



MEJORANDO CAPACIDADES  
DE ABOGACÍA DE LAS Y LOS  
PROVEEDORES DE SALUD  
PARA LA REDUCCIÓN  
DE LA MUERTE MATERNA  
Y EL ABORTO INSEGURO

# Introducción

**La maternidad, aquella capacidad que tienen las mujeres de traer hijos/as al mundo es una experiencia compleja, gratificante, absorbente y muy personal. Constituye, al mismo tiempo, una fuente de poder y de sometimiento, de disfrute y de sufrimiento, de goce y de trabajo, por lo tanto, el derecho a decidir cuándo y cómo ser madre, resulta crucial<sup>1</sup>.**

Y aunque las leyes no lo permitan, la capacidad de decidir de las mujeres no ha podido ser enajenada ni recortada, pues cuando una mujer rechaza el embarazo, el proceso es casi indetenible, ese es el fracaso de la penalización del aborto como elemento disuasorio. Esto ocurre en todas las clases sociales, en todos los grupos. Para la mayoría de mujeres, tanto el nacimiento, como el aborto, constituyen experiencias cotidianas, la única diferencia es que el primer caso suele ser una experiencia compartida y de felicidad, mientras que el aborto se suele vivir en silencio, debido principalmente al estigma e ilegalidad que lo rodean.

Aunque el aborto, es ampliamente extendido y no existe un perfil de mujer que interrumpa el embarazo al margen de la ley, sí tiene implicancias distintas para quienes pueden vivirlo asegurando una atención calificada, que para quienes pasan por los riesgos que impone la precariedad, la ausencia de redes sociales de apoyo, la pobreza y la falta de acceso a servicios. En este último grupo se ubica la gran mayoría de mujeres, para quienes el aborto es altamente peligroso. A este tipo de aborto se le conoce también como aborto inseguro y está definido por la Organización Mundial de la Salud (1992) como:

**“PROCEDIMIENTO PARA FINALIZAR UN EMBARAZO NO DESEADO QUE REALIZAN LAS PERSONAS QUE CARECEN DE ENTRENAMIENTO NECESARIO, O QUE SE LLEVA A CABO EN UN AMBIENTE DONDE SE CARECE DE UN ESTÁNDAR MÉDICO MÍNIMO O AMBOS”.**

Este material tiene la intención de colocar la importancia que tienen los y las profesionales de salud en la atención y disminución del aborto inseguro, y con ello, resaltar el rol que juegan en la disminución de la mortalidad y morbilidad de las mujeres a causa de un embarazo.

Esperamos que estos insumos apoyen las acciones que desde diversos sectores ciudadanos se realizan en función de esta tarea, que aún es un pendiente para el ejercicio pleno de los derechos humanos de las mujeres.

**PROMSEX  
ESAR  
INSAP**

<sup>1</sup> Lamas, M. “Despenalizar el aborto para una maternidad voluntaria”. En: *Despenalización del aborto en la ciudad de México, Argumentos para la reflexión*. Lourdes Enriquez y Claudia de Anda (coordinadoras). México DF. 2008. pp. 35.

# 1. El aborto inseguro y la muerte materna

**Hay un amplio consenso con respecto a que todas las muertes maternas son prevenibles, de allí que su ocurrencia determine un grave daño que puede ser permanente o inclusive conducir a la muerte y la vulneraciones a los derechos de las mujeres, situación que no afecta a todas por igual, sino a las más pobres y a las jóvenes.**

La mortalidad materna y la discapacidad constituyen la causa principal de la pérdida de años saludables para las mujeres en edad reproductiva de los países en desarrollo, la que representa más de 28 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVADs) y al menos un 18 por ciento de la carga de morbilidad en estas mujeres.

Fuente: Maternidad sin Riesgo. Información General/Lecciones aprendidas. Reproductive Health Outlook –RHO. [http://www.icmer.org/RHO/html/sm\\_overview.htm](http://www.icmer.org/RHO/html/sm_overview.htm)

Está plenamente demostrado que por lo menos el 25% de las muertes maternas se podrían prevenir solo evitando el embarazo no deseado, de allí la importancia de seguir trabajando para que todas las mujeres accedan a métodos anticonceptivos seguros. Sin embargo, por lo menos, el 50% de mujeres en el Perú no tiene esta opción, y la proporción casi llega al 70% cuando se trata de mujeres jóvenes, o que viven en las zonas rurales.

Asimismo, la evidencia señala que la falta de uso, o la falta de efectividad de los métodos anticonceptivos, no sólo es responsabilidad de la mujer, sino de la pareja, de la tecnología y –principalmente– del propio Estado, que no asegura su disponibilidad y no invierte suficiente en una tecnología de muy bajo costo, que salve vidas y que pueda incrementar de una manera muy significativa maternidades

elegidas y deseadas.

Para aquellas mujeres que día a día se ven expuestas a un embarazo no deseado, la probabilidad de un aborto –en muchos casos inseguro– es prácticamente la misma que la de llevar un embarazo hasta el término, por lo que muchas terminan con serias discapacidades, o lo que es peor, con la pérdida de su propia vida en el intento de interrumpir una gestación.

Las razones que llevan a las mujeres a interrumpir un embarazo podrán parecer buenas o malas, sin embargo, la única que va a determinar esta valoración es la propia mujer. Por lo tanto, la ley no llegará nunca a ser suficiente para disuadir a una mujer a que no interrumpa un embarazo, pues tal como lo señala Lamas, la mujer que quiera tener un hijo, hará lo posible para tenerlo, tanto como la mujer que no lo desea, hará todo lo posible para interrumpirlo<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Lamas, M. *Op. cit.*

En América Latina y el Caribe 5,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con abortos inseguros (más de un quinto del total de muertes maternas), representando esta región, el porcentaje más alto (21%) a nivel mundial. Si bien la real dimensión de la muerte materna por aborto es desconocida en varios países, en general representa entre 7-29% de todas las muertes.

