE LAS PRUEBAS
1. Mejorar la atención prenatal, el parto, la atención puerperal y el recién nacido	
Recomendaciones existentes sobre intervenciones no clínicas en mujeres para reducir el número de cesáreas no necesarias	
REC 1: La educación sanitaria de las mujeres es un componente esencial en la atención prenatal. Se recomiendan las siguientes intervenciones educativas y programas de apoyo para reducir los partos por cesárea, solo en caso de seguimiento y evaluación específicos.	Recomendación en función del contexto, pruebas de baja certeza.
REC 1a: Talleres de formación sobre el parto (el contenido incluye sesiones sobre el miedo al parto y el dolor durante el mismo, técnicas farmacológicas de alivio del dolor y sus efectos, métodos no farmacológicos de alivio del dolor, ventajas e inconvenientes de la cesárea y del parto natural, indicaciones y contraindicaciones de las cesáreas, entre otros).	Pruebas de certeza baja a moderada.
REC 1b: Programa de formación de relajación aplicada impartido por enfermeras (el contenido incluye la discusión en grupo de temas relacionados con la ansiedad y el estrés en el embarazo y el propósito de la relajación aplicada, las técnicas de respiración profunda y otras técnicas de relajación).	
REC 1c: Programa de prevención psicosocial basado en la pareja (el contenido incluye autocontrol emocional, gestión de situaciones conflictivas, resolución de problemas, estrategias de comunicación y apoyo mutuo para fomentar la crianza conjunta y positiva del lactante). En esta recomendación se entiende por «pareja» a los miembros de la pareja, a las personas en una relación de primer grado y a otras personas cercanas.	
REC 1d: Psicopedagogía (para mujeres con miedo al dolor; incluye información sobre el miedo y la ansiedad, miedo al parto, normalización de las reacciones debidas al miedo, etapas del parto, rutinas hospitalarias, proceso del parto y alivio del dolor [dirigido por un terapeuta y una partera], entre otros temas).	
Recomendaciones existentes sobre atención prenatal para un embarazo positivo: intervenciones autoadministradas para síntomas psicológicos comunes	
REC 2: En lo relativo a las intervenciones educativas y a los programas de apoyo, no se recomienda ningún formato concreto (folletos, vídeos, educación con juegos de roles) ya que ninguno muestra una mayor eficacia respecto a los demás.	No se especifica.
Intervenciones para náuseas y vómitos	
REC 3: Se recomienda el uso de jengibre, manzanilla, vitamina B6 y/o acupuntura para el alivio de las náuseas en las primeras fases del embarazo, en función de las preferencias de la mujer y de las opciones disponibles.	No se especifica.

¹ En las secciones 3.5.2 y 3.5.3 del capítulo 3 de las directrices se ofrece más información sobre la evaluación de la calidad de las pruebas y la determinación de la firmeza de las recomendaciones.

² En el anexo 2 puede verse una lista de las recomendaciones existentes para enfermedades no transmisibles.

CUADRO 1 (continuación)

RECOMENDACIÓN (REC) ^a	FIRMEZA DE LA RECOMENDACIÓN, CERTEZA DE LAS PRUEBAS
Intervenciones para la pirosis	
REC 4: Se recomienda seguir indicaciones sobre la dieta y el estilo de vida para prevenir y aliviar la pirosis durante el embarazo. Pueden prescribirse antiácidos a las mujeres con síntomas molestos que no consiguen aliviarse cambiando el estilo de vida.	No se especifica.
Intervenciones para calambres en las piernas	
REC 5: Puede utilizarse magnesio, calcio y otros tratamientos no farmacológicos para aliviar los calambres en las piernas durante el embarazo, en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	No se especifica.
Intervenciones para lumbalgias y dolores pélvicos	
REC 6: Se recomienda practicar ejercicio regularmente durante todo el embarazo para evitar lumbalgias y dolores pélvicos. Pueden utilizarse diversos tratamientos, como fisioterapia, fajas y acupuntura, en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	No se especifica.
Intervenciones para el estreñimiento	
REC 7: Se recomienda consumir salvado de trigo y otros suplementos de fibra para aliviar el estreñimiento durante el embarazo si la afección no mejora con un cambio dietético, en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	No se especifica.
Intervenciones para varices y edemas	
REC 8: Pueden utilizarse soluciones no farmacológicas, como el uso de medias compresoras, la elevación de las piernas y la inmersión en agua, para reducir las varices y los edemas durante el embarazo, en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	No se especifica.
Recomendación existente sobre autoadministración de analgésicos para evitar la prolongación de la primera fase del parto	
REC 9: No se recomienda el uso de analgésicos para prevenir la prolongación del periodo de dilatación ni para reducir la posibilidad de una intervención destinada a acortar ese periodo.	Recomendación no firme; pruebas de muy baja calidad.
2. Prestar servicios de calidad para planificación familiar, incluidos servicios en materia de infertilidad	
Recomendación nueva sobre autoadministración de anticonceptivos inyectables	
REC 10 (NUEVA): Debería utilizarse la autoadministración como solución adicional a la administración de anticonceptivos inyectables en mujeres en edad fecunda.	Recomendación firme; pruebas de certeza moderada.
Recomendación nueva sobre autoadministración de anticonceptivos orales (píldora) de venta libre	
REC 11 (NUEVA): Las personas que utilizan anticonceptivos orales (píldora) deberían poder adquirirlos sin receta médica.	Recomendación firme; pruebas de muy baja certeza.

