

Misoprostol y aborto con medicamentos en Latinoamérica y el Caribe



A nivel mundial, más de 500,000 mujeres mueren anualmente por causas relacionadas con el embarazo y cerca de 15,000 de estas muertes ocurren en Latinoamérica y el Caribe.¹ Aunque la razón de mortalidad materna en la región ha disminuido en un 28% desde 1990 (de 180 a 130 por cada 100,000 nacidos vivos), esta reducción no cumplirá con los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015.² Más aún, este promedio regional abarca las inmensas diferencias entre países donde la razón de mortalidad materna puede ser tan baja como 16 en las Bahamas, Barbados y Chile y tan alta como 670 en Haití.³ A pesar de las mejoras, la persistencia de las altas tasas de mortalidad materna recalca la necesidad de encontrar y aplicar soluciones eficaces en la región. El medicamento misoprostol, una tecnología comprobada para una variedad de usos ginecológicos y obstétricos, puede ayudar a salvar vidas, particularmente en Latinoamérica y el Caribe donde la hemorragia posparto y el aborto incompleto son responsables de un gran porcentaje de las muertes maternas.

El misoprostol es importante en el tratamiento de la hemorragia posparto (HPP), la cual es la principal causa de mortalidad materna en el mundo, y es un método sencillo, no invasivo seguro y de bajo costo para el tratamiento del aborto incompleto, en lugar del legrado uterino instrumental (LUI) o la aspiración endouterina, ya sea manual o eléctrica.⁴ Además, se puede utilizar para la maduración cervical, la inducción del parto (lo cual puede contribuir a una disminución en las tasas de cesáreas) y el tratamiento de la muerte fetal intrauterina, así como para la dilatación del cuello uterino antes de la inserción del dispositivo intrauterino (DIU) o antes de efectuar una histeroscopia.⁵ Además, no requiere hospitalización o el uso de un quirófano y previene las complicaciones que a menudo surgen de los procedimientos quirúrgicos.⁶ Más aún, el misoprostol permanece estable a temperatura ambiente y se puede transportar con facilidad, una importante ventaja para su uso en establecimientos de salud del primer nivel de atención.⁷

Análisis de costos

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.⁸

El misoprostol también se puede emplear por sí solo o en combinación con otro medicamento, mifepristona, para interrumpir un embarazo no deseado de manera segura y en una variedad de ámbitos. El aborto con medicamentos, ya sea con misoprostol y mifepristona combinados o con misoprostol solo, puede salvar la vida de las mujeres.

En toda la extensión de Latinoamérica y el Caribe, muchas mujeres se enfrentan con graves obstáculos al control de su fertilidad debido a la falta de información y suministros, al alto costo de los métodos anticonceptivos, a la deficiente calidad de la atención y a las barreras socioculturales.⁹ Más aún, el acceso legal a los servicios de aborto es restringido considerablemente en gran parte de América Latina (excepto en Cuba, Guyana, Puerto Rico y el Distrito Federal de México). Aunque las leyes a menudo permiten el aborto bajo ciertas circunstancias, varias barreras como la escasez de medicamentos, el costo de los procedimientos y la falta de acceso a personal de salud capacitado impiden incluso la práctica de abortos legales.¹⁰

A pesar de estas restricciones, el aborto es practicado de manera generalizada en toda la región. Cuando es efectuado o supervisado por personal médico debidamente capacitado, en un ambiente seguro, el aborto es un procedimiento más seguro que el parto.¹¹ No obstante, en contextos restringidos por la ley, el aborto está asociado con mayor riesgo y su seguridad está estrechamente vinculada con la condición socioeconómica de la mujer, con la capacidad del prestador o la prestadora de servicios y con las condiciones en las cuales se efectúa el aborto. Cada año ocurren aproximadamente 3.9 millones de abortos inseguros en Latinoamérica, por lo cual es una de las regiones con las tasas más altas de incidencia del mundo (29 abortos por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años de edad,¹² o cerca de un aborto inseguro por cada tres nacidos vivos). Las mujeres pobres sufren las consecuencias más adversas del aborto clandestino ya que a menudo recurren a métodos peligrosos, como la inserción de objetos puntiagudos (una aguja de tejer, el tallo de una planta, un cateter, etc.), líquidos (agua con jabón, vinagre) o químicos (permanganato de potasio) dentro de la vagina o el útero; la ingestión de sustancias ácidas, productos cáusticos o tés herbales; y la aplicación de trauma físico externo para producir contusiones en el útero.¹³ Unas 2000 mujeres en la región mueren a causa del aborto inseguro anualmente, lo cual representa el 11% de todas las muertes maternas.¹⁴ Casi un millón de mujeres son hospitalizadas cada año debido a complicaciones de abortos inseguros;¹⁵ las más comunes son aborto incompleto, hemorragia e infección. Las complicaciones graves pueden requerir atención

