

La reconfiguración de contraindicaciones en indicaciones: los primeros usos del misoprostol como inductor contráctil en Argentina

Mateo, N. (2025). La reconfiguración de contraindicaciones en indicaciones: los primeros usos del misoprostol como inductor contráctil en Argentina. *Cultura y Drogas*, 30(39), 67-86. <https://doi.org/10.17151/culdr.2025.30.39.4>

Natacha Mateo*

Recibido: 17 de julio de 2024
Aprobado: 6 de noviembre de 2024

Resumen

El artículo propone analizar la reconfiguración de las contraindicaciones del misoprostol como droga abortiva en indicaciones en Argentina durante la década de 1990, prestando especial atención al contexto específico del país y las particularidades asociadas a este fármaco. Para ello, aborda la relevancia del misoprostol como tema de investigación en el campo de las ciencias de la salud, la historia de los medicamentos y la construcción de las tecnologías desde una perspectiva de género. A partir de una estrategia metodológica con diversas técnicas de recolección de datos (entrevistas en profundidad y análisis documental, específicamente revistas científicas) indaga en las prácticas clínicas y los estudios sobre el uso del misoprostol en dicho período en las revistas de ginecología y obstetricia de Argentina y América Latina. Concluye que la reconfiguración de las contraindicaciones del misoprostol en indicaciones como inductor de contracciones adopta particularidades en el caso argentino en relación con la región. Mientras que en países como Brasil sus primeros usos devinieron en experiencias de aborto medicamentoso, en Argentina su utilización no se entrama con el aborto ambulatorio, sino que, en un principio, es empleado en ginecología y obstetricia como inductor de contracciones en otras prácticas ginecobiobstétricas como el trabajo de parto.

Palabras clave: misoprostol, contraindicaciones, aborto, ginecología, obstetricia.

* Dra. en Comunicación. CONICET - Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata, Argentina. E-mail: mateonatacha@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5601-8803> 



The Reconfiguration of Contraindications in Indications: The First Uses of Misoprostol as a Contraceptive Inducer in Argentina

Abstract

This article analyses the reconfiguration of misoprostol contraindications as an abortion drug during the 1990s in Argentina, paying particular attention to the country-specific context and associated specifics of this drug. To achieve this, the article addresses the relevance of misoprostol as a research topic within the field of health sciences, the history of drugs, and the construction of technologies from a gender perspective. Using a variety of data collection techniques (in-depth interviews and documentary analysis, with a focus on scientific journals), it examines clinical practices and studies on the use of misoprostol in obstetrics and gynaecology in Argentina and Latin America during that period. The article concludes that the reconfiguration of misoprostol contraindications as a contraction inducer has particularities in the Argentine case compared to other regions. In countries such as Brazil, its initial use was in medical abortion procedures; in Argentina, however, it was initially used in obstetrics and gynaecology to induce contractions in other obstetric and gynaecological procedures, such as labour.

Key words: Misoprostol, contraindications, abortion, gynaecology, obstetrics

Introducción

La construcción de las indicaciones y contraindicaciones de las drogas siempre ha sido un motivo de debate dentro del ámbito académico. En la intersección entre ciencia, medicina y estudios de género, mucho se ha problematizado sobre la historia de algunos medicamentos, donde investigaciones ya clásicas han puesto énfasis en la construcción de las hormonas desde una perspectiva feminista (Clarke, 2010; Haraway, 1991; Oudshoorn, 1994; Wajcman, 1991). Tanto las terapias de remplazo hormonal (Watkins, 2007) como la construcción de los binarismos en los cuerpos sexuados (Fausto-Sterling, 2000) han sido motivo de controversias. En ese sentido, el misoprostol no ha sido una excepción (Morgan, 2019; Zordo, 2016).

Entender el devenir abortivo del misoprostol es también problematizar que la historia de los medicamentos no es un camino recto (Mateo, 2022, 2023). Así como para Watkins (2007) la controvertida historia de la terapia de reemplazo hormonal no comienza con la aprobación de la droga por parte de la FDA (Food and Drug Administration, por sus siglas en inglés), la historia del misoprostol tampoco lo hace con sus ensayos preclínicos, sino que se remonta a la experimentación con las primeras prostaglandinas sintéticas en la década de 1930. Si se concibiera la innovación tecnológica a partir de un modelo lineal, se podría pensar que el avance farmacológico derivaría en que, 40 años después, cuando se realizaran las investigaciones con el fin de sintetizar estos componentes, una de sus aplicaciones sería la posibilidad de generar contracciones uterinas. Sin embargo, esto no sucede de esta manera y los ensayos preclínicos sobre sus posibles aplicaciones solo se desarrollaron en el campo de la gastroenterología (Collins, 1990). En la publicación de los resultados de sus investigaciones, los científicos le asignan una serie de indicaciones y contraindicaciones que deja como su uso principal los efectos gastroenterológicos, específicamente la prevención de úlceras pépticas (Akdamar *et al.*, 1982; Bauer, 1985; Dajani *et al.*, 1976; Larsen *et al.*, 1981; Robert *et al.*, 1979; Taylor *et al.*, 1985a, 1985b) y como contraindicación su potencialidad para inducir contracciones uterinas (Mateo, 2022; Morgan, 2019; Templeton, 1998; Weeks *et al.*, 2005). La perspectiva de género permite realizar una lectura crítica de estas investigaciones, poner el eje en la construcción androcéntrica de los problemas científicos y así dar cuenta de cómo se construyen indicaciones y contraindicaciones.

