

MISOPROSTOL

Un medicamento esencial

Gabriela Luchetti &
Agustina Ramón Michel



REDAAS
RED DE ACCESO AL ABORTO SEGURO
ARGENTINA



SOBRE LAS AUTORAS

Gabriela Luchetti es médica gineco-obstetra, profesora adjunta de ginecología y obstetricia, e investigadora de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Comahue. Integra el Grupo Promotor de REDAAS.
gluchetti56@gmail.com

Agustina Ramón Michel es abogada, investigadora asociada del CEDES y profesora de derecho en la Universidad de Palermo. Integra el Grupo Coordinador de REDAAS.
rmichelagus@yahoo.com.ar

Agradecemos los comentarios de Mariana Romero y la colaboración de Maïte Karstanje.

Este documento se terminó de escribir en junio de 2019 con el apoyo de IWHC.

ELA: www.ela.org.ar

REDAAS: www.redaas.org.ar/

CEDES: www.cedes.org

IWHC: www.iwhc.org

Sugerencia de cita: Luchetti, Gabriela y Ramón Michel, Agustina. *Misoprostol. Un medicamento esencial*. N°10 serie de documentos REDAAS. REDAAS. Buenos Aires, agosto 2019.

En este documento se ha procurado no utilizar el lenguaje sexista.

El misoprostol es un medicamento empleado para el tratamiento de la hemorragia postparto, para la inducción del parto y para el aborto. Mejora la atención de la salud reproductiva y salva vidas. Desde hace más de 10 años figura en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019).

Ha sido un paso importante que el Estado argentino tome las medidas para garantizar su disponibilidad y accesibilidad. La incorporación y uso de un medicamento con las características del misoprostol (su eficiencia, seguridad, alta aceptabilidad, relación costo-beneficio) debe hacer parte de una política de medicamentos racional y con enfoque de derechos.

No hay razones científicas ni de salud pública para imponer restricciones a este medicamento, por el contrario, tales limitaciones afectarían el derecho a la vida, la salud y el derecho a beneficiarse de los avances científicos de muchas mujeres, adolescentes y niñas en Argentina, y podría dar lugar a un caso de discriminación, de responsabilidad nacional e internacional, además de una mala decisión de salud pública.

EN LA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

Los medicamentos son clave en la atención de la salud y han contribuido a la prevención, recuperación y rehabilitación de las enfermedades; son un bien social, no un bien de consumo.

La OMS promueve dos lineamientos fundamentales para lograr su uso racional: el enfoque de medicamentos esenciales y, complementariamente, el de medicamentos genéricos de calidad.

Son medicamentos esenciales aquellos que cubren las necesidades de salud prioritarias de una población. Su selección se realiza teniendo en cuenta: la prevalencia de las enfermedades (proporción de población que padece la enfermedad), la seguridad (alto cociente beneficio/riesgo), la eficacia (cumplimiento del objetivo terapéutico), la calidad (aptitud para el consumo) y costo eficiencia comparativa (los mejores resultados con menores costos).

La Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS es un inventario de medicamentos utilizados para el tratamiento de problemas de salud acuciantes. La primera lista fue preparada por un comité de expertos en 1977, y desde entonces es revisada cada dos años, proporcionando a los Estados una guía adaptable a sus necesidades nacionales.

Un medicamento esencial para la salud reproductiva

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1 (PgE1) que actúa sobre varios tejidos, incluido el músculo liso del útero y del cuello del útero, además del conocido efecto protector de la mucosa gástrica (Clark, Shannon & Winikoff, 2007; Shannon & Winikoff, 2001).