CUADRO 1 (continuación)

RECOMENDACIÓN (REC) ^a	FIRMEZA DE LA RECOMENDACIÓN, CERTEZA DE LAS PRUEBAS
Recomendación nueva sobre autoexamen con kits de predicción de la ovulación para la regulación de la fecundidad.	
REC 12 (NUEVA): Deberían ponerse a disposición kits de predicción domiciliaria de la ovulación como solución adicional para la regulación de la fertilidad en mujeres que intentan quedarse embarazadas.	Recomendación firme; pruebas de baja certeza.
Recomendación existente sobre preservativos	
REC 13: El uso sistemático y correcto de preservativos masculinos y femeninos es muy eficaz para prevenir la transmisión sexual del VIH, en particular para reducir el riesgo de transmisión en parejas serodiscordantes, para reducir el riesgo de adquirir otra infección de transmisión sexual y afecciones conexas, incluidas las verrugas genitales y el cáncer cervicouterino, y para prevenir embarazos no deseados.	No se especifica.
REC 14: Se recomienda el uso sistemático y correcto de preservativos con lubricantes compatibles en todas las poblaciones clave para prevenir enfermedades de transmisión sexual y la transmisión sexual del VIH.	Recomendación firme; pruebas de calidad moderada.
Recomendaciones existentes sobre el número de envases de píldoras con solo progestágeno y de anticonceptivos orales combinados (píldora) que deben proporcionarse en las visitas inicial y de seguimiento	
REC 15a: Proporcionar un suministro de píldoras de hasta un año, en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	No se especifica.
REC 15b: Los programas deben encontrar el equilibrio entre la conveniencia de que el máximo número de mujeres pueda adquirir la píldora y la problemática ligada al suministro y logística de esos anticonceptivos.	No se especifica.
REC 15c: El sistema de reabastecimiento debería ser flexible para que la mujer pueda obtener la píldora fácilmente en la cantidad y el plazo que requiera.	No se especifica.
3. Acabar con los abortos peligrosos	
Recomendaciones existentes sobre autogestión del aborto farmacológico en el primer trimestre	
REC 16: Se recomienda la autoevaluación de la idoneidad (para el aborto farmacológico) en el contexto de una investigación rigurosa.	No se especifica.
REC 17: En determinadas circunstancias se recomienda la gestión de la medicación (mifepristona y misoprostol) sin supervisión directa de un dispensador de atención de salud. Recomendamos esa opción cuando la mujer cuente con información precisa y pueda acceder a un dispensador de atención de salud en cualquier momento del proceso.	No se especifica.
REC 18: En determinadas circunstancias se recomienda la autoevaluación de la compleción del proceso abortivo mediante pruebas de embarazo y listas de comprobación. Recomendamos esa opción cuando se haya utilizado mifepristona y misoprostol, y cuando la mujer cuente con información precisa y pueda acceder a un dispensador de atención de salud en cualquier momento del proceso.	No se especifica.

