

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE MEDICINA**

CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LAS LEYES DEL ABORTO Y DE LAS  
GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL ABORTO EN ECUADOR ENTRE LOS  
ESTUDIANTES DE SEXTO A DÉCIMO SEGUNDO NIVEL DE PREGRADO DE LA  
FACULTAD DE MEDICINA Y POSGRADISTAS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
DE PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER AÑO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL ECUADOR, FEBRERO-ABRIL 2018.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

**Daniela Estefania Meneses Valle**  
**Marcos David Imbago Jácome**

DIRECTORA: Dra. Carmen Elena Cabezas  
Quito, 7 de Mayo 2018

## **DEDICATORIA**

A todas las mujeres que han muerto o sufrido complicaciones por un aborto inseguro.

David y Daniela.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mis padres, Marco Imbago y Vasty Jácome, por haberme dado su apoyo incondicional durante 24 años, por haber invertido en mí, por todos sus sacrificios y por todo su cariño. Les debo todo y esta tesis es solo el comienzo de grandes cosas.

A Daniela Meneses, una de mis mejores amigas y con quien comparto el sueño de un mundo con acceso a aborto seguro para todas las personas embarazadas que así lo deseen, quién me ha acompañado durante más de 6 años, en los mejores y peores momentos. No me imagino haber realizado esta investigación con alguien más.

A la Dra. Carmen Elena Cabezas, por apoyar esta investigación no tan tradicional.

A la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina (IFMSA) y la Asociación de Estudiantes de Medicina para Proyectos e Intercambios (AEMPPI), por ser mi plataforma para trabajar a nivel internacional en representación estudiantil, por todos los viajes, por todos los entrenamientos, por todas las experiencias, por todas las personas que ahora llamo amigos.

A Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights, mi querida organización que ha catapultado mi activismo en derechos sexuales y reproductivos a niveles que jamás imaginé.

A Cecilia Espinoza y Ipas por haberme capacitado en acceso a aborto seguro, por ser una gran amiga y una compañera de lucha.

A mi sobrino Martín Moreno, por motivarme a ser el mejor ejemplo posible para él.

A María José Cisneros y Carlos Almeida, por tantos años de amistad. A Ana Chiliquinga, Dayana Becerra, María Belén Rueda y David Galarza, por haber hecho del internado una experiencia única y ahora ser mis amigas.

A todas las personas y grupos vulnerables y marginalizados, quienes son mi motivación para trabajar en derechos humanos, sexuales y reproductivos.

David Imbago Jácome

## **AGRADECIMIENTOS**

Primero a Dios, por llenarme de bendiciones que me han permitido llegar a donde estoy e iluminar mi camino,

A mi familia y amigos, que siempre han estado cerca y han contribuido con su granito de arena a que hoy cumpla este sueño, y no han dejado que me rinda aún en los momentos más duros.

Gracias en especial a mis padres, Marianela Valle y Marcelo Meneses, a quienes debo todo lo que soy, a mi abuelito Estuardi, por ser siempre quien me guía y apoya desde mis primeros pasos. A mi hermana, por motivarme a ser mejor persona cada día, por ser el mejor ejemplo de bondad y mi persona favorita desde siempre.

A la Dra. Carmen Elena Cabezas, por confiar en nosotros desde el principio y brindarnos su apoyo para trabajar en este estudio.

A IFMSA y AEMPPI Ecuador, por ser parte de mi formación médica desde el principio, y permitirme complementar mi educación con puntos de vista globales.

A Ipas, por darme la oportunidad de capacitarme en este tema de salud materna y acceso al aborto seguro desde hace más de 4 años y abrirme los ojos frente a un tema tan importante.

A Cecilia Espinoza, por ser esa mujer tan fuerte que me ha inspirado a trabajar en este tema y no rendirme.

A David, mi amigo del alma, mi compañero de sueños y metas, con quien comparto el deseo de ver mejorada la Salud Materna y Reproductiva en nuestro país, en Latinoamérica y el mundo. Que este sea uno de muchos logros juntos.

Y especialmente a ti mami, porque sin ti nada hubiera sido posible. Todo sacrificio espero poder recompensarte. Este logro es nuestro.

Daniela Meneses Valle

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>RESUMEN</b> .....	9
<b>CAPÍTULO I</b> .....	13
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	13
<b>CAPÍTULO II</b> .....	15
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	15
<b>SIGLAS Y ABREVIATURAS</b> .....	15
<b>2.1 ABORTO</b> .....	16
□ DEFINICIÓN .....	16
□ HISTORIA.....	16
□ EPIDEMIOLOGÍA.....	20
□ CLASIFICACIÓN.....	21
Amenaza de aborto: .....	21
Aborto espontáneo: .....	21
Aborto en curso: .....	21
Aborto incompleto:.....	22
Aborto completo:.....	22
Aborto diferido: .....	22
Aborto séptico:.....	22
Aborto Recurrente: .....	22
Aborto terapéutico: .....	22
□ FISIOPATOLOGÍA.....	23
□ DIAGNÓSTICO.....	24
1. Anamnesis:.....	24
1. Examen físico:.....	25
2. IABORATORIO:.....	26
3. Ecografía:.....	27
- Amenaza de aborto:.....	27
- Aborto en curso:.....	28
- Aborto incompleto: .....	28
- Aborto completo:.....	28
- Aborto diferido:.....	28
- Aborto séptico:.....	29
□ MANEJO.....	29

1. Manejo inicial o pre aborto:.....	29
2. Procedimiento .....	30
- Establecimientos: .....	30
- Consideraciones especiales: .....	30
- Manejo del dolor:.....	31
o Medidas no farmacológicas:.....	31
o Medidas farmacológicas:.....	31
- Métodos:.....	32
1) Aborto Médico: .....	33
1) Menos de 12 semanas (84 días) de edad gestacional.....	35
2) Más de 12 semanas de edad gestacional.....	35
2) Aborto Quirúrgico: .....	35
- Aspiración manual endouterina al vacío (AMEU):.....	36
- Legrado uterino instrumental (LUI): .....	39
- Dilatación y Evacuación (D y E):.....	40
3. Servicio Post aborto:.....	45
<input type="checkbox"/> COMPLICACIONES.....	47
<input type="checkbox"/> COSTO ECONÓMICO DEL ABORTO INSEGURO .....	48
<b>2.2 MORTALIDAD MATERNA.....</b>	<b>49</b>
<input type="checkbox"/> ABORTO SEGURO VS. INSEGURO .....	52
Aborto seguro: .....	52
Aborto Inducido Inseguro o Peligroso: .....	52
Aborto Legal: .....	53
Aborto Restringido:.....	54
<b>2.3 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....</b>	<b>54</b>
<input type="checkbox"/> INTERNACIONALES .....	54
<input type="checkbox"/> Ministerio de Salud Pública del Ecuador .....	55
<b>2.4 MARCO Y SITUACIÓN JURÍDICA.....</b>	<b>57</b>
<input type="checkbox"/> INTERNACIONAL.....	57
- Recomendaciones de Organismos Internacionales a Ecuador.....	59
<input type="checkbox"/> ECUADOR.....	59
- Constitución.....	60
- Código Orgánico Integral Penal.....	60
- Mujeres denunciadas por aborto.....	61
<b>2.5 EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL.....</b>	<b>62</b>

□ EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL Y ABORTO .....	63
<b>2.6 DERECHOS .....</b>	<b>64</b>
□ DERECHOS HUMANOS.....	64
□ DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.....	64
□ APLICACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS PARA EL ABORTO SIN RIESGOS 65	
□ DERECHOS DE LOS PACIENTES.....	66
- CONFIDENCIALIDAD. ....	67
o Normas internacionales que protegen el principio de confidencialidad.....	67
□ CRIMINALIZACIÓN DE LA MUJER Y EQUIDAD DE GÉNERO.....	68
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>70</b>
<b>3. METODOLOGÍA .....</b>	<b>70</b>
<b>3.1. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>70</b>
<b>3.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>71</b>
<b>3.3 OBJETIVOS .....</b>	<b>71</b>
□ Objetivo General .....	71
□ Objetivos específicos .....	71
<b>3.4 HIPÓTESIS .....</b>	<b>72</b>
<b>3.5 TIPO DE ESTUDIO.....</b>	<b>72</b>
<b>3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>72</b>
<b>3.7 MUESTRA.....</b>	<b>83</b>
Criterios de inclusión para el estudio:.....	83
Criterios de exclusión para el estudio:.....	84
<b>3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....</b>	<b>84</b>
<b>3.9 PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN.....</b>	<b>84</b>
<b>3.10 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS .....</b>	<b>84</b>
<b>3.10 ASPECTOS BIOÉTICOS.....</b>	<b>85</b>
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>86</b>
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>86</b>
<b>4.1 ANÁLISIS UNIVARIADO.....</b>	<b>86</b>
<b>4.2 ANÁLISIS BIVARIADO .....</b>	<b>90</b>
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>106</b>
<b>5. DISCUSIÓN .....</b>	<b>106</b>
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>118</b>
<b>6. CONCLUSIONES .....</b>	<b>118</b>

<b>CAPÍTULO VII</b> .....	122
<b>7. RECOMENDACIONES</b> .....	122
<b>CAPÍTULO VIII</b> .....	127
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	127
Trabajos citados .....	127
<b>ANEXOS</b> .....	133
<b>ANEXO 1: Encuesta</b> .....	133
<b>ANEXO 2: Consentimiento informado</b> .....	137

## RESUMEN

**Antecedentes:** El aborto es un tema médico, social y cultural, que a menudo viene acompañado de mitos y estigma. La OMS lo define como *“la Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno”*. Al hablar de aborto inducido, este puede ser realizado bajo condiciones segura o inseguras. Entre los años 2010 y 2014, 45% de los abortos a nivel mundial fueron inseguros, y 97% de ellos se realizaron en países en vías de desarrollo. Los abortos inseguros aumentan la mortalidad, siendo la tercera causa de mortalidad materna global. Este problema es más común en países donde el aborto sigue siendo penalizado, como es la mayoría de los países de Latinoamérica. En Ecuador las dos causales en las que está despenalizado el aborto es cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la madre o cuando el embarazo es producto de una violación a una persona con discapacidad mental. En cualquier otro caso, el aborto tiene consecuencias legales, tanto para quienes provean el servicio como para las mujeres, incluyendo la privación de libertad de 6 meses a 3 años. Entre el 2014 y 2017, 184 mujeres fueron enjuiciadas por haber tenido un aborto. El presente estudio está basado en el problema de salud pública que implica el aborto en Ecuador, especialmente el conocimiento en leyes y guías de práctica clínica (GPC) de aborto en personal de salud.

**Objetivo:** Establecer los conocimientos y actitudes sobre las leyes del aborto y guías de práctica clínica del aborto en Ecuador entre los estudiantes de sexto a décimo segundo nivel de pregrado de la Facultad de Medicina y posgradistas de Ginecología y Obstetricia de primero, segundo y tercer año de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, febrero-abril 2018.

**Metodología:** Se realizó un estudio de corte transversal con una muestra de 279 estudiantes comprendidos entre sexto y decimoprimer nivel de pregrado y posgradistas de primer, segundo y tercer año de Ginecología y Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Se pidió a los participantes que firmen un consentimiento informado y después de recibir su autorización se recolectó la información mediante una encuesta anónima de 20 preguntas que incluían el contexto sociodemográfico del participante, conocimiento sobre derechos humanos, educación sexual integral interacción de los participantes con personas y pacientes que hayan tenido un aborto, conocimiento de las GPC del Ecuador y actitudes hacia el aborto, que incluía si se debe denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto y si éstas mujeres deberían o no recibir atención médica. Para el análisis estadístico se usó SPSS.

**Resultados:** Se incluyó a 279 participantes, cuya mediana de edad fue de 23 años. Estudiantes de pregrado entre sexto y decimosegundo niveles de medicina (76,3%) y posgradistas de Ginecología y Obstetricia de primer, segundo y tercer año (23,7%) se

incluyeron. Del total de la muestra, 58,4% (163) fueron mujeres y 41,6% (116) fueron hombres. 91% (254) fueron solteros, 8,2% (23) casados, y 0,7% (2) divorciados. El 90,7% (253) reportaron no haber sido madres/padres, mientras que 9,3% (26) sí lo han sido. En cuanto a religión, 72,4% (202) fueron católicos, 7,9% (22) cristianos, 16,1% (45) no manifestaron ninguna religión, y 3,6% (10) tenían otras religiones.

El 68,5% de los estudiantes de pregrado respondieron que la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) es la opción más recomendada dentro del aborto quirúrgico, 97% de los posgradistas respondieron también AMEU.

La mayoría de estudiantes de pregrado de décimo (52,8%) y decimoprimer (52,5%) niveles respondieron que el Legrado Uterino Instrumentado (LUI) es la mejor opción.

El 92% de los encuestados de pregrado respondieron que el aborto causa secuelas psicológicas. 100% de los posgradistas de Ginecología y Obstetricia también piensan esto.

En cuanto a leyes del aborto en Ecuador, los estudiantes de sexto, séptimo, octavo, noveno y décimo nivel de pregrado fueron los que tuvieron la mayoría de respuestas correctas.

Estudiantes de sexto y séptimo niveles demostraron estar en contra de que se denuncie una mujer que se ha provocado un aborto en un mayor porcentaje que los demás grupos de la muestra. El 28,8% de los posgradistas manifestaron estar de acuerdo con que se denuncie a estas mujeres.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos en este estudio demuestran que existe una falta de conocimiento sobre las leyes de aborto en Ecuador en estudiantes de medicina y posgradistas de Ginecología y Obstetricia. Se hallaron actitudes negativas con respecto al aborto, por ejemplo, los posgradistas están de acuerdo en un alto porcentaje en que las mujeres que hayan tenido un aborto sean denunciadas, en contraste con estudiantes más jóvenes que en su mayoría están en contra de esto. La mayoría de participantes no demostró una posición establecida frente a esto y respondieron estar neutrales. No se encontró asociaciones significativas entre las respuestas de los participantes de si deben recibir atención médica las mujeres con complicaciones de abortos inducidos y su conocimiento de derechos humanos, educación sexual o contexto sociodemográfico.

La gran mayoría de encuestados manifestaron estar de acuerdo en que las mujeres que buscan atención médica por complicaciones del aborto deben recibirla.

En las mallas de la carrera de medicina se debería incluir leyes del aborto y recomendaciones actualizadas sobre aborto desde el punto de vista médico, para proveer toda la información que requiere el personal médico para enfrentarse al aborto.

**Palabras clave:** Conocimiento, Actitudes, Aborto, Aborto inseguro, Mortalidad Materna, Ecuador, Derechos Reproductivos, Estudiantes de Medicina, Posgrado de Ginecología y Obstetricia.

## **ABSTRACT**

**Background:** Abortion is a social, cultural and medical topic, which is often stigmatized with myths. Its definition is the interruption of pregnancy before the embryo or fetus is capable of independent life. When talking about induced abortion, it can be performed under safe or unsafe conditions. Between 2010 and 2014, 45% of the abortions worldwide were unsafe ones, 97% of them performed in developing countries. Unsafe abortions contribute to increase the maternal mortality, being the third leading cause of maternal deaths. These are more common in countries where it is still penalized, like most Latin American countries. In Ecuador the only two conditions in which abortion is legal is when the mother's life is at risk because of the pregnancy and when the pregnancy was caused by rape to a mentally disabled woman. In any other case the legal consequences for abortion providers and women who seek this service include imprisonment from 6 months to 3 years. Between 2014 and 2017, 184 women were prosecuted for having an abortion. This research is based on the public health problem that abortion implies in Ecuador, especially on the knowledge of laws and clinical practice guidelines related to this topic, in health personnel.

**Objective:** To determine knowledge of the clinical practice guidelines about abortion, as well as attitudes towards abortion laws in Ecuador, in medical students from sixth to twelfth levels and OB-GYN residents from the Pontificia Universidad Católica del Ecuador, between February and April 2018.

**Method:** A cross-sectional study with a sample of 279 students from sixth to twelfth level of Medical School and OB-GYN residents from first, second and third year from the Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Participants were asked to sign the informed consent and after their authorization, data was gathered with an anonymous survey with 20 questions that included, sociodemographic context of the participants, knowledge about human rights, comprehensive sexuality education, interaction with people or patients that have had an abortion or miscarriage, knowledge of the clinical guidelines from Ecuador, and attitudes towards abortion, which included if a woman who had an abortion should be reported to the authorities and if medical attention should or should not be provided to these women. For the statistic analysis the program SPSS was used.

**Results:** 279 students were included in this study whose median age was 23. Undergraduate students between sixth to twelfth levels of medicine (76,3%) and OB-GYN residents from first, second and third years (23,7%) were included. From all the

sample, 58,4% (163) were female and 41,6% (116) were male. 91% (254) were single, 8,2%(23) married, and 0,7%(2) divorced. 90,7% (253) reported to not have been parents, while 9,3% (26) reported to have been parents. Within religion, 72,4% (202) were catholic, 7,9% (22) were christians, 16,1% (45) do not have a religion and 3,6% (10) had other religions.

68,5% from the undergraduate students answered that Manual Vacuum Aspiration (MVA) is the most recommended method of surgical abortion. 97% from the OB-GYN residents answered this as well.

Most undergraduate students from tenth (52,8%) and eleventh (52,5%) levels answered that uterine curettage is the best method within surgical abortion.

92% surveyed undergraduate students answered that abortion causes psychological sequels. 100% of OB-GYN residents believe this as well.

From abortion laws, students from sixth, seventh, eighth, ninth and tenth levels had the highest number of correct answers.

Students from sixth and seventh levels stated to be against reporting women who have had an induced abortion in a higher percentage than any group within our sample. 28,8% OB-GYN residents claim to agree to report these women.

**Conclusions:** The results obtained in this research, showed that there is still lack of knowledge in medical students and OB-GYN residents about abortion laws in Ecuador. Negative attitudes toward abortion were found, for instance, OB-GYN residents highly agree that patients who have had an abortion should be reported, in contrast with the younger students, who mostly disagree with this. Still most of the participants don't have an established position and declared to be neutral. We found no significant association between what the participants thought about giving medical attention to a woman with complications of an induced abortion and their knowledge in human rights, comprehensive sexuality education or sociodemographic context.

The great majority of the surveyed students manifested to agree that women seeking for medical attention for abortion complications should receive it.

Information about abortion laws, as well as new and updated recommendations about abortion from the medical context, should be included within medical curricula, to provide all the necessary information that healthcare personnel need when addressing abortion.

**KEY WORDS:** Knowledge, Attitudes, Abortion, Unsafe abortion, Maternal Mortality, Ecuador, Reproductive Rights, Medical Students, OB-GYN Residents.

# CAPÍTULO I

## 1. INTRODUCCIÓN

El aborto es un tema cargado de estigma, emociones y juicios de valor dentro de toda la sociedad. Se define al aborto como “*la Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno*” (OPS, CLAP, 2009), sin embargo, muchas veces se tiende a interpretar la palabra aborto como si esta interrupción fuera causada, sin tener en cuenta que los abortos pueden ser espontáneos. Al escuchar la palabra “aborto” inmediatamente las asociaciones que se realizan son con muerte, peligro, dolor, delito, por mencionar algunas, que históricamente ha sido como se ve a este problema (Mayo, 2002).

Al hablar específicamente de aborto inducido, anualmente en todo el mundo se realizan cerca de 42 millones de abortos, y se debe tener en cuenta que pueden ser realizado de forma segura o insegura. La OMS define como aborto seguro cuando el mismo “es realizado por personas con la capacidad y habilidades necesarias, y en un entorno que cumple con un estándar médico mínimo” (Organización Mundial de la Salud, 2012). Si estas condiciones no se cumplen se habla de que el aborto es inseguro. Del total de abortos inducidos, un aproximado de 20 millones son realizados de forma insegura, (OMS, 2012) especialmente en los países en vías de desarrollo.