Indicado originalmente para el tratamiento de la úlcera péptica hoy **tiene probado un amplio rango de usos en salud reproductiva** (Population Council, 2001; Tang et al., 2013; Canaval Erazo & Ortiz Lizcano, 2013):

- Hemorragia postparto (principal causa de mortalidad materna en el mundo)
- Inducción del aborto
- Evacuación tras la muerte fetal intrauterina o el embarazo anembrionado o retenido.
- Inducción del parto
- Tratamiento del aborto incompleto
- Maduración cervical

Además de ser un medicamento seguro y eficaz, tiene un alto costo-efectividad respecto a otros agentes uterotónicos:

- No requiere refrigeración, permitiendo su uso en centros de atención primaria de la salud (Shaw, 2007).
- No requiere hospitalización o uso de quirófano, pues se administra por vía oral/sublingual/vaginal (Canaval Erazo & Ortiz Lizcano, 2013).
- Sus vías de administración y seguridad favorecen una mayor aceptabilidad por parte de las mujeres para la interrupción del embarazo (Lafaurie et al., 2005; Chung Ho, 2006; Teal et al., 2009, Løkeland et al., 2014).
- Su costo es aproximadamente 100 veces menor que el de cualquier otra prostaglandina –aunque situaciones monopólicas del mercado farmacéutico de un país pueden encarecerlo– (Canaval Erazo & Ortiz Lizcano, 2013).

Su incorporación en 2005 a la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS para usos en salud reproductiva marcó un antes y un después en su disponibilidad, comercialización e inclusión en formularios terapéuticos. Más de noventa países registraron el misoprostol para al menos uno de sus usos obstétricos (Tang et al., 2013; Gynuity, 2017).

La OMS ha avalado el rol del misoprostol para la atención de la salud no solo en el Listado de Medicamentos Esenciales, sino también **en otras cinco guías de salud reproductiva**, que se basan en la mejor evidencia disponible.¹

Argumentos desinformados para restringir el misoprostol

Se ha intentado restringir la disponibilidad del misoprostol basándose en referencias imprecisas y falsas (deliberadas o no) a lo ocurrido en España y Francia. Algunas aclaraciones:

ESPAÑA: En febrero del 2017 hubo una alerta de seguridad sobre el misoprostol 200 mcg emitido en el Informe Periódico de Seguridad de la agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Se trataba de un inserto vaginal de 200 mcg de misoprostol con liberación prolongada para la inducción al parto. La alerta se refería únicamente a la inducción al parto y no a la inducción de un aborto. El riesgo referido fue la taquisistolia (aumento de la frecuencia e intensidad de las contracciones que pueden afectar la oxigenación fetal). Esta alerta fue correcta ya que la dosis segura para inducción al parto es de 25 mcg (una dosis 7 veces menor) y con este inserto era imposible de controlar la dosis liberada. (AEPMS, 2017)

FRANCIA: En marzo del 2018, el laboratorio Pfizer retiró del mercado francés la especialidad medicinal Cytotec® cuya droga es misoprostol 200 mcg que estaba indicada para el tratamiento y prevención de las úlceras gastroduodenales. El laboratorio explicó que esta indicación para las úlceras era obsoleta dado que ya había inhibidores de la bomba de protones (ej. omeprazol) y que su utilización off label para la interrupción del embarazo o inducción del parto tenían su reemplazo en el mercado francés. La principal preocupación del uso off label de Cytotec era que para la inducción al parto el comprimido tenía que fraccionarse en 8 partes de 25 mcg lo cual es técnicamente imposible y podía, potencialmente, ocasionar riesgo de sobredosis en embarazos de término. Esto no sucede con la interrupción legal del embarazo hasta las 12 semanas donde la dosis es de 800 mcg y los comprimidos disponibles son de 200 mcg. (The Lancet, 2017)

En Argentina

Por décadas, en Argentina sólo hubo dos formas farmacéuticas para el misoprostol: una de 200 microgramos (mcg) de misoprostol combinada con diclofenac con indicación para artritis y osteoartritis, y otra de 25 mcg para la inducción del parto de término.