También se estima que en la región anualmente 800,000 mujeres de bajos recursos económicos son hospitalizadas por complicaciones relacionadas con un aborto inseguro y si bien no existen datos fidedignos en el Perú sobre la

prevalencia del aborto inseguro como causa de muerte materna, de acuerdo a datos del Ministerio de Salud, en el año 2007, el 6% de muertes maternas se produjeron por causa de aborto y un 41% por hemorragias<sup>3</sup>, dentro de las cuales expertos en el tema afirman que también estarían incluidas muertes por aborto.

Hoy se afirma que los Estados han permitido que los abortos inseguros, que son claramente un problema de salud pública que tiene una solución conocida, se conviertan en un campo de muerte para las mujeres de países en desarrollo<sup>4</sup>.

Casi todas las muertes y complicaciones como consecuencia de abortos inseguros pueden prevenirse. Los procedimientos y técnicas para finalizar un embarazo en etapa temprana son simples y seguros cuando se llevan a cabo por profesionales de la salud capacitados y con equipo apropiado.

(Fuente: Aborto inducido, un problema de salud pública. Federación Colombiana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG), 2006. <http://www.fecolsog.org/userfiles/file/actualizaciones/interno2/saludsexart2.php> ).

Brindar una atención oportuna y servicios apropiados para un aborto temprano salva la vida de las mujeres y evita los costos usualmente altos derivados del tratamiento de complicaciones que son prevenibles.

El acceso rápido al aborto temprano y sin riesgos reduce significativamente las altas tasas de mortalidad y morbilidad materna, previene los costos impuestos a los sistemas de salud por los abortos inseguros, y provee cuidados a aquellas mujeres que aún no están suficientemente cubiertas por programas de planificación familiar, o entre quienes ha fallado la anticoncepción<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Del Carpio, L. Presentación realizada en el marco de las acciones por la maternidad saludable y segura. 23 de mayo de 2009.

<sup>4</sup> Fred Sai. Asesor Especial del Presidente de Ghana, refiriéndose al aborto inseguro. Cuenta Regresiva 2015. Mesa redonda global. Londres, 2004.

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud. *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*. Ginebra: OMS, 2003.

## 2. Costo del aborto inseguro

De todas las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo, entre 10% y 50% necesitan atención médica para el tratamiento de las complicaciones. Las más frecuentes son los abortos incompletos, sepsis, hemorragias y lesiones intra-abdominales, obstrucción tubárica, complicaciones infecciosas que pueden dejar en la mujer secuelas crónicas conducentes a la esterilidad, embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica, dolor pélvico crónico. A ello se le conoce como morbilidad materna extremadamente grave, afectación en mujeres gestantes sobrevivientes a una complicación que amenaza su vida<sup>6</sup>.

Un estudio de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), realizado en 9 países de América Latina, encontró, que el mayor número de embarazos finalizados en aborto se dan en el Perú (37,2%), y que el Perú tiene al aborto como la principal causa de morbilidad materna extremadamente grave en toda la región (86,4%)<sup>7</sup>.

Cada año los hospitales públicos atienden un promedio de 60 mil mujeres por complicaciones del aborto, constituyéndose este problema, después de la atención del parto, en la causa más frecuente de internamiento. Aproximadamente un 30% de las camas hospitalarias de los servicios de gineco-obstetricia están ocupadas por casos de aborto<sup>8</sup>. En algunos países de bajo y mediano ingreso, el tratamiento de las

complicaciones del aborto puede costar hasta el 50% del presupuesto de los hospitales<sup>9</sup>.

En el Perú, entre los años 2005 y 2008, el MINSA registró 185,978 atenciones por aborto incompleto (un aproximado de 46,500 cada año), de los cuales 8,804 fueron infectados y 28,264 constituyeron atenciones a mujeres adolescentes<sup>10</sup>.

Esta situación supone una pérdida importante en años de vida en personas que se encuentran en el mejor momento de su vida productiva, significa además un alto costo para el bolsillo de las propias mujeres y sus familias, y si se deriva en una muerte, el costo para la familia, la sociedad y el propio país es aún superior.

<sup>6</sup> FLASOG. *Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en instituciones seleccionadas de América Latina*. S/F. Documento inédito.

<sup>7</sup> FLASOG. *Op cit*.

<sup>8</sup> Távara L, Ramírez Y. eds. *Atención del aborto incompleto no complicado*. Lima: INPPARES-IPPF-Bergstrom Foundation, 1996. 89 p.

<sup>9</sup> OMS. *Unsafe abortion*. Ginebra: OMS, 2004. Disponible en: [www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion\\_estimates\\_04/estimates.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion_estimates_04/estimates.pdf).

<sup>10</sup> Ponencia "Avances Plan de Acción Perú", a cargo de la Dra. Lucy del Carpio Ancaya, Coordinadora de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA.



El elevado número de mujeres que presentan abortos incompletos exige que cualquier establecimiento de salud destine una buena parte de sus recursos humanos y materiales a atender esta situación. En un estudio nacional realizado por Li y Ramos se determinó que para ese entonces (1993) el costo de cada atención por aborto incompleto en el Hospital de la Maternidad de Lima ascendía a 138 dólares, lo que para ese año significó un monto cercano a 646,000 dólares; es decir, el 13% de su presupuesto total<sup>11</sup>.

Un estudio reciente realizado en la ciudad de México D.F.,<sup>12</sup> reportó que el tratamiento de las complicaciones asociadas al aborto inseguro es muy elevado para el sistema de salud, con cifras que varían entre US\$600 y US\$2,100, dependiendo de cada uno de los casos. Teniendo en cuenta que actualmente en México D.F se ha legalizado el aborto

hasta las 12 semanas, si se mejora el acceso a interrupción del embarazo en forma segura, se estima un ahorro anual de aproximadamente US\$1,7 millones de dólares para el sistema de salud del distrito federal. Lo anterior conlleva una reducción estimada por paciente de 62% en el costo de atención.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que se lleven a cabo intervenciones técnicas eficaces y costo-eficientes, como sustituir el legrado uterino instrumental (LUI), también conocido como dilatación y curetaje, por la evacuación con aspiración endouterina; utilizar instalaciones para pacientes externas en vez de hospitales grandes; y contar con profesionales de la salud de nivel intermedio para que proporcionen los servicios, en lugar de depender de especialistas<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> Chávez, S. *Atención humanizada del aborto inseguro. Los consensos de El Cairo. Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres*. Lima. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), 2003.