Términos comunes

Mifepristona: Medicamento que impide el desarrollo del embarazo y causa la maduración del cuello uterino (la abertura a la matriz). Se utiliza con misoprostol para el aborto con medicamentos.

Misoprostol: Medicamento que causa la maduración del cuello uterino y las contracciones del útero. Se puede utilizar para la prevención y el tratamiento de hemorragia posparto, el tratamiento de aborto incompleto o aborto espontáneo, la inducción del aborto (por sí solo o con mifepristona) y la inducción del parto.



médica urgente muy compleja, la cual a menudo no es accesible o es muy costosa, o producir morbilidad crónica o a largo plazo, como infertilidad secundaria.¹⁶ Además, algunas mujeres aplazan la búsqueda de atención médica, ya sea por temor a repercusiones jurídicas o debido al estigma social en torno al aborto. Se calcula que entre un 10% y un 20% de todas las mujeres que tienen abortos necesitan, pero no reciben, atención médica por complicaciones graves causadas por métodos inseguros.¹⁷

El aborto con medicamentos es una alternativa factible y segura para uso en la región. Se puede realizar sin mucho espacio en el establecimiento de salud, equipo médico o personal de salud sumamente capacitado, por lo cual es adecuado para el nivel más local de atención. Aunque la combinación de mifepristona y misoprostol es el régimen más eficaz de aborto con medicamentos (hasta un 98.5% eficaz durante las primeras nueve semanas de gestación),^{18, 19, 20} el misoprostol empleado solo (hasta un 90% eficaz durante las primeras nueve semanas de gestación) es la opción más fácil de acceder en Latinoamérica y el Caribe para realizar un aborto seguro.^{21, 22}

El uso de misoprostol ha transformado radicalmente el manejo del aborto inducido. Por primera vez, en lugares donde no se dispone de otros servicios de aborto seguro, las mujeres tienen acceso a un método no invasivo, muy seguro y eficaz, que no requiere la participación de terceras partes. Cada vez más se practica el procedimiento de aborto con misoprostol en toda la región; en países donde el aborto no es permitido por la ley, este método ha aumentado la seguridad de los procedimientos autoinducidos al disminuir las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro.^{23, 24, 25, 26}

En el año 2009, la OMS incluyó al misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto en su Lista modelo de medicamentos esenciales (con una nota especial que indica "donde es permitido por la ley nacional y donde es culturalmente aceptable").²⁷ Además, 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.²⁸ La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) también aprobó el uso del misoprostol para una gran variedad de indicaciones obstétricas.

Estudios de casos en Brasil y la República Dominicana

El uso del misoprostol para el aborto autoinducido fue documentado por primera vez en Brasil, donde empezó a comercializarse en 1986. Las investigaciones realizadas en este país han documentado una asociación entre el uso del misoprostol y la disminución de las complicaciones de abortos inseguros.^{29, 30, 31} En 1991, el gobierno limitó la disponibilidad del medicamento y a partir de esa medida las tasas de morbilidad y mortalidad maternas relacionadas con el aborto han vuelto a aumentar.³²

Por contraste, desde el lanzamiento del misoprostol en la República Dominicana en 1986, los informes indican que las complicaciones graves relacionadas con el aborto han disminuido en un 75%.³³

Acceso a la mifepristona y el misoprostol en Latinoamérica y el Caribe

En la mayoría de los países latinoamericanos, el misoprostol está aprobado para el tratamiento de úlceras gástricas, que fue su indicación original, y es fácil de obtener. En cambio, la mifepristona está disponible en un sólo país (Guyana) en toda la región.