Globalmente el aborto inseguro ocupa la tercera causa más importante de mortalidad materna, y es una causa prevenible. Es por esto que el aborto inseguro es considerado como un problema serio de salud pública en muchos países (Organización Mundial de la Salud, 1967). En Latinoamérica, la mayoría de países cuentan con leyes que penalizan el aborto, lo que imposibilita a que exista acceso a aborto seguro. En el Ecuador hay 2 causales en las cuales es despenalizado, que incluyen cuando está en riesgo la vida de la madre y el haber sido víctima de una violación, siendo una persona con discapacidad mental (COIP, 2014).

Se han realizado varios estudios que buscan establecer los conocimientos y actitudes de médicos o médicos en formación, en cuanto a aborto. En Estados Unidos, el estudio

de Veazey con estudiantes de medicina demostró que el estar en contacto con pacientes y servicios de aborto, permite que los estudiantes tengan una visión más positiva frente al aborto y menos juzgadora (Veazey, 2015). En México se identificó el poco conocimiento, tanto en leyes sobre aborto, como en recomendaciones actualizadas de técnicas abortivas (García, 2003). En el Ecuador se realizó un estudio similar, que involucró únicamente a especialistas de Ginecología y Obstetricia, en el que se concluye que un alto porcentaje de médicos no fue capaz de mencionar correctamente las causales de despenalización del aborto en Ecuador, así como se evidenció el continuo manejo de técnicas antiguas como el Legrado (LUI), que ya están descontinuadas por la OMS (León, 2016).

Este estudio es el primero realizado en Ecuador que involucra a médicos de pregrado y posgradistas de Ginecología y Obstetricia en formación. Se busca determinar conocimientos y actitudes sobre las leyes del aborto y guías de práctica clínica vigentes en el Ecuador, en dicha población, así como establecer si existe relación en las actitudes y conocimientos de la población con el conocimiento en Derechos Humanos, Derechos Reproductivos, Educación Sexual Integral, contacto con pacientes y personas que hayan tenido un aborto y el contexto sociodemográfico del participante.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **SIGLAS Y ABREVIATURAS**

##### **SIGLAS:**

FIGO: La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAHO: Organización Panamericana de la Salud

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

##### **ABREVIATURAS:**

AMEU: Aspiración manual endouterina al vacío

B-hCG: Gonadotropina coriónica humana Beta

Cm: Centímetro

DIU: Dispositivo Intra Uterino

D y E: Dilatación y evacuación

FUM: Fecha de última menstruación

GPC: Guía de Práctica Clínica

Kg: Kilogramo

LUI: Legrado uterino instrumental

Mcg: microgramo

Mg: miligramo

ml: mililitro

RMM: Razón de Mortalidad Materna

## 2.1 ABORTO

- DEFINICIÓN

El aborto es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *“la Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno”* (OPS, CLAP, 2009) Para complementar su concepto podríamos agregar que la viabilidad extrauterina del feto es variable, dependiente de la tecnología y avances de la actualidad; la misma ha cambiado en los últimos años, siendo considerado hoy en día como no viable al feto que tenga menos de 20 semanas o menos de 22 semanas de gestación , un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud céfalo-caudal menor a 25 cm) (SEGO, 2009).

- HISTORIA

Para hablar de la historia del aborto, primero se debe mencionar que el mismo es tan antiguo como la propia humanidad y por ello se debe remontar a tiempos prehistóricos. (Mayo, 2002) De hecho, se ha encontrado evidencia de que se practicaba el aborto en civilizaciones de cazadores y recolectores. Más concretamente existen escrituras sobre el aborto en los años 1500 A.C. en Egipto, 500 A.c. en China y en los Grandes Imperios grecorromanos. (Devereux, 1967).

Hay distintas técnicas que se describen en textos antiguos, entre las que se puede mencionar el uso de plantas como la sábila, que se usó desde el siglo IV hasta el siglo XIX, pasando por emplastes con distintas hierbas, hasta técnicas un poco más riesgosas como masajes, movimientos bruscos y el uso de herramientas e instrumentos (Riddle, 1995). Más adelante en la Edad Media se restringen los textos que detallan los procedimientos para realizarlos, por temas religiosos y políticos, además de por considerarse que las técnicas empleadas podían poner en riesgo la vida de la madre, pero conforme pasan los años estas técnicas, así como los fármacos

e instrumental usados son seguros. Hoy en día la información con respecto al aborto es de libre acceso en la mayor parte del mundo.

En cuanto a aborto inducido, cabe recalcar que en la antigüedad éste no era punible. En sociedades indígenas se usaba el aborto frecuentemente y su práctica era libre. En varias culturas, donde la mujer tenía poder económico y político, también poseían el conocimiento de plantas que permitía que tomen su decisión en cuanto al aborto. Sin embargo, en la mayoría de pueblos primitivos era el padre el que tenía la potestad de decidir si la mujer debía tener un aborto o no, teniendo en cuenta que no se reconocía a la mujer como igual, y sus derechos no eran respetados al ser vista como un ser inferior (Zimmerman, 1977). El texto más antiguo que menciona un tipo de sanción por causar un aborto es el Código de Hammurabi en el año 1728 a.C. La ley del Talión estipulaba que “si un hombre golpea a una hija de hombre y causa la pérdida del fruto de sus entrañas, pagará 10 siclos de plata” (Peinado, 2003). Posteriormente, la mayor parte de la Grecia Antigua adopta una postura a favor del aborto, e incluso se mencionan ciertos tipos de prescripciones para el mismo, como por ejemplo en casos de incesto, padres mayores de edad, y como control de natalidad (Aristóteles, IV a.C.) (Platón, 380 a.C.). Para esta época se consideraba al feto como parte del cuerpo de la madre, como un ser sin alma y por esto es que la mujer tenía el poder de decidir si abortar o no. (Mayo, 2002). No todo el Imperio Griego compartía esta visión, y es así como Hipócrates establece dentro del juramento hipocrático que “nunca se aconsejará a una mujer prescripciones que puedan hacerla abortar” (ANDEVI).

Es en la antigua Roma donde comienza a existir una represión más marcada hacia el aborto, influenciado tanto por la religión como por las técnicas usadas, que se consideraba podían ser nocivas para las mujeres.

Al aparecer el cristianismo el aborto empezó a ser considerado como un asesinato, puesto que se adquiere el concepto de alma y espíritu, y en el año 1588 el Papa Sixto V anuncia que todos los abortos son considerados crímenes cuyo castigo será la excomunión. Poco a poco en Europa comienzan a crearse leyes que amparan esta creencia y castigaban a quienes abortaban. (Masters, 1987)

En 1869, el Papa Pío IX declara oficialmente todo aborto como asesinato, y esto da paso a una lucha contra todos aquellos que proporcionen servicios de aborto y las mujeres que busquen o se realicen este tipo de prácticas voluntariamente. Se promulga que tanto la vida del feto como la de la mujer son sagradas, sin que exista alguien que tenga autoridad o poder para destruir cualquiera de ellas. (Mayo, 2002)

Durante varios años la Iglesia Católica se mantiene firme en su posición de ver al aborto como un crimen, sosteniendo que “todo aborto viola la ley de Dios”; al ser la institución más poderosa de la época, esta creencia no fue refutada; hasta que finalmente a principios del siglo XIX se empieza a cuestionar a la iglesia, y surgen corrientes intelectuales y legales que buscan evitar que el aborto sea punible. Es así como en Francia y Alemania se comienzan a tener la visión de respeto frente a la autonomía de la mujer, negando así a del feto (Mayo, 2002). En el siglo XVIII los principios de igualdad influyen para que las leyes sean menos severas y que las sanciones por abortar sean más humanitarias (Zimmernman, 1977).

Históricamente, ciertos acontecimientos influenciaron a lo que más tarde sería la despenalización del aborto, como es el caso del Tratado de Moralidad Sexual y Matrimonial, en 1602, donde el español Tomás Sánchez justificó ciertas causales que consideraba que no deberían tener penalidad: en caso de violación, solo si estaba por casarse y no podía librarse del compromiso sin pérdida de la reputación o si la violación era posterior a su casamiento, y el caso fuera que la mujer temiera que los parientes del marido la descubrieran y le dieran muerte. Este tipo de creencias van tomando fuerza, hasta que en 1882 el Código español incluye el aborto *honoris causa*, que busca que no se deshonre a la mujer. (Mayo, 2002)

Es importante mencionar ciertos hitos que promovieron la despenalización del aborto, como es el Antiproyecto Federal Suizo, que en 1916 ya señala que “El aborto practicado por un médico titulado con el consentimiento de la embarazada, no es punible” (Mayo, 2002). Con el avance de la ciencia también se empieza a hablar de conceptos eugenésicos, que buscan prever enfermedades hereditarias, y que apoyan

al aborto, así como movimientos feministas que defienden los derechos reproductivos de la mujer y su poder de decisión.

Es en 1920 que la Unión Soviética se convierte en el primer país en despenalizar al aborto, seguida de otros países como Polonia, Hungría y Bulgaria en 1956 y Checoslovaquia 1 año más tarde. En 1967 el parlamento del Reino Unido aprueba el Acta del aborto, la cual legaliza el aborto practicado por personal médico capacitado, hasta las 28 semanas de edad gestacional. En 1975 el Tribunal Supremo de Estados Unidos dicta sentencia liberadora que motiva a otros países como Francia, Austria, Suecia, a despenalizar el aborto el mismo año, seguidos de Alemania y Dinamarca un año más tarde, Luxemburgo en 1978, Holanda en 1981, Portugal en 1984, España y Grecia en 1985 y 1986 respectivamente y finalmente Bélgica en 1990. (FUNDAFER, 2005).

En África, la República Sudafricana legaliza el aborto en 1997. En Asia, Japón y China despenalizan el aborto después de Rusia, y más tarde India se suma a los países con leyes pro aborto.

En América Latina cabe mencionar que Cuba fue el primer país en despenalizar el aborto, en 1965, seguido de Guyana en 1995 y varios años después, en el 2007 por Ciudad de México, única ciudad mexicana donde se autoriza el aborto.

Durante los años muchas constituciones han cambiado, eliminando limitaciones o restricciones, como en Colombia, Bolivia o Brasil que buscan de esta forma facilitar su acceso, o despenalizarlo en más casos, pero también hay quienes buscan agregar barreras para el acceso al aborto, como es el caso de Polonia, Eslovaquia y Croacia.

En el Ecuador, la diputada Myriam Garcés en el año 2005 propone una reforma de ley a los delitos de explotación sexual a menores, donde busca que se ampare la despenalización de aborto para todo tipo de violación. Su propuesta fue rechazada un año más tarde por La Comisión Especializada Permanente de lo Civil y Penal

(CEPCP), basados en que la mayor parte de la población ecuatoriana es católica (Castello, 2008). Más tarde en el 2011, cuando se buscaba una reforma el Código Penal (cuyo nombre pasaría a ser Código Orgánico Integral Penal o COIP), organizaciones feministas lograron que se ponga en debate el tema de aborto en La Asamblea. A pesar de la controversia del tema, y las posturas tanto a favor del aborto como en contra, no se consiguió su despenalización en todos los casos de violación (Flores, 2014). Desde entonces no se ha logrado apertura a reformular los artículos de aborto que se incluyen en el COIP.

- EPIDEMIOLOGÍA

Anualmente a nivel global cerca de 208 millones de mujeres quedan embarazadas, de las cuales el 59% tiene un embarazo planificado y un 41% un embarazo no deseado (Singh, 2006); independientemente de cuál sea el caso, el embarazo puede tener distintos desenlaces, el 30% se perderán por problemas el momento de la implantación, 30% terminarán en abortos preclínicos, 10% culminarán en abortos clínicos y únicamente el 30% corresponden a nacimientos de productos vivos (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Al tener un porcentaje tan alto de abortos, es claro que se debe poner énfasis en el mismo y hay que tener en cuenta que el tipo de aborto más frecuente, es el espontáneo.

El aborto espontáneo es más frecuente al inicio del embarazo; 80% de los mismos ocurren en las primeras 12 semanas, (Williams, 2008) y el restante 20% a las semanas 12 hasta la 20 (Prine, 2011). La causa más frecuente está relacionada con alteraciones cromosómicas. Es por esto también que el riesgo de tener un aborto espontáneo está estrechamente relacionado con la edad de la mujer, por ejemplo, en el grupo etario entre los 12-19 años el riesgo de aborto espontáneo a lo largo del embarazo es de 13,3% y se observa una diferencia importante si se lo compara con el grupo de 40-44

años, el cual presenta un riesgo de 51% y hasta 93,4% en mayores de 45 años. (Hijona, 2009)

Ahora, al referirse a abortos inducidos, se estima que en el 2003 alrededor de 42 millones de embarazos fueron terminados voluntariamente, de éstos, 22 millones de una forma segura y 20 millones inseguros (OMS, 2012). Los abortos inducidos generalmente vienen derivados de los embarazos no deseados (Singh, 2006).

Gracias al uso de anticonceptivos, la tasa de embarazos a nivel mundial bajó sustancialmente, y en ella se incluyen tanto los embarazos deseados como los no deseados (Singh, 2006). De la misma manera la tasa de abortos inducidos paso de 35 por cada 1000 mujeres a 26 por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años entre 1995 y 2008, pero este valor se debe más al aborto seguro, puesto que las cifras de aborto inseguro permanecen bastante constantes desde el año 2000 (Sedgh, 2012).

- CLASIFICACIÓN

Hay distintas formas de clasificar al aborto, según el enfoque que se busque. Se tomará de base las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador para la clasificación clínica del mismo.

**AMENAZA DE ABORTO:** Embarazo de producto vivo con contracciones uterinas, con o sin sangrado genital y cuello cerrado. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

**ABORTO ESPONTÁNEO:** Interrupción natural del embarazo, sin mediar ningún procedimiento para su desencadenamiento, y que habitualmente es el producto de alguna alteración genética que lleva a la perdida precoz de la gestación. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

**ABORTO EN CURSO:** Aborto inminente que se presenta con aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones del cuello uterino o ruptura de membranas fetales. El orificio cervical interno presenta una apertura mayor a

8mm y es posible visualizar restos ovulares si ya inició la expulsión del producto. (SEGO, 2010)

**ABORTO INCOMPLETO:** Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello cervical con modificaciones y sangrado variable (Ministerio de Salud Pública, 2013)

**ABORTO COMPLETO:** Expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor (Ministerio de Salud Pública, 2013)

**ABORTO DIFERIDO:** Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no del sangrado variable. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

**ABORTO SÉPTICO:** Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura 38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

**ABORTO RECURRENTE:** Presencia de 3 o más abortos consecutivos a las 2 semanas de gestación o menos con un peso fetal menor a 200 gramos. (Williams, 2008)

**ABORTO TERAPÉUTICO:** Terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la mujer embarazada. Cuando hay riesgo grave para la vida de la madre, riesgo de una enfermedad de origen genético o congénito grave y para salvaguardar la salud física o mental de la madre, cuando estas están amenazadas por el embarazo o por el parto. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Ahora bien, en la Guía de Práctica Clínica (GPC) del Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, así como en la GPC del Manejo

del Aborto Terapéutico no se incluye una definición crucial para el desarrollo de la presente investigación: Aborto Inducido o Provocado.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define al Aborto Inducido como la interrupción del embarazo mediante el empleo de medicamentos o intervención quirúrgica después de la implantación y antes de que el producto de la concepción sea viable de manera independiente (FIGO 1999)

Otra definición es la interrupción intencional de un embarazo confirmado.

Según su temporalidad podemos también clasificarlo en precoz, si ocurre a las 12 semanas de gestación o menos y tardío si se presenta posterior a las 12 semanas. (American Academy of Family Physicians, 2006)

Dentro de la clasificación legal del aborto hay dos estados que deben ser definidos, el aborto voluntario, que es aquel realizado deliberadamente y con este propósito a petición de la mujer y bajo su libre elección, y el forzado, que ocurre cuando la mujer es presionada, coaccionada o físicamente forzada a interrumpir su embarazo.

- FISIOPATOLOGÍA

Las causas y por ende la historia natural del aborto varían según su tipo. Como se mencionó previamente, el aborto espontáneo es el más común. Aquellos que se producen en las primeras semanas de embarazo presentan problemas embrionarios ya sea del cigoto, embrión o feto. Entre el 50 y 60% presentan las anomalías en el número de cromosomas, ya sean trisomías, aneuploidías, monosomías y tetraploidías (Williams, 2008). En los embarazos euploides los abortos se suelen presentar más tardíamente.

Se desconoce en sí la causa de los abortos espontáneos euploides, aunque se han visto ciertos factores asociados, (Hijona, 2009)

- Infecciones: *Treponema pallidum* (Hijona, 2009), *Toxoplasma gondii*, y aún en discusión *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*. (Williams, 2008)
- Anomalías uterinas, sean adquiridas o hereditarias, entre las que se destacan leiomiomas, sinequias, anomalías de la formación de los conductos de Müller o defectos de fusión. (Williams, 2008)
- Endocrinopatías: defectos luteínicos, hipo o hipertiroidismo, diabetes mellitus (Hijona, 2009) (Williams, 2008)
- Defectos de coagulación: tanto adquiridos como hereditarios, entre los que destacan mutación del factor V de Leiden, protrombina, antitrombina, Déficit de proteínas C y S, Síndrome antifosfolipídico e hiperhomocisteinemia (Hijona, 2009) (Williams, 2008)
- Factores ambientales: Tabaco, alcohol, cafeína, radiaciones, (Williams, 2008)
- Otros: como intervenciones quirúrgicas, especialmente relacionadas con excrecís de quistes ováricos y cuerpo lúteo antes de las 10 semanas de edad gestacional y traumatismos abdominales. (Williams, 2008)

Por otro lado, los abortos inducidos se pueden dividir en médico e instrumentado. Al ser métodos provocados no constan como tal de una fisiopatología y por lo tanto, se los detallará en la sección de manejo.

- DIAGNÓSTICO

El diagnóstico inicial del aborto es de tipo clínico, es decir que consta de la anamnesis y examen físico; posteriormente se puede usar exámenes de laboratorio e imagen. Las distintas etapas de diagnóstico buscan, además de identificar el aborto en sí, clasificarlo y determinar factores de riesgo, posibles complicaciones, y en caso de ser necesario, también ayudará a discernir las indicaciones o contraindicaciones para el manejo.

1. ANAMNESIS:

La anamnesis busca identificar detallar el historial de la paciente.

- Datos personales: Debe incluir todos los datos posibles de filiación de la paciente e información de contacto de ser posible
- Motivo de consulta: Circunstancias que llevan a la mujer a buscar atención médica
- Antecedentes obstétricos: Detalles de embarazos previos, resultados de estos, complicaciones, pérdidas de embarazo o abortos previos y tipos de parto de ser el caso.
- Antecedentes ginecológicos: Debe incluir la menarquia, Fecha de última menstruación (FUM), que servirá para el cálculo de la Edad gestacional, el patrón de los ciclos menstruales, cualquier problema, patología, cirugía o anomalías ginecológica, y el uso de anticonceptivos.
- Antecedentes sexuales: Número de parejas actuales y la posibilidad de que éstas tengan otras parejas, y antecedentes de síntomas o diagnóstico de Infecciones de Transmisión sexual (ITS)
- Antecedentes médicos y quirúrgicos: Cirugías previas, enfermedades crónicas y Hospitalizaciones previas
- Medicamentos y Alergias: Consumo de medicación continua, consumo reciente de algún fármaco, o remedios naturales. En esta sección la OMS recomienda que se determine la posibilidad de un aborto provocado.
- Antecedentes Sociales: Debe incluir el estado civil o situación de pareja, el entorno familiar, violencia y hábitos de consumo de alcohol, tabaco o drogas ilegales. Se debe determinar cualquier situación de riesgo, y tener en cuenta que puede haber situaciones sociales complicadas.  
(Organización Mundial de la Salud, 2014)

## 1. EXAMEN FÍSICO:

- Valoración del estado general: Aspecto, signos vitales, signos de violencia física.
- Examen abdominal: En la inspección se puede ver cicatrices previas. Se debe palpar el útero, medir altura del fondo uterino y presencia de dolor.

