

Aborto con medicamentos y autogestión del aborto:

Preguntas frecuentes sobre salud y derechos humanos



I. ¿Qué es el aborto con medicamentos?

El aborto con medicamentos es recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método seguro y eficaz para interrumpir el embarazo. El medicamento para inducir el aborto fue aprobado por primera vez en Francia, en la década de 1980, después que investigadores franceses crearon el medicamento mifepristona.¹ El otro medicamento para inducir el aborto, misoprostol, ha sido utilizado por mujeres que desean tener un aborto desde principios de la década de 1980.² En el año 2003, en su primer guía técnica sobre aborto, la OMS incluyó el aborto con medicamentos como un método recomendado para la interrupción del embarazo.³

Los medicamentos recomendados por la OMS para inducir el aborto son mifepristona y misoprostol combinados o misoprostol solo.⁴ Ambos medicamentos figuran en la Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS, lo cual significa que se pretende que “en el contexto de los sistemas de salud existentes, los medicamentos esenciales estén disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada y a un precio asequible para las personas y para la comunidad”.⁵ La mifepristona interfiere con los procesos hormonales y con la continuación del embarazo. El misoprostol causa la dilatación del cérvix y contracciones uterinas.⁶ Entre los efectos secundarios asociados con el aborto con medicamentos figuran: náusea, vómito y diarrea.⁷ Según la OMS, el aborto con medicamentos desempeña un papel decisivo en brindar acceso a servicios de aborto seguros, eficaces y aceptables.⁸ La OMS ha reconocido que el aborto con medicamentos puede ampliar el acceso a los servicios, en particular en las etapas iniciales del embarazo, porque puede ser proporcionado como servicio ambulatorio por prestadores de servicios de nivel inferior y cada persona puede desempeñar un papel mayor gestionando los cuidados del aborto por sí misma.⁹ Se ha demostrado que estas características son aun más importantes en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19, que ha tenido un impacto negativo en los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de aborto, debido a la sobrecarga de los sistemas de salud, restricciones en movilidad, retos económicos, así como desigualdades sociales y de género exacerbadas.¹⁰

II. ¿Qué tan seguro y eficaz es el aborto con medicamentos?

El aborto con medicamentos es considerado ampliamente seguro y eficaz; el nivel de seguridad y eficacia varía según el régimen de medicamentos y la edad gestacional.¹¹ Una revisión sistemática realizada en el año 2015 de 20 estudios con mujeres que tuvieron un aborto con medicamentos inducido con mifepristona seguida de misoprostol mostró una tasa de eficacia general de 96.6%; por eficacia se entiende que la mujer no necesitó ningún otro tratamiento médico.¹² En los casos de aborto de hasta 10 semanas de gestación, del 2.3% al 4.8% de las pacientes necesitaron atención médica para finalizar su aborto con aspiración (otro método común para inducir el aborto), mientras que el porcentaje de otro tipo de complicaciones del aborto temprano son de menos del 1%.¹³ En los casos de aborto con mifepristona seguida de misoprostol entre las 10 y 13 semanas, la tasa de complicaciones aparte de necesitar aspiración fue de hasta el 3%.¹⁴

Existen datos limitados sobre la seguridad y eficacia del misoprostol solo.¹⁵ Los estudios han reportado tasas de 78% a 92% de eficacia del aborto con misoprostol solo.¹⁶ La complicación más común reportada para el aborto con medicamentos inducido con misoprostol es que no fue un aborto completo y que se necesitó una aspiración endouterina para finalizarlo.¹⁷ El misoprostol es más barato, más fácil de almacenar y está más disponible a nivel mundial que la mifepristona.¹⁸



La OMS recomienda la autogestión del aborto con medicamentos como método de aborto para personas con embarazo de menos de 12 semanas de gestación que tengan acceso a “una fuente de información exacta y a un profesional sanitario (en caso de que se quisiera o necesitara uno en cualquier fase del proceso”.

La OMS recomienda administrar repetidas dosis de misoprostol cuando no se logra un aborto completo inicialmente, pero advierte a profesionales de la salud que una ruptura uterina es una complicación rara, para la cual deben estar preparados si el embarazo es de una edad gestacional avanzada.¹⁹ Para abortos tardíos, la OMS ha identificado la necesidad de realizar investigaciones para determinar el límite de edad gestacional hasta el cual es seguro realizar un aborto con medicamentos sin ingreso hospitalario.²⁰