Esta falta de misoprostol en la dosis, presentación e indicación farmacéutica adecuadas para los usos de salud reproductiva sumado a la situación monopólica generada por la venta de un único laboratorio, encareció el medicamento y entorpeció el acceso al aborto seguro y la atención de la ILE en el sistema de salud, además de limitarlo para los otros usos de salud reproductiva.

Tras varios pedidos de la sociedad civil y profesionales de la salud,² hacia finales del **2018 la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) autorizó la producción y comercialización del misoprostol para uso obstétrico y ginecológico en comprimidos de 200 mcg, para la venta en farmacias bajo receta archivada, además de su compra para instituciones de salud.**

El aborto con medicamentos

Existen dos métodos para el aborto: el aborto quirúrgico y el aborto con medicamentos. El aborto con medicamentos es el uso de las pastillas de misoprostol, que puede combinarse con mifepristona.

La mifepristona seguida de misoprostol ha sido el régimen terapéutico más recomendado. En los lugares donde la mifepristona no está disponible, como en Argentina, se utiliza el misoprostol solo, siguiendo los datos disponibles que muestran que es también una alternativa efectiva y segura (Raymond, Harrison & Weaver, 2019; OMS, 2012; OMS, 2018a).

Además de su empleo por profesionales de la salud, el aborto con medicamentos puede ser autoadministrado por la persona, esto es, sin supervisión directa del equipo de salud, con consejería y un listado acerca de qué esperar que le permitan la autoevaluación, tal como lo ha marcado la OMS basándose en la evidencia actualizada recientemente (OMS, 2018a).

A partir de 1980 y de manera creciente, miles de mujeres, en contextos legalmente restrictivos, de desdén o maltrato médico y hostilidad social, usan el misoprostol para autoinducirse abortos en reemplazo de métodos que en ocasiones ponían en riesgo su vida (Jelinska & Yanow, 2018).

Las evidencias acumuladas en los últimos veinte años **confirman los efectos positivos que tiene la amplia disponibilidad del misoprostol para la interrupción del embarazo:** reduce la frecuencia de las internaciones, disminuye la gravedad de las complicaciones por aborto y ha reducido también la mortalidad postaborto (Singh & Maddow-Zimet, 2016; Briozzo et al., 2016; Ganatra et al., 2017; Jelinska & Yanow, 2018).

El uso de medicamentos para abortar constituye una revolución tecnológica: cambió radicalmente la práctica en el mundo, no ha sido asociado a resultados negativos en la salud a largo plazo, redujo la mortalidad materna por aborto inseguro y ha mejorado enormemente el acceso a la interrupción del embarazo pues su uso ambulatorio resulta seguro, efectivo y aceptable hasta por lo menos las 12 semanas (OMS, 2018a; Ipas, 2019). Además, muchas mujeres y profesionales de la salud prefieren este método frente al quirúrgico (Ipas, 2019).

Misoprostol para la interrupción del embarazo

Hasta la fecha, los regímenes terapéuticos recomendados para el uso del misoprostol se dividen en antes y después de las 12 semanas de gestación (OMS, 2018a).

Antes de las 12 semanas se inicia el tratamiento con 800 mcg de misoprostol (4 comprimidos) por vía vaginal, bucal o sublingual en dosis repetidas de 800 mg por la misma vía elegida cada tres horas hasta la finalización del proceso. Las recomendaciones más recientes no fijan un límite al número de dosis a usar (OMS, 2018a).

Después de las 12 semanas el régimen recomendado para el uso de misoprostol solo es de 400 mcg por vía vaginal, bucal o sublingual, aunque en este caso las evidencias sugieren que la vía vaginal es la más efectiva. Las dosis de 400 mcg se repiten hasta que se complete el proceso. Aquí tampoco se establece un número máximo de dosis a utilizar, pero se sugiere supervisión médica y juicio clínico para evaluarlo. Se refuerza la supervisión profesional e incluso la internación en los casos de cicatriz uterina por cesárea anterior y en embarazos de edad gestacional avanzada (OMS, 2018a).