<sup>12</sup> Carol Levin, Daniel Grossman, Karla Berdichevsky, Claudia Díaz, Belkis Aracena, Sandra G. García, Lorelei Goodyear. "Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalization". *En: 2009 Reproductive Health Matters*. 17(33):120–132.

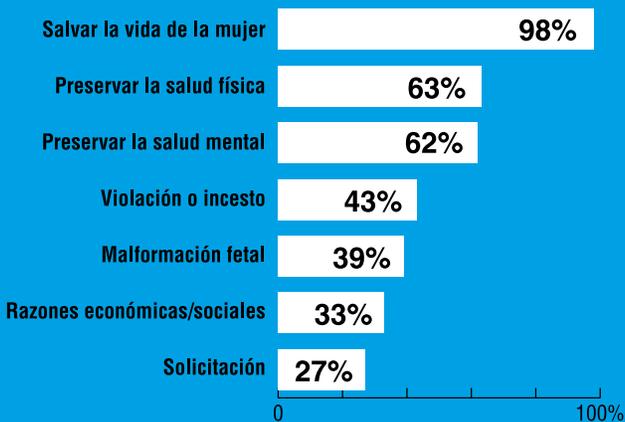
<sup>13</sup> *Reduciendo el costo del aborto inseguro. Las leyes liberales y los servicios accesibles facilitan los mayores ahorros*. Disponible en: [www.ipas.org/Library/News/News\\_Items/Reduciendo\\_el\\_costo\\_del\\_aborto\\_inseguro.aspx](http://www.ipas.org/Library/News/News_Items/Reduciendo_el_costo_del_aborto_inseguro.aspx)



# 3. El aborto inseguro como un problema de derechos humanos

Los países en el mundo han avanzado de manera positiva en su entendimiento sobre el aborto. Por ello, la mayoría de naciones admite el aborto creando excepciones a la prohibición total, y las sociedades más avanzadas incorporan su atención, reduciendo al máximo sus impactos negativos.

## Proporción de países que aceptan el aborto por diferentes circunstancias (\*)



(\*) Fuente: WHO 2003

El aborto puede configurar una situación que implica un conflicto de derechos, pero dado que el hecho involucra directamente a la vida, la salud e integridad de una mujer, es fundamental que dicho conflicto sea dilucidado por la propia mujer. Así lo han asumido muchos Estados, pues aunque reconozcan la vida desde la concepción, también reconocen que es su obligación proteger los derechos fundamentales de las mujeres, y que no se les puede exponer a situaciones que pongan en grave riesgo su vida y salud, entendida como salud física y mental.

En el Perú, el único aborto legal es el llamado aborto terapéutico (artículo 119 del Código Penal), que se debe realizar con consentimiento de la mujer cuando el embarazo pone en riesgo su salud o su vida.

El derecho de las mujeres a acceder a servicios de aborto legal y seguro se encuentra respaldado por los derechos humanos reconocidos en la Constitución Política del Perú<sup>14</sup>:

### ■ Derecho a la vida

Colocar a las mujeres en una situación de riesgo al someterse a prácticas inseguras para interrumpir el embarazo, viola el derecho de las mujeres a la vida.

#### Constitución Política del Perú: Artículo 2.- Derechos fundamentales de la persona

Toda persona tiene derecho:

1. A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar.

#### Jurisprudencia del Tribunal Constitucional peruano:

“Debe tenerse presente que la vida no es un concepto circunscrito a la idea restrictiva de peligro de muerte, sino que se consolida como un concepto más amplio que la simple y limitada posibilidad de existir o no, extendiéndose al objetivo de garantizar también una existencia en condiciones dignas. Por esta razón, es indispensable la consideración de la vida en dignidad que, en este caso, se manifiesta como vida saludable.”

(Sentencia de fecha 27 de noviembre de 2007 en el Expediente N.º 05408-2007-PHC/TC, fundamento 7) .

<sup>14</sup> Tomado y adaptado de: *Los derechos reproductivos a la vanguardia. Una herramienta para la reforma legal*. Nueva York: Center for Reproductive Rights, 2008.

## ■ **Derecho a la salud**

El aborto realizado en condiciones inseguras puede causar daños graves a la salud de las mujeres, en los casos en que no les provoque la muerte. Hoy se sabe que la morbilidad materna extremadamente grave<sup>15</sup> ocurre con mucha más frecuencia que la muerte materna.

## ■ **Derecho a la autodeterminación reproductiva**

Impedir que las mujeres puedan decidir libremente el número de hijos y el espaciamiento entre los nacimientos, constituye una vulneración de su derecho a la autodeterminación reproductiva. Este derecho incluye también la protección al bienestar, libre desarrollo, integridad física, e intimidad de las mujeres, así como de su capacidad de tomar decisiones en lo que concierne a su propio cuerpo.

## ■ **Estar libres de discriminación**

El derecho a la igualdad de género es un principio fundamental de las legislaciones en materia de derechos humanos<sup>16</sup>.

Restringir el acceso al aborto viola el derecho de las mujeres a estar libres de discriminación. Las restricciones sobre esta práctica discriminan a las mujeres, al penalizar un procedimiento que sólo ellas necesitan y que resultaría necesario para el disfrute de su derecho a la salud y a la vida.

## ■ **Disfrutar de los beneficios del progreso científico**

Este derecho garantiza a las mujeres el acceso a la amplia gama de tecnologías disponibles para brindar un aborto seguro. En la medida que se desarrollan nuevas tecnologías que mejoran los procedimientos médicos, es un derecho que todas las mujeres, sin ningún tipo de restricción, puedan acceder a las mismas.