III. ¿Cómo se regula el AM?

Por lo general, el aborto con medicamentos es regulado por leyes sobre aborto redactadas para abordar el aborto quirúrgico o el aborto por aspiración endouterina, para los cuales se necesitan capacitación y habilidades en servicios de salud. La mayoría de las leyes sobre aborto son redactadas como excepciones al marco general de penalización del aborto y disponen que, para que este sea legal, un/a profesional de salud debe participar para efectuarlo.²¹ Por ejemplo, ochenta leyes de distintas partes del mundo disponen que para que el aborto sea legal, como mínimo, un/a médico/a debe participar en efectuar el aborto.²² Otras disposiciones que penalizan el aborto autogestionado (es decir, el autouso de medicamentos para el aborto) podrían disponer que el aborto sea realizado en un hospital o en otro tipo de establecimiento de salud designado.²³ La legalidad y disponibilidad de mifepristona y misoprostol también dependen de que esos medicamentos sean registrados por el gobierno.²⁴

Las normas y prácticas que establecen dónde se puede obtener y administrar medicamentos para inducir el aborto varían. La autoridad reguladora de medicamentos de Estados Unidos impone requisitos onerosos con relación a quién tiene autorización para dispensar mifepristona, pero las pacientes pueden tomarse el medicamento en la casa.²⁵ En los años 2017 y 2018, en Escocia y Gales (respectivamente), los funcionarios emitieron políticas en virtud de la Ley sobre Aborto de 1967 para permitir que los medicamentos de aborto puedan tomarse en la casa.²⁶ Hasta un reciente cambio en políticas en respuesta a COVID-19, Inglaterra exigía que la primera parte del régimen de medicamentos para inducir el aborto fuera administrada en un hospital o centro de salud autorizado para ello.²⁷ En Brasil, donde el aborto es legal en casos limitados, el misoprostol está disponible solo en hospitales.²⁸

IV. ¿Qué es la autogestión del aborto?

La autogestión del aborto es cuando una persona realiza su propio aborto sin supervisión clínica,²⁹ que es lo que dispone la ley en la mayoría de los países. Basándose en la evidencia existente, la OMS recomienda la autogestión del aborto con medicamentos como método de aborto para personas con embarazo de menos de 12 semanas de gestación que tengan acceso a “una fuente de información exacta y a un profesional sanitario (en caso de que se quisiera o necesitara uno en cualquier fase del proceso)”.³⁰ Las personas que buscan un aborto obtienen medicamentos abortivos directamente por medio de farmacias, vendedores de medicamentos y nuevas vías, como vendedores en línea o servicios de telemedicina.³¹ Las personas embarazadas pueden participar en su proceso de aborto con medicamentos de diversas maneras: desde informarse sobre los regímenes de medicamentos por medio de fuentes no médicas, hasta tomarse en su casa el medicamento que les dio un/a médico/a.

V. ¿Es segura la autogestión del aborto?

La autogestión del aborto con medicamentos es mucho más segura que métodos invasivos. Debido al aborto con medicamentos, la práctica de aborto sin supervisión formal por un/a profesional de salud es más segura y generalizada. Antes, las personas embarazadas hubieran buscado un aborto clandestino con métodos invasivos, como varas, químicos o fuerza física.³ La disponibilidad de medicamentos significa que ahora las personas embarazadas no tienen que recurrir a métodos de aborto inseguros, por lo cual disminuyen los riesgos de salud asociados con el aborto inseguro. Los investigadores atribuyen a la autogestión del aborto con medicamentos la reducción mundial de mortalidad por aborto.³³

Los investigadores continúan generando evidencia de la seguridad de la autogestión del aborto con medicamentos, a pesar de los retos de investigar las prácticas ilegales y estigmatizadas.³⁴ La seguridad de la autogestión del aborto depende de los conocimientos de la persona, de su acceso a medicamentos de calidad y de su capacidad para buscar cuidados de seguimiento. La seguridad de la persona también puede depender de la posibilidad de enfrentar riesgo de arresto por autogestionar su aborto.

La OMS define autoasistencia sanitaria en un contexto general como “la capacidad de las personas, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un prestador de atención de salud”.³⁵ Las intervenciones de autoasistencia sanitaria para la salud sexual y reproductiva son reconocidas por la Organización Mundial de la Salud como “una de las soluciones más prometedoras y apasionantes para mejorar la salud y el bienestar”.³⁶ La OMS reconoce que la autoasistencia es particularmente importante para las poblaciones afectadas negativamente por cuestiones de género, política, cultura y poder, y para las personas vulnerables.³⁷ Al mismo tiempo, con el fin de abordar adecuadamente los determinantes sociales de salud, los Estados deben adoptar medidas para rectificar las normas sociales arraigadas y la desigualdad en la distribución de poder basada en género, y reformar los sistemas estructurales opresivos.³⁸