Eficacia : el régimen de misoprostol tiene una eficacia global de 85% (Ipas, 2019).

Seguridad: las complicaciones del aborto con misoprostol pueden alcanzar el 5% si se contabilizan las consultas a guardia durante las primeras 6 semanas posteriores al uso, pero la complicación severa es solamente 0,3% aprox. (Upadhyay et al., 2015).

Costos: la baja tasa de complicaciones y el uso de la medicación en forma ambulatoria con altas tasas de éxito supone menores costos con relación al aborto quirúrgico. Asimismo, el precio internacional del misoprostol es bajo. La situación cuasi monopólica en Argentina sigue encareciendo su precio por arriba de la media internacional (CLACAI, 2017; Fundación Soberanía Sanitaria, 2019).

Contraindicaciones y precauciones: las contraindicaciones son la alergia al misoprostol y la sospecha o confirmación de un embarazo ectópico. Las precauciones son: la existencia de un DIU y problemas graves o no estabilizados de salud como: cardiopatías severas, anemia severa o trastornos hemorrágicos, y la existencia de una enfermedad de transmisión sexual que requerirá tratamiento específico para la mujer y su eventual pareja, pero no retrasará el procedimiento (Ipas, 2019).

Decisiones de política pública encuadradas por los derechos³

Las políticas de medicamentos son formuladas e implementadas según la evaluación de funcionarios públicos y expertas gubernamentales. Pero este margen de discrecionalidad, que es necesario, tiene límites. Esto es así porque las políticas deben encaminarse a realizar los derechos, ese debe ser su fin. Y esos derechos –constitucionales y los derechos humanos– ponen límites a esa discrecionalidad gubernamental, y permiten distinguir entre acciones y omisiones jurídicamente aceptables de aquellas inaceptables. Finalmente, esa discrecionalidad tiene que poder justificarse en razones públicas (y no por meras preferencias religiosas o motivaciones de la conveniencia más banal de determinado legislador, ministra de salud o funcionario de turno).

En 2019 circularon propuestas para restringir la disponibilidad y el acceso al misoprostol que no tienen base científica ni clínica, tampoco de salud pública o legal. Parecen más bien estar movidas por una suerte de espanto moral (por ejemplo, el sobresalto que genera que sea más fácil y seguro abortar y no una experiencia oscura y tortuosa) o por una estrategia política reaccionaria: si no podemos lograr la penalización absoluta del aborto, como en El Salvador o Nicaragua, intentaremos recortar las opciones que la ciencia ofrece, y la experiencia acumulada de mujeres permitieron, y hacer que el aborto sea lo más difícil –y por tanto inseguro– posible.

La cuestión es que una ley provincial o una resolución ministerial que intentasen restricciones de este tipo tendrían que dar cuenta de las siguientes preguntas: ¿En qué evidencia se basan? ¿Cuál es el objetivo de esta reforma? ¿Cuáles son los derechos que busca respetar, proteger y garantizar? ¿Cuál es la escala de valoración de los riesgos asociados al uso de misoprostol? (Pues estamos frente a, como apuntamos, a un medicamento esencial, con un perfil de seguridad sólido, que rara vez está contraindicado y que previene muchísimas más muertes de las que potencialmente podría producir).