- Tamaño uterino: Cuando éste se mide, se debe tomar en cuenta que, a partir de las 4 semanas de gestación, el útero aumenta 1cm aproximadamente por semana. Ciertos puntos anatómicos también pueden servir de referencia, como:
  - Semana 12: útero se eleva más allá de la pelvis
  - Semanas 15-16: útero alcanza punto medio entre sínfisis del pubis y ombligo
  - Semana 20: útero llega al ombligo
  - Después de semana 20: altura de fondo uterino medida en cm desde la sínfisis del pubis se correlaciona con edad gestacional en semanas.

(Organización Mundial de la Salud, 2014)

- Examen de pelvis: iniciar por los genitales externos, buscar restos visibles, así como signos de enfermedad, infección u otras anomalías.
  - Examen con espéculo: Inspeccionar cuello y canal vaginal para descartar anomalías, presencia de cuerpos extraños, signos de infección, secreciones que puedan servir para cultivo y realización de citología cervical en caso de estar disponible.
  - Examen bimanual: busca estimar el tamaño, posición, movilidad del útero y anexos, determinar existencia y duración de embarazo, presencia de dolor, descartar posibilidad de tumoraciones y valorar posible existencia de Enfermedad pélvica inflamatoria.

(Organización Mundial de la Salud, 2014)

## 2. LABORATORIO:

Este aspecto depende de los recursos y disponibilidad que existan. Los exámenes de laboratorio deben realizarse sobre los factores de riesgo individuales, y no de rutina.

- B-hCG si el embarazo no está confirmado

- Hemoglobina y Hematocrito si se sospecha de anemia
- Test de grupo sanguíneo: se recomienda que se lo realice siempre (Ministerio de Salud Pública, 2013)
- Prueba de Rhesus (Rh): en mujeres Rh negativas
- Prueba de VIH: la GPC en el Ecuador indican que debería realizarse en todas las mujeres.
- Despistaje de ITS: en el Ecuador las GPC indican que se debe realizar tamizado de *Chlamydia trachomatis* en todas las mujeres y se debe evaluar el riesgo de gonorrea y sífilis. (Ministerio de Salud Pública, 2013)
- Tamizaje de cáncer cervical
- Según las complicaciones se pueden pedir función renal, hepática, tamizaje de anticuerpos antieritrocitarios, test de hemoglobinopatías, etc.

### 3. ECOGRAFÍA:

- Confirmar embarazo
- Confirmar edad gestacional
- Identificar latido cardiaco
- Localizar ubicación
- Visibilizar cavidad uterina, restos en la misma o ausencia de contenido.

Mediante estos 4 pasos para el diagnóstico se puede diagnosticar distintos tipos de aborto:

- **AMENAZA DE ABORTO:**
  - Amenorrea secundaria
  - Sangrado uterino
  - Dolor en hipogastrio tipo cólico
  - Altura uterina acorde a edad gestacional por FUM
  - No dilatación cervical
  - No ha habido desprendimiento o expulsión del producto
  - B-hCG cuantitativa positiva

- En ecografía: hemorragia decidual, coágulo subcorial, embrión vivo intrauterino.
  
- *ABORTO EN CURSO:*
  - Sangrado uterino abundante o ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico
  - Altura uterina menor a los esperado por FUM.
  - Dilatación cervical presente o ausente
  - Se puede o no observar desprendimiento y/o expulsión de producto
  - En ecografía se observa la expulsión en curso
  
- *ABORTO INCOMPLETO:*
  - Sangrado uterino
  - Dolor tipo cólico
  - Cambios cervicales presentes: cérvix abierto
  - Restos ovulares presentes en útero o vagina
  - En ecografía: se observan restos endocavitarios y vaginales
  
- *ABORTO COMPLETO:*
  - Disminución de sangrado uterino
  - Disminución de dolor
  - Cérvix cerrado
  - Ha habido expulsión total de producto y anexos
  - En ecografía: útero involucionado y vacío
  
- *ABORTO DIFERIDO:*
  - Altura uterina menos a la correspondiente por FUM
  - Ausencia de modificaciones cervicales
  - En ecografía: ausencia de latido cardiaco y vitalidad fetal.

- **ABORTO SÉPTICO:**

- Puede presentarse en cualquiera de las formas del aborto
- Presencia de escurrimiento intrauterino de secreción hematópurulenta a través de cuello uterino con olor fétido
- Presencia de fiebre, sin signos clínicos de infección en otro sitio
- Alteraciones del estado general

(Ministerio de Salud Pública, 2013)

• **MANEJO**

El manejo del aborto puede dividirse en 3 partes esenciales: manejo inicial, procedimiento o manejo médico o quirúrgico, y servicio post aborto.

1. **MANEJO INICIAL O PRE ABORTO:**

- Información, Consejería y Toma de decisiones: Se debe contar con personal debidamente capacitado, que pueda brindar a la mujer información inmediata sobre los distintos métodos, ventajas y desventajas, indicaciones y contraindicaciones de cada uno de ellos, posibles complicaciones y riesgos, así como la baja morbilidad y mortalidad al ser realizado bajo normas y estándares aprobados (Ministerio de Salud Pública, 2015). El personal debe ser empático, responder dudas o preguntas de manera objetiva, evitando juicios de valor o creencias personales (Börjesson, 2015). En este punto es muy importante garantizar la privacidad y confidencialidad, y apoyar a la paciente durante todo el proceso. La información debe ser dada en términos sencillos y comprensibles, debe estar basada en evidencia científica y estar disponible en idiomas comprensibles según la población. También se debe otorgar información en cuanto a anticoncepción, para facilitar la elección del método más apropiado para la paciente, puesto que está demostrado que si se inicia la anticoncepción luego de un aborto se mejora la adherencia y se reduce el riesgo de embarazos no deseados (Organización Mundial de la Salud, 2014).

- Historia clínica y exámenes complementarios: Basándose en anamnesis, examen físico y estudios de laboratorio e imagen antes descritos, esta información recolectada debe servir para estimar la duración del embarazo, identificar contraindicaciones de los distintos métodos, reconocer las posibles redes de apoyo de la paciente, así como situaciones de riesgo o posibles complicaciones.

## 2. PROCEDIMIENTO

- **Establecimientos:** Los establecimientos deben contar con la capacidad resolutive tanto en todo lo concerniente a los distintos tipos de procedimientos (medicación, instrumental, equipamiento), como también para el manejo de las complicaciones que podrían suscitarse. Éstos también deben disponer de los distintos métodos de anticoncepción para la libre elección de la paciente. No deben restringir el acceso a las mujeres en ninguna circunstancia y se hace énfasis en que sean culturalmente sensibles. Es importante que no se retrase la atención. En cuanto al aborto terapéutico la GPC de Aborto terapéutico indica que no debe excederse su manejo más de 6 días desde su valoración inicial (Ministerio de Salud Pública, 2015). Los establecimientos deben garantizar la oportuna referencia o derivación hacia el servicio correspondiente en caso de no contar con lo antes mencionado.
- **Consideraciones especiales:** Además de los distintos exámenes que se han mencionado previamente en la sección de diagnóstico, en el Ecuador las GPC recomiendan:
  - o Tratamiento antibiótico profiláctico para *C. trachomatis* y anaerobios, para el aborto quirúrgico y médico, con el siguiente esquema:  
De elección: Azitromicina 1 gramo dosis única vía oral + Metronidazol 750mg dosis única vía oral

Alternativo: Doxiciclina 100mg vía oral cada 12 horas por 7 días + Metronidazol 750mg vía oral dosis única. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

En las guías de la OMS se recomienda la profilaxis antibiótica únicamente para el método quirúrgico.

- Profilaxis de isoimmunización
  
- **Manejo del dolor:** Todas las mujeres que atraviesan un aborto presentan dolor. Si se descuida éste, innecesariamente pueden aumentar la ansiedad y el malestar (Organización Mundial de la Salud, 2014). La intensidad del dolor es individual, y de esta forma debe ser manejado, tomando en cuenta métodos farmacológicos y no farmacológicos; además puede estar acompañado de ansiedad, miedo o aprensión. Se debe tomar en cuenta que el mismo varía según la fase del aborto y su tipo. Antes de cualquier procedimiento se debe informar adecuadamente a la mujer de sus opciones de analgesia. No se recomienda el paracetamol profiláctico, por no ser efectivo. (Ministerio de Salud Pública, 2013)
  - **Medidas no farmacológicas:**
    - Comunicación respetuosa y buscar tranquilizar y apoyar a la mujer
    - Informar paso a paso el procedimiento y qué se debe esperar del mismo
    - Presencia de persona de apoyo durante el proceso si la mujer lo desea
    - En aborto quirúrgico realizar la técnica de manera delicada
    - Música si la paciente lo desea
    - Bolsa de agua caliente o almohadilla térmica
  
  - **Medidas farmacológicas:**
    - Ansiolíticos/sedantes: diazepam 5-10mg

- Analgesia: a base de AINES como Ibuprofeno 400-800mg, deben ser administrados 30-45 minutos antes del procedimiento para mejorar su efectividad.
- Anestésico local: Usado para el bloqueo paracervical en el aborto quirúrgico, 10-20ml de lidocaína de 0,5 a 1%.
- Sedación consciente o anestesia general en aborto quirúrgico, no de rutina
- Opiáceos: administrar juntamente con AINES en abortos de más de 12 semanas.
- Adyuvantes: Se pueden dar otros fármacos para disminuir los efectos colaterales del misoprostol.

- **Métodos:**

Figura 1.

Métodos de aborto recomendados según duración del embarazo



Nota. Fuente: Organización Mundial de la Salud (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Montevideo.

1) **Aborto Médico:** Es un proceso de múltiples pasos que involucra dos medicamentos (mifepristona y Misoprostol) y/o dosis múltiples de una medicación (Misoprostol solo). (Organización Mundial de la Salud, 2014).

- Mifepristona: Es un derivado sintético de la noretindrona que compite por los receptores de progesterona, bloqueando la acción de esta hormona y considerándose un anti progestágeno. En el cuello uterino origina ablandamiento de este; a nivel endometrial produce degradación decidual, causando desprendimiento del blastocisto y por ende disminución de niveles de Gonadotropina Coriónica Humana (hCG) que a su vez intensifica el desprendimiento decidual. La disminución de progesterona aumenta los niveles de prostaglandinas y sensibiliza al miometrio para que se contraiga. Conjuntamente estos efectos producen aborto. (Laurence, 2007). Cabe mencionar que en el Ecuador no está aprobado este fármaco, y por este motivo no se detalla su uso en las Guías de Práctica Clínica.
  
- Misoprostol: análogo sintético de prostaglandina E1 que disminuye la cantidad de fibras de colágeno en el músculo liso del cuello cervical, permitiendo así que éste se hidrate y su ablandamiento, (Hospital Universidad Reina Sofía, 2018), a la vez que estimula contracciones uterinas al interactuar con la concentración de calcio a nivel muscular (Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (LASOG), 2013), por medio de estos dos mecanismos el Misoprostol permite la evacuación de contenido uterino.

La presentación comercial del Misoprostol en Ecuador se encuentra bajo el nombre de Cytotec, en tabletas de 200 microgramos (mcg). (Consejo Nacional de Salud, 2013)

Existen 4 vías de administración del Misoprostol, y según la que se use dependerán los efectos adversos.

Oral: las pastillas se tragan y está recomendada por la OMS hasta la séptima semana de embarazo, y después de las 12 semanas

Vestibular: las pastillas se colocan entre la mejía y las encías y se tragan después de 30 minutos.

Sublingual: Se colocan las pastillas bajo la lengua y se tragan después de 30 minutos; inicio de acción es más rápido con este método y presenta niveles plasmáticos más elevados; de igual manera los efectos adversos incrementan con este método.

Vaginal: Se colocan las pastillas en los fórnicos vaginales y se indica que la mujer se acueste por 30 minutos. Este método presenta menor tasa de efectos colaterales. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

En las GPC del Ecuador, solo se contemplan las vías vaginal y sublingual dentro del manejo del aborto terapéutico. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

El esquema del aborto médico o farmacológico dependerá de la edad gestacional. A mayor edad gestacional, mayor sensibilidad uterina a las prostaglandinas, hecho que se deberá tener en cuenta para la dosificación. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

1) *Menos de 12 semanas (84 días) de edad gestacional.*

La dosis recomendada es de 800 mcg (4 tabletas) ya sea por vía Intravaginal o Sublingual. Se puede usar un máximo de 3 dosis con intervalos de 3 a 12 horas (Ministerio de Salud Pública, 2015).

2) *Más de 12 semanas de edad gestacional.*

Se recomiendan 400 mcg de Misoprostol (2 tabletas) por vía intravaginal o sublingual, administradas cada 3 horas con un máximo de 5 dosis (Ministerio de Salud Pública, 2015).

En las guías de la OMS se contemplan los mismos esquemas a base de Misoprostol, pero se añade el esquema combinado de Mifepristona + Misoprostol, el cual ha demostrado ser más eficaz: (Organización Mundial de la Salud, 2014)

1) Mifepristona: 200mg dosis única por vía oral

2) Misoprostol:

- 800mcg dosis única por vías vestibular, vaginal o sublingual. Hasta las 9 semanas
- 400mcg dosis única por vía oral. Hasta las 7 semanas o 49 días. Se debe usar entre 24-48 horas posterior a la toma de mifepristona
- 800mcg seguidos de 400mcg por vía vaginal en un inicio, y después por vía vaginal o sublingual. Se puede usar hasta 5 dosis con intervalos de 3 horas. Se debe usar 36-48 horas posteriores de haber recibido mifepristona. Este esquema puede usarse en menores y mayores de 12 semanas, aunque es importante reducir la dosis de Misoprostol en mayores de 24 semanas.

2) **Aborto Quirúrgico:**

Se proporcionan tres esquemas dentro de los métodos quirúrgicos en las GCP del MSP del Ecuador:

- *Aspiración manual endouterina al vacío (AMEU)*: Técnica recomendada con un máximo de 12-14 semanas de edad gestacional. A través del cérvix se inserta una cánula de plástica semirrígida al útero, y a través de aspiración al vacío se evacúa el contenido uterino. (Ministerio de Salud Pública, 2013)  
A continuación, se detallan las recomendaciones que dan las dos GPC vigentes en el país.

- Indicaciones: Aborto en cualquiera de sus variedades con altura uterina menor a 11 cm y dilatación cervical menor o igual a 1 cm. En aborto séptico se debe realizar hasta 6-8 horas después de haber iniciado el tratamiento antibiótico, a menos que la condición sea inestable. (Ministerio de Salud Pública, 2013).
- Preparación cervical: Se recomienda en embarazos de 12-14 semanas de edad gestacional, pero se puede considerar su empleo en cualquier edad gestacional. Se usa Misoprostol a dosis de 400mcg, que pueden ser administrados por vía sublingual de 2 a 3 horas antes del procedimiento o por vía vaginal 3 a 4 horas antes del procedimiento (Ministerio de Salud Pública, 2013). En los países donde está disponible la Mifepristona se puede preparar el cuello con 200mg por vía oral entre 24 a 48 horas previas al procedimiento (Organización Mundial de la Salud, 2014).
- Procedimiento: (Organización Mundial de la Salud, 2014).
  - Solicitar a la mujer que vacíe la vejiga y que posteriormente se recueste en posición litotómica.
  - Lavarse correctamente las manos y colocar barreras de protección y material estéril.
  - Realizar examen bimanual: realizado por profesional quien efectuará el procedimiento

- Colocar de espéculo para asegurar visibilidad del cérvix adecuada
- Limpieza: Se debe usar solución antiséptica sin alcohol, comenzando por el orificio cervical con cada nueva esponja y moviendo en espiral hacia afuera, hasta cubrir completamente el orificio cervical (Organización Mundial de la Salud, 2014).
- Bloqueo paracervical: Inyectar 1-2 ml de lidocaína en el lugar del cuello a las 12 horas o a las 6 horas, donde el prestador prefiera colocar el tenáculo. Con éste se estabiliza el cérvix traccionando levemente para exponer la zona de unión entre vagina y cérvix y aquí se coloca 2-5ml más de lidocaína a las 2 y 10 horas, o a las 4 y 8 horas. La dosis máxima de lidocaína es de 4,5mg/kg/dosis o 200-300mg.
- Dilatación del cuello: Con ayuda del tenáculo sobre el labio anterior o posterior del cuello, se aplica una tracción para enderezar el canal cervical y usar el dilatador más pequeño para dilatar suavemente. Progresivamente se incrementa el tamaño del dilatador. Nunca se debe forzar el dilatador.
- Insertar la cánula: una vez que se haya alcanzado la dilatación deseada, no se debe forzar la entrada de la cánula para evitar un traumatismo.

Tabla 1:

Selección del tamaño de la cánula para aborto por aspiración

Tamaño uterino por FUM	Tamaño sugerido de cánula en mm
4-6	4-7

7-9	5-10
9-12	8-12
12-14	10-14

Nota: Fuente: Organización Mundial de la Salud (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Montevideo.

- Aspirar el contenido uterino: Adosar el aspirador preparado o la conexión al vacío con la cánula e iniciar la succión cuando la punta de la cánula esté en el medio del útero. Se debe rotar la cánula 180° en cada dirección para evacuar el contenido uterino de forma lenta y suave. Se debe vaciar es aspirador las veces que sea necesario hasta vaciar completamente el útero. Los signos de que le útero está vacío son: presencia de espuma roja o rosada a través de la cánula, sin restos de tejido, sensación grumosa a medida que pasa la cánula por superficie uterina, útero que se contrae alrededor de la cánula y clínicamente la mujer refiere incremento de dolor.
- Inspeccionar tejido: Es importante inspeccionar los restos del producto de la concepción para asegurar que se ha completado el aborto, así como la cantidad de los restos para ver si el mismo es completo.
- Realizar procedimientos concomitantes: como colocación del DIU, ligadura tubárica o reparación de laceraciones cervicales.
- Recuperación y alta: la mujer puede dejar el establecimiento de salud tan pronto como se sienta capaz y sus signos vitales sean estables. (Ministerio de Salud Pública, 2015)Se debe asegurar que ya no se

encuentra embarazada y brindar información que incluya signos de alarma, medicación, y apoyo para cualquier necesidad emocional que se pueda presentar tanto inmediatamente después del aborto como en el periodo post aborto.

- Manejo del dolor: No se recomienda el uso de anestesia general de forma rutinaria. Se insiste sin embargo que se debe emplear analgesia, anestesia local (paracervical) o sedación complementada. Se debe tener en cuenta que a mayor edad gestacional el dolor también incrementará. (Ministerio de Salud Pública, 2015)
  - Oxitocina: No debe iniciarse antes de las 6 horas de administración del Misoprostol. Su uso se relaciona con disminución del sangrado posterior a la realización del AMEU. (Ministerio de Salud Pública, 2015)
  - Curetaje: El método de AMEU debe reemplazar a la técnica de curetaje cortante, por ser más seguro y presentar mayores ventajas. El AMEU no requiere de curetaje cortante complementario de rutina. (Ministerio de Salud Pública, 2015)
- *Legrado uterino instrumental (LUI)*: Procedimiento por el cual, a través del cérvix y del uso de una cureta metal, se evacúan el interior del útero bajo anestesia general. En las GPC del Ecuador se lo recomienda como opción en embarazos mayores de 12 semanas. (Ministerio de Salud Pública, 2013). Se detallan a continuación las recomendaciones de esta técnica.
- Indicaciones: Cualquier variedad de aborto con altura uterina mayor o igual a 12 cm y dilatación cervical mayor o igual a 1 cm. En caso de aborto séptico hasta 6-8 horas después de haber iniciado el tratamiento antibiótico. En casos de sangrado excesivo

y persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de tejido retenido infectado o sospecha de enfermedad trofoblástica también se lo recomienda. (Ministerio de Salud Pública, 2013).

