

women's worldwide

Examen Periódico Universal República Dominicana Tercer ciclo

Women's Link Worldwide

32º Sesión del Consejo de Derechos Humanos, Ginebra Enero-Febrero 2019

Women's Link Worldwide
Bogotá, Colombia
Tel. + 57 (1) 257 54 91
www.womenslinkworldwide.org

Women's Link Worldwide (WLW)ⁱ es una organización internacional de derechos humanos que impulsa cambios sociales para promover los derechos de las mujeres y niñas, a través de los procesos legales. Desde que comenzamos a trabajar en el año 2001, hemos venido implementando con éxito acciones de promoción, defensa y litigio para establecer estándares que impulsen los derechos humanos de las mujeres y las niñas.

Introducción

1. En 2017 Women's Link Worldwide (WLW) publicó un informe de mujeres y adolescentes dominicanas que murieron producto de la deficiente atención médica recibida durante su embarazo en medio de situaciones de violencia obstétrica y negligencia profesional, en las cuales se les omitió información clara y oportuna para la toma de decisionesⁱⁱ.
2. También, en julio y agosto de 2017 WLW realizó 43 entrevistasⁱⁱⁱ en República Dominicana y un monitoreo de prensa e investigación con el objetivo de analizar la respuesta del Estado al ZIKAV, debido al impacto del Zika en la salud sexual y reproductiva, por ejemplo, el hecho de que se transmite sexualmente y porque el Síndrome Congénito del Zika se transmite de madre a hijo/a. Las conclusiones de la investigación muestran que la falta estatal de tener un enfoque integral de género y discapacidad amplificó la desigualdad y discriminación contra las mujeres en el país. Además, muestran que la deficiente protección de derechos sexuales y reproductivos maximizan el efecto negativo del mosquito. El impacto del virus Zika habría sido menos severo para las mujeres, niñas y niños y las familias si la epidemia hubiera llegado a un país que garantizara estos derechos.
3. Presentamos aquí las conclusiones más relevantes de estas dos investigaciones que se vinculan directamente con las recomendaciones aceptadas por República Dominicana respecto a combatir la discriminación y violencia contra la mujer^{iv}, proteger los derechos de las mujeres y niñas^v, y promover la igualdad de género^{vi}.
4. La información muestra también las consecuencias en el Estado al no garantizar el reconocimiento pleno y efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y mujeres^{vii}, específicamente en relación a la mortalidad materna^{viii}, la despenalización del aborto en casos de incesto o violación^{ix} y el embarazo adolescente^x.

I. Maternidad segura

5. En 2014, República Dominicana acordó tomar las medidas necesarias para reducir las altas tasas de mortalidad materna^{xi}. República Dominicana se encuentra entre los países con mayores niveles de mortalidad materna, con una tasa de 119 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos según estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud^{xii}. El alto nivel muestra las graves deficiencias en la atención médica, por ejemplo: deficiente red de servicios y falta de camas en los hospitales, falta de recursos hospitalarios, altos niveles de ausentismo médico —que se traducen en la delegación de las tareas en personal no calificado—, deficiente calidad en la atención por parte del personal de salud y maltrato a las pacientes^{xiii}.
6. Evidencia de lo anterior son los casos de Cristina, Flor de Liz, Xochilt, Juana y Raquel, las cuales sufrieron durante sus embarazos diferentes complicaciones médicas y fallecieron, por causas evitables, debido a la ausencia de un sistema de atención integral, oportuno y de calidad para las mujeres gestantes, la carencia de servicios obstétricos de emergencia, la falta de integración de la red de

prestadores de servicios y las fallas en el proceso de remisión de pacientes, entre otros^{xiv}.