VI. ¿Es legal la autogestión del aborto?

La práctica de autogestión del aborto es ilegal y penalizada en muchos lugares. Incluso en lugares donde los medicamentos son legales, las leyes vigentes (ver sección anterior) podrían regular el aborto con medicamentos en virtud de la ley, política o directrices sobre aborto por aspiración endouterina o aborto quirúrgico, lo cual no concuerda con su uso y es una carga para las mujeres. Las personas que autogestionan su aborto, así como las personas que las ayudan, podrían estar en violación de varias leyes, y podrían enfrentar un arresto y proceso penal, incluso en lugares donde el aborto es legal, aunque este fenómeno no ha sido investigado ampliamente. Arrestos de personas que han autogestionado su aborto han sido documentados en Bolivia³⁹ y Ruanda,⁴⁰ países donde el aborto es legal en ciertas causales. En Estados Unidos, donde el aborto es legal hasta concluido el segundo trimestre por todas las causales, por lo menos 21 personas han sido arrestadas por autogestionar su aborto.⁴¹

Resulta difícil recolectar datos sobre un asunto de salud estigmatizado porque el aborto, fuera del sistema de salud formal, es ilegal en la mayoría de los entornos. Por ello, hay escasez de datos sobre el uso de medicamentos para el aborto autogestionado, pero los investigadores han encontrado que su uso está en alza.⁴²

VII. ¿Por qué las personas autogestionan sus abortos?

Es posible que las personas prefieran autogestionar su aborto por una variedad de razones, incluso en contextos donde el aborto está restringido por la ley o donde existe acceso limitado a los servicios de aborto en el sistema de salud formal. La disponibilidad de servicios de aborto podría estar limitada por escasez de trabajadores de salud, carencia de prestadores de servicios de aborto capacitados y dispuestos, o porque las personas quizás no tengan acceso a servicios de aborto a una distancia práctica. El acceso también es limitado por requisitos procesales y administrativos, tales como requisitos de consentimiento de los padres, períodos de espera y requisitos de autorización judicial, entre otros.⁴³ Las mujeres a menudo enfrentan estigma, maltrato y violencia cuando buscan servicios de aborto, como parte del patrón de violaciones que ocurren en el contexto más amplio de desigualdad estructural, discriminación y patriarcado.⁴⁴



Las investigaciones indican que la mayoría de los abortos ocurren por razones distintas a las causales excepcionales comúnmente legalizadas, y los marcos jurídicos basados en excepciones no ofrecen suficiente garantía de acceso efectivo a los servicios de aborto en la práctica, aun cuando se ha cumplido con las causales (riesgo para la salud o vida de la persona embarazada, cuando el embarazo es resultado de violación o incesto, o en casos de malformación fetal grave).

Una revisión sistemática de las razones por las cuales las mujeres acuden al sector informal en busca de servicios de aborto, en lugares donde el aborto es legal, encontró que entre las razones figuran: miedo a ser maltratadas por el personal, largas listas de espera, costos elevados, incapacidad para cumplir con las normas, preocupaciones de privacidad y falta de conocimientos sobre la legalidad del aborto o dónde buscar un aborto seguro y legal.⁴⁵

Las investigaciones indican que la mayoría de los abortos ocurren por razones distintas a las causales excepcionales comúnmente legalizadas,⁴⁶ y los marcos jurídicos basados en excepciones no ofrecen suficiente garantía de acceso efectivo a los servicios de aborto en la práctica, aun cuando se ha cumplido con las causales (riesgo para la salud o vida de la persona embarazada, cuando el embarazo es resultado de violación o incesto, o en casos de malformación fetal grave).⁴⁷

Aun cuando el aborto está disponible legalmente a petición, las personas embarazadas que intentan acceder a los servicios de aborto enfrentan una gran variedad de barreras adicionales, tales como estigmatización, costos elevados, períodos de espera obligatorios, requisitos de consejería, autorización de múltiples prestadores de servicios, consentimiento/autorización de terceras partes, requisitos innecesarios impuestos a profesionales y establecimientos de salud, y falta de información basada en evidencia, o la provisión de información engañosa.⁴⁸

VIII. ¿Qué dispone el derecho internacional de derechos humanos sobre el aborto y el aborto con medicamentos?

Los órganos de monitoreo de tratados de la ONU, que monitorean el cumplimiento de los Estados con los tratados de derechos humanos de la ONU y guían a los Estados respecto a cómo cumplir con sus obligaciones de derechos humanos, han encontrado que las leyes restrictivas sobre aborto violan una variedad de derechos humanos, incluidos los derechos a la salud, a la vida, a la privacidad, a una vida libre de discriminación de género o de estereotipado de género, y a una vida libre de maltrato.⁴⁹ Una y otra vez han reconocido la conexión entre las leyes restrictivas sobre aborto y altas tasas de aborto inseguro y de mortalidad materna.⁵⁰ El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer señaló que una forma de discriminación de género es “la negativa de un Estado parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer” o castigar a las mujeres que buscan esos servicios.⁵¹