A pesar de las ventajas comprobadas de este medicamento, el misoprostol ha sido registrado para indicaciones ginecológicas y obstétricas sólo en tres países (Brasil, Perú y Colombia).³⁴ No obstante, la falta de reglamentos no ha impedido que este medicamento se vuelva cada vez más importante en la profesión gineco-obstétrica.³⁵ En marzo de 2007, la Organización Mundial de la Salud incluyó el misoprostol en su Lista modelo de medicamentos esenciales como un medicamento para la interrupción del embarazo.

En un estudio realizado en el año 2009, auspiciado por el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI),³⁶ se identificaron en la región por lo menos 39 medicamentos que contienen misoprostol y el costo varía extensamente, desde un dólar estadounidense hasta casi US \$38 por tableta, este último resulta muy caro.

Más aún, dado que las mujeres ahora utilizan el misoprostol para autoinducirse un aborto, algunos gobiernos y empresas farmacéuticas están tomando medidas para restringir el acceso al medicamento. Estas medidas hacen caso omiso de la importante reducción en las tasas de aborto inseguro atribuible al uso del misoprostol, así como de su contribución a la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad maternas.

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe existen indicaciones legales para el aborto, existen pocos protocolos clínicos que guían la atención del aborto. Esto se debe a que los reglamentos en vigor

fueron formulados para establecer mecanismos jurídicos que restringen el acceso a los servicios de aborto, y no para establecer normas adecuadas para la atención del aborto de alta calidad. En Colombia y Bolivia se han creado dichas normas y varios hospitales de Perú han puesto en práctica sus propias guías de atención, aunque las restricciones jurídicas en vigor en estos países continúan limitando el acceso.

Los últimos avances legislativos en el Distrito Federal de México han tenido el mayor impacto en el acceso a los servicios de aborto legal en la región. El 24 de abril de 2007, los legisladores votaron por legislación que permite la interrupción del embarazo a petición durante los primeros tres meses de gestación. La ley dicta que la Secretaría de Salud del Distrito Federal proporcione servicios de interrupción legal del embarazo a toda mujer que los solicite, sin costo alguno para las mujeres que residen en el Distrito. En la Ciudad de México, tres años después que se aprobó la ley, los registros mostraron que aproximadamente 40,000 mujeres habían sido atendidas en establecimientos de salud pública³⁸, principalmente con misoprostol. Esta experiencia demuestra que establecer reglamentos para los servicios de aborto, bajo leyes que permiten su aplicación, facilita el acceso de las mujeres a los servicios de aborto seguro.

Estrategias para ampliar el acceso a los servicios de aborto con medicamentos en Latinoamérica y el Caribe

La prestación adecuada de servicios de planificación familiar es un paso clave para disminuir el índice de abortos inseguros en la región latinoamericana. Sin embargo, el acceso a los servicios de aborto seguro siempre será necesario y el aborto con medicamentos en el primer trimestre es una de las mejores opciones para la interrupción segura y eficaz del embarazo temprano, y que contribuye a la reducción de las tasas de

Acceso e información para las mujeres

En la mayoría de los países latinoamericanos, la información sobre el misoprostol es divulgada verbalmente. Las farmacias a menudo ofrecen guías y despachan el medicamento a pesar del hecho de que los reglamentos de casi todos los países dictan que éste se venda sólo con receta. Otros medios de acceso son profesionales en ámbitos extraoficiales o por Internet. Según un análisis realizado por Ipas de los datos mundiales sobre las ventas de misoprostol, Latinoamérica es la región en la cual el misoprostol se vende a los precios más altos.³⁷

Las mujeres que utilizan el misoprostol no siempre reciben instrucciones precisas para su uso, como información sobre cuándo se puede utilizar de manera segura, los posibles efectos secundarios y los signos de alarma. Es imperativo brindar consejería que les enseñe a las mujeres a reconocer los síntomas y efectos secundarios, así como la detección oportuna de complicaciones durante el proceso de aborto.

morbilidad y mortalidad maternas. A pesar del hecho de que el misoprostol es fácil de usar y posiblemente fácil de obtener, no existe ninguna garantía de que las mujeres puedan tener acceso a este medicamento. Se necesitan diferentes estrategias que incluyan a la comunidad médica, a activistas a favor de los derechos sexuales y reproductivos, a mujeres y hombres en el campo de investigación y responsables de tomar decisiones relacionadas con la salud.