En la actualidad, el misoprostol es una droga reconocida mundialmente por su utilización en la inducción de abortos ambulatorios tanto en contextos de legalidad como de ilegalidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012). Ahora bien, estos significados asociados al uso de la droga no son inscriptos —al menos no en el período analizado— en *papers* científicos a partir de ensayos clínicos, sino que son recuperados desde las prácticas clínicas de profesionales de la salud construidas con base en las narrativas de las experiencias de las propias mujeres. Este punto es clave porque rompe con la visión de que la medicina siempre se basa en evidencia científica. Por lo tanto, al tener en cuenta que su inscripción inicial fue en el campo de la gastroenterología, en este artículo interesa problematizar cómo y de qué manera el misoprostol se configuró como un inductor de contracciones uterinas, y discutir con aquellas nociones que describen el desarrollo tecnológico como un camino lineal desde el nacimiento de una idea en un laboratorio hasta su comercialización.

En este sentido, interesa recuperar el caso del misoprostol en tanto innovación farmacológica, dado que “los enfoques de la tecnociencia contribuyen a comprender el cambio social al explorar cómo se coproducen las tecnologías y las nuevas formas de vida social” (Wajcman, 2006, p. 64).

En América Latina, desde mediados de la década de 1980 hasta finales de 1990, diferentes grupos sociales intervinieron en la construcción del misoprostol como inductor de contracciones. Aunque los primeros registros de mujeres utilizando la droga con fines abortivos llegaron desde Brasil durante 1980 (Araújo dos Santos & Santana de Brito, 2016; Arilha & Barbosa, 1993; Barbosa & Arilha, 1993; Beraldo *et al.*, 2017; Coêlho, 1998; Coêlho *et al.*, 1993, 1994; Fonseca *et al.*, 1998; Gómez Pérez *et al.*, 2013; Zordo, 2016), a partir de la década siguiente se pueden encontrar experiencias de abortos con misoprostol en toda América Latina (Artuz y Restrepo, 2002; Chia, 2018; Correa y Pecheny, 2016; Espinoza *et al.*, 2002; López Gómez y Couto, 2017). Las investigaciones sobre la temática dan cuenta del recorrido zigzagueante de una medicación que, en palabras de la antropóloga Debora Diniz y el médico ginecólogo Alberto Madeiro, “extrapoló el campo biomédico y se incorporó al universo del conocimiento y las prácticas de aborto de las mujeres” (Diniz & Madeiro, 2012, p. 1796)¹. Durante las décadas de 1980 y 1990, Brasil fue escenario de la experimentación con posologías abortivas y el uso desafinante al “no recomendado” por parte de algunos/as profesionales de la salud y de las propias mujeres. Desde un primer momento, las contraindicaciones de la droga fueron utilizadas por estas para la inducción de contracciones con el fin de interrumpir el embarazo. En cambio, en Argentina el recorrido de la medicación hasta sus usos abortivos es más complejo, ya que los/as ginecólogos/as comienzan a utilizar el misoprostol en esos años con otros propósitos: inducir contracciones en el parto o provocar la expulsión en casos de huevo muerto y retenido (HMYR) (Mateo, 2022, 2023). En un contexto donde el aborto era ilegal y la droga no estaba habilitada para su uso en el área de ginecología u obstetricia, algunos/as profesionales de la salud, a partir de los relatos y las pastillas provenientes de otras latitudes, comienzan a utilizarlo en sus prácticas clínicas.

El interés de este artículo es analizar específicamente el caso argentino en la reconstrucción de las contraindicaciones del misoprostol en indicaciones. Se enfocará

¹ Es importante señalar que estas prácticas acontecen en un escenario donde el aborto es ilegal en casi toda América Latina, aunque en la actualidad ya es legal en Argentina.

en su papel como inductor de contracciones desde mediados de la década de 1980 hasta fines de la década de 1990, con especial atención en las particularidades en dicho país, en contraste con otros casos latinoamericanos.

Metodología

Para poder llevar adelante esta investigación fue necesario realizar análisis multidireccionales que permitieran describir las tecnologías a partir del constructivismo social (Law, 2004; Pinch y Bijker, 1987). Se propuso una estrategia metodológica diversificada que incorporó no solo los discursos, sino también las prácticas de los actores involucrados en el período analizado a partir del análisis de fuentes escritas y entrevistas en profundidad. El trabajo de campo fue realizado en Argentina durante el 2019.

Por un lado, se trabajó con publicaciones médicas de obstetricia y ginecología desde 1985 hasta la actualidad. Las revistas consideradas fueron: *Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas (OGLA)* desde 1985 hasta 2008, la *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires (SOGBA)* desde 1987 al 2018 y la *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA)* desde el 1989 hasta 2018. Además, se tuvieron en cuenta algunos números de la revista *Actas Farmacéuticas*.

Por otro lado, en relación con las entrevistas en profundidad, se entrevistó profesionales de la salud de diferentes regiones del país para garantizar una visión que no estuviera sesgada por las dinámicas propias de la capital. Se concretaron encuentros con profesionales de la medicina de distintas especialidades, edades y regiones. Para indagar sobre los usos del misoprostol en la década de 1990, se consultaron principalmente a ginecólogos/as—en algunos casos todavía en actividad y en otros jubilados/as—(denominados/as como G), pero también a médicos/as generalistas/as (denominados/as como MG) que hubieran utilizado misoprostol en el marco de sus rotaciones en ginecología. De las 11 entrevistas realizadas, 3 fueron a hombres y 8 a mujeres.

Las indicaciones y contraindicaciones del misoprostol como problema de investigación

Los estudios sociales de las tecnologías presentan dos tipos bien diferentes de explicación sobre el desarrollo de las drogas (Oudshoorn, 1994). Por un lado, el modelo lineal de desarrollo tecnológico, que supone que las tecnologías se prueban exhaustivamente antes de ser adoptadas y, por el otro, “estudios más recientes [...] sugieren que las tecnologías generalmente se adoptan antes de que se hayan probado a fondo [...]. La difusión de nuevos medicamentos ocurre junto con la investigación y las pruebas” (Oudshoorn, 1994, p. 83). Esta distinción es fundamental, ya que si se pone atención en el desarrollo del misoprostol en el campo de la gastroenterología, se podría pensar que se asemeja en mayor medida a un modelo lineal de construcción tecnológica. Sin embargo, este tipo de visiones no brindan herramientas para indagar qué sucede por fuera de la linealidad y las aplicaciones contráctiles de la droga en ginecología lejos están de asemejarse a este modelo.