### **Constitución Política del Perú: Artículo 7.- Derecho a la salud**

“Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”.

#### **Jurisprudencia del Tribunal Constitucional peruano:**

“El derecho a la salud comprende la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser, lo que implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento...”.

(Sentencia de fecha 20 de abril de 2004 en el Expediente N.º 2945-2003-AA/TC, fundamento 28).

### **Constitución Política del Perú: Artículo 6.- Política Nacional de Población. Paternidad y maternidad responsables. Igualdad de los hijos**

“La política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsables. Reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir. En tal sentido, el Estado asegura los programas de educación y la información adecuados y el acceso a los medios, que no afecten la vida o la salud”.

### **Constitución Política del Perú: Artículo 2.- Derechos fundamentales de la persona**

Toda persona tiene derecho: 1. A “[...] su libre desarrollo y bienestar”.

#### **Jurisprudencia del Tribunal Constitucional peruano:**

“Libertad para poder decidir como ser racional, con responsabilidad, sobre: 1) el momento adecuado u oportuno de la reproducción; 2) la persona con quien procrear y reproducirse; y, 3) la forma o método para lograrlo o para impedirlo.”

(Sentencia del Expediente N.º 7435-2006-PC/TC ).

### **Constitución Política del Perú: Artículo 2.- Derechos fundamentales de la persona**

Toda persona tiene derecho: “A la igualdad ante la ley. Nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole”.

#### **Jurisprudencia del Tribunal Constitucional peruano:**

“La prohibición de discriminación es una obligación general de los Estados en materia de derechos humanos, que les impide privar el goce o el ejercicio de los derechos humanos a personas que se encuentren sujetas a su jurisdicción, ya sea por motivos de origen, sexo, raza, color, orientación sexual, religión, opinión, condición económica, social, idioma, o de cualquiera otra índole.”

(Sentencia de fecha 6 de noviembre de 2008 en el Expediente N.º 05652-2007-PA/TC, fundamentos 18 y 20).

### **Constitución Política del Perú:**

No está nombrado de forma específica en nuestra Constitución, pero es un derecho constitucional, pues todos los derechos recogidos en tratados de derechos humanos ratificados por el Perú tienen esa categoría conforme a lo establecido por el Tribunal Constitucional en los fundamentos 25 al 34 de la sentencia del Expediente N.º 0025-2005-PI/TC y 0026-2005-PI/TC.

<sup>15</sup> Es una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar su muerte.

<sup>16</sup> Center for Reproductive Rights. Aborto seguro y sin riesgos: herramientas para la acción. Briefing paper: el aborto legal y seguro es un derecho humano de las mujeres. s/f. Nueva York.



## 4. El aborto con medicamentos

**Las mujeres han desarrollado sus propios canales de comunicación y conocen cada vez más el beneficio de medicamentos para disminuir el aborto inseguro. Muchas saben –y si no fuera así, tienen el derecho a saber– que existen tecnologías que otras ya vienen usando, y que deben ser puestas al alcance de todas para disminuir y erradicar las brechas de inequidad.**

Sin duda, el aborto médico<sup>17</sup> ha significado un cambio radical en la atención de las mujeres que necesitan interrumpir un embarazo o tratar sus complicaciones. Se trata de un método seguro, altamente efectivo y de bajo costo, ya que para la mayoría de las mujeres el procedimiento puede realizarse de manera ambulatoria, y con una demanda mucho menor de recursos médicos<sup>18</sup>.

La disponibilidad del aborto con medicamentos puede mejorar el acceso de las mujeres a servicios de aborto seguro y colaborar en la reducción de la mortalidad y morbilidad asociadas con este procedimiento, por ello, es un importante componente de la atención a la salud reproductiva a la que todas las mujeres tienen derecho<sup>19</sup>.

En el 2005, la OMS incluyó a la mifepristona y el misoprostol en la Lista Tipo de Medicamentos Esenciales, un listado que tiene como propósito guiar a los gobiernos en la selección de los medicamentos que es preciso distribuir a través de los sistemas nacionales de salud<sup>20</sup>. La mifepristona actualmente

no se encuentra registrada en ningún país de América Latina, cosa que no sucede con el misoprostol, que sí cuenta con registro en muchos países de la región.

Actualmente el misoprostol es un medicamento de uso común por los gineco-obstetras latinoamericanos, su popularidad se explica por ser un fármaco barato, termoestable y efectivo para provocar contracciones uterinas, por lo que comenzó a ser evaluado para la inducción del parto o aborto con feto muerto, y la inducción de parto con feto vivo<sup>21</sup>.

Por ello, en un país como el Perú, con altos porcentajes de aborto inseguro y elevadas tasas de muerte materna, con barreras de acceso a los servicios de salud y deficiente equipamiento de los mismos, el misoprostol se constituye en un insumo fundamental para salvar la vida de las mujeres.

Si bien en el Perú el misoprostol está regulado para la inducción del parto y en casos de óbito fetal, aplicando dosis de 25 µg para repetir a las 6 horas<sup>22</sup>, el uso de un

<sup>17</sup> También llamado no quirúrgico. En este método se utilizan drogas farmacológicas para finalizar un embarazo.

<sup>18</sup> International Planned Parenthood Federation. *Muerte y negación: aborto inseguro y pobreza*. International Planned Parenthood Federation. Reino Unido, 2006.

<sup>19</sup> Center for Reproductive Rights. *Aborto seguro y sin riesgos: herramientas para la acción*. Briefing paper: Promover el acceso a la mejor y más variada tecnología para la práctica del aborto: eliminar obstáculos para el aborto con medicamentos. s/f. Nueva York.

<sup>20</sup> Center for Reproductive Rights. *Op. cit.*

<sup>21</sup> FLASOG. *Uso de Misoprostol en obstetricia y ginecología*. Editor: Anibal Faundes. Segunda Edición, 2007.