Los órganos de monitoreo de tratados reconocen que el aborto debe ser despenalizado, legalizado por lo menos en ciertas causales, y que los servicios deben estar disponibles y ser accesibles, asequibles, aceptables y de buena calidad.⁵² El Comité de Derechos Humanos ha dicho que los Estados partes no pueden regular el aborto de manera contraria a su deber de velar porque las mujeres y niñas no tengan que recurrir a abortos peligrosos, que las restricciones deben ser no discriminatorias, y que los Estados partes deben proporcionar un acceso seguro, legal y efectivo al aborto, entre otras cosas, “cuando llevar el embarazo a término causaría dolores o sufrimientos considerables a la mujer o la niña embarazada”.⁵³ Los órganos de monitoreo de tratados recomiendan que los Estados liberalicen sus leyes sobre aborto para mejorar el acceso y eliminar las barreras legislativas, financieras y prácticas que les niegan a las mujeres y niñas el acceso efectivo a los servicios de aborto seguro y legal, así como las barreras al aborto que son médicamente innecesarias y los requisitos de autorización de terceras partes.⁵⁴ Los Estados partes tienen la obligación de derogar o reformar las leyes y políticas que socaven la autonomía, la integridad y el derecho a la igualdad y la no discriminación en el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva.⁵⁵

CEDAW describió la prohibición de misoprostol en un Estado parte como “indicativa del ambiente ideológico” y con un “impacto retrógrado”, e instó al Estado parte a reintroducirlo a fin de reducir las tasas de morbilidad materna a causa del aborto inseguro.⁵⁶



La pandemia de COVID-19 ha subrayado la necesidad de que los Estados mejoren el acceso al aborto con medicamentos, eliminen las restricciones a la telemedicina y consideren reformar los marcos legislativos relacionados con la autogestión del aborto con medicamentos.

El aborto con medicamentos ha sido abordado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), primero indirectamente en su Observación General Núm. 14, que interpreta y establece una guía sobre cómo cumplir el derecho a la salud, la cual dispone que proporcionar acceso a los medicamentos que figuran en la Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS es una obligación fundamental para garantizar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.⁵⁷ La Observación General Núm. 22 del Comité DESC sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva reforzó la obligación de garantizar el acceso a medicamentos esenciales, y especificó acceso a los “medicamentos para el aborto”.⁵⁸

En el año 2020, en su Observación General Núm. 25 relativa a la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales, el Comité DESC dijo que los Estados partes deben asegurar el acceso a las tecnologías científicas actualizadas necesarias para la mujer en relación con el derecho a la salud sexual y reproductiva, en particular deben asegurar el acceso a los medicamentos para el aborto, sobre la base de la no discriminación y la igualdad.⁵⁹ El Relator Especial sobre el derecho a la salud también expresó preocupación sobre las restricciones jurídicas que impiden el acceso a medicamentos esenciales, lo cual limita el acceso de las mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva.⁶⁰

Ningún órgano de monitoreo de tratados ha abordado a fondo las barreras legislativas y de políticas relacionadas específicamente con la autogestión del aborto, tales como los requisitos de que un/a profesional de salud participe en la prestación del servicio de aborto y que el aborto ocurra en un hospital u otro centro de salud especificado.

IX. ¿Cuál es el impacto de COVID-19 en la autogestión del aborto con medicamentos?

La pandemia de COVID-19 ha reducido aun más el acceso a los servicios de aborto, con el aumento de barreras por una variedad de razones, tales como falta de prestadores de servicios disponibles, miedo a acudir a establecimientos de salud, y debido a gobiernos antiaborto que excluyen el aborto de la lista de servicios esenciales que deben mantenerse durante la pandemia. La OMS ha reconocido que el acceso de las mujeres y niñas a servicios de salud esenciales, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, probablemente serán afectados por las restricciones de movilidad, los retos económicos enfrentados debido a la pandemia de COVID-19 y la respuesta a la misma.⁶¹ La OMS señala que dichas restricciones al acceso a los servicios constituyen una violación de los derechos humanos⁶² y ha proporcionado orientaciones operativas interinas, basadas en los derechos, sobre cómo los Estados deben mantener los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva en el contexto de la pandemia, y recomienda que:⁶³

- Cuando se interrumpe la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, se dé prioridad a los servicios de salud digitales, o de telemedicina, y a las intervenciones de autocuidado, a la vez que se garantice el acceso a un/a prestador/a de servicios capacitado/a si fuera necesario.
- Se considere la opción de usar métodos médicos no invasivos para realizar abortos seguros y tratar los abortos incompletos, y que se adopten medidas para satisfacer el aumento previsto en la demanda de métodos de aborto con medicamentos.