Esta investigación se pregunta por la dimensión específica que adquiere el proceso de construcción tecnológica del misoprostol en Argentina en este campo específico. Se parte del supuesto de que no todas las decisiones médicas se basan exclusivamente en evidencia empírica, ni todo lo que ocurre en la práctica está respaldado por ensayos clínicos. En este marco, se analizará la agencia de distintos actores en el proceso de coconstrucción del saber y la práctica médica. Se propone abrir una discusión en torno a cómo se construye la evidencia científica y, en particular, señalar que los significados atribuidos a los usos contráctiles de esta droga no emergen principalmente de los ensayos clínicos, sino de las experiencias de los/as profesionales de la salud. Sobre todo teniendo en cuenta que dichos profesionales utilizan el lenguaje de la ciencia como una verdad “sin marcas” donde el sujeto que coconstruye esa tecnología es invisibilizado (Despret, 2018; Haraway, 1991). Sobre esta cuestión, Watkins (2007), sostiene que “bajo la superficie de la autoridad cultural de la ciencia médica yace un debate no resuelto dentro de la comunidad médica acerca de las demandas de la ‘medicina’ para ser ‘científica’” (pp. 5-6). En la práctica clínica, la evidencia científica no es el único insumo que utilizan los/as profesionales de la salud para tomar decisiones, sino que también se basan en sus experiencias.

En los próximos apartados justamente se analizará cómo se reconstruyeron las indicaciones del misoprostol como un inductor de contracciones, por fuera de

evidencia científica más que la práctica empírica, intuitiva y experimental de los/as mismos/as profesionales. A partir de una reflexión epistemológica en torno a que no todo ejercicio de la medicina está basado en evidencia científica el estudio se centrará en la reconstrucción del caso específico de las prácticas clínicas ginecobstétricas con misoprostol. Para ello se presentarán dos apartados: el primero, se centrará en las experiencias de médicos/as con el uso del misoprostol y la construcción de posologías *off-label* en sus prácticas clínicas; y, el segundo, indagará en los estudios clínicos publicados durante la década de 1990 en las revistas de mayor circulación de la región sobre el uso del misoprostol en la inducción de contracciones.

El rol de los/as médicos/as en la construcción de nuevas posologías

En América Latina, los primeros comprimidos de misoprostol se comercializaron bajo el nombre de Cytotec —del Laboratorio G D Searle & Co.— en 1985 y, en el caso argentino, se incorporó como “nueva droga” en 1987, asociado, como en el resto del continente, a su función citoprotectora para prevenir la úlcera péptica (Bongiorno de Pfrirter y Mandrile, 1987). El primer laboratorio en producirlo en el país fue Laboratorios Beta, en comprimidos de 200 mg combinados con diclofenac, con el nombre de Oxaprost. Aunque algunos relatos sugieren que a fines de la década de 1980 existió Cytotec en Argentina, aparecen incongruencias respecto de si era producido en el país o traído ilegalmente desde Brasil. Los registros de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) no mencionan la autorización de la producción de Cytotec. Incluso en 1998, alertados por sus usos abortivos, establece la comercialización del Oxaprost con la condición de venta bajo receta archivada. Recién en 2010, mediante la disposición 6291/10 la ANMAT aprobó la producción de misoprostol en comprimidos de 25 mg fabricados en Argentina por el Laboratorio Domínguez, bajo receta archivada y para uso exclusivamente hospitalario. Aunque recién fue aprobado su uso para ginecología en comprimidos de 200 mcg en el 2018 (disposición 946/18).

Esta breve reseña sobre la trayectoria comercial del misoprostol en Argentina es necesaria para comprender el contexto en que se dan las prácticas profesionales que se analizarán. A diferencia del caso brasileño, quienes comenzaron a utilizar el misoprostol en Argentina fueron los/as médicos/as que, en búsqueda de sus efectos como inductores contráctiles, lo hicieron en el trabajo de parto y la expulsión de huevo muerto y retenido—un embarazo detenido— (HMYR). En este sentido se busca problematizar cómo se construyó la posología para esos usos. Lo que interesa

analizar aquí, en base a las respuestas brindadas por las personas entrevistadas, es cómo surgen los primeros “experimentos” en mujeres con HMYR, sobre todo teniendo en cuenta que la droga que se utilizaba para ello no solo no era fabricada en Argentina, sino que tampoco era legal.

No obstante, la mayor preocupación de los/as profesionales no tenía que ver con estas cuestiones propias de la clandestinidad, sino que estaba centrada en cuánto misoprostol se debía utilizar en relación con la cantidad de contracciones que se querían inducir. En el caso del HMYR, al no ser viable el feto, no importaba que pudiera haber un “exceso” de misoprostol y, por lo tanto, fueron los primeros casos de los cuales hay registro del uso de la medicación. Más adelante, acorde con su funcionamiento, estos/as mismos/as profesionales son quienes comienzan a utilizarlo —en menores dosis— en el trabajo de parto a término. En relación con estos usos, previos a ser un tratamiento abortivo, una de nuestras entrevistadas sostiene que:

El misoprostol es uno de los medicamentos esenciales porque salva muchas vidas. No solo porque se usa para la interrupción del embarazo de manera más segura, sino que se usa para frenar las hemorragias obstétricas, que es una de las principales causas de muerte de las mujeres [...]. Y una de las formas más sencillas es con misoprostol. (MG4, comunicación personal, mayo de 2019)