- Preparación del cuello uterino: Se usa Misoprostol a dosis de 400mcg, que pueden ser administrados por vía sublingual de 2 a 3 horas antes del procedimiento o por vía vaginal 3 a 4 horas antes del procedimiento (Ministerio de Salud Pública, 2013).
- Maneo del dolor: A pesar de que en su definición está indicado que el procedimiento se realiza bajo anestesia general, las recomendaciones de la propia GPC indican que se use sedación + anestesia local.
- Oxitocina: Su uso se relaciona con disminución del sangrado posterior a la realización del LUI. No se recomienda su uso como profilaxis.
- AMEU: Existe evidencia de que es preferible el uso del AMEU en casos de aborto incompleto. En general se habla de que el AMEU debe reemplazar al uso del LUI. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

- *Dilatación y Evacuación (D y E)*: Es el método quirúrgico recomendado en embarazos mayores a 12-14 semanas.

- Preparación cervical: Se recomienda hacer una preparación cervical antes de todos los procedimientos de D y E. Se pueden usar dilatadores osmóticos o Misoprostol para la preparación cervical. Se debe confirmar que la dilatación cervical es la adecuada intentando pasar un dilatador grande o cánula de gran calibre (12-16mm) a través del cérvix.
  - Misoprostol: Produce menos dilatación que los dilatadores osmóticos, pero el procedimiento es más rápido y se completa en 1 día en la mayoría de las mujeres. La dosis de misoprostol es de 400mcg por vía vaginal 3 a 4 horas

antes del procedimiento. Este fármaco debe usarse entre las 12 y 19 semanas.

- Dilatadores osmóticos: son los de elección a partir de la semana 20. Para la colocación de éstos se debe tomar en cuenta que el procedimiento puede ser molesto y más invasivo que la colocación de misoprostol. Se requiere de un espéculo y limpieza con antiséptico sin alcohol del cérvix. Posteriormente se debe aplicar anestesia local y con ayuda de pinza de anillo introducir el dilatador osmótico en el canal endocervical. Se colocan varios dilatadores, uno a lado del otro. La dilatación máxima se alcanza entre 6 y 12 horas después de su colocación y en caso de que no se obtenga la dilatación deseada se debe esperar 4 horas o 1 día para repetir el procedimiento. Se deben retirar los dilatadores osmóticos antes de realizar el procedimiento de D y E.
- Procedimiento: Los pasos a seguir son bastante similares a los utilizados en la aspiración, por lo que solo se detallarán aquellos que sean distintos. (Organización Mundial de la Salud, 2014).
  - Solicitar a la mujer que vacíe la vejiga
  - Lavarse las manos y ponerse barreras de protección
  - Realizar examen bimanual
  - Colocar espéculo
  - Realizar preparación antiséptica del cuello
  - Realizar bloqueo paracervical
  - Evaluar dilatación del cuello: la dilatación debe confirmarse intentando pasar un dilatador grande, una cánula de gran calibre (12-16mm) o una pinza de Bierer a través del cérvix
  - Realizar amniotomía y aspirar líquido amniótico: Introducir una cánula de 14 mm a través del cérvix, la misma que debe estar conectada a un aspirador. El tamaño adecuado

de la cánula es equivalente a 1-2mm menor que la gestación en semanas. Para embarazos de más de 16 semanas se debe usar la cánula de mayor tamaño disponible. La técnica es igual a la de embarazos menores de 12 semanas.

- Evacuar útero: Procurar completar la evacuación desde la sección más baja de la cavidad uterina, evitando avanzar muy profundamente o muy alto en el útero, ya que así el riesgo de perforación es mayor. La ecografía puede ser útil para ubicar restos fetales. En caso de que no se puedan extraer las partes fetales fácilmente se puede usar un uterotónico como Misoprostol 400-600mcg por vía oral, sublingual o vestibular, metergina 0.2mg por vía oral o intramuscular, oxitocina 10 unidades en 500ml de solución a 30 gotas por minuto. Se requiere valoración después de 3-4 horas y repetir el procedimiento.
- Inspeccionar el tejido: se deben identificar todos los componentes: cuatro extremidades, tórax/columna, bóveda craneana y placenta. Se debe confirmar que el aborto esté completo o se tiene que repetir el proceso de evacuación.
- Realizar procedimientos concomitantes
- Recuperación y alta de las instalaciones

Tabla 2:  
Características de los procedimientos abortivos

≤ 12-14 SEMANAS	
Aborto médico	Aspiración por vacío

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evita la cirugía</li> <li>• Simula el proceso de pérdida de embarazo</li> <li>• Controlado por la mujer, puede realizarse en domicilio (&lt;9 semanas)</li> <li>• Lleva tiempo en consumir el aborto</li> <li>• Presencia de dolores, sangrado y posibles efectos colaterales</li> <li>• Puede requerir más visitas a la clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento rápido</li> <li>• Aborto completo se verifica fácilmente</li> <li>• Tiene lugar en dependencias sanitarias</li> <li>• La esterilización y colocación de DIU puede realizarse al mismo tiempo</li> <li>• Muy bajo riesgo de lesión uterina o cervical</li> <li>• Requiere instrumentación del útero</li> <li>• Tiempos del aborto son controlados por clínica y prestador</li> </ul>
<p>Puede ser preferible en las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujeres con obesidad severa</li> <li>• Presencia de malformaciones uterinas o cirugía cervical previa</li> <li>• Si la mujer quiere evitar intervención quirúrgica</li> <li>• Si no se puede o no se quiere hacer un examen pélvico</li> </ul>	<p>Puede ser preferible en las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contraindicaciones de aborto médico</li> <li>• Limitantes de tiempo para coordinar aborto</li> </ul>
<p>Contraindicaciones</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacción alérgica previa a uno de s medicamentos involucrados</li> <li>• Porfiria hereditaria</li> <li>• Insuficiencia suprarrenal crónica</li> <li>• Confirmación o sospecha de embarazo ectópico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se conocen contraindicaciones absolutas</li> </ul>
<p>Se recomiendan cautela y basarse en criterio clínico en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corticoterapia prolongada</li> <li>• Trastornos hemorrágicos</li> </ul>	<p>Se recomiendan cautela y basarse en criterio clínico en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene colocado DIU (debe retirarse antes de comenzar el procedimiento)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia severa</li> <li>• Cardiopatía preexistente o factores de riesgo cardiovascular</li> <li>• DIU colocado</li> </ul>	
<p>≥ 12-14 SEMANAS</p>	
<p>Aborto médico</p>	<p>Dilatación y evacuación</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evita la cirugía</li> <li>• Algunas mujeres lo pueden sentir más natural</li> <li>• Tiene lugar en dependencias sanitarias</li> <li>• Lleva tiempo consumir el aborto, y es posible que no se puedan predecir los tiempos</li> <li>• Sangrado y calambres presentes, posibles efectos colaterales</li> <li>• Las mujeres permanecen en las instalaciones hasta analizar expulsión completa del producto</li> <li>• Mujeres presentan una cicatriz uterina tienen riesgo muy bajo de ruptura uterina durante el aborto médico entre semanas 12 y 24.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento rápido</li> <li>• Aborto completo se verifica fácilmente evaluando contenido uterino</li> <li>• Tiene lugar en dependencias sanitarias</li> <li>• La esterilización y colocación de DIU puede realizarse al mismo tiempo</li> <li>• Requiere preparación cervical previa</li> <li>• Requiere instrumentación del útero</li> <li>• Poco riesgo de lesión uterina cervical</li> <li>• Tiempos del aborto son controlados por clínica y prestador</li> </ul>
<p>Puede ser preferible en las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujeres con obesidad severa</li> <li>• Presencia de malformaciones uterinas, fibromas o cirugía cervical previa</li> <li>• Si la mujer quiere evitar intervención quirúrgica</li> </ul>	<p>Puede ser preferible en las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contraindicaciones de aborto médico</li> <li>• Limitantes de tiempo para realizar el aborto</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no se dispone de personal capacitado para realizar Dilatación y Evacuación</li> </ul>	
Contraindicaciones	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacción alérgica previa a uno de s medicamentos involucrados</li> <li>• Porfiria hereditaria</li> <li>• Insuficiencia suprarrenal crónica</li> <li>• Confirmación o sospecha de embarazo ectópico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se conocen contraindicaciones absolutas para el uso de dilatación y evacuación</li> </ul>
<p>Se recomiendan cautela y basarse en criterio clínico en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corticoterapia prolongada</li> <li>• Trastornos hemorrágicos</li> <li>• Anemia severa</li> <li>• Cardiopatía preexistente o factores de riesgo cardiovascular</li> <li>• DIU colocado</li> </ul>	<p>Se recomiendan cautela y basarse en criterio clínico en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene colocado DIU (debe retirarse antes de comenzar el procedimiento)</li> </ul>

Nota: Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Montevideo.

### 3. SERVICIO POST ABORTO:

- Antes de dar el alta de la dependencia sanitaria:
  - Dar instrucciones de alta orales y escritas, de forma clara, que incluyan:
    - Vida sexual, colocación de cualquier cosa en la vagina se puede retomar cuando se haya detenido el sangrado profuso
    - Sangrado vaginal puede durar hasta 2 semanas
    - Signos de alarma: dolor abdominal más intenso, sangrado vaginal profuso, fiebre, náuseas y vómitos persistentes
  - Analizar riesgo de que la paciente quede embarazada nuevamente

- Brindar información anticonceptiva y asesoramiento
  - Ayudar a escoger el método anticonceptivo más apropiado
    - Brindar el método elegido y asegurarse que la paciente sepa cómo funciona
  - Dar suplementos de hierro, si es necesario
  - Dar analgésicos
  - Dar apoyo emocional, de ser necesario
  - Derivar a otros servicios que requiera la paciente
  - Se debe hacer énfasis en que no hay evidencia que sugiera que aumentan o disminuyen las probabilidades de sufrir secuelas psicológicas adversas, si se tiene un aborto o no, a menos que exista una enfermedad mental previa y en estos casos se recomienda asesoría psicológica oportuna y adecuada según el caso. (Ministerio de Salud Pública, 2013)
- Seguimiento: Se recomienda una visita de control de rutina únicamente en caso de aborto médico con misoprostol, para comprobar que se haya consumado el aborto. Se puede ofrecer la cita de control opcional entre 7-14 días para todas las mujeres para brindar apoyo emocional, resolver inquietudes y brindar asesoramiento anticonceptivo.
- En la cita de control
    - Valorar recuperación y confirmar aborto
    - Examinar y evaluar posibles síntomas
    - Analizar metas de fertilidad y necesidad de anticonceptivos
    - Si antes del alta ya adquirió su método anticonceptivo, se debe evaluar el uso del mismo y la satisfacción frente a éste.
    - Ayudar a que a paciente seleccione otro método, si no está conforme con el seleccionado previamente.
  - Derivar a otros servicios.

- COMPLICACIONES

Las complicaciones dependen de las facilidades donde sean realizados los abortos, de la capacidad, destreza y preparación de la persona que brinda el servicio, el método que se use, el estado del embarazo y la salud en general de la mujer (WHO, 2011).

En un ámbito de aborto seguro las complicaciones son poco frecuentes e incluyen:

- Ruptura Uterina: Riesgo menor de 1 en 1000 casos. El riesgo es mayor a mayor edad gestacional
- Hemorragia severa que requiera transfusión: Riesgo menor de 1 en 1000 casos en abortos tempranos, pero aumenta a 4 en 1000 en abortos en más de 20 semanas de embarazo.
- Perforación Uterina: El riesgo está entre 1 y 4 de 1000 casos, se asocia con el aborto quirúrgico e incrementa el riesgo a mayor edad gestacional.
- Trauma cervical: Es una complicación exclusiva del aborto quirúrgico, con un riesgo sumamente bajo de 1 en 100 casos.
- Riesgos de anestesia y otros riesgos quirúrgicos. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Por otro lado, tenemos que el aborto puede darse en un contexto inseguro, y aquí sus complicaciones son una causa importante de morbi-mortalidad materna.

Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran:

- Hemorragia
- Septicemia
- Peritonitis
- Traumatismo de cuello uterino y órganos abdominales

Aproximadamente un 20 a 30% causan infecciones del aparato reproductor y entre 20 a 40% infección del tracto genital superior. (Sedgh, 2012)

Una de cada cuatro mujeres desarrollara una incapacidad temporal o permanente. (Levine, 2004). Se estima que 5 millones de mujeres sufren algún tipo de discapacidad como resultado de las complicaciones del aborto inseguro. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

Los resultados de las complicaciones, especialmente de las relacionadas con el aborto inseguro, dependerán de la frecuencia y la rapidez con la que las mujeres acudan a servicios médicos para recibir atención. Se debe tener en cuenta que por cada caso de aborto inseguro que busca atención hospitalaria, hay varios que no lo hacen por miedo al trato que recibirán o represalias legales. (WHO, 2011)

- COSTO ECONÓMICO DEL ABORTO INSEGURO

En el estudio del impacto económico del aborto inseguro, el costo promedio general por caso incurrido por los gobiernos se estimó en 2006 en 114 USD en África y 130 USD en América Latina. En el mismo reporte, se calculó un costo anual de 23 millones USD por el tratamiento de complicaciones menores causadas por el aborto inseguro en primer nivel de atención; 6 mil millones USD por el tratamiento de la infertilidad posterior al aborto; y 200 millones USD cada año por los gastos directos de los individuos y hogares en África Subsahariana por el tratamiento de las complicaciones posteriores al aborto. Adicionalmente, el gasto anual de los individuos y sus sociedades por los salarios perdidos a causa de las muertes o la discapacidad a largo plazo provocada por las consecuencias médicas crónicas del aborto inseguro se estima en 930 millones USD (Vlassoff M et al., 2008).

Según los estudios de México, al cambiar la legislatura respecto al aborto, se vio que en 2005, el aborto inseguro, le costó al estado 2,6 millones USD; y que al ofrecer aborto sin riesgos, se puede ahorrar cada año 1,7 millones de dólares (Levin C et al., 2009).

En 2012, el tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro le costó al sistema de salud pública un total de 432,7 millones de chelines kenyatas (aproximadamente 5,1 millones de dólares estadounidenses) en sueldos y suministros médicos para el personal de salud. La mayoría se gastó en el tratamiento de complicaciones médicas graves. En 2016, los costos de tratamiento para estas complicaciones en las instalaciones públicas alcanzarán un estimado de Ksh 533 millones (alrededor de US \$ 6,3 millones) (Ministry of Health, Republic of Kenya, 2018).

## **2.2 MORTALIDAD MATERNA**

La OMS define a mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. (Organización Mundial de la Salud, 2009)

Se consideran tres indicadores por la OMS que dan cuenta de la mortalidad materna de un país:

- Razón de mortalidad materna (RMM): número de defunciones maternas durante un periodo de tiempo dado por cada 100000 nacidos vivos en el mismo periodo
- Tasa de mortalidad materna: número de defunciones maternas por 100000 mujeres en edad reproductiva
- Riesgo de defunción materna a lo largo de la vida adulta: refleja la pérdida acumulada de años de vida por defunciones maternas a lo largo del ciclo vital femenino, su concepto y medición permanece en debate. (Organización Mundial de la Salud, 2009)

Mundialmente mueren aproximadamente 830 mujeres al día debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y/o el parto. La mayoría de las muertes maternas se producen en países de ingresos bajos, correspondiendo el 99% a los países en vías de desarrollo y gran parte de ellas son evitables. (OMS, 2016)

En el 2015 la razón de mortalidad materna en países en vías de desarrollo fue de 239 por 100000 nacidos vivos, mientras que en países desarrollados fue de 12 por cada 100000, una alarmante diferencia.

El grupo etario con mayor riesgo de mortalidad materna es el de las adolescentes menores de 15 años, especialmente en países en vías de desarrollo, siendo la probabilidad de muerte de 1 en 180, frente a 1 en 4900 en países desarrollados.

Las tres causas principales de mortalidad materna son hemorragia, sepsis y aborto inseguro. (WHO, 2008).

De hecho, corresponde a un 75% de las causas, las tres antes mencionadas, sumadas a hipertensión gestacional y complicaciones en el momento del parto. Un 15% está asociado a paludismo, infección por VIH y otras causas infecciosas. (OMS, 2016)

En el Ecuador, la razón de mortalidad materna según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) fue de 64,21 en el 2010, equivalente a 220.8 muertes maternas por cada 100000 nacidos vivos; y de 44,58 en el 2015, equivalente a 150 muertes por cada 336.441 nacidos vivos. (INEC, 2015)

Vale la pena mencionar que para llegar a dichos valores se realizaron ciertos ajustes, puesto que se buscaba corregir la sub-declaración existente por la posible clasificación errónea de las muertes maternas en el país. Datos por ejemplo de aborto están sesgados, ya que muchas veces no se registran.

## MORTALIDAD MATERNA Y ABORTO EN AMÉRICA LATINA

En Uruguay desde el 2012, una ley permite la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana doce. Según las estadísticas Ministerio de Salud Pública de ese país la tasa de muertes por abortos es cero o de solo una mujer por año. Uruguay tiene hoy la mortalidad materna más baja en América Latina con 1,4 muertes cada 10.000 nacidos vivos. La misma tasa en Argentina es más del doble: 3,4 fallecimientos por cada 10.000 nacidos vivos y la principal causa es la clandestinidad del aborto. Según el registro del Sistema Nacional de Información (SINAdI) del Ministerio de Salud Pública uruguayo, la legalización llevó a que no se produjeran casi muertes por esa causa -se contabilizaron sólo una 2013 y otra en 2016-. Más de 25 mil mujeres accedieron a ese derecho, de las cuales casi el 18 % son menores de 20 años. (Minuto Uno, 2018)

En México las complicaciones por aborto representan la quinta causa de muerte materna y al menos 57% ocurrieron por prácticas clandestinas, la capital del país es la única entidad con tasa cero de muerte por aborto. En Ciudad de México desde el 2007 se aprobó la Interrupción Legal del Embarazo hasta las 12 semanas de gestación. Datos de Inmujeres señalan que antes de 2007, seis de cada diez mujeres morían por complicaciones en el aborto en la Ciudad de México, debido a que lo hacían en condiciones sin control e insalubres. (Hernández, 2017)

En el caso de Chile desde la implementación de la Ley N°21.030 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en tres causales, 123 han sido las mujeres que se han acogido a la normativa, según un balance del Ministerio de Salud que abarca entre septiembre del 2017 y marzo del 2018. Del total, 50 mujeres interrumpieron su embarazo por encontrarse en riesgo de vida; 35, por presentar una inviabilidad fetal y 36, por violación. Decidieron continuar con su embarazo 12 mujeres que se encontraban en una de las 3 causales contempladas en la ley. (Corporación MILES, 2018)

- ABORTO SEGURO VS. INSEGURO

ABORTO SEGURO: “El aborto es seguro cuando es realizado por personas con la capacidad y habilidades necesarias, y en un entorno que cumple con un estándar médico mínimo” (Organización Mundial de la Salud, 2012)

ABORTO INDUCIDO INSEGURO O PELIGROSO: Procedimiento para finalizar un embarazo no deseado, realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos (Organización Mundial de la Salud, 2012). Cuando el aborto solo cumple con una de las condiciones de seguridad dictadas por la OMS se considera menos seguro y cuando ninguno de los estándares se cumple es considerado el más inseguro.