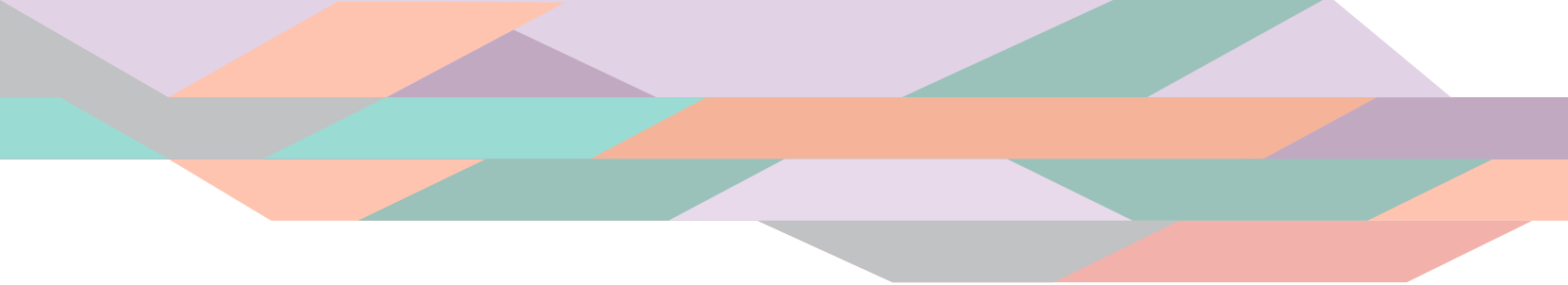
Además del derecho a la vida, y a la salud, en Argentina el derecho a beneficiarse de los avances científicos tiene estatus constitucional. Reconocido por primera vez en 1948 y reafirmado luego en diversos instrumentos y órganos internacionales, está incluido en **el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (ACNUDH, 1966) que habla explícitamente el derecho de toda persona a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones (art. 15.1.b)**. También a nivel regional, el Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) (OEA, 1988) reconoce este derecho: *Los Estados partes (...) reconocen el derecho de toda persona a: b. Gozar de los beneficios del progreso científico y tecnológico (art. 14)*.

Este derecho a beneficiarse de los avances científicos es especialmente importante dada la historia de injusticia, sesgos culturales, sesgos de género y desdén en la investigación, aprobación y uso de medicamentos y tecnologías vinculadas a la sexualidad y reproducción (Mastroianni, Faden & Federman, 1994). Por ejemplo, la aprobación de la píldora de emergencia fue demorada y restringida en muchos países con fundamento en la protección de los pre-embriónes; en Argentina por varios años estuvieron prohibidos los anticonceptivos.

En el ámbito regional, la relación entre el ejercicio del derecho al beneficio del progreso científico y sus múltiples vínculos con los demás derechos humanos fue reconocido por la Corte Interamericana en el fallo “Artavia Murillo y otros (“Fecundación In Vitro”) c/ Costa Rica” (2012). Ahí, la Corte estableció la garantía del derecho al acceso al más alto y efectivo progreso científico como indispensable para el ejercicio de la autonomía reproductiva.

También respecto a los derechos a la salud sexual y reproductiva, el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales enfatizó la importancia de asegurar la disponibilidad de *medicamentos esenciales, incluida una amplia gama de métodos anticonceptivos, como los preservativos y los anticonceptivos de emergencia, medicamentos para la asistencia en casos de aborto y después del aborto* (Comité DESC, 2016). Afirmó también *que el hecho de no incorporar o rechazar los avances y las innovaciones tecnológicas en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, como los medicamentos en relación con el aborto (...) pone en peligro la calidad de la atención* (Comité DESC, 2016).

Los intentos encaminados a restringir la disponibilidad y accesibilidad del misoprostol perjudican a un grupo específico, las mujeres en edad reproductiva, configurándose una discriminación basada en el sexo, fuertemente alimentada por sesgos y prejuicios en contra del aborto, y estereotipos sobre la sexualidad, reproducción y roles de las mujeres. En este sentido, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Salud ha recordado que el acceso a medicamentos para los grupos vulnerables no debe obstaculizarse por factores culturales (OACDH, 2013).



En este sentido, la disponibilidad y accesibilidad del misoprostol se justifica también en razón del derecho a la igualdad (y no discriminación) en el ejercicio del derecho a beneficiarse de los avances científicos. Una carga importante para la salud de las mujeres está relacionada con la reproducción, y por eso la atención de la salud reproductiva ha sido identificada como una obligación prioritaria en virtud del derecho a la salud (Erdman, Grenon & Harrison-Wilson, 2008).