El primer uso de la droga, desde su ingreso en el mercado argentino, estuvo asociado a la expulsión del HMYR o casos donde no fuera viable la vida del feto. Aunque sin respaldo bibliográfico ni posologías claras:

Yo le tenía como mucho rechazo [al uso del misoprostol] porque me molestaba que usáramos cosas que no tuvieran respaldo bibliográfico con los pacientes [...]. Le explicábamos que estaba esto que era como un ensayo pero que no le iba a afectar para nada, que iba a tener contracciones, y empezamos a usarlo con los fetos muertos o con los huevos muertos y retenidos. (G1, comunicación personal, julio de 2019)

Los/as médicos/as —particularmente los/as ginecólogos/as— comienzan a utilizar el misoprostol sin tener ensayos clínicos que respalden el uso en este campo de especialización médica, justamente porque los ensayos clínicos de la medicación se habían realizado en el área de la gastroenterología. La única evidencia que había

hasta el momento eran las experiencias de las mujeres brasileñas recopiladas por investigadoras feministas a principios de la década de 1990 (Arilha & Barbosa, 1993; Barbosa & Arilha, 1993). Sin embargo, dichas investigaciones no presentaban una posología del uso de la medicación, sino las experiencias de quienes la habían utilizado y debieron asistir a un hospital. A partir de médicos/as que habían realizado intercambios con profesionales brasileños se comenzaron a conocer, de manera muy incipiente, los usos contráctiles del misoprostol. Empero, en Argentina, los/as profesionales aún no tenían conocimiento de que se pudiera utilizar para realizar abortos y comienzan a emplearlo en los casos de HMYR, justamente porque no interesaba la vida del feto.

Empezamos a utilizarlo por ejemplo en fetos muertos detenidos de siete meses de embarazo [...]. No importaba la dosis porque ahí la vida del feto no importaba, entonces lo empezamos a observar en eso, por lo menos esa es mi experiencia. (G3, comunicación personal, julio de 2019)

Interesa en este punto revelar cómo estos/as profesionales fueron construyendo la posología del misoprostol, teniendo en cuenta que no es la misma forma de uso en HMYR, parto o aborto. En el caso del HMYR:

La primera posología era entre 400 y 800 mg. Una dosis. No siempre funcionaba, pero lo que pasaba era que, por lo menos, las mujeres empezaban con contracciones y con pérdidas, entonces vos ya las internabas para hacerles un aspirado, que en ese momento era un raspado. (G1, comunicación personal, mayo de 2019)

En estos casos, el misoprostol se usaba para la dilatación del cuello del útero con el fin de que luego en el hospital finalizaran el procedimiento mediante métodos quirúrgicos. Sin embargo, el uso se fue modificando al utilizarlo en la inducción del parto a término.

[En los 90 se] usaban los óvulos de Oxaprostone para estimular las contracciones y para que se produzca el parto, particularmente cuando se quería resolver el parto rápido e irse. (MG4, comunicación personal, mayo de 2019)

Cuando los/as profesionales de la salud comenzaron a utilizar el misoprostol en situación de parto quedaba claro que no podían usar las mismas dosis que

para HMYR, porque cuanto más avanzado estaba el embarazo, mayores son los receptores de prostaglandinas y, por ende, son necesarias menores cantidades para lograr las contracciones. El problema radicaba en que el misoprostol se conseguía en comprimidos de 200 mg y, para la inducción de parto, era peligroso usar esa cantidad. Por ende, los/as profesionales recuerdan la necesidad de partir las pastillas para utilizarlas en menores dosis.

Lo usábamos para la inducción del trabajo de parto, que en ese momento estaba en estudio y medio que probábamos, pero era algo bastante arriesgado, porque era cortar la pastilla en pedacitos, porque era un cuartito que había que poner. La verdad que sí era todo muy experimental. (G4, comunicación personal, agosto de 2019)

A partir de este proceso que la entrevistada menciona como “experimentación”, se fue arribando, en efecto, a una posología adecuada que consistía en 25 o 50 mg de misoprostol. Los/as profesionales denominan “un cuartito” a la cuarta parte de la pastilla de 200 mg, lo que representan 50 mg. “Para el parto, empezamos a usar un cuartito. Sabiendo que 25 mg era una dosis adecuada, que más dosis podía resultar peligroso, pero no podíamos cortar en ocho la pastilla” (G1, comunicación personal, julio de 2019)

Aunque los posteriores ensayos clínicos y protocolos al respecto sostuvieron la importancia de utilizar 25 mg —lo que llevó a que sobre el fin de la década de 1990 un nuevo laboratorio produjera misoprostol en ese formato, tal cual indican las publicaciones oficiales de la ANMAT—, en la práctica amplia de ginecología se generalizó el uso mínimo de 50 mg para la inducción del parto. “Antes, te digo, que usábamos 50 mg sin problema. Era la cuarta parte de la pastilla. Después se impuso los 25 mg. Nosotros siempre usamos 50 mg y nunca tuvimos problema” (G3, comunicación personal, julio de 2019).

Como puede leerse en este fragmento, pese a los protocolos que se fueron construyendo respecto de la posología de la droga en la inducción del parto, los/as profesionales mantuvieron el uso *sui géneris* de los 50 mg. Ahora bien, esta construcción experimental e individual de la posología adecuada del misoprostol como inductor de contracciones abre una pregunta clave sobre cómo se utilizaba en esta década: si no estaba aprobado en ginecología y obstetricia en Argentina, cómo circulaba entre profesionales de esa especialidad médica, principalmente quienes trabajaban

en el sector público. Aquí nuevamente se pueden explorar posibles respuestas en los distintos relatos y cómo están atravesadas por las diferencias regionales de Argentina. En relación con el acceso a las pastillas fabricadas por diversos laboratorios, resulta relevante señalar que, aunque Cytotec nunca se produjo en el país, su uso estuvo presente en las prácticas clínicas.