<sup>22</sup> MINSA. *Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva*. MINSA. Lima. 2006.

fármaco fuera de su indicación aprobada es una práctica bastante común y aceptada. Al respecto, la Food and Drug Administration de los Estados Unidos señala: *“LA BUENA PRÁCTICA MÉDICA Y EL MEJOR INTERÉS DE LOS PACIENTES REQUIERE QUE LOS MÉDICOS UTILICEN DROGAS... LEGALMENTE DISPONIBLES DE ACUERDO A SUS CONOCIMIENTOS Y MEJOR JUICIO. SI UN MÉDICO USA UNA DROGA CON UNA INDICACIÓN DIFERENTES DE AQUELLA PARA LA CUAL LA DROGA FUE APROBADA, ÉL ESTÁ OBLIGADO A ESTAR MUY BIEN INFORMADO SOBRE EL PRODUCTO Y BASAR SU USO EN UN RACIOCINIO MÉDICO FIRME Y EN SÓLIDAS EVIDENCIAS CIENTÍFICAS, ADEMÁS DE MANTENER UN REGISTRO DEL USO DEL PRODUCTO Y DE SUS EFECTOS”*<sup>23</sup>.

El aborto farmacológico puede ser el preferido:

- Si ha sido elegido por la mujer.
- En las primeras semanas del embarazo; hasta los 49 días de gestación, se considera que el aborto farmacológico es más eficaz que el quirúrgico, especialmente cuando la práctica clínica no incluye una inspección detallada del tejido aspirado.
- Cuando la mujer está muy obesa (índice de masa corporal superior a 30), pero no presenta otros factores de riesgo cardiovascular, ya que el tratamiento quirúrgico puede resultar más difícil desde el punto de vista técnico.
- Cuando la mujer padece malformaciones o fibromas en el útero, o ha sido operada alguna vez del cuello uterino (lo que puede hacer que el aborto quirúrgico sea más difícil desde el punto de vista técnico).
- Si la mujer desea evitar una intervención quirúrgica.
- 

(Fuente: OMS, 2008. Preguntas clínicas frecuentes acerca del aborto farmacológico: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243594842\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243594842_spa.pdf)).

Existen muy pocas contraindicaciones absolutas al aborto farmacológico. Entre ellas figuran las siguientes<sup>24</sup>:

- Reacción alérgica anterior a alguno de los fármacos que se utilizan.
- Porfiria hereditaria.
- Insuficiencia suprarrenal crónica.
- Embarazo ectópico, conocido o presunto.

Deben tomarse precauciones en varias circunstancias, entre ellas:

- Si la mujer está en tratamiento a largo plazo con corticosteroides (incluidas aquellas que padecen asma grave no controlada).
- Si padece un trastorno hemorrágico.
- Si padece anemia grave.
- Si sufre un trastorno cardíaco previo o presenta factores de riesgo cardiovascular (por ejemplo, hipertensa y fumadora).

<sup>23</sup> USFDA. “Off-Label” and Investigational Use of Marketed drugs, Biologics and Medical Devices. Guidance for Institutional Review Boards and Clinical Investigators: 1998 Update. Available from: [www.fda.gov/oc/ohrt/irbs/offlabel.html](http://www.fda.gov/oc/ohrt/irbs/offlabel.html). Accessed on January 31, 2005.

<sup>24</sup> OMS. Preguntas clínicas frecuentes acerca del aborto farmacológico. Conclusiones de la Conferencia Internacional de Consenso sobre el Aborto No Quirúrgico al Comienzo del Primer Trimestre. Bellagio, Italia. OMS, 2008.

## 5. Responsabilidad ética del proveedor de salud frente al embarazo no deseado y el aborto inseguro

Quienes proveen atención en salud no pueden contribuir a mantener un embarazo forzado. Los y las profesionales de salud deben estar conscientes de que pueden evitar estas circunstancias a la mujer, haciendo lo siguiente:

**1. Evitando** la ocurrencia de un embarazo no deseado. Es necesario tomar conciencia de que el embarazo no deseado constituye el principal motivo que tienen las mujeres para recurrir al aborto. Por lo tanto, la obligación de proveer información y garantizar el consentimiento informado para usar métodos anticonceptivos de manera segura es una responsabilidad central de las y los profesionales de salud.

**2. Orientando** a la mujer que enfrenta un embarazo no deseado. La negativa de brindar información tendrá graves consecuencias para una mujer que ha decidido abortar. La respuesta no puede ser negar la información y que las mujeres resuelvan el problema con sus pocos recursos, especialmente cuando los y las proveedores cuentan con la información adecuada, sea para derivar o atender las necesidades de la mujer.

**3. No juzgando** ni calificando a las mujeres que buscan ayuda. Reconocer a las y los proveedores como

agentes facilitadores de las decisiones informadas y autónomas de las mujeres. Ni la sociedad, ni los miembros de los equipos de salud responsables de asesorar a las mujeres deben imponer sus criterios religiosos o culturales.

**4. Fortaleciendo** competencias para evitar el uso de recursos peligrosos. Los servicios deben ofrecerse con las máximas condiciones posibles de seguridad. Asimismo, las mujeres pueden ser informadas sobre qué técnicas son peligrosas y cuáles acarrear mayores riesgos, frente a otras que sean menos riesgosas. Es decir, debe hacer todo lo necesario para evitar el daño.

La OMS, señala que los profesionales de la salud en todo nivel, tienen la obligación ética y legal de respetar los derechos de la mujer. Trabajando en forma conjunta con los ministerios de Salud y Justicia y sus respectivas asociaciones profesionales, ellos pueden ayudar a clarificar las circunstancias en las cuales el aborto no es ilegal. Deben entender y aplicar leyes nacionales relacionadas al aborto y contribuir al desarrollo de regulaciones, políticas y protocolos para asegurar el acceso a servicios de calidad en toda la extensión permitida por la ley y respetando el derecho de la mujer a un trato humano y confidencial<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> Organización Mundial de la Salud. *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra: OMS, 2003.