Durante la pandemia de COVID-19, algunos gobiernos han relajado las regulaciones del aborto con medicamentos y están facilitando el acceso por telemedicina, medidas que han sido acogidas por expertos en derechos humanos.⁶⁴ La pandemia de COVID-19 ha subrayado la necesidad de que los Estados mejoren el acceso al aborto con medicamentos, eliminen las restricciones a la telemedicina y consideren reformar los marcos legislativos relacionados con la autogestión del aborto con medicamentos. Estas medidas ayudarían a velar por que se respeten, protejan y cumplan los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres y niñas, al ampliar el acceso al aborto seguro y legal. Las normas de derechos humanos respecto al aborto deben evolucionar con las nuevas realidades definidas por la pandemia de COVID-19 y deben considerar ampliar el acceso a los servicios de aborto para todas las personas embarazadas, que incluye eliminar las barreras al aborto con medicamentos, en línea con las recomendaciones de la OMS.

Recomendaciones

En vista de la práctica generalizada de autogestión del aborto con medicamentos, y de la penalización del aborto fuera del ámbito formal de servicios de salud, recomendamos que los Estados:

- Despenalicen todos los abortos, eliminando completamente de los códigos penales el aborto y toda regulación del aborto, y que adopten medidas para garantizar el acceso a todos los métodos de aborto para todas las personas que los necesiten.
- Legalicen el aborto; eliminen todas las barreras legislativas, políticas o prácticas (como la distancia de establecimientos de salud, costos elevados de bienes y servicios, períodos de espera obligatorios, requisitos sesgados para brindar consejería, participación obligatoria de un/a profesional de salud, requisitos de autorización de terceras partes y la estigmatización de las personas que buscan servicios de aborto); y que garanticen el acceso a información y medicamentos de aborto asequibles, aceptables y de calidad.
- Velen por que la autogestión del aborto sea legal y que las personas que autogestionan su aborto y las que las ayudan a obtener un aborto no sean sometidas a investigación, arresto judicialización.

En vista del importante papel desempeñado por los órganos de monitoreo de tratados de la ONU para interpretar las disposiciones de derechos humanos y establecer las obligaciones de los Estados en virtud de los tratados internacionales de derechos humanos, instamos a los órganos de monitoreo de tratados de la ONU a:

- Reflexionar plenamente sobre el hecho de que las barreras y causales legales para acceder a los servicios de aborto son restrictivas y discriminatorias, y violan el derecho de cada persona a la autonomía corporal.
- Establecer la obligación de los Estados en virtud de los derechos humanos de garantizar la prestación de servicios de aborto.
- Recomendar que los Estados impidan y eliminen todas las barreras para acceder a servicios de aborto de calidad, asequibles y aceptables (tales como la distancia a establecimientos de salud, costos elevados de bienes y servicios, períodos de espera obligatorios, requisitos sesgados para brindar consejería, la participación obligatoria de un/a profesional de salud, requisitos de autorización de terceras partes y la estigmatización de las personas que buscan servicios de aborto).

Preguntar a los Estados partes bajo revisión las siguientes preguntas:

- ¿El aborto con medicamentos es legal y está disponible en su país? Si es legal, ¿está regulado de una manera acorde con su uso previsto y que permita la autogestión del aborto, o es regulado bajo marcos relativos al aborto quirúrgico o por aspiración endouterina?
- ¿Los medicamentos misoprostol y mifepristona están registrados e incluidos en la lista nacional de medicamentos esenciales?
- ¿La ley contiene requisitos que tienen como consecuencia la penalización de abortos obtenidos fuera del ámbito formal de servicios de salud?

Noviembre de 2020



NOTAS

1. Schaff, E. (2010). Mifepristone: Ten Years Later. 81 *CONTRACEPTION* 1.
2. Jelinska, K. y Yanow, S. (2018). Putting Abortion Pills into Women's Hands: Realizing the Full Potential of Medical Abortion. *Contraception*, 97: 86.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Páginas 35-39.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Tratamiento médico del aborto*.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS*.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS*.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *WHO Drug Information*. 19(3): 220.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Tratamiento médico del aborto*. Supra nota 3, p. 1.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Tratamiento médico del aborto*. Supra nota 3, p. 2.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). (21 de abril de 2020). *Addressing Human Rights as Key to the COVID-19 Response*. Fuente: <https://www.who.int/publications-detail/addressing-human-rights-as-key-to-the-covid-19-response>.
11. Ipas. (2019). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. Páginas 72-75.
12. Chen, M. y Creinin, M.D. (2015). Mifepristone with Buccal Misoprostol for Medical Abortion: A Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology*, 126(5): 12.
13. Ipas. (2019). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Página 73, citando a: Cleland, K. et al. (2013). Significant Adverse Events and Outcomes after Medical Abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 121(1): 166-171. Gatter, M. et al. (2015). Efficacy and Safety of Medical Abortion Using Mifepristone and Buccal Misoprostol Through 63 Days. *Contraception*, 91(4): 269-273. Goldstone, P. et al. Efficacy and Safety of Mifepristone-Buccal Misoprostol for Early Medical Abortion in an Australian Setting. (2017). *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 57(3): 366-371.
14. Hamoda, H. et al. (2005). Medical Abortion at 9-13 weeks' Gestation: A Review of 1076 Consecutive Cases. *Contraception*, 71: 327-332.
15. Ipas. (2019). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. Página 73.
16. Carbonell, J. et al. (1998). Vaginal Misoprostol for Late First Trimester Abortion. *Contraception*, 57(5):329-33. Carbonell, J. et al. (2001). Misoprostol for Abortion at 9-12 weeks' Gestation in Adolescents. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 6(1): 39-45. Fekih, M. et al. (2010). Sublingual Misoprostol for First Trimester Termination of Pregnancy. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 109(1): 67-70. Raymond, E. et al. (2019). Efficacy of Misoprostol alone for first-trimester medical abortion: A systematic review. *OBSTETRICS & GYNECOLOGY*, 133(1): 137-147. Salakos, N. et al. (2005). First-Trimester Pregnancy Termination with 800mcg of Vaginal Misoprostol Every 12 h. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 10(4): 249-254. Velazco, A. et. al. (2000). Misoprostol for Abortion up to 9 Weeks' Gestation in Adolescents. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 5(4): 227-233.