No teníamos ni idea siquiera si había misoprostol disponible en la Argentina. A mí alguna gente me dijo que alguna vez en Argentina hubo Cytotec. (MG1, comunicación personal, mayo de 2019)

La droga [Cytotec] venía de afuera. Obviamente venía de afuera pero no tengo idea [cómo llegaba hasta el hospital]. (G3, comunicación personal, julio de 2019)

Ahora bien, con “afuera” se puede aventurar que se refieren a los países limítrofes, principalmente Brasil por ser el escenario donde se registraron los primeros usos contráctiles del misoprostol. Dichas experiencias fueron pioneras en la región, lo que tiende a suponer que era uno de los canales más factibles para la entrada del Cytotec a Argentina.

El misoprostol lo conocíamos porque recibíamos, así, la verdad, medio traficando el Cytotec que existía en Brasil [...], al mismo tiempo que teníamos misoprostol, clandestino, lo recibíamos así porque alguien traía cuando iba de viaje y esas cosas, no lo compraba la municipalidad como tal. (G4, comunicación personal, agosto de 2019)

Aunque este último testimonio brinda esclarecimiento sobre cómo se introduciría el misoprostol, resulta llamativo que una droga sospechada de llegar de manera ilícita —“medio traficando”— se utilizara libremente en los hospitales. Los/as profesionales que fueron entrevistados en diferentes regiones de Argentina sostienen que desde la década de 1990 utilizaron misoprostol en la expulsión de HMYR y en la inducción del trabajo de parto. Sin embargo, esto sucedía pese a la falta de protocolos, de regulación de la medicación y de evidencia empírica.

El caso del misoprostol permite problematizar aquellas visiones lineales sobre la construcción de tecnologías —en este caso, farmacológicas— que sugieren la existencia de un proceso directo entre una idea y su desarrollo. Estos marcos interpretativos comparten los mismos supuestos que aquellas perspectivas que

sostienen que la investigación médica se realiza exclusivamente a través de ensayos clínicos aleatorizados.

Contrariamente a lo que proponen estos enfoques analíticos, el misoprostol no se utilizó en América Latina con los fines para los cuales había sido registrado ante los organismos correspondientes, sino que su uso respondió a un proceso de “ensayo y error” por parte de profesionales de la salud que, en distintas regiones de Argentina, construyeron a partir de sus prácticas clínicas una posología como inductor contráctil.

A continuación, interesa explorar cómo se realizan “ensayos clínicos” sobre los cuerpos, en este caso, las mujeres gestantes, territorios donde se establecen las posologías médicas. En el próximo apartado, se indagará respecto de la forma en que se construyen los conocimientos médicos “basados en evidencia científica” publicados en las revistas de mayor circulación entre profesionales de ginecología y obstetricia.

El misoprostol en las revistas de ginecología y obstetricia en Argentina

A partir del relevamiento realizado en las bibliotecas de las Facultades de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y de la Universidad Nacional de La Plata —ambas en Argentina—, así como en las sociedades de ginecología y obstetricia de Argentina y de la provincia de Buenos Aires, se constata que, durante la década de 1990, se llevaron a cabo pocos estudios clínicos sobre el uso del misoprostol para la inducción de contracciones. Las revistas de mayor circulación nacional eran las de la *SOGBA* y de la *SOGIBA*. La primera, se centraba en la provincia de Buenos Aires, aunque tuvo un alcance nacional y la segunda se correspondía con todo el país. El comité académico de la *SOGIBA* estaba conformado por médicos ginecólogos —a excepción de alguna médica ocupando cargos menores— que a su vez eran docentes en la Universidad de Buenos Aires y se desempeñaban en los hospitales más importantes de la Capital Federal, lo que generaba una mayor publicación de estudios de casos a diferencia de la *SOGBA*, también conformada en su amplia mayoría por hombres, donde primaban las reseñas de eventos científicos locales. En la revista de *SOGIBA*, a partir de las redes tejidas con otras sociedades de América Latina, se pueden encontrar artículos publicados en otras revistas científicas de la región como la *OGLA*.

En relación con el misoprostol, en la década analizada se publican escasos trabajos. Uno de ellos, refiere su uso para la expulsión de HMYR, a partir de una sola dosis de entre 50 a 200 mg. Se indica, asimismo, que solo en tres casos tuvieron que repetir una segunda dosis y que una mujer recibió 500 mg sin resultado terapéutico positivo. El resto de las mujeres evacuaron sin complicación en menos de 24 horas, por lo que los autores concluyen que la medicación es efectiva, económica y rápida, y que puede utilizarse aún en condiciones desfavorables del cuello uterino. Por otra parte, señalan que una de las mayores ventajas es que, comparado con otros métodos, acorta los días de internación y no genera complicaciones (D'Angelo *et al.*, 1990).

El mismo año se publica en la *OGLA* una investigación desarrollada en Argentina sobre el uso de prostaglandinas en el trabajo de parto. En dicha pesquisa también se menciona el uso de un cuarto de tableta de 200 mg, de la misma forma que lo mencionan los/as médicos/as entrevistados/as, en comparación con el uso de la oxitocina intravenosa. Se sostiene que las prostaglandinas tienen un mayor efecto en la maduración del cuello del útero previo al desencadenamiento de las contracciones, por lo que se genera un período de dilatación menor que con el uso de oxitocina. Al mismo tiempo, observan que reduce la necesidad de cesáreas por detención del trabajo de parto (Morozovsky *et al.*, 1990).