Estrategia 1: Ampliar las políticas, guías y protocolos para la prestación de servicios

- Basarse en los protocolos de FLASOG para elaborar normas nacionales y protocolos para la prestación de servicios de aborto inducido, con un enfoque en seguridad y calidad de la atención
- Incluir al misoprostol en las listas de medicamentos esenciales y en las guías para el aborto inducido y para el tratamiento de complicaciones obstétricas como: aborto incompleto, aborto diferido y hemorragia posparto
- Formular protocolos que hagan hincapié en el suministro de misoprostol en el primer nivel de atención y por una variedad de profesionales de la salud.
- Crear protocolos para el uso del misoprostol en la prestación de servicios, que destaquen su inclusión en la Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS.
- Asegurar que los protocolos para la prestación de servicios y los sistemas de adquisición incluyan adecuadamente consejería anticonceptiva y el suministro de métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia.
- Asegurar que las políticas, guías y protocolos aborden las necesidades especiales de las mujeres que han sufrido violencia sexual.

Estrategia 2: Educar a toda la gama de profesionales de la salud y promotores

- Familiarizar al personal de salud con la evidencia científica referente al misoprostol, como su farmacocinética, eficacia, aceptabilidad, dosis, vías de administración, etcétera.

- Incluir el uso del misoprostol para el tratamiento de complicaciones obstétricas en los currículos de capacitación de profesionales de la salud y capacitar a equipos de salud (personal de medicina, enfermería y partería) en el uso del misoprostol para diferentes indicaciones, así como en consejería sobre los efectos secundarios y los signos de alarma y cuándo remitir a las mujeres a otros establecimientos de salud.
- Desarrollar un grupo esencial de profesionales en cada país de la región, que tengan experiencia en el uso del misoprostol y puedan brindar apoyo y orientación para la elaboración de guías técnicas para su uso y servir de mentores para apoyar a sus colegas y otros establecimientos de salud en el proceso de integración del misoprostol.
- Capacitar a las personas que proporcionan servicios de aborto en cuestiones de derechos humanos, aclaración de valores y ética médica relacionadas con la salud y los derechos reproductivos de las mujeres.
- Capacitar a promotoras y promotores para que fomenten una amplia interpretación de las leyes y participen en los esfuerzos de reforma jurídica para mejorar el acceso de las mujeres a los servicios y ayudar a proteger a las personas que utilizan el misoprostol para indicaciones no autorizadas.

Estrategia 3: Trabajar con las mujeres y sus comunidades

- Divulgar información sobre el uso del misoprostol en la población en general a través de los medios de comunicación: líneas de atención telefónica, Internet, folletos, spots de radio, televisión y películas cortas con debates posteriores.
- Organizar acompañamiento para mujeres, eventos de capacitación, visitas y actividades comunitarias, y fortalecer la participación de organizaciones no gubernamentales (ONGs) y líderes de la comunidad.
- Desarrollar los conocimientos y la capacidad de las mujeres y los hombres mediante alianzas con grupos comunitarios para concientizar y empoderar a las mujeres, especialmente a las jóvenes.