NOTAS

17. Carbonell, J. et al. (1998). Vaginal Misoprostol for Late First Trimester Abortion. *Contraception*, 57(5):329-33. Carbonell, J. et al. (2001). Misoprostol for Abortion at 9-12 weeks' Gestation in Adolescents. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 6(1): 39-45. Raymond, E. et al. (2013). Prophylactic Compared with Therapeutic Ibuprofen Analgesia in First-Trimester Medical Abortion: a Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*, 122(3): 558-564. Velazco, A. et al. (2000). Misoprostol for Abortion up to 9 Weeks' Gestation in Adolescents. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 5(4): 227-233. von Hertzen, H. et al. (2007). Efficacy of two Intervals and two Routes of Administration of Misoprostol for Termination of Early Pregnancy: A Randomized Controlled Equivalence Trial. *The Lancet*, 369(9577): 1938-1946.
18. Gynuity Health Projects. (2015). Mapa de misoprostol aprobado. Fuente: https://gynuity.org/assets/resources/mapmiso_sp.pdf. Gynuity Health Projects. (2019). Mapa de mifepristona aprobada. Fuente: https://gynuity.org/assets/resources/mapmife_sp.pdf.
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Tratamiento médico del aborto*. Página xi.
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Tratamiento médico del aborto*. Página 30.
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *A global database of abortion laws, policies, health standards and guidelines*.
22. Skuster, P. (2020). Legal Epidemiology for Clearer Understanding of Abortion Law and its Impact. *Temple Law Review*, 92(4), Rev. 922.
23. Skuster, P. (2020). Legal Epidemiology for Clearer Understanding of Abortion Law and its Impact. *Temple Law Review*, 92(4), Rev. 922.
24. Centro de Derechos Reproductivos. (2019). *Law and Policy Guide: Medical Abortion*.
25. Mifeprex REMS Study Group. (2017). Sixteen Years of Overregulation: Time to Unburden Mifeprex. *New England Journal of Medicine*, 376: 790-794.
26. Lord, J. et al. (2018). Early Medical Abortion: Best Practice now Lawful in Scotland and Wales but not available to Women in England. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 44(3): 155-158.
27. Lord, J. et al. (2018). Early Medical Abortion: Best Practice now Lawful in Scotland and Wales but not available to Women in England. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 44(3): 155-158.
28. De Zordo, S. (2016). The Biomedicalisation of Illegal Abortion: The Double Life of Misoprostol in Brazil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(1): 19-35.
29. Moseson, H. et al. (2020). Self-Managed Abortion: A Systematic Scoping Review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 63: 87-110.
30. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Tratamiento médico del aborto*. OMS. (2019). *Directrices unificadas sobre intervenciones de autoasistencia sanitaria: salud sexual y reproductiva y derechos conexos*, página 54.