## 6. Discursos sobre el aborto: mitos y afirmaciones frecuentes<sup>26</sup>

Existen un conjunto de afirmaciones en torno al aborto que suelen generar confusión y posiciones poco comprensivas de esta temática y su impacto en la salud pública y en la protección de los derechos fundamentales de las mujeres, impidiendo que tanto profesionales de la salud, como autoridades aborden el tema en su real importancia.

Se presentan a continuación algunas de las afirmaciones más comunes sobre el tema, y respuestas a las mismas, basadas en evidencias generadas por investigaciones.

### El aborto siempre es peligroso para la vida de las mujeres

Las cifras respecto a la mortalidad por aborto pueden hacer creer que el aborto es muy peligroso, sin embargo los datos de los que se disponen sólo dan cuenta de los abortos realizados en condiciones inseguras.

Por ello, en los países desarrollados en los que el aborto es legal y seguro, la probabilidad de muerte de mujeres a causa de un aborto es menor que 1 por cada 100,000 abortos practicados, mientras que en los países donde es ilegal, esa cifra se eleva a 70 por cada 100,000. En estos últimos países, las mujeres que no quieren continuar su embarazo recurren a abortos inseguros, siendo esta situación la que genera riesgos para su vida y su salud.

El aborto integrado a un buen sistema de atención en salud, realizado por profesionales capacitados y en los primeros meses de gestación, es un procedimiento sencillo y seguro.

### El feto es una persona desde el momento de la concepción

De hecho, gran parte del mundo científico, médico, jurídico y religioso no comparte esta afirmación. Incluso, el Vaticano dice que la ciencia y la medicina no pueden afirmar cuándo el feto se convierte en persona y los teólogos no han logrado un acuerdo

sobre el momento en que el feto adquiere un alma, punto que marca el paso a la calidad de persona para algunas religiones. Las distintas religiones y sociedades tienen ideas distintas sobre este tema. No existe un planteo común en el que todo el mundo concuerde.

Aunque la sociedad carezca de un consenso real con respecto al momento en que el feto se convierte en persona, estamos de acuerdo en que la mujer embarazada es una persona. Ella es la única que puede decidir el valor del feto, cuándo se convierte en una persona y en qué circunstancias es moralmente justificable para ella tener un aborto. La mujer debe sopesar toda la información disponible y tomar su propia decisión.

Cualquiera sea el valor que se le otorgue a la vida fetal, no se puede ignorar las consecuencias que el aborto penalizado tiene para la calidad de vida de las mujeres. Cuando carecen de información y de la posibilidad de decidir si tener o no un aborto legal y sin riesgos, sufren ellas, los hombres y también las niñas y los niños: La penalización del aborto no solo afecta a las mujeres, sino a todo su entorno.

### El aborto acaba con una vida

Sí, el aborto acaba con la vida del feto, pero el valor real de este acontecimiento dependerá de cada mujer. Tomando en consideración el impacto que puede tener el aborto, la manera como la sociedad lo valora negativamente y las ventajas que tiene la

<sup>26</sup> La información que se presenta en este punto ha sido tomada y adaptada en algunos casos de: <http://www.womenonwaves.org/article-221-es.html>; <http://jovenesdespenalizacionaborto.wordpress.com/2008/03/07/10-mitos-sobre-abortono-te-dejes-enganar/>; <http://www.deigualaligual.net/es/opinion/lilith/1741-mitos-realidades-aborto-argentina>;

Catholics for a Free Choice. Cómo hablar del aborto inducido Guía para una comunicación exitosa. Catholics for a Free Choice.2000.

anticoncepción, es mejor prevenir esta práctica. Por ello, estamos comprometidas/os a trabajar para prevenir la necesidad del aborto. Sin embargo, también debemos reflexionar acerca de lo que significa la falta del aborto despenalizado y sin riesgos en la vida de las mujeres. Es necesario considerar también que las mujeres pasan por situaciones horribles cuando se las obliga a continuar un embarazo que no desean.

El aborto no se hace un día antes de que una mujer dé a luz. Si la vida de la mujer o del feto se ven amenazadas repentinamente e inexplicablemente al final del embarazo, sería posible inducir el parto.

## El aborto causa problemas psicológicos

Para la mayoría de las mujeres, la decisión de tener un aborto es difícil y puede provocar sentimientos de tristeza o culpa. Aún así, muchas mujeres que viven un embarazo no deseado o que coloca en riesgo su salud y/o su vida, también se sienten aliviadas una vez que se interrumpe la gestación.

No hay evidencia científica que permita afirmar que existe un síndrome de estrés “post-aborto”, por ello no se considera esta categoría diagnóstica en los manuales de clasificación de enfermedades mentales. Sin embargo, desde el otro lado, hay estudios que demuestran que negar la realización de un aborto a una mujer que lo requiere por propia decisión, produce consecuencias negativas en su salud mental y agrava la condición de aquellas que padecen enfermedades mentales.

La condición de ilegalidad, la clandestinidad consecuente, la soledad y el silencio en que se practican los abortos son las causas principales de sufrimiento y/o de sentimientos de culpa para algunas mujeres.

## El aborto desaparecería si las personas utilizarán métodos anticonceptivos

Ningún anticonceptivo es 100% seguro. Entre 5 y 27 millones de los embarazos no deseados ocurren por fallas en los métodos anticonceptivos, cada método tiene un porcentaje de falla, aun cuando se utilice correctamente. Se debe tener en cuenta también que muchos embarazos no deseados son producto de violaciones, incluidas las que se producen dentro del matrimonio.

## Si se legaliza el aborto, las mujeres recurrirán más a esta práctica

El índice de abortos no depende de su legalización, sino de otras condiciones, como la disponibilidad de servicios de anticoncepción, el acceso a educación sexual adecuada para toda la población y la eliminación de las asimetrías de poder entre hombres y mujeres. Países donde se han desarrollado programas respetuosos de los derechos sexuales y reproductivos que incluyen la legalización del aborto, tienen tasas mucho más bajas de aborto que las estimadas en países donde éste es ilegal. Por ejemplo, en dos países donde el aborto es legal, como Holanda y Canadá se realizan 0,53 y 1,20 abortos por cada 100 mujeres en edad reproductiva, respectivamente.