7. La penalización completa del aborto produce altos niveles de mortalidad materna. En el caso de Rosaura Almonte Hernández, falleció con 16 años, al ser diagnosticada con leucemia linfoblástica aguda y aunque requería la administración urgente de quimioterapia, los médicos dilataron el acceso al tratamiento porque estaba embarazada de 7 semanas y querían preservar la salud del feto según la ley de penalización del aborto. También, el caso de Massiel, quien producto de la criminalización del aborto se sometió a un aborto inseguro y cuando su salud se agravó se negó a recibir atención médica por temor a las represalias institucionales, y cuando finalmente acudió a los servicios médicos la respuesta negligente y discriminatoria del personal médico provocaron su fallecimiento^{xv}.
8. Las complicaciones para asegurar la maternidad segura se dificultaron con el brote del Zika, por lo que en junio de 2016 se emitió una Guía,^{xvi} que incluía un seguimiento a aquellas con sospecha de infección por ZIKAV para la detección temprana de complicaciones pero no hubo una búsqueda activa de mujeres embarazadas.
9. A pesar del protocolo, hubo diagnóstico tardío o ausencia de diagnóstico del ZIKAV durante el embarazo y del Síndrome Congénito. Aunque algunos funcionarios indicaron que existieron aproximadamente 1.500 mujeres embarazadas infectadas, sólo a 271 se les confirmó mediante pruebas de laboratorio el virus^{xvii}.
10. Al no haber un funcionamiento en red con instituciones provinciales y otras, se dificultó el seguimiento y acompañamiento de las mujeres e hijos después del parto, y en muchos casos, se fueron a sus regiones sin ser referidas a instituciones locales que contarán con servicios completos de atención.

II. Acceso a la información y educación sobre salud sexual y reproductiva

11. En 2014, República Dominicana acordó asignar recursos suficientes para reducir efectivamente las altas cifras de embarazos adolescentes^{xviii}, producto de la débil educación sobre salud sexual y reproductiva en los centros educativos.
12. Según las entrevistas realizadas, el Estado ha mantenido una aproximación pasiva frente a la información en materia de salud sexual y reproductiva. No ha proveído de forma continua y proactiva información oportuna, completa y veraz al respecto, ni siquiera a través de la educación integral para la sexualidad –cuya implementación como política pública ha sido retrasada innecesariamente por el Estado^{-xix}.
13. En el contexto del virus, la campaña oficial de comunicación sobre el ZIKAV fue lanzada a finales de abril de 2016, a pesar de que desde enero se habían reportado los primeros casos en el país. No estuvo dirigida a población en edad reproductiva, solo a mujeres embarazadas y sus familias. Señaló el uso del condón para prevenir la transmisión del virus a las mujeres embarazadas, pero

no indicó dónde se podría conseguir gratuitamente o a bajo costo, y como indicamos abajo tampoco han estado disponibles en las farmacias del pueblo. En la guía para las escuelas y colegios tampoco se mencionó la anticoncepción, ni la anticoncepción de emergencia.

14. La respuesta del Estado dominicano no fue la búsqueda activa de población en edad reproductiva o de las mujeres embarazadas para brindar información sobre la prevención de las consecuencias de la enfermedad. Sólo las personas que llegaban a los servicios de salud pública –principalmente mujeres embarazadas que acudían a controles prenatales– recibían información de acuerdo al protocolo del Ministerio de Salud.
15. A partir del 2000 con el Programa de Educación Afectivo Sexual se inició un proceso de revisión y actualización curricular para incorporar la educación integral para la sexualidad en el nuevo currículo educativo. Como resultado, se emitieron diversas guías curriculares^{xx}, que adoptan los enfoques de género y derechos humanos. A pesar de que se hizo una prueba piloto en 30 instituciones involucrando a todas las instancias de la comunidad educativa, no ha derivado en la inclusión esperada.
16. El ZIKAV puede transmitirse por vía sexual y existe desconocimiento al respecto. Es urgente una educación integral para la sexualidad en los centros educativos que asegure el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva.