NOTAS

31. Dzuba, I.G. et al. (2013). Medical Abortion: A Path to Safe, High-Quality Abortion Care in Latin America and the Caribbean. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 18(6): 441–50. Gomperts, R. et al. (2014). Provision of Medical Abortion Using Telemedicine in Brazil. *Contraception*, 89(2):129–133. Gomperts, R. et al. (2008). Using Telemedicine for Termination of Pregnancy with Mifepristone and Misoprostol in Settings Where There is no Access to Safe Services. *BJOG*, 115(9):1171–5 & 1175–8, p. 1171. Wilson, K.S. et al. (2010). Misoprostol Use and its Impact on Measuring Abortion Incidence and Morbidity, in *Methodologies for estimating abortion incidence and abortion-related morbidity: a review*, 191–201, p. 191. Footman, K. et al. (2017). Assessing the Safety and Effectiveness of Medical Abortion Medications Purchased from Pharmacies: Methodological Challenges and Emerging Data. Paris: International Union for the Scientific Study of Population (working paper). Kapp, N. et al. (2017). A Research Agenda for Moving Early Medical Pregnancy Termination over the Counter. *BJOG*, 124(1): 1646–52, p. 1646.
32. Grimes, D. et al. (2006). Unsafe Abortion: The Preventable Pandemic. *The Lancet*, 368(9550): 1908–1919, p. 1912.
33. Ganatra, B. et al. (2017). Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010–14: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model. *The Lancet*, 390(10110): 2372–2381, p. 2373.
34. Aghaei, F. et al. (2017). A Systematic Review of the Research Evidence on Cross-Country Features of Illegal Abortions. *Health Promotion Perspectives*, 7(3):117–123, p. 121.
35. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Directrices unificadas sobre intervenciones de autoasistencia sanitaria: salud sexual y reproductiva y derechos conexos*, página x.
36. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Directrices unificadas sobre intervenciones de autoasistencia sanitaria: salud sexual y reproductiva y derechos conexos*, páginas x y 4.
37. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Directrices unificadas sobre intervenciones de autoasistencia sanitaria: salud sexual y reproductiva y derechos conexos*, página 12.
38. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). (2016). Observación General Núm. 22 relativa al derecho a salud sexual y reproductiva, párrafos 8, 35.
39. Kane, G. et al. (2013). *Cuando el aborto es un crimen: La amenaza para mujeres vulnerables en América Latina*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
40. Kane, G. et al. (2015). *When Abortion Is a Crime: Rwanda*. Chapel Hill, NC: Ipas.
41. The self-induced abortion legal team. (2018). *Roe's Unfinished Promise: Decriminalizing Abortion Once and for All*.
42. Gynuity Health Projects. (2015). Mapa de misoprostol aprobado. Fuente: https://gynuity.org/assets/resources/mapmiso__sp.pdf.
43. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, páginas 35–39.
44. Dubravka Šimonovic. (2019). Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. Doc. de la ONU A/74/137, párrafos 9, 16.
45. Chemlal, S. y Russo, G. (2019). Why do They Take the Risk? A Systematic Review of the Qualitative Literature on Informal Sector Abortions in Settings Where Abortion is Legal. *BMC Women's Health*, 55.