## El aborto deja de existir o disminuye cuando se prohíbe su práctica

Cada año millones de mujeres que viven en lugares donde las leyes que prohíben el aborto son severas, se someten a procedimientos no autorizados para interrumpir su embarazo. La penalización del aborto las lleva a realizarlo clandestinamente y en condiciones inseguras que provocan daños para su salud y su vida, pero no disminuye su práctica.

## Solo las mujeres irresponsables abortan

Muchas de las razones por las cuales las mujeres no pueden protegerse o no se protegen de embarazos no deseados no se relacionan con limitaciones o problemas de tipo individual, sino más bien con circunstancias sociales, culturales o económicas como la violencia de género, la edad, o estereotipos sexuales que les impiden el acceso a servicios.

Las mujeres que debido a cualquier tipo de razones deciden interrumpir un embarazo, lo hacen después de sopesar sus capacidades, deseos, posibilidades y necesidades no sólo propias, sino también las de su familia, hijos/as, entre otras personas. Entonces, la decisión no suele ser sencilla, ni se constituye en la salida más fácil.

## La mayoría de las religiones se oponen al aborto

Hay una tendencia a tratar las condenas religiosas hacia el aborto como unánimes e irrefutables, pero en la mayoría de cultos existen debates acerca de una serie de aspectos morales clave, que incluyen al aborto. En ese contexto se suele encontrar una diversidad de opiniones, así como una gran tolerancia al tema del aborto.

Casi todas las ramas del protestantismo y judaísmo conceden a la mujer el derecho al aborto. También el budismo y el hinduismo. Lo prohíben las religiones más patriarcales: la católica, la judía ortodoxa y algunos países islámicos, a pesar que el Corán lo permite en los primeros meses.

Es necesario destacar que tras las cerradas posiciones antiaborto que expresan públicamente algunos jerarcas y funcionarios religiosos se encuentran diferentes enfoques y matices de las y los seguidores de esas doctrinas, que a partir de sus experiencias individuales y de las vivencias compartidas en el entorno en el que se desenvuelven, muestran apertura y comprensión hacia la práctica del aborto.

# 7.

## Glosario de términos

### **Advocacy**

Este término, traducido como promoción y defensa, proviene del verbo inglés *to advocate*: defender, amparar, apoyar, abogar y argumentar a favor de una demanda, fundamentar sus argumentos. La promoción y la defensa consisten, fundamentalmente, en dar forma a nuestros puntos de vista y en plantearlos de modo que puedan ser comprendidos<sup>27</sup>.

Hacer *advocacy* supone hablar, atraer la atención de una comunidad hacia un asunto importante, y dirigir a quienes toman decisiones hacia una solución. Es trabajar con otras personas y organizaciones para cambiar lo ya existente. Implica intentos de influir sobre las personas y sus percepciones, promover la toma de decisiones y la ejecución de políticas públicas, generar opinión pública acerca de un asunto particular o sobre el clima político a través de acciones de petición, así como impulsar actividades específicas a corto plazo encaminadas a desarrollar una visión a largo plazo<sup>28</sup>.

### **Derechos humanos<sup>29</sup>**

Son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.

Los derechos humanos universales están a menudo contemplados en la ley y garantizados por ella, a través de los tratados, el derecho internacional consuetudinario, los principios generales y otras fuentes del derecho internacional. El derecho internacional de los derechos humanos establece las obligaciones que tienen los gobiernos de tomar medidas

en determinadas situaciones, o de abstenerse de actuar de determinada forma en otras, a fin de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o grupos.

### **Derechos sexuales y derechos reproductivos**

Los derechos sexuales y reproductivos se pueden resumir en una frase: Toda persona tiene derecho a decidir con quién, cuándo y cómo tiene, o no hijos y relaciones sexuales. Son los derechos que garantizan la libre decisión sobre la manera de vivir el propio cuerpo en las esferas sexual y reproductiva<sup>30</sup>.

Los derechos sexuales incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y a decidir libre y responsablemente sin verse sometida a coerción, discriminación o violencia.

Supone unas relaciones sexuales igualitarias entre mujeres y hombres, que garanticen el pleno respeto a la integridad de la persona y el consentimiento mutuo, asumiendo de forma compartida las responsabilidades y consecuencias de su comportamiento sexual<sup>31</sup>.

**Los derechos reproductivos** son ciertos derechos humanos ya reconocidos en tratados y documentos internacionales y otros todavía no reconocidos, entre ellos: El derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello; el derecho alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva y el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción y violencia.

<sup>27</sup> <http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b7/EstarOnoEstar.pdf>

<sup>28</sup> Tomado de : <http://wide.gloobal.net/wspa/wide14/wide4.htm>

<sup>29</sup> <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>

<sup>30</sup> [http://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/Milu\\_Vargas.pdf](http://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/Milu_Vargas.pdf)

<sup>31</sup> Plataforma para la Acción, Párrafo 96, IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres Beijing (China), septiembre 1995, Gabinete de Relaciones Internacionales del Instituto de la Mujer, 1996

### **Género<sup>32</sup>**

El término género hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres. Distingue los aspectos atribuidos a hombres y mujeres desde un punto de vista social, de los determinados biológicamente. A diferencia del sexo biológico, los *roles de género* y los comportamientos y relaciones entre hombres y mujeres (*relaciones de género*) pueden cambiar con el tiempo, incluso si ciertos aspectos de estos roles derivan de las diferencias biológicas entre los sexos.