No es necesario probar que el Estado tiene la intención de discriminar a las mujeres pues, como indica la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) (ACNUDH, 1979), la *discriminación contra la mujer* no sólo abarca toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto, sino también por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer. El desarrollo del principio de no discriminación está previsto también en la CEDAW respecto a la igualdad en el acceso a la salud, que prevé la obligación de los Estados de examinar periódicamente la legislación en esta materia a *la luz de los conocimientos científicos y tecnológicos* para revisar, derogar o ampliarla según corresponda.

Por último, la falta de disponibilidad y accesibilidad del misoprostol tiene un impacto desigual sobre determinados grupos de mujeres: afecta de modo diferencial en las mujeres según situación socio-económica, geográfica, edad, etc.

Por el contrario, una disponibilidad y accesibilidad amplia del misoprostol tiene el potencial de seguir reduciendo la mortalidad materna en el mundo, en consonancia con los compromisos y obligaciones del Estado en materia de derechos y metas de salud pública, y los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ONU, 2015).⁴

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios – AEPMS. (2017). *Boletín mensual de la AEMPS sobre medicamentos de uso humano del mes de febrero de 2017*. Medicamentos de Uso Humano. Información sobre seguridad. Nueva información de seguridad procedente de la evaluación periódica de los datos de farmacovigilancia: Misoprostol 200mg sistema de liberación vaginal y taquisistolia uterina. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/boletines-AEMPS/boletinMensual/2017/febrero/boletin-febrero.htm>.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>.
- *Artavia Murillo y otros (fecundación in vitro) Vs. Costa Rica*. (2012). Corte IDH, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, sentencia de 28 noviembre de 2012, Serie C N° 257.
- Briozzo, L., Ponce de León, R. G., Tomasso, G. & Faúndes, A. (2016). Overall and abortion-related maternal mortality rates in Uruguay over the past 25 years and their association with policies and actions aimed at protecting women's rights. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 34(1), Agosto 2016, pp. S20-S23.
- Canaval Erazo, H. O. & Ortiz Lizcano, E. I. (2013). *Uso del Misoprostol en Ginecología y Obstetricia*. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), 3ra Edición, marzo 2013, Panamá.
- Clark, W., Shannon, C. & Winikoff, B. (2007). Misoprostol for uterine evacuation in induced abortion and pregnancy failure. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 2(1), pp. 67-108.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC). (2016). *Observación general 22: relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. E/C.12/GC/22. 2 de mayo de 2016.
- Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI). (2017). *Mifepristona y misoprostol en seis países de América Latina: procesos de registro y disponibilidad*. Disponible en: <https://clacai.org/portfolio-item/mifepristona-misoprostol-seis-paises-america-latina-procesos-registro-disponibilidad/>.
- Erdman, J.N., Grenon, A. & Harrison-Wilson, L. (2008). Medication Abortion in Canada: A Right-to-Health Perspective. *American Journal of Public Health*, 98(10), octubre 2008, pp. 1.764-1.769.
- Fundación Soberanía Sanitaria. (2019). *Salud de las mujeres: egresos hospitalarios y acceso a misoprostol*. Disponible en: <http://soberania-sanitaria.org.ar/wp/salud-de-las-mujeres-egresos-hospitalarios-y-acceso-a-misoprostol/>
- Ganatra, B., Gerdtts, C., Rossier, C., Johnson Jr, B. R., Tunçalp, O., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z. & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390(10110), pp. 2372-2381.
- Goldberg, A. B., Greenberg, M. B. & Darney, P. D. (2001). Misoprostol and pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 344(1), pp. 38-47.
- Gynuity. (2017). *Misoprostol Aprobado*. Disponible en: https://gynuity.org/assets/resources/mapmiso_sp.pdf.
- Ipas. (2019). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. Disponible en: <https://ipas.azureedge.net/files/CURHS19-April-ActualizacionesClinicasSaludReproductiva.pdf>.
- Jelinska, K. & Yanow, S. (2018). Putting abortion pills into women's hands: realizing the full potential of medical abortion. *Contraception*, 97(2), pp. 86-89.