En las conclusiones se afirma que: “La oxitocina estimula el útero cuando el embarazo está próximo al término, las prostaglandinas pueden hacerlo en cualquier etapa” (Morozovsky *et al.*, 1990, p. 129). Se advierte, a su vez, la importancia de las prostaglandinas en las diferentes etapas del embarazo, al no desconocer su estimulación uterina y su potencialidad en la inducción de contracciones. Dicha investigación no menciona la posibilidad de utilizar el misoprostol para el HMYR, pero sí deja entrever la intención de problematizar su uso ginecobstétrico.

Durante esta última década del siglo XX, la *OGLA* fue la única revista latinoamericana que publicó los avances científicos en esa línea. En 1994 divulgaron el primer estudio sobre el uso del misoprostol para la inducción del parto, presentándolo como la mejor alternativa en relación con la oxitocina, sobre todo, su administración vaginal, al evitar los efectos secundarios gastroenterológicos. Aunque la investigación solo refiere a la inducción de contracciones en el parto a término, hace una referencia mínima al uso del Cytotec en la realización de abortos. “Otro análogo de la PgE1, el misoprostol [...] Cytotec, Searle Laboratories, USA, aprobado por la FDA como un

agente gastroprotector, es capaz de inducir aborto cuando se administra por vía oral a mujeres embarazadas al comienzo de la gestación” (Campos *et al.*, 1994, p. 160).

Ese mismo año, el servicio de obstetricia de la Policlínica Eva Perón de Ramos Mejía, provincia de Buenos Aires, realizó un trabajo de investigación para evaluar la eficacia y el uso clínico del misoprostol en comparación con la oxitocina (González Pena *et al.*, 1996). Publicada en 1996, esta investigación es la primera que utiliza misoprostol de marca Oxaprost de Laboratorios Beta, fabricado en Argentina. No es un detalle menor, ya que las investigaciones analizadas anteriormente no hacían referencia a la marca comercial del fármaco ni aludían al uso del Cytotec.

Ahora bien, el Oxaprost tiene una diferencia sustancial con el Cytotec: se produce en combinación con el diclofenac para su uso gastroenterológico. Sin embargo, el Oxaprost aparece en el mercado argentino ya asociado a su uso en ginecobstetricia, al menos en relación con los ensayos clínicos realizados en hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires. A partir de los relatos de los/as profesionales, es posible reconstruir las razones que justifican el uso de la pastilla de misoprostol, así como reconocer que estas investigaciones constituyen, para algunos/as de ellos/as, las primeras fuentes a las que acceden: “Yo empecé a leer bibliografía sobre el misoprostol más adelante. Más allá del 95” (G1, comunicación personal, julio de 2019). Antes de eso, en apariencia no se conocían otras publicaciones académicas locales que respaldaran su uso médico. Otros/as profesionales, en cambio, refieren a una forma distinta de construcción de conocimiento sobre la droga en el campo obstétrico:

¿Cómo llegamos acá? yo creo que llegamos por prueba y error, conocimiento de cada uno. (G3, comunicación personal, julio de 2019)

Era todo folklore. Todo absolutamente ensayo y error. Yo te diría que hacia el año 96, 97 empecé a encontrar *papers* porque dije “no puede ser que estemos usando esto como nos parece, que a veces funciona y a veces no funciona”. (G1, comunicación personal, julio de 2019)

Esta lógica de “prueba y error” aparece en varios relatos, junto con la idea de que, ante la falta de una posología clara, se iba “probando” cuál era la adecuada.

Por último, es destacable otra investigación publicada en la *OGLA* y desarrollada en un hospital de la provincia de Córdoba sobre el uso del misoprostol para aborto incompleto (Murad *et al.*, 1997). En dicho estudio, los autores proponen el uso del misoprostol vía oral como alternativa al legrado evacuador uterino, con dos dosis de 400 mg cada una, posología que se asemeja más a la utilizada para casos de HMYR. Habiendo tenido éxito en el 70 % de los casos, sostienen que:

Llegamos a la conclusión que el uso del misoprostol oral para la resolución del aborto clínica y ecográficamente incompleto, es una alternativa útil, confiable y con una clara ventaja costos-beneficios en comparación al legrado uterino evacuador, teniendo en cuenta los resultados obtenidos, y fundamentalmente la ausencia de complicaciones en nuestra serie. (Murad *et al.*, 1997, p. 39)

Como resulta claro, los contundentes argumentos esgrimidos en el estudio refuerzan un lugar destacado que va teniendo el misoprostol en la agenda de la ginecología. Sin embargo, es central mostrar que las investigaciones pioneras sobre el uso de la medicación por fuera de sus indicaciones iniciales respondieron a una serie de investigaciones aleatorias de algunos grupos de profesionales de la salud en hospitales de Argentina. En estos estudios se puede observar la experimentación con posologías por parte de equipos médicos en busca de los efectos contráctiles del misoprostol.

Conclusiones

En la actualidad, el misoprostol es ampliamente reconocido como un medicamento seguro y eficaz para la interrupción del embarazo, tal como lo avalan organismos internacionales como la OMS. Sin embargo, esta asociación directa entre el misoprostol y su uso abortivo no ha sido siempre evidente ni universal. Lejos de constituir una trayectoria lineal, su apropiación como droga abortiva ha sido el resultado de procesos sociales susceptibles de ser analizados desde una perspectiva de coconstrucción tecnológica.

La historia del misoprostol en América Latina muestra trayectorias diferenciadas. Mientras que en países como Brasil, su uso con fines abortivos se difundió rápidamente, aun en contextos de ilegalidad, en el caso argentino presenta un recorrido más complejo: inicialmente, el misoprostol fue incorporado en la práctica médica como un inductor de contracciones en situaciones obstétricas diversas, y

solo más tarde comenzó a utilizarse con fines abortivos. Puntualmente, los relatos recuperados en este artículo llevan a sostener que, para fines de la década de 1990, el misoprostol ya estaba siendo investigado para casos de expulsión de HMYR, aborto incompleto y trabajo de parto, dando cuenta de los primeros usos de la medicación en Argentina y diferenciándose del resto de los países de América Latina, donde su uso se entrama desde un primer momento con las experiencias de aborto ambulatorio. El caso específico permite poner en cuestión la idea de que, tanto en la medicina como en los estudios sobre tecnologías, las drogas son desarrolladas con fines previamente definidos y luego aplicadas de manera uniforme en distintos contextos.