Entre 2010 y 2014 se produjeron 56 millones de abortos inducidos, de los cuales 55% fueron seguros, 31% menos seguros, y 14% más inseguros. (GUTTMACHER INSTITUTE, 2018)

Las complicaciones derivadas del aborto inseguro pueden implicar entre un 10 a un 60% de mortalidad materna, siendo la mayoría de estas muertes prevenibles (Division of Family Health World Health Organization, 1992)

Cabe recalcar que, si bien los abortos conllevan de por sí un riesgo, éste es mínimo si se utiliza un método basado en pruebas para interrumpir el embarazo en sus etapas iniciales en un centro de salud, y es máximo si se emplea un método peligroso, se usa sustancias cáusticas o la introducción de instrumentos no estériles en el útero, para interrumpir el embarazo de forma clandestina, mucho más en etapas avanzadas de un embarazo. Tanto es así que, al ser realizado conforme a estándares médicos mundiales recomendados, el aborto es uno de los procedimientos médicos más seguros y presenta una mortalidad de 0.7 por cada 100.000 abortos (Berer, 2004). Esta tasa es tomada de Estados Unidos, donde existen leyes que legalizan el aborto, sin

embargo, si comparamos con países en vías de desarrollo, donde esta práctica continúa siendo penalizada, las cifras de mortalidad son muy superiores.

Tener datos reales del aborto inseguro es complicado, puesto a que existe un subregistro del mismo. Cada año se producen alrededor de 22 millones de abortos inseguros (Organización Mundial de la Salud, 2012); se atribuye que, en el año 2008, 47000 muertes maternas fueron a causa de éste. (WHO, 2011) Globalmente el riesgo de morir por un aborto inseguro es de 30 por cada 100.000 nacidos y 40 por cada 100.000 en países en vías de desarrollo. El número de muertes por cada 100.000 abortos peligrosos a nivel mundial es de 220, en países desarrollados es tan baja como 30 por cada 100.000 y en países en vías de desarrollo es de 220 por cada 100.000. La región de África Occidental es la que presenta la cifra más elevada de mortalidad, llegando a 540 muertes por cada 100.000 abortos inseguros, si comparamos con América Central y Sudamérica que presentan 20 por cada 100.000, dato que puede verse sesgado por a falta del registro de éstos. (WHO, 2011).

Otra aclaración pertinente al caso es que el aborto inseguro o peligroso no es sinónimo de aborto ilegal. La ilegalidad o penalización de este no define su seguridad; la seguridad del aborto debe incluir tanto el procedimiento del mismo como el tratamiento del aborto espontaneo o incompleto.

**ABORTO LEGAL:** Cuando un aborto es permitido por el estado, bajo la dirección de instituciones y directrices nacionales de salud.

Las tasas de aborto son muy similares entre países donde el aborto es restrictivo y donde es legal, siendo de 37 por cada 1000 mujeres en países donde es prohibido o restringido solo cuando pone en peligro la vida de la madre, en comparación con 37 por cada 1000 mueres en países donde es legal en toda circunstancia (GUTTMACHER INSTITUTE, 2018). Esto claramente demuestra que el que sea restrictivo o no, no determina que no se susciten abortos, pero si define la seguridad del mismo.

ABORTO RESTRINGIDO: Aborto con pocas indicaciones legales, directivas nacionales que imponen barreras no exigidas por la ley, estigma relacionado con el aborto, costo de los servicios y falta de unidades de salud que ofrecen los servicios. (Börjesson, 2015)

Según los registros de Naciones Unidas, el 98% de los países del mundo permiten la práctica del Aborto Terapéutico para salvar la vida de las mujeres, 63% para preservar su salud física, 62% para preservar su salud mental, 43% en casos de violación e incesto, 39% en casos de malformaciones fetales.

## **2.3 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**

- INTERNACIONALES

Por parte de la Organización Mundial de la Salud, el último manual de práctica clínica existente en este tema es el “Manual de práctica clínica para un aborto seguro”. Documento creado a partir de las recomendaciones clínicas establecidas en “Aborto seguro: guía técnica y de políticas para los sistemas de salud” creada en el 2012. Esta guía busca permitir una toma de decisiones basada en evidencia a los cuidados necesarios para un aborto seguro, este documento va dirigido a proveedores de salud con destrezas y entrenamiento necesario, sin ser sustituto de capacitación formal o un manual de entrenamiento. Revisiones sistemáticas de Cochrane de ensayos clínicos aleatorios, fueron la principal fuente de evidencia para las recomendaciones.

El contenido de esta guía incluye tres secciones: pre-aborto, aborto y post-aborto. En la sección de pre aborto se discute, información, consejería y toma de decisiones; antecedentes médicos, examen físico; laboratorio y otros estudios, y análisis de opciones anticonceptivas. En la sección de aborto se trata el aborto médico y quirúrgico, ambos dependiendo de la edad gestacional, se cubre la prevención y control

de infecciones, manejo de dolor, medicamentos, insumos y equipos. Por último en la sección de post-aborto se mencionan las condiciones necesarias de alta, seguimiento, anticoncepción post-aborto y evaluación y manejo de complicaciones. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

La International Planned Parenthood Federation (IPPF), Región del Hemisferio Occidental, elaboró en 2012 las Guías clínicas y protocolos para abortos de primer trimestre: Procedimientos quirúrgicos y médicos. Este documento incluye entre sus temas, los requisitos previos a la atención integral para un aborto, específicamente el respeto a los derechos de las mujeres, confidencialidad, dignidad, decisiones libres e informadas. Incluye información sobre aborto médico o quirúrgico, las consecuencias a largo plazo de un aborto seguro (ninguna), seguimiento post aborto, anticoncepción, equipamiento, instrumentos, suministros y medicamentos. (International Planned Parenthood Federation, 2012)

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador

En Ecuador, en el 2015, el Ministerio de Salud Pública, realizó la guía de práctica clínica “Atención del aborto terapéutico”, documento basado en el marco constitucional de salud como derecho y las excepciones a la penalización del aborto según el Código Integral Penal.

Las preguntas que responde esta guía son

¿Cuáles son las indicaciones para la realización de un aborto terapéutico? ¿Cuál es el asesoramiento que el personal de salud debe dar a una mujer con indicación de aborto terapéutico? ¿Cuál es el manejo farmacológico y quirúrgico del aborto terapéutico? ¿En qué momento se debe referir a una paciente con indicación de AT?

En esta guía se tratan las indicaciones para la realización de un aborto terapéutico, por una parte, “si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”. La recomendación en este caso es que al detectar que el embarazo o parto puede significar un peligro para la salud de la mujer no evitable por otros medios, el personal de salud debe asesorar a la paciente sobre la posibilidad de acceder a un aborto terapéutico en el Sistema Nacional de Salud. En caso de ser requerido el procedimiento, el profesional deberá realizarlo en un plazo máximo de seis días, y, en caso de no contar con capacidad resolutive, referir de manera inmediata.

La otra causal mencionada es “Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental”. Cuando una mujer con discapacidad mental acude a los servicios del Sistema Nacional de Salud, con un embarazo producto de una violación, se deben aplicar los protocolos vigentes para la atención integral a mujeres víctimas de violencia sexual y asesorar sobre la posibilidad de acceder a un aborto terapéutico. El abordaje debe ser diferenciado considerando que, debido a la violación, puede presentar una descompensación o agudización de la patología mental. En caso de confirmarse el embarazo y requerir la interrupción, esta deberá realizarse en un plazo máximo de seis días.

Posterior a estas recomendaciones específicas, la guía contiene información sobre el procedimiento, consejería, aborto médico o quirúrgico, complicaciones y criterios de referencia y contrareferencia. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015)

Previo a la realización de la guía de aborto terapéutico, en 2013 se publicó por parte del mismo organismo, la guía de práctica clínica “Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente”.

Las preguntas que responde esta guía son ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de un aborto espontáneo en evolución, completo o incompleto? ¿Cuáles son los factores de riesgo para aborto espontáneo? ¿Cuál es más efectivo y seguro, comparando el

LUI, el AMEU y el tratamiento farmacológico para la evacuación uterina en caso de aborto espontáneo? ¿Cuál es la conducta inicial de manejo que se debe seguir en caso de aborto recurrente? ¿Se debe realizar tamizaje para diabetes y enfermedad tiroidea en mujeres asintomáticas con aborto recurrente? ¿Es segura y efectiva la prescripción de progesterona para prevenir el aborto recurrente? ¿Existe evidencia que apoye la prescripción de gonadotropina coriónica humana para prevenir el aborto recurrente? ¿Cuáles son las complicaciones y efectos secundarios del aborto quirúrgico? (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

Estas guías de práctica clínica, en su inicio, indican que son de carácter general y no definen un modo único de conducta procedimental o terapéutica, sino que proveen una orientación basada en evidencia científica para la toma de decisiones, la que deberá ser complementada con el buen juicio clínico, las necesidades, preferencias de cada paciente, recursos disponibles y la norma vigente. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

## **2.4 MARCO Y SITUACIÓN JURÍDICA**

- INTERNACIONAL

Para el 2012, cerca del 40 % de las mujeres en edad fértil vivían en países que tienen leyes muy restrictivas o donde el aborto, aun siendo legal, no está disponible ni es accesible. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

En 1967 la Asamblea Mundial de la Salud, se refirió al aborto inseguro como un problema serio de salud pública en muchos países. (Organización Mundial de la Salud, 1967)

En 1999, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de las Naciones Unidas (ICPD +5), se acordó por parte de los gobiernos, “en los casos en los que el aborto no esté contra la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que los abortos sean accesibles y sin riesgos. Deben tomarse medidas adicionales para salvaguardar la salud de las mujeres”

A partir de este mandato de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, crea en el 2003 el documento “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”. El documento antes mencionado fue actualizado a su segunda edición en el 2012. Estos documentos son creados adicionalmente por la necesidad de evidencia que apoye las prácticas recomendadas para la atención del aborto sin riesgos. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

En 2004, la estrategia de salud reproductiva de la OMS para acelerar el avance hacia los objetivos y metas de desarrollo establece: “El aborto inseguro, una causa prevenible de mortalidad y morbilidad maternas, debe abordarse como parte del Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo a la mejora de la salud materna y de otros objetivos y metas internacionales de desarrollo” (Organización Mundial de la Salud, 2004)

La Organización Mundial de la Salud, refiere que existe un consenso sobre el impacto del aborto inseguro en la mortalidad materna, que, a través de educación sexual, planificación familiar, servicios de aborto sin riesgos según la ley lo permita y servicios de cuidado post aborto, puede y debe prevenirse. (Organización Mundial de la Salud, 2012).

- RECOMENDACIONES DE ORGANISMOS INTERNACIONALES A ECUADOR

En el 2012, en el examen periódico universal del Ecuador, Uruguay en el Consejo de Derechos Humanos, de las Naciones Unidas, recomendó al país promover el acceso a servicios de salud reproductiva, incluida la educación sobre salud sexual y reproductiva, así como servicios amigables a los jóvenes. (Consejo de Derechos Humanos, 2012)

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en marzo del 2015 refirió que observa con preocupación, el limitado acceso al aborto terapéutico, la negativa de los debates parlamentarios sobre el Código Integral Penal, a despenalizar el aborto en caso de violación, incesto o malformaciones fetales graves. El Comité recomendó al Estado, a poner en práctica la Guía Práctica Clínica para el aborto terapéutico, capacitando al personal relevante y evaluando los resultados de la guía; también a respetar la confidencialidad de las personas que acuden a servicios de salud reproductiva. En el caso del aborto recomendó despenalizarlo en casos de violación, incesto y malformaciones graves del feto. (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2015)

En abril del 2015, Human Rights Watch (HRW), organización no gubernamental, envió una carta al Dr Mauro Andino, Presidente de la Comisión Especializada Permanente de Justicia y Estructura del Estado de la Asamblea Nacional de la República del Ecuador, en la que hacía seguimiento a las recomendaciones emitidas por CEDAW mencionadas en el párrafo anterior. En la carta mencionan el cambio realizado en el Código Integral Penal en el 2014 en la sección de aborto, en donde se cambió el lenguaje ofensivo de “mujer idiota o demente” por “mujer con una discapacidad mental” entre las causales no punibles del aborto refiriéndose a los casos de violación de este grupo, cambio necesario pero no suficiente según menciona HRW. (Human Rights Watch, 2015)

• ECUADOR

## - CONSTITUCIÓN

La Constitución del Ecuador, aprobada en Montecristi, vigente desde 2008, en su sección séptima sobre salud, refiere que el Estado garantizará el derecho a salud mediante acceso permanente a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y reproductiva. (Asamblea Constituyente, 2008)

En el capítulo sexto de Derechos de libertad, se reconoce el derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre la salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener. (Asamblea Constituyente, 2008)

En la sección de Buen Vivir se menciona que el Estado será responsable de asegurar acciones y servicios de salud sexual y reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y posparto. (Asamblea Constituyente, 2008)

Todos estos artículos mencionados, defienden los derechos reproductivos, la vida de las mujeres, y su derecho a decidir sobre su cuerpo, por otro lado el artículo 45 en la sección de niñas, niños y adolescentes menciona que el Estado garantizará la vida desde la concepción. (Asamblea Constituyente, 2008)

## - CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL

Las leyes de aborto en Ecuador se encuentran dentro del Código Integral Penal, actualizado en el 2014, documento que refiere en su introducción, proteger los derechos de las personas y por lado limitarlos, garantizando reparación integral de las víctimas.

En este documento se establece la ilegalidad del aborto inducido consentido, con penas privativas de la libertad tanto para la persona que haga abortar a una mujer (uno a tres años) y la mujer que lo permita (seis meses a dos años).

El aborto es no punible únicamente en dos casos, cuando se lo realiza para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y cuando el embarazo es resultado de una violación a una mujer con discapacidad mental. (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2014)

#### - MUJERES DENUNCIADAS POR ABORTO

Human Rights Watch, entre los meses de mayo y julio de 2013, realizó una investigación en ocho provincias del país, se entrevistó a 45 médicos que brindaban atención médica a mujeres y jóvenes que se han sometido a abortos, 37 mujeres (casi la mitad afroecuatorianas o indígenas) donde se recolectó información sobre su salud reproductiva y antecedentes de violencia de género; y a 22 expertos sobre derechos de la mujer. A través de esta investigación Human Rights Watch determinó que la criminalización del aborto tras un acto de violencia sexual (salvo en caso de que la mujer sea “idiota” o “demente”, como lo establecía el anterior Código Integral Penal). tiene las siguientes consecuencias: obstaculiza la detección y prevención de violencia de género y violencia sexual; contribuye a la mortalidad materna, genera demoras y obstáculos a la atención médica de mujeres y jóvenes; perpetúa estereotipos negativos de mujeres y jóvenes que viven con discapacidad. (Human Rights Watch, 2013)

- En Ecuador, según la Fiscalía, 184 mujeres han sido enjuiciadas por el delito de aborto consentido, entre agosto del 2014 hasta mayo del 2017. De acuerdo a Darwin Jaramillo, fiscal de Pichincha, indicó que 90% de las mujeres que son enjuiciadas por abortar, son denunciadas por los médicos que las atienden como consecuencias de complicaciones obstétricas. Las mujeres son enjuiciadas en las primeras 24 horas posterior a la denuncia, por ser considerado un delito

flagrante, por lo que las audiencias se realizan frecuentemente en los establecimientos de salud o custodiadas por personal policial. (Comercio, 2017)

## **2.5 EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL**

Es definida por La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) como un proceso basado en el currículo de enseñanza y aprendizaje sobre los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad.

Tiene como meta aportar a los niños y jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores que les permitan: realizar su salud, su bienestar y su dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; considerar cómo sus elecciones afectan su propio bienestar y el de los demás; y comprender y garantizar la protección de sus derechos a lo largo de sus vidas. ( United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO, 2018)

En enero de 2018, UNESCO publica las Guías Técnicas Internacionales para Educación Sexual, documento basado en evidencia, reafirma la posición de la educación sexual en un marco de derechos humanos y equidad de género. La guía está diseñada para elaboradores de políticas para desarrollar currículos de aprendizaje, apropiados a la edad para niñas, niños y jóvenes de 5 a 18 años o más. La guía demuestra que la educación sexual, ayuda notablemente a jóvenes a ser más responsables en su actitud y comportamiento sobre salud sexual y reproductiva. Es esencial para combatir que las niñas dejen la escuela debido a matrimonio forzado, embarazo adolescente y problemas de salud sexual y reproductiva. Es necesaria porque en algunas partes del mundo 2 de 3 niñas reportan no saber qué pasa con ellas cuando empiezan a menstruar, y el embarazo y complicaciones en el parto, son la segunda causa de muerte entre personas de 15-19 años. No aumenta la actividad sexual, comportamientos sexuales de riesgo, o las infecciones de transmisión sexual/VIH; también presenta evidencia que indica que programas que promueven

únicamente la abstinencia fallan en prevenir la iniciación sexual temprana, o en reducir el número de parejas sexuales en jóvenes.

La guía fue desarrollada en colaboración con UNAIDS, United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations Children's Fund (UNICEF), UN Women, and the World Health Organization (WHO). (UNAIDS, 2018)

- EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL Y ABORTO

La UNESCO en las últimas guías internacionales sobre educación sexual integral, indica en los objetivos de aprendizaje sobre derechos humanos y sexualidad para jóvenes de 15-18 años, el entender que existen leyes locales o nacionales y acuerdos internacionales que abordan los derechos humanos y su impacto en la salud sexual y reproductiva, entre los específicos se encuentra el aborto. (UNESCO, 2018)

En el módulo de búsqueda de ayuda y apoyo, indica como meta para jóvenes de 12 a 15 años, el aprendizaje de la importancia de la evaluación de las fuentes de ayuda y apoyo, incluyendo fuentes de servicios y medios, con el fin de acceder a servicios e información de calidad, entre los específicos se encuentra el entendimiento de que existen lugares donde se puede acceder a apoyo para salud sexual y reproductivo, entre ellos aborto y cuidados post aborto. En este punto hace hincapié a que en todos los casos, las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para el manejo de complicaciones de un aborto. (UNESCO, 2018)

En el módulo de embarazo y prevención del embarazo, en los objetivos de aprendizaje para jóvenes de 15 a 18 años, se establece, la comprensión de que el embarazo no planificado sucede, y todas las jóvenes deberían tener acceso a servicios y protecciones necesarias para su salud y bienestar, como objetivos específicos se encuentra el identificar la gama de servicios de salud y apoyo disponibles en caso de embarazo no planificado o planificado. También está el entendimiento de que el aborto inseguro supone un riesgo de salud serio para mujeres y niñas. (UNESCO, 2018)

En el caso de Ecuador, existe el plan “Educando en Familia” por parte de Ministerio de Educación, dentro de sus guías existe el documento “Educación de la sexualidad y afectividad” Guía para formadores, publicado en septiembre de 2015, en dicho documento no existe ni una sola referencia al aborto. (Ministerio de Educación del Ecuador, 2015)

El Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021, del Ministerio de Salud Pública, no tiene referencias a educación sexual, únicamente al aborto inseguro como problema de salud pública. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

## **2.6 DERECHOS**

- **DERECHOS HUMANOS**

Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin diferenciación alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todas y todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles. (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, s.f.)

- **DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

Contextualizando el marco legal que respalda la atención médica del aborto, se puede empezar estableciendo la definición de Salud Reproductiva, siendo un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos; esta definición, establecida en 1994 en la Conferencia

Internacional sobre la Población y el Desarrollo, especifica que la libertad para decidir procrear o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. (Naciones Unidas, 1994)

- **APLICACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS PARA EL ABORTO SIN RIESGOS**

A continuación se citan ejemplos de tratados y decisiones de tribunales, algunos ya han sido mencionados previamente en este marco teórico, sin embargo en esta sección se agrupan para una mejor comprensión.