- Lafaurie, M. M., Grossman, D., Troncoso, E., Billings, D.L. & Chávez, S. (2005). Women's Perspectives on Medical Abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: A Qualitative Study. *Reproductive Health Matters*, 13(26), noviembre 2005, pp. 75-83.
- Løkeland, M., Iversen, O.E., Engeland, A., Økland, I. & Bjørge, L. (2014). Medical abortion with mifepristone and home administration of misoprostol up to 63 days' gestation. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 93(7), pp. 647–653.
- Mastroianni, A. C., Faden, R. & Federman, D. (1994). *Women and health research: Ethical and legal issues of including women in clinical studies*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press.
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH). (2013). *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health. Human Rights Council*. Anand Grover, on access to medicines. A/HRC/23/42. Ginebra: Naciones Unidas, 1º de mayo, 2013. Párrafo 45.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *Selección de medicamentos esenciales: Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de la OMS*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*. Disponible en: https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto*. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/es/.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *WHO model List of Essential Medicines*. 20th list, March 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/273826>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018a). *Medical management of abortion*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf?ua=1>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018b). *WHO recommendations. Uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage*. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277276/9789241550420-eng.pdf?ua=1>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *WHO model List of Essential Medicines*. 21st list, 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325771>.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/#targetText=Objetivos%20y%20metas%20de%20desarrollo%20sostenible%20%2D%20Desarrollo%20Sostenible&targetText=El%2025%20de%20septiembre%20de,nueva%20agenda%20de%20desarrollo%20sostenible>.
- Chung Ho, P. (2006). Women's perceptions on medical abortion. *Contraception*, 74(1), July 2006, Pages 11-15.
- Population Council (2001). *Misoprostol. An emerging technology for women's health*. Report of a seminar. Disponible en: https://gynuity.org/assets/resources/mtgrep_misowomenshealth.pdf.
- Platais, I., Tsereteli, T., Grebennikova, G., Lotarevich, T. & Winikoff, B. (2016). Prospective study of home use of mifepristone and misoprostol for medical abortion up to 10 weeks of pregnancy in Kazakhstan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134(3), pp. 268-271.
- Ramón Michel, A. & Ariza Navarrete, S. (2017). El derecho a beneficiarse de los avances científicos y los límites a la discrecionalidad estatal. *Gênero & Direito*, 6(3).
- Raymond, E. G., Harrison, M. S. & Weaver, M. A. (2019). Efficacy of Misoprostol Alone for First-Trimester Medical Abortion: A Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology*, 133(1), pp. 137-147.
- Shannon, C. S. & Winikoff, B. (2001). Misoprostol: An emerging technology for women's health. *In Report of a Seminar*: May, pp. 7-8.

- Shaw, D. (2007). Misoprostol for reproductive health: Dosage recommendations. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99: S155.
- Singh, S. & Maddow-Zimet, I. (2016). Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(9), pp. 1489-1498.
- Tang, J., Kapp, N., Dragoman, M. & De Souza, J. P. (2013). WHO recommendations for misoprostol use for obstetric and gynecologic indications. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 121(2), pp. 186-189.
- Teal, S. B., Harken, T., Sheeder, J. & Westhoff, C. (2009). Efficacy, acceptability and safety of medication abortion in low-income, urban Latina women. *Contraception*, 80(5), November 2009, Pages 479-483.
- The Editors of The Lancet. (2017). Retraction and republication—Misoprostol drug to be withdrawn from French market. *The Lancet*, 390(10110), PE41, November 25, 2017.
- [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32907-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32907-0/fulltext); "Cytotec° à base de misoprostol : arrêt de commercialisation annoncé en France" *Rev Prescrire* 2017 ; 37 (410) : 918.to
- Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P. & Taylor, D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 125(1), pp. 175-183.
- Zamberlin, N., Romero, M. & Ramos, S. (2012). Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. *Reproductive Health*, 9(34).
- Zerda, A., Velasquez, G., Tobar, F. & Vargas, J. E. (2001). *Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos-Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala*. Washington DC: Pan American Health Organization.