III. Acceso a anticoncepción

17. En 2015 se creó el Servicio Nacional de Salud, que asumió algunas competencias del Ministerio de Salud, y está encargado de centralizar y distribuir los métodos anticonceptivos, sin embargo, la transición no ha sido fluida y éstos no están llegando a los centros de salud. Además, los anticonceptivos no están siendo distribuidos en las “farmacias del pueblo”^{xxi}.
18. A inicios del 2016, en el contexto del ZIKAV, el Estado emitió la recomendación de posponer los embarazos, sin que esto estuviese asociado a una política estatal de mejoramiento en el acceso a anticoncepción.
19. Durante la epidemia, el concentrar la distribución de métodos anticonceptivos en los centros de salud esperando que las personas fueran a buscarlos, en vez de distribuirlos activamente en las comunidades, limitó su acceso. No hay evidencia de que se hubiesen implementado estrategias en las comunidades para promoción en materia anticonceptiva y del uso del condón. Fueron las organizaciones no gubernamentales, no el gobierno, las que hicieron el mayor esfuerzo por llevar información hasta las comunidades e, incluso, por proveer condones directamente.
20. Aun cuando las personas se acercaran al sistema de salud, la consejería en salud sexual y reproductiva en el país es débil pues en muchos casos no se ofrecen métodos de anticoncepción suficientes. En las Unidades de Atención Básica esta consejería es aún más débil. El Estado no contaba con una fuerte capacidad instalada en los servicios de salud pero decidió apostar principalmente a esta vía como forma de distribución durante la emergencia, la cual no fue una herramienta idónea para combatir el problema.

21. A pesar de saber que el virus es endémico, el Gobierno no ha terminado de reformar el “Reglamento Técnico para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva” para incluir las formas de prevenir las consecuencias del ZIKAV.

IV. Aborto legal y seguro

22. Los cuerpos de derechos humanos de Naciones Unidas han expresado reiteradamente su preocupación por la prohibición y penalización del aborto en República Dominicana^{xxii}. El Estado tiene una prohibición constitucional del aborto^{xxiii}, y el artículo 317 del Código Penal^{xxiv} contempla la penalización absoluta. La criminalización del aborto deriva en que las mujeres se vean obligadas a recurrir a abortos peligrosos en la clandestinidad, y en la probabilidad de que una proporción sustancial de ellas sufran lesiones permanentes en su salud física y mental y/o mueran^{xxv}.
23. En el contexto del ZIKAV, la prohibición total del aborto se torna aún más dañina para la vida y salud de las mujeres y niñas. Se ha vinculado al ZIKAV con un riesgo elevado de aborto espontáneo, mortinatalidad y otras complicaciones del embarazo. La ansiedad e incertidumbre que enfrenta una mujer embarazada e infectada con el virus, así como los efectos físicos y psicológicos de un potencial aborto espontáneo o mortinatalidad, tienen un impacto significativo sobre su salud mental y física. Los problemas de salud asociados a la continuación del embarazo tras la infección del ZIKAV, el clima de miedo y pánico que hoy en día enmarca al discurso sobre el Zika y el embarazo, las incertidumbres científicas respecto del Síndrome Congénito y la criminalización del aborto llevan a las mujeres –particularmente a las de menores recursos- a buscar acceder al aborto en circunstancias inseguras, con sus consiguientes riesgos^{xxvi}.
24. Es imperativo que el Estado permita el aborto, en aquellos casos en que la vida o la salud de la mujer se encuentra en peligro, y que fortalezca los servicios de atención post-aborto, para tratar las complicaciones de los abortos inseguros, espontáneos incompletos (pérdida del embarazo) o las complicaciones de un aborto seguro.

V. Derechos de los niños y niñas con discapacidad y sus familias

25. Una de las consecuencias del ZIKAV son las discapacidades que puede generar en las niñas y niños de las madres que adquirieron el virus durante el embarazo. En República Dominicana existen al menos 85 casos de Síndrome Congénito por Zika según la OPS, aunque las fallas diagnósticas aportan al subregistro y estos casos pueden ser muchos más^{xxvii}. Por ejemplo, solo el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral tiene registrados 90 casos de microcefalia asociadas a Zika desde el 2016^{xxviii}. Al no haber claridad en las cifras de niñas y niños afectados por el Síndrome Congénito, se dificulta entender la problemática.
26. Hay solo tres hospitales que están en capacidad de atender este tipo de discapacidad ubicados en las dos ciudades principales de República Dominicana.

Desde antes de la emergencia, existen centros de rehabilitación para niñas y niños denominados Centros de Atención Integral de Discapacidad -pensados para trastornos del espectro autista, parálisis cerebral infantil y Síndrome de Down, y no para atender casos del Síndrome Congénito-, que solo funcionan en esas ciudades y tienen lista de espera. Las opciones privadas o semi-privadas son muy costosas y una vez agotado el dinero deben volver a engrosar las filas para ser atendidos en el servicio público. En las regiones, el acceso al sistema de salud y programas para personas con discapacidad es aún más difícil.