Entre las garantías para las bases legales integrales del aborto se tiene aplicar medidas para prevenir el aborto inseguro, como por ejemplo enmendar las leyes restrictivas que representan una amenaza para la vida de las mujeres, incluyendo las adolescentes. Brindar el aborto legal en casos donde la continuación del embarazo pone en peligro la salud de las mujeres, incluyendo las adolescentes. Brindar el aborto legal en casos de violación e incesto. Reformar las leyes que penalizan los procedimientos médicos, como el aborto, que solo necesitan las mujeres o las leyes que castigan a las mujeres por realizarse estos procedimientos.

En el área de planificación y administración de la atención para un aborto sin riesgos se puede mencionar: garantizar el acceso a tiempo a una gama de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, incluyendo a las adolescentes, que se brinden de un modo que asegura el consentimiento plenamente informado de la persona, respeta su dignidad, garantiza su confidencialidad y es sensible a sus necesidades y perspectivas. Reducir la morbilidad y mortalidad maternas en adolescentes, particularmente a causa del embarazo a edad temprana y prácticas de aborto inseguro, y desarrollar e implementar programas que proporcionan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, que incluyen planificación familiar, anticoncepción y servicios de aborto sin riesgos de acuerdo a las leyes de aborto del lugar. Brindar información sobre salud

sexual y reproductiva, y mecanismos para garantizar que todas las mujeres, incluyendo las adolescentes, tengan acceso a la información sobre los servicios de aborto legal.

Otro punto importante, es la eliminación de las barreras regulatorias, políticas y al acceso, entre las que se encuentran: suprimir la necesidad de la autorización de un tercero que interfiere con el derecho de las mujeres y las adolescentes a tomar decisiones sobre la reproducción y a ejercer el control sobre sus cuerpos. Eliminar barreras que impiden el acceso de las mujeres a los servicios de salud, como costos altos para los servicios de atención médica, el requisito de contar con la autorización preliminar del esposo, del padre o de las autoridades hospitalarias, las largas distancias hasta las instalaciones de salud y la ausencia de transporte público cómodo y asequible, y también garantizar que el ejercicio de la objeción de conciencia no impida el acceso de las personas a los servicios para los que tienen derecho por ley. Implementar un marco legal o político que permita que las mujeres accedan al aborto donde el la ley lo permita.

Por último, la provisión de tratamiento de las complicaciones del aborto: proporcionar tratamiento a tiempo para las complicaciones del aborto independientemente de la ley sobre el aborto inducido, para proteger la vida y la salud de la mujer. Eliminar la práctica de solicitar confesiones con fines judiciales a las mujeres que buscan atención médica de urgencia como resultado de un aborto ilegal y el requisito legal para el personal de salud de informar casos de mujeres que se han sometido al aborto. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

- DERECHOS DE LOS PACIENTES

Específicamente en el área de salud y en Ecuador, los Derechos de Paciente, establecidos en la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, establece que, las pacientes

tienen derecho a una atención digna, libre de discriminación, confidencial e informada. (Congreso Nacional del Ecuador, 2006)

- CONFIDENCIALIDAD.

○ *NORMAS INTERNACIONALES QUE PROTEGEN EL PRINCIPIO DE CONFIDENCIALIDAD*

Empezando por el documento más importante de derechos, la Declaración Universal de Derechos Humanos reconoce el derecho a la privacidad bajo el derecho a “dignidad inherente”, La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), indica que la violación de la confidencialidad tiene consecuencias negativas en la relación médico – paciente. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales estableció en el año 2016, que ningún Estado puede limitar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos “derecho de acceso y control de datos personales constituye un derecho fundamental en muchos ámbitos de la vida, pues la falta de mecanismos judiciales que permitan la rectificación, actualización o anulación de datos afectaría directamente el derecho a la privacidad, el honor, la identidad personal, la propiedad y la fiscalización sobre la recopilación de datos obtenidos”. El Comité contra la Tortura definió como tortura la denegación o retraso de tratamiento, o la práctica de brindar atención médica que salva vidas a las mujeres que sufren complicaciones de abortos ilegales únicamente con la condición de que primero ellas digan si tuvieron un aborto. Por último, la Organización Mundial de la Salud, en la edición de 2012 de Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud, refiere “dentro del marco de las leyes nacionales de aborto, los estándares y las guías deben incluir protección para la toma de decisión en forma voluntaria y basada en la información, la autonomía en la toma de decisión, la ausencia de discriminación, y la confidencialidad y privacidad para todas las mujeres, incluidas las adolescentes” (Ipas, 2016).

- CRIMINALIZACIÓN DE LA MUJER Y EQUIDAD DE GÉNERO

Género, es un sistema de construcción social que categoriza a las personas basado en creencias socioculturales sobre que comportamientos, características y atributos son inherentes a la masculinidad o feminidad. (Turner, Evelina Börjesson, Amanda Huber, & Cansas Mulligan, 2011) A nivel mundial, creencias socioculturales sobre género, pueden llevar a estereotipos, discriminación y violencia, como por ejemplo límites en el acceso a educación a las mujeres o restricciones a sus pertenencias económicas basado en un estado de subordinación en la sociedad. (International Sexuality and HIV Curriculum Working Group, 2009)

Los estereotipos de género, la discriminación y violencia, pueden relacionarse con las experiencias de las mujeres con el aborto en las siguientes maneras

- Embarazo no deseado: El estado de subordinación de las mujeres puede afectar su capacidad para tomar decisiones sobre la relaciones personales y el embarazo, y tomar decisiones al respecto, incluso si tienen relaciones sexuales y si usan anticonceptivos. Las mujeres a menudo tienen menos poder y control que los hombres sobre el momento y el tipo de relaciones sexuales que tienen, y muchas mujeres experimentan embarazos no deseados debido a violencia sexual. (International Planned Parenthood Federation/ Western Hemisphere Region (IPPF/WHR)., 2002)
- La idea social de feminidad: A menudo esta idea se iguala con maternidad, aceptándose la sexualidad femenina con el fin de reproducción, se espera que todas las mujeres se conviertan en madres y no son vistas como mujeres "reales" hasta que tienen hijos. (Kumar, 2013)
- La decisión de continuar o terminar el embarazo: A menudo esta decisión se ve controlada por su pareja, padres o suegra. Un estudio con 1.400 mujeres indias identificó una capacidad limitada entre las mujeres jóvenes rurales en términos de toma de decisiones, libertad de movilidad, autoeficacia y sentido de autoestima. De las mujeres casadas que habían experimentado un aborto, un tercio no había tenido ningún papel en la toma de decisiones. (Banerjee, 2013)

- Acceso a aborto seguro: Con falta de recursos económicos, el acceder a aborto seguro puede ser un reto. En algunos países, mujeres casadas necesitan consentimiento de sus parejas para acceder a servicios de aborto seguro. (Center for Reproductive Rights, 2009) El solicitar un consentimiento o nombre de la pareja en los formularios, puede hacer sentir a mujeres solteras, que los servicios de aborto seguro no están disponibles para ellas. (Turner, Evelina Börjesson, Amanda Huber, & Cansas Mulligan, 2011)
- Calidad de los servicios de aborto: Las creencias y actitudes sobre feminidad, género y sexualidad femenina de un proveedor de servicios de salud puede afectar la atención que recibe una mujer. Por ejemplo si una mujer es joven y soltera, el proveedor de servicios de salud puede no proveer analgesia durante un procedimiento de aborto para desalentar un comportamiento sexual considerado inadecuado. Si una mujer está casada, el proveedor de servicios puede negar servicios de aborto, alegando que la mujer debería estar feliz de la posibilidad de ser madre. Un estudio en Bangladesh demostró que uno de cada cinco centros de salud, que proveían regulación menstrual, negaban servicios si la mujer no tenía hijos. (Guttmacher Institute, 2012)

## CAPÍTULO III

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se basa en el problema de salud pública que supone el aborto en Ecuador, especialmente el conocimiento de las leyes y normativas de este tema, por parte del personal de salud.

Se ha tomado como referencia el Memorando del Ministerio de Salud Pública MSP-2017-0790-M, del 4 de agosto de 2017, citado a continuación:

“Mediante memorando MSP-2017-0790-M, del 4 de agosto de 2017, la ministra de Salud, Verónica Espinosa, recuerda la obligación de que los establecimientos de salud atiendan de manera oportuna a las mujeres que lleguen con procesos de aborto en curso o con consecuencias de aborto ya realizados, para precautelar su derecho a la vida, sin que esto implique de manera alguna la legalización de los casos de aborto sancionados en el Código Orgánico Integral Penal.

En Ecuador, el aborto es permitido en caso de que el embarazo ponga en riesgo la vida o la salud de la mujer y si el embarazo es consecuencia de una violación de una mujer con discapacidad mental. Por otra parte, la atención de salud es un derecho para todos, infractores y no infractores, y de ahí el recordatorio realizado en el memorando.

En el documento, la ministra Espinosa menciona que en la atención de estos casos, como en otros, debe respetarse el secreto profesional, que es una obligación reconocida en la Constitución y el propio Código Orgánico Integral Penal. En ese sentido, restringir la atención médica post aborto por el temor de las mujeres a las represalias o sanciones penales puede causar que algunas de estas mujeres tengan graves complicaciones o mueran, de acuerdo con criterios internacionales.

A partir de la anterior fundamentación, Verónica Espinosa dispone a los profesionales de la salud brindar la atención médica necesaria en los establecimientos a los casos de interrupción del embarazo y sus complicaciones, siempre en sujeción a la legislación vigente y además considerando los procedimientos establecidos en las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública.” (Ministerio de Salud Pública, 2017)

A través de esta investigación se busca tener una visión clara sobre el conocimiento y actitudes de las leyes y normativa del aborto en nuestro medio académico, es un tema relevante y actual que no se ha estudiado previamente en nuestra Facultad.

### **3.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

¿Conocen las leyes del aborto y las guías de práctica clínica del aborto en Ecuador, así como el impacto del tema en materia de salud pública a nivel nacional, los estudiantes de pregrado de medicina y posgrado de Ginecología y Obstetricia, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y cuáles son sus actitudes respecto a este tema?

### **3.3 OBJETIVOS**

- **Objetivo General**

Establecer los conocimientos y actitudes sobre las leyes del aborto y guías de práctica clínica del aborto en Ecuador entre los estudiantes de sexto a décimo segundo nivel de pregrado de la Facultad de Medicina y posgradistas de Ginecología y Obstetricia de primero, segundo y tercer año de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, febrero-abril 2018.

- **Objetivos específicos**

- Correlacionar los conocimientos y actitudes sobre las leyes del aborto y guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, según el nivel de formación médica y la interacción con pacientes con aborto del estudiante
- Analizar los conocimientos y actitudes sobre las leyes del aborto y guías de práctica clínica de aborto en Ecuador según el contexto sociodemográfico del estudiante.
- Determinar la relación entre el nivel de educación sexual integral del estudiante y el conocimiento y actitudes sobre las leyes del aborto y guías de práctica clínica del aborto en Ecuador.

- Establecer la relación entre el conocimiento de derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos de los estudiantes con las actitudes sobre las leyes del aborto en Ecuador.

### 3.4 HIPÓTESIS

Existe poco conocimiento de las leyes del aborto y guías de práctica clínica del aborto en Ecuador entre los estudiantes de sexto a décimo segundo nivel de pregrado de la Facultad de Medicina y posgradistas de Ginecología y Obstetricia de primero, segundo y tercer año de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, febrero-abril 2018.

Las actitudes de los estudiantes, de sexto a décimo segundo nivel de pregrado de la Facultad de Medicina y posgradistas de Ginecología y Obstetricia de primero, segundo y tercer año de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, respecto a las leyes del aborto en Ecuador, afectan negativamente la atención médica de las pacientes con aborto en curso y pone en riesgo su derecho de confidencialidad.

### 3.5 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo transversal

### 3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Item
Sociodemográficas				
Sexo	Conjunto de características	Biológica	Población según el sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujer</li> <li>• Hombre</li> </ul>

	genotípicas y fenotípicas que determinan la diferenciación del ser humano en hombre y mujer.			
Edad	Años cumplidos por el participante	Biológica	Población según la edad	Años
Nivel	Nivel en el que se encuentra matriculado el participante, en la Facultad de Medicina o Posgrado de Ginecología y Obstetricia	Académica	Población según nivel de formación académica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6to nivel</li> <li>• 7mo nivel</li> <li>• 8vo nivel</li> <li>• 9no nivel</li> <li>• 10mo nivel</li> <li>• 11vo nivel</li> <li>• 12vo nivel</li> <li>• 1er año de posgrado Ginecología y obstetricia</li> <li>• 2do año de posgrado Ginecología y obstetricia</li> <li>• 3er año de posgrado</li> </ul>

				Ginecología y obstetricia
Estado civil	Situación de una persona en cuanto a vínculos personales que tiene con otros del mismo o diferente sexo y que son reconocidos jurídicamente	Social	Población según el estado civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casado</li> <li>• Soltero</li> <li>• Viudo</li> <li>• Divorciado</li> <li>• Unión libre</li> </ul>
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca	Social	Población según religión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Católico</li> <li>• Cristiano</li> <li>• Evangélico</li> </ul>

	de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Judío</li> <li>• Testigo de Jehová</li> <li>• Mormón</li> <li>• Otra</li> <li>• Ninguna</li> </ul>
Maternidad o Paternidad	Cualidad de una persona en la que ha tenido una hija o hijo en su vida.	Social	¿Ha sido o es, madre o padre?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>
Contexto personal				
Derechos Humanos	Son inherentes a todas las personas sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o	Jurídica	Cuál considera usted su nivel de conocimiento de derechos humanos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulo</li> <li>• Bajo</li> <li>• Medio</li> <li>• Alto</li> </ul>

	<p>étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.</p>			
<p>Salud Reproductiva</p>	<p>La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y</p>	<p>Social</p>	<p>Cuál considera usted su nivel de conocimiento sobre salud reproductiva?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulo</li> <li>• Bajo</li> <li>• Medio</li> <li>• Alto</li> </ul>

	<p>sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.</p>			
<p>Educación Sexual Integral</p>	<p>Es definida por La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) como un proceso basado en el currículo de enseñanza y</p>	<p>Social</p>	<p>Cómo calificaría usted la calidad de educación sexual integral que recibió en su vida?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulo</li> <li>• Bajo</li> <li>• Medio</li> <li>• Alto</li> </ul>

	aprendizaje sobre los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad.			
Atención médica en Aborto	Conjunto de habilidades y conocimientos médicos para diagnosticar y tratar un aborto.		Esta preparado para dar atención médica a una paciente con aborto en curso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>

Contacto con mujeres con aborto	Contacto con pacientes o personas cercanas que hayan cursado abortos en medio de servicios de salud u otros.	Social	Cuál es el número de pacientes con aborto en curso (inducidos y espontáneos) con las que ha estado en contacto en el último año, en medio de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0</li> <li>• 1-10</li> <li>• 10-50</li> <li>• Más de 50</li> </ul>
			¿Conoce a una o más personas que hayan tenido un aborto inducido en los últimos 5 años?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>
Conocimientos				
Conocimientos sobre aborto	Información relacionada al aborto, definiciones,	Teórica	¿Cuál de las siguientes opciones es la más	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legrado uterino instrumental</li> </ul>

	epidemiología, aborto inseguro, leyes en Ecuador.		recomendada como método de aborto quirúrgico?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspiración manual endouterina</li> </ul>
			¿La evidencia sugiere que tener un aborto aumenta la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>
			¿Conoce qué es el aborto inseguro y sus complicaciones ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>
			Marque las causales en las que el aborto no es penalizado en Ecuador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de que el producto presente serias malformaciones</li> <li>• Incesto</li> <li>• Violación en todos los casos</li> <li>• Violación a</li> </ul>

				<p>mujeres menores de 18 años</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Violación a una mujer con discapacidad mental</li> <li>• Cuando corre peligro la vida de la mujer</li> <li>• En ningún caso es penalizado</li> <li>• En todos los casos es penalizado</li> <li>• No conozco en qué casos es penalizado</li> </ul>
--	--	--	--	--

Actitudes

Actitudes respecto al aborto	Manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar respecto al aborto.	Actitudinal	Considera que las leyes vigentes de aborto en Ecuador contribuyen al aumento en la mortalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Neutral</li> <li>• Desacuerdo</li> <li>• Muy desacuerdo</li> </ul>
------------------------------	---	-------------	---	---

			materna	
			Considera el aborto inseguro como un problema de salud pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Neutral</li> <li>• Desacuerdo</li> <li>• Muy desacuerdo</li> </ul>
			Se debe denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Neutral</li> <li>• Desacuerdo</li> <li>• Muy desacuerdo</li> <li>•</li> </ul>
			Se debe dar atención médica a una mujer con complicaciones de un aborto inducido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Neutral</li> <li>• Desacuerdo</li> </ul> <p>Muy desacuerdo</p>

Elaboración: Meneses e Imbago, 2018

### **3.7 MUESTRA**

Estudiantes de pregrado, comprendidos entre sexto nivel y décimo segundo nivel, de la Facultad de Medicina y posgradistas del posgrado de Ginecología y Obstetricia de Primer, Segundo y Tercer año, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que hayan cumplido con los criterios de inclusión.

Tamaño de la muestra: 309

Datos perdidos: 30

Número de participantes: 279

Tipo de muestra: Muestra representativa probabilística

#### **Justificación de representatividad**

La muestra es representativa debido a que los resultados obtenidos al final del estudio pueden ser aplicados a todo el universo.

Criterios de inclusión para el estudio:

- Estudiantes que hayan firmado el consentimiento informado y:
  - Matriculados en el pregrado de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador entre 6to y 12do nivel, entre los meses de febrero-abril 2018.
  - Matriculados en el posgrado de ginecología de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador entre 1ero y 3er año, entre los meses de febrero-abril 2018.
  - Matriculados en 6to nivel de pregrado de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, entre los meses de febrero-abril 2018 que hayan cursado el caso de Sangrados de la primera mitad del embarazo.

Criterios de exclusión para el estudio:

- Estudiantes
  - Pertenecientes a 1ero a 5to nivel del pregrado de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador
  - Pertenecientes a otra Facultad de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador
  - Pertenecientes a otra universidad.
  - Pertenecientes a otro posgrado de la Facultad de Medicina distinto al posgrado de ginecología
  - Pertenecientes a sexto nivel de pregrado de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador, que no hayan cursado el caso de Sangrados de la primera mitad del embarazo.

### **3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Se adjunta en el presente documento en la sección de “Anexos”, la herramienta que se utilizó para la recolección de información. ANEXO 1

- Las encuestas fueron aplicadas por los autores
- Las encuestas fueron anónimas

### **3.9 PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN**

Se acudió a las instalaciones de la Facultad de Medicina para aplicar las encuestas a los estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión del estudio, entre los meses de marzo y abril 2018, previa aprobación del comité de bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

### **3.10 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS**

La base de datos y el análisis se realizó mediante el Paquete Estadístico SPSS. Se realizó un análisis descriptivo univariado, mostrando datos estadísticos, de frecuencia,

moda, mínimos, máximos y porcentajes. Posteriormente se realizó un análisis bivariado entre las variables sociodemográficas y de contexto personal de cada persona encuestada y las variables de conocimientos y actitudes, estableciendo asociación con un porcentaje de error de 95%.

Se agruparon las respuestas obtenidas en las variables de actitudes en 3 grupos grandes, de acuerdo (incluyendo muy de acuerdo), neutral y en contra (incluyendo muy en contra).