Reduciendo los riesgos y daños relacionados con el aborto inseguro

En respuesta al grave problema de salud pública causado por el aborto inseguro, la organización uruguaya “Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo” formuló una estrategia de atención integral para mujeres con embarazos no deseados basada en el acceso a información proporcionada durante la consejería pre y postaborto. Durante la sesión de consejería, se ofrece información y orientación sobre el uso correcto del misoprostol, pero el medicamento no es recetado o suministrado. Cada mujer decide si obtener y utilizar el medicamento, y en caso afirmativo, la organización ofrece seguimiento y atención postaborto. Esta estrategia se basa en el reconocimiento de los derechos de las mujeres a información, privacidad y confidencialidad y apela a la obligación ética de cada profesional de la salud de tratar el problema del aborto inseguro. A partir de la aplicación de esta estrategia, se han documentado considerables reducciones en las tasas de complicaciones postaborto y muertes maternas.³⁹

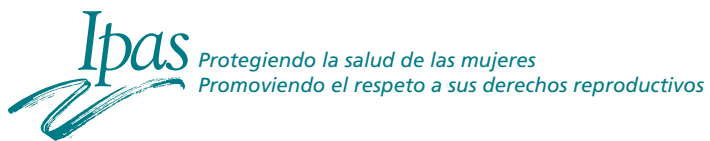
Estrategia 4: Movilizar al personal de farmacias

- Capacitar a las personas que trabajan en farmacias para que sean partes interesadas fundamentales en la prestación de servicios y el suministro de información correcta sobre el misoprostol, así como en el sistema de referencias.
- Colaborar con asociaciones farmacéuticas para informar y apoyar a las personas responsables de tomar decisiones clave y defensoras en la comunidad farmacéutica.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2007. *Maternal mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*. Ginebra: OMS.
2. Asamblea General de las Naciones Unidas. 2000. Declaración del Milenio. <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2008. *Progress for Children (No. 7): A Report Card on Maternal Mortality*. Nueva York: UNICEF.
4. Diop, Ayisha, Sheila Raghavan, Jean-Pierre Rakotovoao, 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.
5. 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>.
6. Weeks, Andrew y Aníbal Faúndes. 2007. Misoprostol in obstetrics and gynecology. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99: S156-158.
7. Shaw, Dorothy. 2007. Misoprostol for reproductive health: Dosage recommendations. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99: S155.
8. 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.
9. Sedgh, Gilda, Rubina Hussain, Akinrinola Bankole y Susheela Singh. 2007. *Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method*. Nueva York: Guttmacher Institute.
10. Romero, Mariana y Silvina Ramos. 2009. “El aborto seguro en América Latina: Un derecho relegado.” En *Presentación, Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna*, 12-14. http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/LAC%20Lancet%20articulos%20adicionales_web.pdf
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2003. *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra, OMS.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2007. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, 5a edición, Ginebra, OMS.
13. Espinoza, Henry y Lizbeth López Carrillo. 2003. Aborto inseguro en América Latina y el Caribe: Definición del problema y su prevención. *Gaceta Médica de México*, 139 (S1): 9-15.
14. OMS, 2007.