27. La falta de programas de atención integral y continua, marca una gran diferencia en la calidad y expectativas de vida de estos menores. Los mensajes y las recomendaciones para evitar el ZIKAV o parecidos no son accesibles para las personas con discapacidad, agravando la situación en la que estos se encuentran, especialmente para quienes viven en situaciones de pobreza y mayor exclusión social.
28. El Consejo Nacional de Discapacidad no realiza ningún seguimiento de la garantía de los derechos de estos menores pues es una institución pequeña con recursos limitados, que no cuenta con personal especializado en salud. Lo anterior afecta la atención en salud que deben recibir desde etapas tempranas, para asegurar su adecuado desarrollo e inclusión social.
29. No existe suficiente disponibilidad y accesibilidad, a lo largo del país y en las comunidades, de los servicios necesarios para las niñas y niños con Síndrome Congénito ni los apoyos necesarios para sus familias, impactando severamente en su desarrollo personal y social y en su calidad de vida.

VI. Recomendaciones

30. El Estado debe tomar las medidas necesarias para garantizar el acceso eficaz a atención médica antes, durante y después del parto, así como a servicios obstétricos de emergencia; asignar recursos para eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres embarazadas; priorizar a aquellas mujeres de poblaciones tradicionalmente discriminadas o más vulnerables; establecer medidas para reducir la mortalidad materna; garantizar el entrenamiento del personal sanitario en los mejores estándares de atención materna; adoptar medidas para prevenir y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas que afecten a las mujeres embarazadas; eliminar los estereotipos y prejuicios sobre la maternidad y las mujeres; y establecer servicios eficaces de remisión para atender complicaciones durante el embarazo, parto y las derivadas de un aborto.
31. El Ministerio de Salud debe realizar una revisión e integración de sus lineamientos técnicos sobre salud sexual y reproductiva y Zika. La Directiva 002 de 2015 y la "Guía para la atención de embarazadas y recién nacidos afectados por el virus del Zika", deberían incluir: i) la remisión expresa a la "Guía de Atención en Salud Sexual y Salud Reproductiva en situaciones de emergencias, contingencias y desastres", al "Reglamento Técnico para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva", y al "Protocolo de Atención para Manejo de Consejería y Asesoría en Anticoncepción para Adolescentes"; ii) la prevención de transmisión sexual del ZIKAV y uso del condón para la población en edad reproductiva; iii) información actualizada sobre la transmisión vertical y lactancia materna en el contexto del

brote; iv) prevención del aborto inseguro, asegurar que profesionales de salud brinden información a las mujeres embarazadas sobre la atención confidencial post-aborto o de emergencias obstétricas bajo el modelo de reducción de riesgos y daños, remitiendo a los Protocolos de Atención existentes^{xxix}; v) la obligación de informar de manera amplia, clara, suficiente, científica y actualizada del impacto del Zika en la salud sexual y reproductiva; y vi) la garantía de que la información sobre potenciales efectos del Zika en el embarazo sea dada de forma accesible, imparcial y no discriminatoria a la población con Síndrome Congénito, así como información sobre los servicios disponibles para ellos y sus familias y que su consentimiento sea obtenido según los estándares de la CDPD.

32. El Estado debe tomar las medidas necesarias para ampliar los servicios para la niñas y niños con Síndrome Congénito, particularmente para que sean accesibles para las familias con menos recursos.
33. El Estado debe tomar las medidas pertinentes para la despenalización del aborto, bajo los supuestos de violación e incesto, peligro para la vida y/o salud física y mental de la mujer y malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina.
34. El Estado debe generar acciones mejoradas para la implementación del "Reglamento Técnico para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva" y el "Protocolo de Atención para Manejo de Consejería y Asesoría en Anticoncepción para Adolescentes".
35. El Estado debe asegurar que las campañas de prevención de embarazo adolescente incluyan información sobre uso y acceso de métodos anticonceptivos y de prevención de enfermedades de transmisión sexual.
36. El Estado debe garantizar el acceso a una gama completa de anticonceptivos – incluido el acceso a condones y la anticoncepción de emergencia- debido a las consecuencias de contraer el ZIKAV durante el embarazo. Los anticonceptivos deben estar disponibles en las farmacias del pueblo.
37. El Ministerio de Salud debe adoptar las medidas necesarias para emitir el "Protocolo de atención integral para el cuidado y apoyo a familias con bebés afectados por el Virus del Zika y sus efectos", así como el Protocolo para el Abordaje Clínico de Niños y Niñas con Síndrome Congénito Asociado al Zika y otras Condiciones Similares del Hospital Robert Reid Cabral a la brevedad. Asegurar la integración de estos con los programas sociales del Estado, verificar la inclusión de una perspectiva de género y discapacidad, y su amplia difusión.