Se ha considerado como respuesta correcta a la pregunta de conocimiento de causales en las que el aborto es legal en Ecuador, al haber marcado como respuestas correctas en la encuesta “Violación a una mujer con discapacidad mental” y “Cuando corre peligro la vida de la mujer”.

### **3.10 ASPECTOS BIOÉTICOS**

Procedimiento: Se pidió a los estudiantes que decidieron formar parte del estudio firmar un consentimiento informado (ANEXO 2) para poder usar su información dentro del estudio. Por lo demás esta investigación no presentó ningún tipo de peligro para la salud de los estudiantes, además que se mantuvo en anonimato sus datos personales.

Riesgos: Al participar en esta investigación, los estudiantes pudieron sentir que se estaba violando su privacidad, sin embargo, no corrieron riesgo alguno, ya que se mantiene la confidencialidad absoluta.

Confidencialidad: La información recogida por esta investigación se mantendrá confidencial. Cualquier información tiene un número o código en vez del nombre. Solo los investigadores saben cuál es su número y no se ha divulgado o divulgará dicha información. La información será presentada en la disertación del trabajo final de tesis de los investigadores. Si los resultados de este estudio se publican o presentan, no se utilizará el nombre de los participantes.

## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS

#### 4.1 ANÁLISIS UNIVARIADO

Se aplicó la encuesta a 279 estudiantes, de sexto a décimo segundo nivel de pregrado de la Facultad de Medicina y posgradistas de Ginecología y Obstetricia de primero a tercer año de la PUCE, durante los meses de febrero a abril de 2018.

##### 4.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La población estudiada fue del sexo femenino el 58,4% (n=163) hombres el 41,6% (n=116). La edad media 23 (+/-3,71ds) (R: 19 - 40) años; se presenta por separado los grupos de pregrado y posgrado con las siguientes características:

Grado	N	% de N total	Media	Desv. Desviación	Mínimo	Máximo
Pregrado	213	76.3%	22.76	1.776	19	31
Posgrado	66	23.7%	30.03	2.706	26	40
Total	279	100.0%	24.48	3.701	19	40

La distribución por niveles de los encuestados se presenta en la siguiente tabla:

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Sexto nivel	24	8.6
	Séptimo nivel	23	8.2
	Octavo nivel	35	12.5
	Noveno nivel	26	9.3
	Décimo nivel	36	12.9
	Décimo primer nivel	40	14.3
	Décimo segundo nivel	29	10.4
	Primer año PG	15	5.4
	Segundo año PG	24	8.6

Tercer año PG	27	9.7
Total	279	100.0

El 91 % de la población encuestada refirió que su estado civil es soltera (n=254), seguido de casadas en un 8.2% (n=23) y finalmente un 0.7% divorciadas (n=2).

El orden de religiones expresadas por la población encuestada, en orden de frecuencia fue católica en el 72,4% (n=202), ninguna en 16,1% (n=45), cristiana en 7,9% (n=22) y otra en 3,6% (n=10). La mayoría de la población encuestada refirió que nunca ha sido madre/padre en un 90,7% de los casos (n=253), mientras que el restante 9,3% indicó que si lo ha sido (n=26).

#### **4.1.2. CONTEXTO PERSONAL**

##### **Conocimiento de derechos humanos**

El grupo de estudio manifestó en su mayoría, tener un nivel medio de conocimientos sobre derechos humanos con 70,3% (n=196), seguido de bajo en 21,9% (n=61), alto en 6,5% (n=18) y nulo en 1,4% de los casos (n=4).

##### **Conocimiento sobre salud reproductiva**

El grupo de estudio manifestó en su mayoría, tener un nivel medio de conocimientos sobre salud reproductiva con 61,6% (n=172), seguido de alto en 34,4% (n=96), y bajo en 3,9% de los casos (n=11).

##### **Calidad de educación sexual integral**

La mayoría de la población encuestada calificó la calidad de la educación sexual integral que recibió en su vida como media, con 52,7% (n=147), seguido de bajo en 25,4% (n=71), alto en 19,4% (n=54) y finalmente nula en 2,5% (n=7).

##### **Preparación para dar atención médica a una paciente con aborto en curso**

El 66,7% de la población encuestada manifestó sentirse preparada para dar atención médica a una paciente con aborto en curso (n=186), mientras que 33,3% manifestaron que no se sentían preparadas (n=93).

### **Número de pacientes con aborto en curso con las que ha estado en contacto en el último año, en medio de servicios de salud**

En orden de frecuencia, la mayoría de la población encuestada ha tenido contacto con 1 a 10 pacientes con aborto en curso en el último año, 38,7% (n=108), seguido de 0 pacientes en 31.9% (n=89), 10 a 50 pacientes en 19% (n=53) y por último más de 50 pacientes en 10,4% (n=29).

### **Contacto con una o más personas que hayan tenido un aborto inducido**

De total de los encuestados 67.4% (n=188) han conocido a una o más personas que han tenido un aborto inducido en los últimos 5 años, y 32.6% (n=91) no conocen.

### **4.1.3. CONOCIMIENTOS SOBRE ABORTO**

#### **Conocimiento de la opción más recomendada como método de aborto quirúrgico**

El 75.3% de encuestados (n=210) respondió que la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) es la opción más recomendada dentro del método quirúrgico, el 24.7% (n=69) respondió que es el Legrado Uterino Instrumental (LUI).

#### **Conocimiento de la evidencia sobre la relación entre aborto y secuelas psicológicas**

El 93,9% del total de encuestados (n=262) contestó que la evidencia sugiere que tener un aborto aumenta la posibilidad de sufrir secuelas psicológicas y el 6.1% respondió que no (n=17).

#### **Conocimiento del aborto inseguro y sus complicaciones**

El 96.8% (n=270) encuestados respondieron que sí conocen qué es el aborto inseguro y sus complicaciones, el 3.2% (n=9) respondieron no conocer.

#### **Conocimiento de causales en las que el aborto es penalizado en Ecuador**

Del total de los encuestados, 57% no conocen las causales en las que el aborto no es penalizado en Ecuador (n=159), el 43% sí lo conocen (n=120).

#### **4.1.4. ACTITUDES SOBRE EL ABORTO**

##### **Actitud sobre las leyes vigentes de aborto en Ecuador y mortalidad materna**

El 69,9% de los encuestados está de acuerdo (n=195), seguidos por el grupo de los que están neutrales (n=76), y finalmente el grupo que está en contra de considerar que las leyes vigentes del aborto en Ecuador contribuyen a un aumento en la mortalidad materna (n=8).

##### **Actitud sobre el aborto inseguro como problema de salud pública**

Del total de encuestados, el 95.3% está de acuerdo en considerar al aborto inseguro como un problema de salud pública (n=266), seguidos del 3,6% que respondió neutral (n=10) y luego 1,1% de participantes que respondieron estar en contra (n=3)

##### **Actitud sobre la denuncia de mujeres que se han provocado un aborto**

Las respuestas expresadas sobre denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto por orden de frecuencia fueron: 49,1% en contra (n=137), 37.6% neutral (n=105) y 13,3% de acuerdo (n=37),.

##### **Actitud sobre la atención médica a mujeres con complicaciones de abortos inducidos**

De todos los encuestados, 97.8% están de acuerdo en que se debe dar atención médica a una mujer con complicaciones de un aborto inducido (n=273), 1.1% están en contra de esto (n=3), y 1.1% manifestaron considerarse neutrales (n=3).

## 4.2 ANÁLISIS BIVARIADO

El sexo de nuestra población no evidenció tener relación estadísticamente significativa con las variables de conocimientos y actitudes cruzadas (Tabla 1)

En la división por niveles la población encuestada respondió, el 95,8% de sexto (n=23), el 82,6% de séptimo (n=19), el 82,9% de octavo (n=29), el 73,1% de noveno (n=19) y el 69% de décimo segundo nivel de pregrado (n=20) y a nivel de posgrado el 86,7% de primer año (n=13) y 100% de segundo y tercer año (n=51) expresaron que el método quirúrgico más recomendado es AMEU. Mientras el 52,8% de décimo (n=19) y 52,5% de décimo primer nivel (n=21), refirieron que la mejor opción es LUI. Estos resultados son significativos, al tener una p de 0,00. (Tabla 2)

El 50% de los estudiantes encuestados de sexto (n=12), el 60,9% de séptimo (n=14), el 54,3% de octavo (n=19), el 50% de noveno (n=13) y el 52,8% de décimo nivel (n=19) tuvieron los valores más altos al verificar si conocen las causales en las que el aborto no es penalizado en Ecuador. Mientras que únicamente conocieron las causales el 32,5% de décimo primer nivel (n=13), el 13,8% de décimo segundo (n=4) y el 39,4% de posgrado (n=26) Estos valores son estadísticamente significativos con un valor  $p=0,011$ . (Tablas 2 y 3).

El 8,5% de estudiantes encuestados de pregrado (n=18) están de acuerdo en denunciar a las mujeres que se han provocado un aborto, a nivel de posgrado la cantidad es mayor siendo 28,8% (n=19), resultados que son significativos ( $p=0,000$ ). Particularmente en tercer año de posgrado los resultados son mayores, siendo 33,3% (n=9) los que consideran que se debe denunciar ( $p=0,00$ ). (Tablas 2 y 3)

A nivel de pregrado, 31,5% de la población encuestada manifestó como método más recomendado de aborto quirúrgico LUI (n=67) y 68,5% AMEU (n=146), a nivel de posgrado 3% manifestó LUI (n=2) y la gran mayoría 97% AMEU (n=64). Estos resultados son significativos al tener una p menor a 0,05. (Tabla 3)

A nivel de pregrado, 92,0% de la población encuestada manifestó que el aborto si causa secuelas psicológicas (n=196) y 100% a nivel de posgrado (n=66). Estos resultados son estadísticamente significativos al tener un valor de Test exacto de Fisher = 0,015 (Tabla 3)

Al comparar la respuesta de método más recomendado de aborto quirúrgico con el estado civil de la persona encuestada, encontramos que 100% de las personas casadas (n=23) y divorciadas (n=2) manifestaron AMEU como la mejor opción. En el grupo de personas solteras, 27,2% manifestaron LUI (n=69) y 72,8% AMEU (n=185). Estos resultados tienen una significación asintótica de 0,011 por lo que son significativos. (Tabla 4)

El estado civil marcó una diferencia significativa ( $p=0,000$ ) en cuando a denunciar a las mujeres, ya que el 100% de divorciados están de acuerdo en que se debe denunciar (n=2), el 34,8% de casados (n=8) y el 10,6% de solteros (n=27). (Tabla 4)

Un 2% del grupo de católicos en este estudio (n=4), están en contra de considerar que las leyes vigentes del aborto en Ecuador contribuyen a un aumento en la mortalidad materna, que es un porcentaje bajo al comparar con el 4,5% de cristianos (n=1) y con 6,7% que no tienen ninguna religión (n=3). Estos resultados fueron significativos al presentar una  $p=0,039$ . (Tabla 5)

El 18,2% de cristianos (n=4), el 15,8% (n=32), el 2,2% de la población que no tiene religión (n=1) y 0% de la población de "otras religiones". están de acuerdo con que se debe denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto. Esto fue significativo estadísticamente ( $p=0,016$ ) (Tabla 5)

En el caso de la maternidad o paternidad y la opción más recomendada como método de aborto quirúrgico, el 92,3% refirieron AMEU en el grupo que sí ha sido madre o

padre (n=24), mientras que 73,5% marcaron AMEU en el grupo que no ha sido madre o padre (n=186). Estos resultados son significativos con una p de 0,034. (Tabla 6)

Comparando con el nivel de conocimiento sobre salud reproductiva, las personas que sí conocen que es aborto inseguro y sus complicaciones fueron: 81,8% del grupo bajo (n=9), 95,9% del grupo medio (n=165) y 100% del grupo alto (n=96). Estos resultados son estadísticamente significativos al tener un valor  $p=0,003$ . (Tabla 8)

El 80,1% de la población encuestada que manifestó sentirse preparada para dar atención médica a una paciente con aborto en curso indicaron AMEU como método recomendado de aborto quirúrgico (n=149). Este valor es significativo al tener una p de 0,008. (Tabla 10)

Al contrastar el grupo que manifestó estar preparado para dar atención médica en caso de abortos en curso con aquellos que manifestaron no estarlo se evidenció que el 16,1% los que están preparados (n=30) están de acuerdo con denunciar a las mujeres que se han provocado un aborto, mientras que sólo están de acuerdo el 7,5% de los que no están preparados (n=7), con una  $p=0,025$ . (Tabla 10)

Las personas que han estado en contacto con más de 50 pacientes con aborto en curso en el último año en servicios de salud, indicaron en un 100% de los casos que el método recomendado de aborto quirúrgico es AMEU (n=29). Estos resultados son significativos al tener un valor  $p=0,00$  (Tabla 11).

El conocimiento de derechos humanos, la calidad de educación sexualmente integral y el conocimiento de personas que hayan tenido un aborto inducido en los últimos 5 años, no evidenciaron tener relación estadísticamente significativa con las variables de conocimientos y actitudes cruzadas (Tablas 7, 9 y 12)

Tabla 1 Sexo

Conocimientos	Mujeres		Hombres		p
	n=	%	n=	%	
<b>¿Cuál de las siguientes opciones es la más recomendada como método de aborto quirúrgico?</b>					
Aspiración Manual Endouterina	127	77,9%	83	71,6%	0,260*
Legrado Uterino Instrumentado	36	22,1%	33	28,4%	
<b>¿La evidencia sugiere que tener un aborto aumenta la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas?</b>					
Si	153	93,9%	109	94,0%	1*
No	10	6,1%	7	6,0%	
<b>¿Conoce qué es el aborto inseguro y sus complicaciones?</b>					
Si	159	97,5%	111	95,7%	0,497*
No	4	2,5%	5	4,3%	
<b>Conocimiento de causales en las que el aborto es penalizado en Ecuador</b>					
Si	65	39,9%	55	47,4%	0,222*
No	98	60,1%	61	52,6%	
<b>Actitudes</b>					
<b>Considera que las leyes vigentes del aborto en Ecuador contribuyen a un aumento en la mortalidad materna</b>					
De acuerdo	118	72,4%	77	66,4%	0,349
Neutral	42	25,8%	34	29,3%	
En contra	3	1,8%	5	4,3%	
<b>Considera el aborto inseguro como un problema de salud pública</b>					
De acuerdo	158	96,9%	108	93,1%	0,320
Neutral	4	2,5%	6	5,2%	
En contra	1	0,6%	2	1,7%	
<b>Se debe denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto</b>					
De acuerdo	17	10,4%	20	17,2%	0,239
Neutral	62	38,0%	43	37,1%	
En contra	84	51,5%	53	45,7%	
<b>Se debe dar atención médica a una mujer con complicaciones de un aborto inducido</b>					
De acuerdo	160	98,2%	113	97,4%	0,649
Neutral	2	1,2%	1	0,9%	
En contra	1	0,6%	2	1,7%	

\* Se usó Test exacto de fisher

Fuente: Base de datos. Autores: Meneses e Imbago 2018

Tabla 2 Nivel

	Sexto		Séptimo		Octavo		Noveno		Décimo	
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%
<b>Conocimientos</b>										
<b>¿Cuál de las siguientes opciones es la más recomendada como método de aborto quirúrgico?</b>										
Aspiración Manual Endouterina	23	95,8%	19	82,6%	29	82,9%	19	73,1%	17	47,2%
Legrado Uterino Instrumentado	1	4,2%	4	17,4%	6	17,1%	7	26,9%	19	52,8%
<b>¿La evidencia sugiere que tener un aborto aumenta la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas?</b>										
Si	22	91,7%	22	95,7%	34	97,1%	26	100,0%	32	88,9%
No	2	8,3%	1	4,3%	1	2,9%	0	0,0%	4	11,1%
<b>¿Conoce qué es el aborto inseguro y sus complicaciones?</b>										
Si	24	100,0%	23	100,0%	35	100,0%	25	96,2%	33	91,7%
No	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,8%	3	8,3%
<b>Conocimiento de causales en las que el aborto es penalizado en Ecuador</b>										
Si	12	50,0%	14	60,9%	19	54,3%	13	50,0%	19	52,8%
No	12	50,0%	9	39,1%	16	45,7%	13	50,0%	17	47,2%
<b>Actitudes</b>										
<b>Considera que las leyes vigentes del aborto en Ecuador contribuyen a un aumento en la mortalidad materna</b>										
De acuerdo	14	58,3%	17	73,9%	25	71,4%	18	69,2%	25	69,4%
Neutral	10	41,7%	6	26,1%	9	25,7%	6	23,1%	10	27,8%
En contra	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	2	7,7%	1	2,8%
<b>Considera el aborto inseguro como un problema de salud pública</b>										
De acuerdo	23	95,8%	22	95,7%	34	97,1%	23	88,5%	34	94,4%
Neutral	1	4,2%	1	4,3%	0	0,0%	3	11,5%	2	5,6%
En contra	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	0	%	0	0,0%
<b>Se debe denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto</b>										
De acuerdo	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	4	15,4%	5	13,9%
Neutral	9	37,5%	7	30,4%	15	42,9%	11	42,3%	17	47,2%
En contra	15	62,5%	16	69,6%	19	54,3%	11	42,3%	14	38,9%
<b>Se debe dar atención médica a una mujer con complicaciones de un aborto inducido</b>										
De acuerdo	23	95,8%	22	95,7%	35	100,0%	26	100,0%	34	94,4%
Neutral	0	0,0%	1	4,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,8%
En contra	1	4,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,8%

\* Estadísticamente significativo

Fuente: Base de datos. Autores: Meneses e Imbago 2018

Tabla 2. Nivel (continuación)

Conocimientos	Décimoprimer		Décimosegundo		Primer año PG		Segundo año PG		Tercer año PG		p
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	
<b>¿Cuál de las siguientes opciones es la más recomendada como método de aborto quirúrgico?</b>											
Aspiración Manual Endouterina	19	47,5%	20	69,0%	13	86,7%	24	100,0%	27	100,0%	0,000*
Legrado Uterino Instrumentado	21	52,5%	9	31,0%	2	13,3%	0	0,0%	0	0,0%	
<b>¿La evidencia sugiere que tener un aborto aumenta la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas?</b>											
Si	36	90,0%	24	82,8%	15	100,0%	24	100,0%	27	100,0%	0,069
No	4	10,0%	5	17,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
<b>¿Conoce qué es el aborto inseguro y sus complicaciones?</b>											
Si	37	92,5%	28	96,6%	14	93,3%	24	100,0%	27	100,0%	0,320
No	3	7,5%	1	3,4%	1	6,7%	0	0,0%	0	0,0%	
<b>Conocimiento de causales en las que el aborto es penalizado en Ecuador</b>											
Si	13	32,5%	4	13,8%	4	26,7%	9	37,5%	13	48,1%	0,011*
No	27	67,5%	25	86,2%	11	73,3%	15	62,5%	14	51,9%	
<b>Actitudes</b>											
<b>Considera que las leyes vigentes del aborto en Ecuador contribuyen a un aumento en la mortalidad materna</b>											
De acuerdo	27	67,5%	24	82,8%	12	80,0%	17	70,8 %	16	59,3%	0,854
Neutral	11	27,5%	5	17,2%	3	20,0%	6	25,0%	10	37,0%	
En contra	2	5,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	4,2%	1	3,7%	
<b>Considera el aborto inseguro como un problema de salud pública</b>											
De acuerdo	39	97,5%	28	96,6%	14	93,3%	23	95,8%	26	96,3%	0,493
Neutral	1	2,5%	1	3,4%	0	0,0%	1	4,2%	0	0,0%	
En contra	0	0,0%	0	0,0%	1	6,7%	0	0,0%	1	3,7%	
<b>Se debe denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto</b>											
De acuerdo	6	15,0%	2	6,9%	3	20,0%	7	29,2%	9	33,3%	0,010*
Neutral	17	42,5%	12	41,4%	4	26,7%	4	16,7%	9	33,3%	
En contra	17	42,5%	15	51,7%	8	53,3%	13	54,2%	9	33,3%	
<b>Se debe dar atención médica a una mujer con complicaciones de un aborto inducido</b>											
De acuerdo	39	97,5%	29	100,0%	15	100,0%	24	100,0%	26	96,3%	0,792
Neutral	1	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
En contra	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,7%	