Analizar el caso argentino permite mostrar que ni la medicina se basa exclusivamente en evidencia científica producida mediante ensayos clínicos aleatorizados, ni las drogas llegan al mercado con usos estabilizados de antemano. Por el contrario, lo que se observa es un proceso de coconstrucción entre diversos actores encuadrado en ensayos clínicos informales y saberes que exceden el marco tradicional de la medicina basada en la evidencia.

En este artículo se han contrastado dos formas de construir la posología de la medicación: las experiencias de médicos/as generalistas y ginecólogos/as que recuperan sus prácticas clínicas de la década de 1990 y las investigaciones publicadas en las revistas de mayor circulación a nivel nacional y latinoamericano. En ambas fuentes analizadas puede observarse cómo un grupo de profesionales de la salud fue construyendo la posología del misoprostol a partir de su propia experiencia clínica, sin contar con protocolos oficiales ni con guías avaladas por la medicina basada en evidencia. Además, estos usos se desarrollaron mediante un proceso de “prueba y error”, donde la medicación circulaba con fines distintos a aquellos para los cuales había sido originalmente registrada.

Referencias

- Akdamar, K., Agrawal, N., & Ertan, A. (1982). Inhibition of nocturnal gastric secretion in normal human volunteers by misoprostol: A synthetic prostaglandin E1 methyl ester analog. *The American Journal of Gastroenterology*, 77(12), 902-904. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6816064/>
- Araújo dos Santos, D. L. & Santana de Brito, R. (2016). Sentimentos de mulheres diante da concretização do aborto provocado [Women's feelings on the occurrence of induced abortion] [Sentimientos de mujeres ante el aborto inducido]. *Revista Enfermagem UERJ*, 24(5), e15613. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.15613>
- Arilha, M., & Barbosa, R. M. (1993). Cytotec in Brazil: 'At least it doesn't kill'. *Reproductive Health Matters*, 1(2), 41-52. [https://doi.org/10.1016/0968-8080\(93\)90006-F](https://doi.org/10.1016/0968-8080(93)90006-F)
- Artuz, M. A. y Restrepo, H. (2002). El aborto inducido. Una visión histórica de su manejo. *Colombia Médica*, 33, 65-71. <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/223>
- Barbosa, R. M., & Arilha, M. (1993). A experiência brasileira com o cytotec. *Estudos Feministas*, 1, 408-417. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/download/16073/14608>
- Bauer, R. F. (1985). Misoprostol preclinical pharmacology. *Digestive Diseases and Sciences*, 30(S11), 118S-125S. <https://doi.org/10.1007/BF01309396>
- Beraldo, A., Birchal, T. de S., & Mayorga, C. (2017). O aborto provocado: Um estudo a partir das experiências das mulheres. *Revista Estudos Feministas*, 25(3), 1141-1157. <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n3p1141>
- Bongiorno de Pfirter, G. y Mandrile, E. L. (1987). Misoprostol. *Acta farmacéutica bonaerense*, 6(2), 129-133. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/7317>
- Campos, G. A., Margulies, M., Voto, L. S., Rodríguez, J. A. y Guzman, S. (1994). Misoprostol, un análogo de la PgE1, para la inducción de parto a término: estudio comparativo y randomizado con ocitocina. *Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas*, 52(3), 157-166.
- Chia, E. (2018). Aborto farmacológico y libertad de información en Chile. En P. Bergallo, I. C. Jaramillo Sierra y J. M. Vaggione (eds.), *El aborto en América Latina: Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras* (pp. 271-296). Siglo Veintiuno Editores.
- Clarke, A. E. (Ed.). (2010). *Biomedicalization: Technoscience, health, and illness in the U.S.* Duke University Press.

- Coêlho, H. L. L. (1998). Misoprostol: A solução não é tão simples. *Revista de Saúde Pública*, 32(4), 394-395. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101998000400013>
- Coêlho, H. L. L., Teixeira, A. C., Cruz, M. de F., Gonzaga, S. L., Arrais, P. S., Luchini, L., La Vecchia, C., & Tognoni, G. (1994). Misoprostol. The experience of women in Fortaleza, Brazil. *Contraception*, 49, 101-110. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0010782494900841>
- Coêlho, H. L. L., Teixeira, A. C., Santos, A. P., Barros Forte, E., Morais, S. M., LaVecchia, C., Tognoni, G., & Herxheimer, A. (1993). Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil. *The Lancet*, 341(8855), 1261-1263. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)91157-H](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)91157-H)
- Collins, P. W. (1990). Misoprostol: Discovery, development, and clinical applications. *Medicinal Research Reviews*, 10(2), 149-172. <https://doi.org/10.1002/med.2610100202>
- Correa, S. y Pecheny, M. (2016). *Abortus interruptus. Política y reforma legal del aborto en Uruguay*. MYSU.
- Dajani, E. Z., Driskill, D. R., Bianchi, R. G., Collins, P. W., & Pappo, R. (1976). SC-29333: A potent inhibitor of canine gastric secretion. *The American Journal of Digestive Diseases*, 21(12), 1049-1057. <https://doi.org/10.1007/BF01071862>
- D'Angelo, A. R., Lorenzo, C. A., Antun, M. y Qualito, A. F. (1990). Resultados del uso del misoprostol en la inducción al parto del feto muerto y retenido. *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología en la Provincia de Buenos Aires*, 21, 170-171.
- Despret, V. (2018). *¿Qué dirían los animales... Si les hiciéramos las preguntas correctas?*. Cactus.
- Diniz, D., & Madeiro, A. (2012). Cytotec e aborto: A polícia, os vendedores e as mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7), 1795-1804. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700018>
- Espinoza, H., Ellertson, C., García, S., Schiavon, R. y Langer, A. (2002). Medicamentos para la interrupción de la gestación: Una revisión de la literatura y sus posibles implicaciones para México y América Latina. *Gaceta Médica de México*, 138(4), 347-356. <https://scholar.archive.org/work/unropqs4afallgp6ojg2stgk4a/access/wayback/http://www.medigraphic.com:80/pdfs/gaceta/gm-2002/gm024f.pdf>
- Fausto-Sterling, A. (2000). *La política de género y la construcción de la sexualidad*. Melusina.
- Fonseca, W., Misago, C., Freitas, P., Santos, E., Fernandes, L., & Correia, L. (1998). Características sócio-demográficas, reproductivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2), 279-286. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000200004>