46. Guttmacher Institute. (2018)., Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Fuente: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>.
47. L.C. v. Perú, Comunicación Núm. 22/2009, Doc. de la ONU CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011); K.L. v. Perú, Comunicación Núm. 1153/2003, Doc. de la ONU CCPR/C/85/D/1153/2003, (2005); R.R. v. Polonia, Núm. 27617/04, Corte Europea de Derechos Humanos (2011), párrafo 210; P. y S. v. Polonia, Núm. 57375/08, Corte Europea de Derechos Humanos. (2013); Tysiąc v. Polonia, Núm. 5410/03 Corte Europea de Derechos Humanos... (2007); Ver también Guttmacher Institute, fuente: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>.
48. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Aborto*, 25 de septiembre de 2020. Fuente: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>; OMS, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, segunda edición (2012), fuente https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/.
49. Ver, por ejemplo, K.L. v. Perú, Comité de Derechos Humanos, Comunicación Núm. 1153/2003, Doc. de la ONU CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005); L.C. v. Perú, Comité CEDAW, Comunicación Núm. 22/2009, párrafo 8.15, Doc. de la ONU CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011); Comité de los Derechos del Niño, Observación General Núm. 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, párrafo 70, Doc. de la ONU CRC/C/GC/15.
50. Comité DESC, Observación General Núm. 22 (2016), párrafos 10, 28, Doc. de la ONU E/C.12/GC/22 (2016); Comité de Derechos Humanos, Observación General Núm. 36 (2018), párrafo 8, Doc. de la ONU CCPR/C/GC/36; ver también Comité de Derechos Humanos, Observaciones Finales: Nigeria (2019), párrafo 22, Doc. de la ONU CCPR/C/NGA/CO/2.; Comité CEDAW, Observaciones Finales: Paraguay (2011), párrafos 30, 31, Doc. de la ONU CEDAW/C/PRY/CO/6; Comité CEDAW, Observaciones Finales: Sierra Leona (2014), párrafo 32(d), Doc. de la ONU CEDAW/C/SLE/CO/6; Comité DESC, Observaciones Finales: Argentina (2018), párrafos 55, 56, Doc. de la ONU E/C.12/ARG/CO/4; Comité CEDAW, Observaciones Finales: Paraguay (2011), párrafo 31(a), Doc. de la ONU CEDAW/C/PRY/CO/6; Comité CEDAW, Observaciones Finales: Chile (2006), párrafo 20, Doc. de la ONU CEDAW/C/CHI/CO/4; Comité DESC, Observaciones Finales: Filipinas (2008), párrafo 31, Doc. de la ONU E/C.12/PHL/CO/4.
51. Comité CEDAW, Recomendación General 24: Artículo 12 de la Convención (La mujer y la salud), (1999), párrafos 11 y 14, Doc. de la ONU A/54/38/Rev.1, capítulo I.
52. Comité DESC, Observación General Núm. 22 (2016), párrafos 11- 21 Doc. de la ONU E/C.12/GC/22.
53. Comité de Derechos Humanos, Observación General Núm. 36 (2018), párrafo 8, Doc. de la ONU CCPR/C/GC/36.
54. Comité de Derechos Humanos, Observación General Núm. 36 (2018) sobre el derecho a la vida, párrafo 8, Doc. de la ONU CCPR/C/GC/36; Comité de Derechos Humanos, Observación General Núm. 28 (2000) La igualdad de derechos entre hombres y mujeres, párrafos 10-11, Doc. de la ONU CCPR/C/21/Rev.1/Add.10; Comité DESC, Observación General Núm. 22 (2016) Derecho a la salud sexual y reproductiva, párrafos 28, 34, 40, 41, 45, 49(a), 49(e), 57, Doc. de la ONU E/C.12/GC/22; Comité CEDAW, Recomendación General Núm. 24 (1999) La mujer y la salud, párrafo 14, Doc. de la ONU A/54/38/Rev.1 capítulo I; Comité CEDAW, Recomendación General Núm. 35 (2017) Violencia de género contra la mujer, que actualiza la Recomendación General Núm. 19, párrafo. 29(c)(i), Doc. de la ONU CEDAW/C/GC/35; Comité CEDAW, Recomendación General Núm. 34 (2016) Los derechos de las mujeres rurales, párrafo 39(c), Doc. de la ONU CEDAW/C/GC/34; Comité de los Derechos del Niño, Observación General Núm. 20 (2016) La realización de los derechos del niño durante la adolescencia, párrafo 60 Doc. de la ONU CRC/C/GC/20; Comité de los Derechos del Niño, Observación General Núm. 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, párrafos 31, 70, Doc. de la ONU CRC/C/GC/15; Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales: Angola (2019), párrafos 21-22, Doc. de la ONU CCPR/C/AGO/CO/2; Comité DESC, Observaciones finales: Camerún (2019), párrafo 59, Doc. de la ONU E/C.12/CMR/CO/4; Comité CEDAW, Observaciones finales: Colombia (2019), párrafos 37-38, Doc. de la ONU CEDAW/C/COL/CO/R.9; Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales: Baréin (2019), párrafo 38, Doc. de la ONU CRC/C/BHR/CO/4-6.



NOTAS

55. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), Observación General Núm. 22 (2016), párrafo 34, Doc. de la ONU E/C.12/GC/22; Comité DESC, Observaciones finales: Ecuador (2019), párrafo 52(f), Doc. de la ONU E/C.12/ECU/CO/4.
56. Comité CEDAW, Resumen de la investigación relativa a Filipinas (en virtud del Artículo 8 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer) (2014), párrafo 9, 52(v), Doc. de la ONU CE-DAW/C/OP.8/PHL/1.
57. Comité DESC, Observación General Núm.14 (2000), El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Vigésimo segunda sesión, 2000), Doc. de la ONU E/C.12/2000/4, reimpresso en la Recopilación de las observaciones generales y recomendaciones generales adoptadas por órganos creados en virtud de los tratados de derechos humanos (2003), Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.6 at 85, párrafo 43(d).
58. Comité DESC, Observación General Núm. 22 (2016) relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), párrafo 12, Doc. de la ONU E/C.12/GC/22.
59. Comité DESC, Observación General Núm. 25 (2020) relativa a la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 15 (1) (b), (2), (3) y (4) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párrafo 33, U.N. Doc. E/C.12/GC/25.
60. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, relativo al acceso a los medicamentos. (2013). Doc. de la ONU A/HRC/23/42, párrafo 45.
61. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Addressing Human Rights as Key to the COVID-19 Response*, (21 de abril de 2020). Fuente at <https://www.who.int/publications-detail/addressing-human-rights-as-key-to-the-covid-19-response>.
62. Ibid, ver también UNFPA. *COVID-19 A gender lens*. Fuente: at <https://www.unfpa.org/resources/covid-19-gender-lens>.
63. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19*. Fuente: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf, ver, en particular, sección 2.1.4 Servicios de salud sexual y reproductiva, p. 29.
64. Centro de Derechos Reproductivos. (2020). *Access to Comprehensive Sexual and Reproductive Health Care in a Human Rights Imperative During the Covid-19 Pandemic*. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19*. Fuente: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf, ver, en particular, sección 2.1.4 Servicios de salud sexual y reproductiva, p. 29.