### **Igualdad de género<sup>33</sup>**

Se entiende como una situación en la que mujeres y hombres tienen las mismas posibilidades u oportunidades de acceder a recursos y bienes valiosos desde el punto de vista social, y de controlarlos. El objetivo no es tanto que mujeres y hombres sean iguales, sino conseguir que unos y otros tengan las mismas oportunidades en la vida. Para conseguirlo, a veces es necesario potenciar la capacidad de los grupos que tienen un acceso limitado a los recursos, o bien crear esa capacidad. Por ejemplo, una de las medidas posibles es facilitar servicios de guardería para los niños y niñas, a fin de que las mujeres puedan participar en los talleres de capacitación junto con los hombres. Otra posibilidad es facilitar créditos a las mujeres del medio rural, dado que su acceso a los recursos productivos es limitado, o bien establecer programas educativos para los niños en América Latina, donde su asistencia a la escuela es escasa, si se compara con la de las niñas.

### **Equidad de género<sup>34</sup>**

Por equidad de género se entiende el trato imparcial de mujeres y hombres, según sus necesidades respectivas, ya sea con un trato equitativo, o con uno diferenciado, pero que se considera equivalente por lo que se refiere a los derechos, los beneficios, las obligaciones y las posibilidades. En el ámbito del desarrollo, el objetivo de lograr la equidad de género, a menudo exige la incorporación de medidas específicas para compensar las desventajas históricas y sociales que arrastran las mujeres.

### **Políticas públicas<sup>35</sup>**

Constituyen un curso de acción estable adoptado por el Estado o el gobierno con el objeto de resolver un área de

problemas públicos relevantes a través de un proceso en que actualmente suelen participar otros agentes económicos o sociales, como entidades del sector privado, organizaciones de la sociedad civil, agencias transnacionales e incluso otros gobiernos.

**Participación ciudadana<sup>36</sup>:** Proceso por el cual los ciudadanos/as y las comunidades organizadas se involucran en los formulación, implementación y monitoreo de los programas y políticas públicas

**Salud sexual<sup>37</sup>:** Se refiere al mejoramiento de la vida y de de las relaciones personales. Por esto, los servicios de salud sexual no deberían estar meramente orientados al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual.

**Salud reproductiva:** “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental, social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”<sup>38</sup>.

Esta última condición lleva implícito el derecho de mujeres y hombres a obtener información y a tener acceso a métodos de planificación familiar de su elección que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, así como a otros métodos que consideren para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que faciliten a las mujeres embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijas e hijos sanos, estar libres de sufrir daño en su salud, y de no estar en riesgo de muerte por embarazarse o dar a luz<sup>39</sup>.

### **Vigilancia social<sup>40</sup>**

Supone acciones desde la sociedad civil vinculadas al monitoreo de las instituciones públicas y privadas. La vigilancia surge de los ciudadanos individuales u organizados, con el fin de incorporar la participación de las personas en las políticas sociales en beneficio de los actores colectivos, y circunscribe su objeto a la acción del Estado. El Estado también debe ser considerado como actor de la vigilancia ciudadana, en tanto la presentación y acceso a la información.

<sup>32</sup> [http://www.ifad.org/gender/glossary\\_s.htm](http://www.ifad.org/gender/glossary_s.htm)

<sup>33</sup> [http://www.ifad.org/gender/glossary\\_s.htm](http://www.ifad.org/gender/glossary_s.htm)

<sup>34</sup> [http://www.ifad.org/gender/glossary\\_s.htm](http://www.ifad.org/gender/glossary_s.htm)

<sup>35</sup> <http://www.sipalonline.org/glosario.html>

<sup>36</sup> <http://www.sipalonline.org/glosario.html>

<sup>37</sup> [http://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/Milu\\_Vargas.pdf](http://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/Milu_Vargas.pdf)

<sup>38</sup> Programa de Acción. Conferencia Internacional sobre de Población y Desarrollo El Cairo. 1994.

<sup>39</sup> [http://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/Milu\\_Vargas.pdf](http://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/Milu_Vargas.pdf)

<sup>40</sup> <http://www.inversionsocial.ec/glosario/>

# Uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología Flasog 2007

USO	Dosis inicial	Dosis inicial primer trimestre	Dosis inicial segundo trimestre	Dosis inicial tercer trimestre	Dosis única
Inducción del parto con feto vivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 ug vía vaginal, ó</li> <li>• 50 ug vía oral , ó</li> <li>• 25 ug vía sublingual.</li> </ul>				
Interrupción del embarazo con feto muerto y retenido.			<ul style="list-style-type: none"> <li>• 200 ug entre 13 y 17 semanas, vía vaginal</li> <li>• 100 ug entre 18 y 26 semanas, vía vaginal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 o 50 ug &gt; 26 semanas</li> </ul> <p><i>Repetir la dosis cada 12 horas. No usar más de 50 ug por vez y no exceder de 4 dosis diarias.</i></p>	
Huevo anembrionado.					800 ug vía vaginal.
Aborto terapéutico.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 800 ug vía vaginal cada 6 – 12 hs., hasta completar 3 dosis (= &lt; 12 semanas)</li> <li>• 800 ug vía sublingual, cada 3 ó 4 horas, hasta completar 3 dosis (= &lt; 9 semanas).</li> </ul> <p><i>La vía vaginal es de primera elección, pero puede usarse la vía sublingual si la mujer lo prefiere.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 400 ug entre 13 y 15 semanas, vía vaginal</li> <li>• 200 ug entre 16 y 20 semanas, vía vaginal.</li> </ul> <p><i>Repetir dosis en 6-12 hs., si no hubo respuesta.</i></p>		
Aborto incompleto.					<ul style="list-style-type: none"> <li>• 600 ug vía oral, ó</li> <li>• 400 ug vía sublingual.</li> </ul> <p><i>Única dosis y control en 7 días</i></p>
Hemorragia post parto prevención.					<ul style="list-style-type: none"> <li>• 600 ug vía oral o sublingual.</li> </ul>



**PROMSEX**  
Centro de Promoción y Defensa de los  
Derechos Sexuales y Reproductivos

 **INSAP**  
Instituto de Salud Popular

**FUNDACIÓN  
ESAR**  
Centrado para la Salud Reproductiva