- Gómez Pérez, B. A., Pereira Gómez, N., de Souza Santos, M. de F., & Freire Diniz, N. M. (2013). Aborto provocado: Representações sociais de mulheres. *Revista Enfermagem UERJ*, 21(2), 736-742. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-748563>
- González Pena, J. C., Scagliotti, G., Mogliora, C. y Knaudt, S. (1996). Experiencia clínica con el uso del análogo de la PG E1 «Misoprostol» para la inducción del trabajo de parto. *Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas*, 54(2), 73-82.
- Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres*. Ediciones Cátedra; Publicacions de la Universitat de València (PUV).
- Larsen, K. R., Jensen, N. F., Davis, E. K., Jensen, J. C., & Moody, F. G. (1981). The cytoprotective effects of (+/-)-15-deoxy-16-alpha, beta-hydroxy-16-methyl PGE1 methyl ester (sc-29333) versus aspirin-shock gastric ulcerogenesis in the dog. *Prostaglandins*, 21, 119-124. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0090698081901271>
- Law, J. (2004). *After method: Mess in social science research*. Routledge.
- López Gómez, A. y Couto, M. (2017). Profesionales de la salud, resistencia y el cambio en la atención a mujeres que deciden abortar en Uruguay. *Descentralada*, 1(2), e021. <https://core.ac.uk/download/pdf/162127027.pdf>
- Mateo, N. (2022). La construcción social del misoprostol en el laboratorio: De su inscripción como protector gástrico a su reconstrucción como fármaco abortivo. *Revista Redes*, 55, 1-28. <https://doi.org/10.48160/18517072re55.208>
- Mateo, N. (2023). La primera aparición del misoprostol en el escenario latinoamericano: Su incorporación en prácticas ginecobstétricas. En M. Amaro Rosales, E. Robles Belmont y C. Guzmán Tovar (comps.), *Ciencia, tecnología y sociedad. Abordajes desde Argentina, Brasil y México* (vol. 21, p. 263). Instituto de Investigaciones Sociales UNAM.
- Morgan, L. M. (2019). Reproductive Governance, Redux. *Medical Anthropology*, 38(2), 113-117. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1555829>
- Morozovsky, J., Ruiz Orrico, G., Prats Cardona, H., Moll, E., García Veinovich, J. C. y Savatsky, A. (1990). Maduración del cervix e inducción del trabajo de parto con tabletas vaginales de prostaglandina. *Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas*, 48(4-6), 125-130.
- Murad, C., Beltramone, F., De Giusto, R., Travella, C., Ruiz Orrico, G. y Morozovsky, J. (1997). Misoprostol: Una nueva alternativa para el tratamiento del aborto incompleto. *Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas*, 55(1), 37-40.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*.

- Oudshoorn, N. (1994). *Beyond the Natural Body: An Archeology of Sex Hormones*. Routledge.
- Pinch, T. y Bijker, W. (1987). La construcción social de los hechos y de artefactos: O acerca de cómo la sociología de la ciencia y la sociología de la tecnología pueden beneficiarse mutuamente. En H. Thomas y A. Buch (eds.), *Actos, actores y artefactos. Sociología de la tecnología*. (pp. 19-62). Editorial Universidad Nacional de Quilmes.
- Robert, A., Nezamis, J. E., Lancaster, C., & Hanchar, A. J. (1979). Cytoprotection by prostaglandins in rats. Prevention of gastric necrosis produced by alcohol, HCl, NaOH, hypertonic NaCl, and thermal injury. *Gastroenterology*, 77(3), 433-443.
- Taylor, P. M., Tyler, M. J., & Shearman, D. J. C. (1985a). Gastric acid secretion in the toad *bufo marinus* with the description of a new technique for in vivo monitoring. *Camp. Binchem. Physiol.*, 18A(2), 325-327.
- Taylor, P. M., Tyler, M. J., & Shearman, D. J. C. (1985b). Gastric emptying and intestinal transit in *bufo marinus* and the action of E prostaglandis. *Australian Journal of Experimental Biology and Medical Scienc*, 63(2), 223-230.
- Templeton, A. (1998). Misoprostol for all? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(9), 937-939. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb10254.x>
- Wajcman, J. (1991). *Feminism confronts technology*. Pennsylvania State University.
- Wajcman, J. (2006). *El tecnofeminismo*. Ediciones Cátedra.
- Watkins, E. S. (2007). *The estrogen elixir: A history of hormone replacement therapy in America*. Johns Hopkins University Press.
- Weeks, A. D., Fiala, C., & Safar, P. (2005). Misoprostol and the debate over off-label drug use. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(3), 269-272. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00490.x>
- Zordo, S. D. (2016). The biomedicalisation of illegal abortion: The double life of misoprostol in Brazil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(1), 19-36. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000100003>