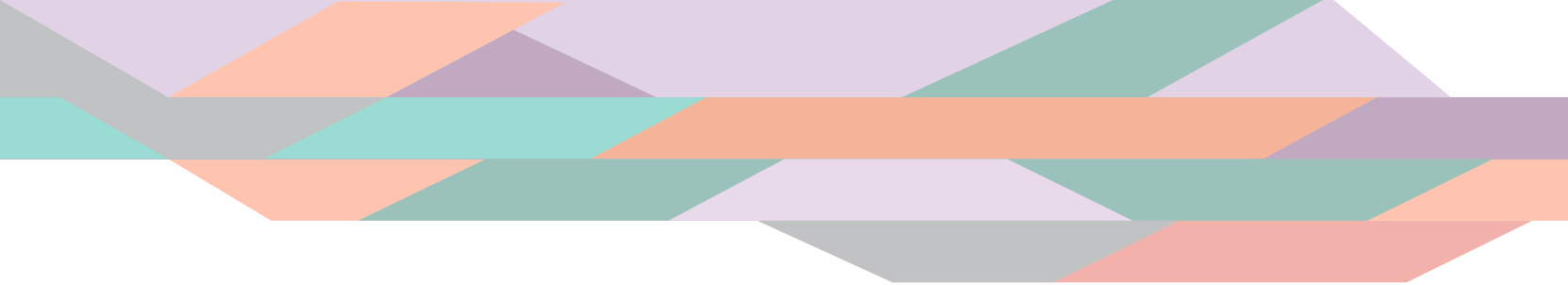
NOTAS

¹ Ver Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto (OMS, 2011); Safe abortion: technical and policy guidance for health systems (OMS, 2012); Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto (OMS, 2014), Medical management of abortion (OMS, 2018a), WHO recommendations. Uterotonics for the prevention of post partum haemorrhage (OMS, 2018b).

² Ver por ejemplo: CELS, 2016. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/2016/09/misoprostol-solicitamos-a-la-anmat-que-lo-reconozca-como-medicamento-obstetrico-y-garantice-su-acceso/>

³ Esta sección es una adaptación de Ramón Michel & Ariza Navarrete (2017).

⁴ Ver Objetivo 3 (ONU, 2015): Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.



REDAAS es una red de profesionales de la salud y el derecho vinculados con servicios de salud pública y comunitaria de la Argentina. Nuestro compromiso es acompañar y atender a las mujeres en situaciones de aborto legal, entendiéndolo como parte de nuestro deber profesional, ético y jurídico. Nuestro objetivo es ayudar a remover las barreras institucionales y políticas para el acceso a abortos seguros y legales, promover una apropiada interpretación y aplicación de las causales contempladas en las normas vigentes y construir una comunidad para compartir información, intercambiar experiencias y ofrecer un espacio de solidaridad, apoyo y sostén político.

Esta red comenzó a articularse en 2011 como iniciativa del Área de Salud, Economía y Sociedad del CEDES –Centro de Estudios de Estado y Sociedad– y se institucionalizó bajo el nombre de REDAAS en 2014, en una construcción conjunta con ELA –Equipo Latinoamericano de Justicia y Género–.

www.redaas.org.ar
CORREO: info@redaas.org.ar
FB: /Redaas
TW: @Redaas_Arg





REDAAS
RED DE ACCESO AL ABORTO SEGURO
— ARGENTINA —