ⁱ Para mayor información puede consultarse: <http://www.womenslinkworldwide.org/wlw/new.php>

ⁱⁱ Women's Link Worldwide, "Maternidad libre y segura en República Dominicana. Una deuda pendiente con los derechos de las mujeres". Serie Investigaciones: Maternidad segura. Informe #1. [en línea]. 2017. Disponible en: <https://www.womenslinkworldwide.org/files/d64ad5156e3c5bb537ccc17bbfe4476c.pdf>

ⁱⁱⁱ Los entrevistados fueron funcionarios del Gobierno, prestadores de servicios de salud, organizaciones internacionales, sociedades científicas, miembros de la sociedad civil y medios de comunicación.

^{iv} A/HRC/26/15/Add.1, recomendaciones: 98.29 (España), 98.34 (Tailandia), 98.55 (Uruguay), 98.56 (Noruega), 98.57 (Paraguay), 98.59 (Suiza), 98.60 (Turquía), 98.61 (Bélgica); 98.62 (Bélgica);

98.63 (Colombia), 98.64 (República Popular Democrática de Corea), 98.65 (Francia), 98.66 (Alemania), 98.67 (Italia).

v A/HRC/26/15/Add.1, recomendación: 98.54 (Nicaragua).

vi A/HRC/26/15/Add.1, recomendación: 98.58 (Singapur).

vii A/HRC/26/15/Add.1, recomendación: 98.98 (Francia).

viii A/HRC/26/15, recomendación: 98.96 (Bélgica), 98.97 (Colombia).

ix A/HRC/26/15, recomendación: 98.94 (Países Bajos).

x A/HRC/26/15, recomendación: 98.95 (Eslovenia), 98.97 (Colombia).

xi A/HRC/26/15, recomendación: 98.96 (Bélgica), 98.97 (Colombia).

xii Ver: Women's Link Worldwide, "Maternidad libre y segura en República Dominicana. Una deuda pendiente con los derechos de las mujeres". Serie Investigaciones: Maternidad segura. Informe #1. [en línea]. 2017, pág. 27. Disponible en:

<https://www.womenslinkworldwide.org/files/d64ad5156e3c5bb537ccc17bbfe4476c.pdf>. Ver, además: Cuadros disponibles en <http://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>.

xiii Ver: VV.AA. Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL. 2013. INSALUD y UNFPA. Estudio sobre Procedimientos de Auditorías de Muertes Maternas en cuatro de las Maternidades Públicas de Mayor Productividad [en línea]. 2014. Disponible en: http://saludysociedadcivil.org.do/index.php/documentos/36/Documentos_generales_del_OBMM/182/Informe_Aditoria_de_Muerte_-_Materna.pdf. Ver: Iniciativa por los Derechos Sexuales y Profamilia. Informe sobre República Dominicana para la 18 Ronda de Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas [en línea]. Disponible en: <https://uprdoc.ohchr.org/uprweb/downloadfile.aspx?filename=454&file=SpanishTranslation>. Ver, además: Organización Panamericana de la Salud. Estrategias de Cooperación en el país: República Dominicana 2013-2017 [en línea]. Disponible en:

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4276/Estrategia_Cooperacion_OPS_2013_2017.pdf?seq=1&isAllowed=y.

xiv Women's Link Worldwide, "Maternidad libre y segura en República Dominicana. Una deuda pendiente con los derechos de las mujeres". Serie Investigaciones: Maternidad segura. Informe #1. [en línea]. 2017. Disponible en:

<https://www.womenslinkworldwide.org/files/d64ad5156e3c5bb537ccc17bbfe4476c.pdf>

xv Women's Link Worldwide, "Maternidad libre y segura en República Dominicana. Una deuda pendiente con los derechos de las mujeres". Serie Investigaciones: Maternidad segura. Informe #1. [en línea]. 2017. Disponible en:

<https://www.womenslinkworldwide.org/files/d64ad5156e3c5bb537ccc17bbfe4476c.pdf>

xvi "Guía para la Atención de Embarazadas y Recién Nacidos afectados por el Virus Del Zika"

xvii "Zika Epidemiological report. Dominican Republic", 25 de September of 2017, en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&qid=35103&Itemid=270&lang=en.

xviii A/HRC/26/15, recomendación: 98.95 (Eslovenia), 98.97 (Colombia).

xix Entrevista en archivo realizada por Women's Link Worldwide, Agosto 2017, Santo Domingo, República Dominicana.

xx Las guías son: Guía para la Educación Integral en Sexualidad con Personas Jóvenes y Adultas; Guía para el Abordaje de la Educación Integral en Sexualidad en el marco de las Escuelas de Padres Madres y Tutores; Orientaciones Metodológicas para el personal de Orientación y Psicología; y Guía para la Implementación de los Talleres de Educación Sexual Integral en el Nivel Inicial y en el Primer Ciclo del Nivel Primario. República Dominicana. Ministerio de Educación. Programa de apoyo presupuestario al sector de Educación. Estrategia de Educación Integral en Sexualidad. Disponible en: <http://www.papse2.edu.do/index.php/busqueda?searchword=educacion+sexual&x=0&y=0>

xxi Entrevista en archivo realizada por Women's Link Worldwide, Agosto 2017, Santo Domingo, República Dominicana.

xxii Comité de Derechos Humanos, obs. finales República Dominicana, U.N. Doc. CCPR/C/DOM/CO/6 en parr. 16 (27 de nov. de 2017); Comité DESC, Observaciones finales para República Dominicana, Doc. U.N. E/C.12/DOM/CO/4 en parr. 60(a) (Oct. 21, 2016); Comité CDN, Observaciones finales para República Dominicana Doc. U.N. CRC/C/DOM/CO/3-5 en parr. 52(d) (Mar. 6 2015); Comité CEDAW, Observaciones finales para República Dominicana, Doc. U.N. CEDAW/C/DOM/CO/6-7 at para. 40 (Jul 30, 2013).

xxiii Artículo 37, Constitución Política de República Dominicana.

xxiv República Dominicana. Congreso Nacional. Decreto-ley No.2274, del 20 de agosto de 188. Código Penal de la República Dominicana. Modificado por las Leyes 1690 del 8 de abril de 1948 G.O. 6783; 224 del 26 de junio del 1984 y 46-99 del 20 de mayo del 1999.

xxv Informe de la Relatora Especial sobre las ejecuciones extrajudiciales, sumarias o arbitrarias acerca de la adopción de un enfoque de género respecto de las ejecuciones arbitrarias*, parr. 95 U.N. doc A/HRC/35/23, 6 de junio de 2017.

xxvi Women Enabled International, "Temas de debate: Zika, microcefalia, derechos de la mujer y derechos de las personas con discapacidad", 15 de abril de 2016, pág. 5.

xxvii Zika Cumulative Cases - January 4, 2018" in http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12390&Itemid=42090&lang=en

^{xxviii} Representantes de USAID visitan áreas que integran la ruta crítica de infantes con SCZ y microcefalia en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral (27 de noviembre de 2017), Disponible en http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_N196.pdf

^{xxix} Estos Protocolos son los Protocolos de Atención para: (i) la Prevención y el Manejo de la Hemorragia Post Parto Primaria, (ii) el Embarazo Ectópico, y (iii) del Aborto Espontáneo. Ver: República Dominicana. Ministerio de Salud Pública. Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología. Santo Domingo. Marzo de 2016. Disponible en: <http://www.msp.gob.do/oai/Documentos/Publicaciones/ProtocolosAtencion/Protocolos%20de%20Atencion%20para%20Obte%20tricia%20y%20Ginecologia.pdf>.