15. S Singh, Susheela, Deirdre Wulf, Rubina Hussain, Akinrinola Bankole y Gilda Sedgh. 2009. *Abortion worldwide: A decade of uneven progress*. Nueva York: Guttmacher Institute.
16. Guttmacher Institute. 2009. *Datos sobre el aborto y el embarazo no planeado en América Latina y el Caribe*. Nueva York: Guttmacher Institute.
17. Ibid.
18. Creinin, Mitchell D., Michelle C. Fox, Stephanie Teal, Angela Chen, Eric A. Schaff y Leslie A. Meyn, for the MOD Study Trial Group. 2004. A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 103 (5): 851-859.
19. Winikoff, Beverly, Ilana G. Dzuba, Mitchell D. Creinin, William A. Crowden, Alisa B. Goldberg, Juliana Gonzáles, Michelle Howe, Jeffrey Moskowitz, Linda Prine y Caitlin S. Shannon. 2008. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 112 (6): 1303-1310.
20. Raghavan, Sheila, Rodica Comendant, Irena Digol, Sergiu Ungureanu, Valentin Friptu, Hillary Bracken y Beverly Winikoff. 2009. Two-pill regimens of misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' gestational age: A randomized controlled trial of sublingual and oral misoprostol. *Contraception*, 79 (2): 84-90.
21. Carbonell, Esteve, José Luis, Lidia Varela, A. Velazco, R. Tanda, Evelio Cabezas y Carlos Sánchez. 1999. Early abortion with 800 µg of misoprostol by the vaginal route. *Contraception*, 59: 219-225.
22. von Hertzen, Helena, Gilda Piaggio, Nguyen Thi My Huong, Karine Arustamyan, Evelio Cabezas, Manuel Gómez, Archil Khomassuridze, Rashmi Shah, Suneeta Mittal, Rajasekharan Nair, Radnaabazar Erdenetungalag, To Minh Huong, Nguyen Duc Vy, Nguyen Thi Ngok Phuong, Hoang Thi Diem Tuyet y Alexandre Peregoudov, for the WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. 2007. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: A randomized controlled equivalence trial. *Lancet*, 369: 1938-46.
23. Briozzo, L., G. Vidiella, F. Rodríguez, M. Gorgoroso, A. Faúndes y J. E. Pons. 2006. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 95: 221-226.
24. Faúndes, 2007.
25. Grimes, David A. 2006. Reducing the complications of unsafe abortion: The role of medical technology. En *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences: Priorities for Research and Action*, ed. Ina K. Warriner y Iqbal H. Shah, 73-91. Nueva York: Guttmacher Institute.
26. Miller, Suellen, Tara Lehman, Martha Campbell, Anke Hemmerling, Sonia Brito Anderson, Hector Rodriguez, Wilme Vargas González, Milton Cordero y Victor Calderón. 2005. Misoprostol and declining abortion related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: A temporal association. *BJOG*, 112 (9): 1291-1296.
27. 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
28. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). 2007. Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología (segunda edición). <http://www.flasog.org/images/misoprostol.pdf>.
29. Coêlho, Helena Lutécia Luna, Ana Claudia Teixeira, Ana Paula Santos, Eliane Barros Forte, Silana Macedo Morais, Carlo La Vecchia, Gianni Tognoni y Andrew Herxheimer. 1993. Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil. *Lancet*, 341 (8855): 1261-1263.
30. Barbosa, Regina Maria y Margareth Arilha. 1993. The Brazilian experience with Cytotec. *Studies in Family Planning*, 24 (4): 236-240.
31. Costa, Sarah H. y Martin P. Vessey. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet*, 341 (8855): 1258-1261.
32. Coêlho, 1993.
33. Miller, 2005.
34. Gynuity Health Projects. 2009. Mapa de misoprostol aprobado. http://gynuity.org/downloads/map_miso_approval_sp.pdf
35. 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.
36. Távara Orozco, Luis, Susana Chávez, Daniel Grossman, Diana Lara y Martha María Blandón. 2008. Disponibilidad y uso obstétrico del misoprostol en los países de América Latina y el Caribe. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 54: 253-263.
37. Fernández, Maria M., Francine Coeytaux, Rodolfo Gómez Ponce de León y Denise L. Harrison. 2009. Assessing the global availability of misoprostol. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 105: S180-186.
38. Miranda, Herminia. 2010. Interrupen embarazo 39 mil mujeres en tres años. *El Universal*, Mayo 11.
39. Briozzo, L., F. Rodríguez, I. León, G. Vidiella, G. Ferreiro y J. E. Pons. 2004. Unsafe abortion in Uruguay. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 85: 70-73



"Las opiniones contenidas en la presente publicación no reflejan necesariamente las del Fondo de Población de las Naciones Unidas, su Junta Ejecutiva ni sus Estados miembro, siendo de responsabilidad de los autores de la misma"

Producido por el Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI) e Ipas.

© 2010 Ipas.

Créditos por las fotos en la portada: (L) Richard Lord, (R) Sarah Gómez/Ipas

Las fotografías utilizadas en esta publicación son para fines ilustrativos únicamente. No implican actitudes, comportamientos o acciones específicas por parte de los sujetos.

Producido en Perú.

Para obtener más información:

Ipas
PO Box 5027
Chapel Hill, NC 27514 EE.UU.
1-919-967-7052
ipas@ipas.org
www.ipas.org

Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI)
Secretaría Ejecutiva alojada en PROMSEX
Av. José Pardo 601 Oficina 604, Miraflores, Lima – Perú
(511) 4478668
Susana@promdsr.org
www.clacai.org