CUADRO 1 (continuación)

RECOMENDACIÓN (REC) ^a	FIRMEZA DE LA RECOMENDACIÓN, CERTeza DE LAS PRUEBAS
Recomendaciones existentes sobre uso de anticonceptivos hormonales después de un aborto	
REC 19: En determinadas circunstancias se recomienda la autoadministración de anticonceptivos inyectables. Recomendamos esa opción en circunstancias en las que existan mecanismos para que la mujer pueda acceder a información y formación adecuadas, pueda consultar fácilmente a un dispensador de atención de salud y pueda recibir supervisión y seguimiento.	No se especifica.
REC 20: Para las mujeres que se han sometido a un aborto farmacológico con mifepristona y misoprostol, o solo con misoprostol, y que desean utilizar anticonceptivos hormonales (anticonceptivos orales (píldora) y parches, anillos, implantes o inyecciones anticonceptivos), recomendamos que se les dé la opción de comenzar el tratamiento anticonceptivo hormonal inmediatamente después de la primera pastilla abortiva.	No se especifica.
4. Luchar contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras enfermedades ginecológicas.	
Recomendación nueva sobre automuestreo del virus del papiloma humano	
REC 21 (NUEVA): Debería poder utilizarse el automuestreo del VPH como solución adicional al muestreo realizado por los servicios de detección del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 60 años.	Recomendación firme; pruebas de certeza moderada.
Recomendación nueva sobre autorrecopilación de muestras para pruebas de infecciones de transmisión sexual	
REC 22a (NUEVA): Debería poder utilizarse la autorrecopilación de muestras de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> y <i>Chlamydia trachomatis</i> como solución adicional a la prestación de servicios de pruebas de infecciones de transmisión sexual para los usuarios de esos servicios.	Recomendación firme; pruebas de certeza moderada.
REC 22b (NUEVA): Se recomienda la autorrecopilación de muestras de <i>Treponema pallidum</i> (sífilis) y <i>Trichomonas vaginalis</i> como solución adicional en la prestación de servicios de pruebas de infecciones de transmisión sexual para los usuarios de esos servicios.	Recomendación condicional; pruebas de baja certeza.
Recomendación existente sobre autorrealización de pruebas del VIH	
REC 23: Debería ofrecerse la opción de autorrealización de pruebas del VIH como solución adicional a los servicios de pruebas de VIH.	Recomendación firme; pruebas de calidad moderada.
Recomendación existente sobre autoeficacia y empoderamiento de mujeres con VIH	
REC 24: Deberían ofrecerse medidas de autoeficacia y empoderamiento sobre salud sexual y reproductiva y derechos conexos a mujeres con VIH para maximizar su salud y que se respeten sus derechos.	Recomendación firme; pruebas de baja calidad.
5. Promoción de la salud sexual	

CUADRO 1 (continuación)

RECOMENDACIÓN (REC) ^a	FIRMEZA DE LA RECOMENDACIÓN, CERTEZA DE LAS PRUEBAS
No hay recomendaciones nuevas o existentes sobre intervenciones de auto-asistencia en este sector, pero en este documento se presentan directrices existentes de la OMS pertinentes al respecto.	

^a Las recomendaciones se agrupan en cinco sectores preferentes de salud sexual y reproductiva que se abordan en la estrategia mundial de salud reproductiva 2004 de la OMS (que puede consultarse en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69040/WHO_RHR_04.8_spa.pdf;jsessionid=810C8E9304FD9DAB29920429BB4DDC2E?sequence=1).

CUADRO 2: RESUMEN DE DECLARACIONES NUEVAS Y EXISTENTES DE BUENAS PRÁCTICAS SOBRE INTERVENCIONES DE AUTOASISTENCIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DERECHOS CONEXOS

DECLARACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS (DBP)
1. Consideraciones ambientales
Declaración adaptada de buenas prácticas sobre gestión segura y sostenible de desechos de la atención sanitaria
DBP 1 (ADAPTADA): Debería promoverse la eliminación segura de desechos de productos de autoasistencia en todos los niveles.
Declaración adaptada de buenas prácticas sobre compras preferibles desde un punto de vista medioambiental
DBP 2 (ADAPTADA): Los países, donantes y partes interesadas pertinentes deberían trabajar por la realización de unas compras preferibles desde un punto de vista medioambiental de productos de autoasistencia, seleccionando suministros que puedan reciclarse, que contaminen menos o que produzcan desechos menos peligrosos, o utilizando menores cantidades.
2. Consideraciones financieras y económicas
Declaraciones adaptadas de buenas prácticas sobre consideraciones económicas para el acceso, aceptación y equidad en materia de salud
DBP 3 (ADAPTADA): Debería ofrecerse a las poblaciones vulnerables servicios de salud e intervenciones de autoasistencia de calidad, accesibles, asequibles y aceptables, basadas en principios de ética médica, en su derecho a una atención sanitaria y evitando la estigmatización, la coerción, la violencia y la discriminación.
DBP 4 (ADAPTADA): Todas las personas y comunidades deberían recibir los servicios de salud y las intervenciones de autoasistencia que necesitan sin sufrir por ello dificultades económicas.
3. Necesidades de formación de los dispensadores de atención de salud
Declaración existente de buenas prácticas sobre valores y competencias del personal sanitario para promover las intervenciones de autoasistencia
DBP 5: Los trabajadores de la atención sanitaria deberían recibir sistemáticamente formación adecuada y de sensibilización para adquirir conocimientos, habilidades y capacidad de comprensión necesarios para prestar servicios a adultos y adolescentes de poblaciones clave, basándose en el derecho de todas las personas a la atención sanitaria, la confidencialidad y la no discriminación.
4. Aplicación de consideraciones para poblaciones vulnerables.
Declaración nueva de buenas prácticas sobre el planteamiento de la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos a lo largo de la vida
DBP 6 (NUEVA): Debería adaptarse la sensibilización sobre las intervenciones de autoasistencia, incluidas las de salud sexual y reproductiva y derechos conexos, a las necesidades concretas de las personas a lo largo de su vida, y para los diferentes entornos y circunstancias, y debería reconocerse su derecho a una salud sexual y reproductiva a lo largo de su vida.
Declaración nueva de buenas prácticas sobre uso de las intervenciones de salud digital para apoyar el uso de las intervenciones de autoasistencia
DBP 7 (NUEVA): Las intervenciones de salud digital ofrecen oportunidades para crear y ofrecer información sobre intervenciones de autoasistencia, incluidas las de salud sexual y reproductiva y derechos conexos, y para generar foros de debate al respecto.
Declaración nueva de buenas prácticas sobre apoyo a las intervenciones de autoasistencia en entornos humanitarios
DBP 8 (NUEVA): La prestación adaptada y oportuna de un apoyo a las intervenciones de autoasistencia, incluidas aquellas de salud sexual y reproductiva y derechos conexos, debería realizarse con arreglo a orientaciones internacionales, formar parte de los planes de preparación para emergencias y ofrecerse como parte de las respuestas vigentes.

CUADRO 2 (continuación)

Declaraciones adaptadas y existentes de buenas prácticas pertinentes para la realización de autoasistencia en poblaciones vulnerables
DBP 9 (ADAPTADA): Las personas de poblaciones vulnerables deberían poder disfrutar de una vida sexual plena y placentera y poder acceder a diversas opciones de salud reproductiva.
DBP 10 (ADAPTADA): Los países deberían trabajar para aplicar y reforzar leyes de protección y antidiscriminación, basadas en principios de derechos humanos, para eliminar la estigmatización, la discriminación y la violencia contra las poblaciones vulnerables.
DBP 11: Los países deberían trabajar por la despenalización de comportamientos como la inyección y el consumo de drogas, el trabajo sexual, las relaciones homosexuales y la disconformidad de género, y por la eliminación de la aplicación injusta de leyes y normas contra las personas que practican esos comportamientos.
DBP 12: Se alienta a los países a examinar sus políticas de consentimiento vigentes y a estudiar la posibilidad de revisarlas, para reducir los obstáculos ligados a la edad en el acceso a los servicios de VIH y para empoderar a los proveedores a fin de que actúen en el mejor interés de los adolescentes.
DBP 13: Se recomienda ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, incluida información y servicios sobre anticonceptivos, a adolescentes sin la necesidad de la autorización/notificación de sus padres o tutores.

WHO/RHR/19.14 ©

Organización Mundial de la Salud 2019. Algunos derechos reservados. Este documento está disponible bajo la licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Para más información agradecemos contactar con: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland
Email: reproductivehealth@who.int
Web: www.who.int/reproductivehealth