\* Estadísticamente significativo

Fuente: Base de datos. Autores: Meneses e Imbago 2018

Tabla 3 Grado

	Pregrado		Posgrado		p
	n=	%	n=	%	
<b>Conocimientos</b>					
<b>¿Cuál de las siguientes opciones es la más recomendada como método de aborto quirúrgico?</b>					
Aspiración Manual Endouterina	146	68,5%	64	97,0%	0,000*
Legrado Uterino Instrumentado	67	31,5%	2	3,0%	
<b>¿La evidencia sugiere que tener un aborto aumenta la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas?</b>					
Si	196	92,0%	66	100,0%	0,015* **
No	17	8,0%	0	0,0%	
<b>¿Conoce qué es el aborto inseguro y sus complicaciones?</b>					
Si	205	96,2%	65	98,5%	0,691*
No	8	3,8%	1	1,5%	
<b>Conocimiento de causales en las que el aborto es penalizado en Ecuador</b>					
Si	94	44,1%	26	39,4%	0,497
No	119	55,9%	40	60,6%	
<b>Actitudes</b>					
<b>Considera que las leyes vigentes del aborto en Ecuador contribuyen a un aumento en la mortalidad materna</b>					
De acuerdo	150	70,4%	45	68,2%	0,942
Neutral	57	26,8%	19	28,8%	
En contra	6	2,8%	2	3,0%	
<b>Considera el aborto inseguro como un problema de salud pública</b>					
De acuerdo	203	95,3%	63	95,5%	0,128
Neutral	9	4,2%	1	1,5%	
En contra	1	0,5%	2	3,0%	
<b>Se debe denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto</b>					
De acuerdo	18	8,5%	19	28,8%	0,000*
Neutral	88	41,3%	17	25,8%	
En contra	107	50,2%	30	45,5%	
<b>Se debe dar atención médica a una mujer con complicaciones de un aborto inducido</b>					
De acuerdo	208	97,7%	65	98,5%	0,580
Neutral	3	1,4%	0	0,0%	
En contra	2	0,9%	1	1,5%	

\* **Estadísticamente significativo**\*\* **Se usó Test exacto de fisher**

Fuente: Base de datos. Autores: Meneses e Imbago 2018

Tabla 4 Estado Civil

Conocimientos	Casado/as		Soltero/as		Divorciado/as		p
	n=	%	n=	%	n=	%	
<b>¿Cuál de las siguientes opciones es la más recomendada como método de aborto quirúrgico?</b>							
Aspiración Manual Endouterina	23	100,0%	185	72,8%	2	100,0%	0,011*
Legrado Uterino Instrumentado	0	0,0%	69	27,2%	0	0,0%	
<b>¿La evidencia sugiere que tener un aborto aumenta la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas?</b>							
Si	23	100,0%	237	93,3%	2	100,0%	0,410
No	0	0,0%	17	6,7%	0	0,0%	
<b>¿Conoce qué es el aborto inseguro y sus complicaciones?</b>							
Si	23	100,0%	245	96,5%	2	100,0%	0,633
No	0	0,0%	9	3,5%	0	0,0%	
<b>Conocimiento de causales en las que el aborto es penalizado en Ecuador</b>							
Si	9	39,1%	111	43,7%	0	100,0%	0,427
No	14	60,9%	143	56,3%	2	0,0%	
<b>Actitudes</b>							
<b>Considera que las leyes vigentes del aborto en Ecuador contribuyen a un aumento en la mortalidad materna</b>							
De acuerdo	16	69,6%	178	70,1%	1	50,0%	0,438
Neutral	5	21,7%	70	27,6%	1	50,0%	
En contra	2	8,7%	6	2,4%	0	0,0%	
<b>Considera el aborto inseguro como un problema de salud pública</b>							
De acuerdo	22	95,7%	242	95,3%	2	100,0%	0,982
Neutral	1	4,3%	9	3,5%	0	0,0%	
En contra	0	0,0%	3	1,2%	0	0,0%	
<b>Se debe denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto</b>							
De acuerdo	8	34,8%	27	10,6%	2	100,0%	0,000*
Neutral	7	30,4%	98	38,6%	0	0,0%	
En contra	8	34,8%	129	50,8%	0	0,0%	
<b>Se debe dar atención médica a una mujer con complicaciones de un aborto inducido</b>							
De acuerdo	23	100,0%	248	97,6%	2	100,0%	0,963
Neutral	0	0,0%	3	1,2%	0	0,0%	
En contra	0	0,0%	3	1,2%	0	0,0%	

\* Estadísticamente significativo

Fuente: Base de datos. Autores: Meneses e Imbago 2018

Tabla 5 Religión

	Católico/as		Cristiano/as		Otras		Ninguna		p
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	
<b>Conocimientos</b>									
<b>¿Cuál de las siguientes opciones es la más recomendada como método de aborto quirúrgico?</b>									
Aspiración Manual Endouterina	154	76,2%	16	72,7%	7	70,0%	33	73,3%	0,937
Legrado Uterino Instrumentado	48	23,8%	6	27,3%	3	3,0%	12	26,7%	
<b>¿La evidencia sugiere que tener un aborto aumenta la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas?</b>									
Si	193	95,5%	20	90,9%	10	100%	39	86,7%	0,109
No	9	4,5%	2	9,1%	0	0,0%	6	13,3%	
<b>¿Conoce qué es el aborto inseguro y sus complicaciones?</b>									
Si	195	96,5%	20	90,9%	10	100%	45	100,0%	0,231
No	7	3,5%	2	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	
<b>Conocimiento de causales en las que el aborto es penalizado en Ecuador</b>									
Si	88	43,6%	6	27,3%	4	40,0%	22	48,9%	0,404
No	114	56,4%	16	72,7%	6	60,0%	23	51,1%	
<b>Actitudes</b>									
<b>Considera que las leyes vigentes del aborto en Ecuador contribuyen a un aumento en la mortalidad materna</b>									
De acuerdo	142	70,3%	10	45,5%	7	70,0%	36	80,0%	0,039*
Neutral	56	27,7%	11	50,0%	3	30,0%	6	13,3%	
En contra	4	2,0%	1	4,5%	0	0,0%	3	6,7%	
<b>Considera el aborto inseguro como un problema de salud pública</b>									
De acuerdo	190	94,1%	22	100,0%	10	100%	44	97,8%	0,798
Neutral	9	4,5%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,2%	
En contra	3	1,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
<b>Se debe denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto</b>									
De acuerdo	32	15,8%	4	18,2%	0	0,0%	1	2,2%	0,016*
Neutral	81	40,1%	9	40,9%	3	30,0%	12	26,7%	
En contra	89	44,1%	9	40,9%	7	70,0%	32	71,1%	
<b>Se debe dar atención médica a una mujer con complicaciones de un aborto inducido</b>									
De acuerdo	196	97,0%	22	100,0%	10	100,0%	45	100,0%	0,886
Neutral	3	1,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
En contra	3	1,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	

\* **Estadísticamente significativo**

Fuente: Base de datos. Autores: Meneses e Imbago 2018

Tabla 6 ¿Ha sido madre o padre?

	Si		No		p
<b>Conocimientos</b>	n=	%	n=	%	
<b>¿Cuál de las siguientes opciones es la más recomendada como método de aborto quirúrgico?</b>					
Aspiración Manual Endouterina	24	92,3%	186	73,5%	0,033*
Legrado Uterino Instrumentado	2	7,7%	67	26,5%	
<b>¿La evidencia sugiere que tener un aborto aumenta la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas?</b>					
Si	26	100,0%	236	93,3%	0,382*
No	0	0,0%	17	6,7%	
<b>¿Conoce qué es el aborto inseguro y sus complicaciones?</b>					
Si	26	100,0%	244	96,4%	1*
No	0	0,0%	9	3,6%	
<b>Conocimiento de causales en las que el aborto es penalizado en Ecuador</b>					
Si	12	36,2%	108	42,7%	0,734
No	14	53,8%	145	57,3%	
<b>Actitudes</b>					
<b>Considera que las leyes vigentes del aborto en Ecuador contribuyen a un aumento en la mortalidad materna</b>					
De acuerdo	17	65,4%	178	70,4%	0,299
Neutral	7	26,9%	69	27,3%	
En contra	2	7,7%	6	2,4%	
<b>Considera el aborto inseguro como un problema de salud pública</b>					
De acuerdo	25	96,2%	241	95,3%	0,854
Neutral	1	3,8%	9	3,6%	
En contra	0	0,0%	3	1,2%	
<b>Se debe denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto</b>					
De acuerdo	6	23,1%	31	12,3%	0,253
Neutral	10	38,5%	95	37,5%	
En contra	10	38,5%	127	50,2%	
<b>Se debe dar atención médica a una mujer con complicaciones de un aborto inducido</b>					
De acuerdo	26	100,0%	247	97,6%	0,730
Neutral	0	0,0%	3	1,1%	
En contra	0	0,0%	3	1,1%	

\* Se usó Test exacto de fisher

Fuente: Base de datos. Autores: Meneses e Imbago 2018

Tabla 7 Conocimiento Derechos Humanos

Conocimientos	Nulo		Bajo		Medio		Alto		p
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	
<b>¿Cuál de las siguientes opciones es la más recomendada como método de aborto quirúrgico?</b>									
Aspiración Manual Endouterina	4	100,0%	47	77,0%	146	74,5%	13	72,2%	0,666
Legrado Uterino Instrumentado	0	0,0%	14	23,0%	50	25,5%	5	27,8%	
<b>¿La evidencia sugiere que tener un aborto aumenta la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas?</b>									
Si	4	100,0%	58	95,1%	185	94,4%	15	83,3%	0,261
No	0	0,0%	3	4,9%	11	5,6%	3	16,7%	
<b>¿Conoce qué es el aborto inseguro y sus complicaciones?</b>									
Si	3	75,0%	59	96,7%	190	96,9%	18	100,0%	0,082
No	1	25,0%	2	3,3%	6	3,1%	0	0,0%	
<b>Conocimiento de causales en las que el aborto es penalizado en Ecuador</b>									
Si	3	75,0%	21	34,4%	87	44,4%	9	50,0%	0,260
No	1	25,0%	40	65,6%	109	55,6%	9	50,0%	
<b>Actitudes</b>									
<b>Considera que las leyes vigentes del aborto en Ecuador contribuyen a un aumento en la mortalidad materna</b>									
De acuerdo	2	50,0%	38	62,3%	139	70,9%	16	88,9%	0,284
Neutral	2	50,0%	22	36,1%	50	25,5%	2	11,1%	
En contra	0	0,0%	1	1,6%	7	3,6%	0	0,0%	
<b>Considera el aborto inseguro como un problema de salud pública</b>									
De acuerdo	3	75,0%	57	93,4%	188	95,9%	18	100,0%	0,332
Neutral	1	25,0%	3	4,9%	6	3,1%	0	0,0%	
En contra	0	0,0%	1	1,6%	2	1,0%	0	0,0%	
<b>Se debe denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto</b>									
De acuerdo	1	25,0%	8	13,1%	27	13,8%	1	5,6%	0,802
Neutral	2	50,0%	24	39,3%	70	35,7%	9	50,0%	
En contra	1	25,0%	29	47,5%	99	50,5%	8	44,4%	
<b>Se debe dar atención médica a una mujer con complicaciones de un aborto inducido</b>									
De acuerdo	4	100,0%	59	96,7%	193	98,5%	17	94,4%	0,592
Neutral	0	0,0%	1	1,6%	2	1,0%	0	0,0%	
En contra	0	0,0%	1	1,6%	1	0,5%	1	5,6%	

Fuente: Base de datos. Autores: Meneses e Imbago 2018

Tabla 8 Conocimiento sobre salud reproductiva

Conocimientos	Bajo		Medio		Alto		p
	n=	%	n=	%	n=	%	
<b>¿Cuál de las siguientes opciones es la más recomendada como método de aborto quirúrgico?</b>							
Aspiración Manual Endouterina	8	72,7%	127	73,8%	75	78,1%	0,723
Legrado Uterino Instrumentado	3	27,3%	45	26,2%	21	21,9%	
<b>¿La evidencia sugiere que tener un aborto aumenta la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas?</b>							
Si	10	90,9%	163	94,8%	89	92,7%	0,727
No	1	9,1%	9	5,2%	7	7,3%	
<b>¿Conoce qué es el aborto inseguro y sus complicaciones?</b>							
Si	9	81,8%	165	95,9%	96	100,0%	0,003*
No	2	18,2%	7	4,1%	0	0,0%	
<b>Conocimiento de causales en las que el aborto es penalizado en Ecuador</b>							
Si	4	63,6%	69	40,1%	47	49,0%	0,338
No	7	36,4%	103	59,9%	49	51,0%	
<b>Actitudes</b>							
<b>Considera que las leyes vigentes del aborto en Ecuador contribuyen a un aumento en la mortalidad materna</b>							
De acuerdo	5	45,5%	124	72,1%	66	68,8%	0,130
Neutral	6	54,5%	45	26,2%	25	26,0%	
En contra	0	0,0%	3	1,7%	5	5,2%	
<b>Considera el aborto inseguro como un problema de salud pública</b>							
De acuerdo	10	90,9%	166	96,5%	90	93,8%	0,604
Neutral	1	9,1%	5	2,9%	4	4,2%	
En contra	0	0,0%	1	0,6%	2	2,1%	
<b>Se debe denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto</b>							
De acuerdo	1	9,1%	18	10,5%	18	18,8%	0,133
Neutral	7	63,6%	66	38,4%	32	33,3%	
En contra	3	27,3%	88	51,2%	46	47,9%	
<b>Se debe dar atención médica a una mujer con complicaciones de un aborto inducido</b>							
De acuerdo	11	100,0%	168	97,7%	94	97,9%	0,992
Neutral	0	0,0%	2	1,2%	1	1,0%	
En contra	0	0,0%	2	1,2%	1	1,0%	

\* Estadísticamente significativo

Fuente: Base de datos. Autores: Meneses e Imbago 2018

Tabla 9 Calidad de educación sexualmente integral

	Nulo		Bajo		Medio		Alto		p
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	
<b>Conocimientos</b>									
<b>¿Cuál de las siguientes opciones es la más recomendada como método de aborto quirúrgico?</b>									
Aspiración Manual Endouterina	6	85,7%	58	81,7%	107	72,8%	39	72,2%	0,434
Legrado Uterino Instrumentado	1	14,3%	13	18,3%	40	27,2%	15	27,8%	
<b>¿La evidencia sugiere que tener un aborto aumenta la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas?</b>									
Si	7	100,0%	66	93,0%	139	94,6%	50	92,6%	0,840
No	0	0,0%	5	7,0%	8	5,4%	4	7,4%	
<b>¿Conoce qué es el aborto inseguro y sus complicaciones?</b>									
Si	6	85,7%	70	98,6%	141	95,9%	53	98,1%	0,244
No	1	14,3%	1	1,4%	6	4,1%	1	1,9%	
<b>Conocimiento de causales en las que el aborto es penalizado en Ecuador</b>									
Si	1	14,3%	33	46,5%	68	46,3%	18	33,3%	0,145
No	6	85,7%	38	53,5%	79	53,7%	36	66,7%	
<b>Actitudes</b>									
<b>Considera que las leyes vigentes del aborto en Ecuador contribuyen a un aumento en la mortalidad materna</b>									
De acuerdo	6	85,7%	53	74,6%	96	65,3%	40	74,1%	0,158
Neutral	0	0,0%	16	22,5%	48	32,7%	12	22,2%	
En contra	1	14,3%	2	2,8%	3	2,0%	2	3,7%	
<b>Considera el aborto inseguro como un problema de salud pública</b>									
De acuerdo	7	100,0%	66	93,0%	141	95,9%	52	96,3%	0,890
Neutral	0	0,0%	4	5,6%	4	2,7%	2	3,7%	
En contra	0	0,0%	1	1,4%	2	1,4%	0	0,0%	
<b>Se debe denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto</b>									
De acuerdo	0	0,0%	10	14,1%	20	13,6%	7	13,0%	0,364
Neutral	5	71,4%	24	33,8%	60	40,8%	16	29,6%	
En contra	2	26,6%	37	52,1%	67	45,6%	31	57,4%	
<b>Se debe dar atención médica a una mujer con complicaciones de un aborto inducido</b>									
De acuerdo	7	100,0%	70	98,6%	143	97,3%	53	98,1%	0,910
Neutral	0	0,0%	1	1,4%	2	1,4%	0	0,0%	
En contra	0	0,0%	0	0,0%	2	1,4%	1	1,9%	

Fuente: Base de datos. Autores: Meneses e Imbago 2018

Tabla 10 Preparación para dar atención médica a una paciente con aborto en curso

	Si		No		p
Conocimientos	n=	%	n=	%	
<b>¿Cuál de las siguientes opciones es la más recomendada como método de aborto quirúrgico?</b>					
Aspiración Manual Endouterina	149	80,1%	61	65,6%	0,008*
Legrado Uterino Instrumentado	37	19,9%	32	34,4%	
<b>¿La evidencia sugiere que tener un aborto aumenta la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas?</b>					
Si	173	93,0%	89	95,7%	0,439**
No	13	7,0%	4	4,3%	
<b>¿Conoce qué es el aborto inseguro y sus complicaciones?</b>					
Si	183	98,4%	87	96,8%	0,064**
No	3	1,6%	6	3,2%	
<b>Conocimiento de causales en las que el aborto es penalizado en Ecuador</b>					
Si	83	44,6%	37	39,8%	0,442
No	103	55,4%	56	60,2%	
<b>Actitudes</b>					
<b>Considera que las leyes vigentes del aborto en Ecuador contribuyen a un aumento en la mortalidad materna</b>					
De acuerdo	131	70,4%	64	68,8%	0,090
Neutral	47	25,3%	29	31,2%	
En contra	8	4,3%	0	0,0%	
<b>Considera el aborto inseguro como un problema de salud pública</b>					
De acuerdo	179	96,2%	87	93,5%	0,523
Neutral	5	2,7%	5	5,4%	
En contra	2	1,1%	1	1,1%	
<b>Se debe denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto</b>					
De acuerdo	30	16,1%	7	7,5%	0,025*
Neutral	61	32,8%	44	47,3%	
En contra	95	51,1%	42	45,2%	
<b>Se debe dar atención médica a una mujer con complicaciones de un aborto inducido</b>					
De acuerdo	184	98,9%	89	95,7%	0,216
Neutral	1	0,5%	2	2,2%	
En contra	1	0,5%	2	2,2%	

\* **Estadísticamente significativo**

\*\* **Se usó Test exacto de fisher**

Fuente: Base de datos. Autores: Meneses e Imbago 2018

Tabla 11 Número de pacientes con aborto en curso en contacto el último año

	0		0-10		10-50		>50		p
<b>Conocimientos</b>	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	
<b>¿Cuál de las siguientes opciones es la más recomendada como método de aborto quirúrgico?</b>									
Aspiración Manual Endouterina	71	79,8%	69	63,9%	41	77,4%	29	100,0%	0,000*
Legrado Uterino Instrumentado	18	20,2%	39	36,1%	12	22,6%	0	0,0%	
<b>¿La evidencia sugiere que tener un aborto aumenta la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas?</b>									
Si	84	94,4%	101	93,5%	48	90,6%	29	100,0%	0,395
No	5	5,6%	7	6,5%	5	9,4%	0	0,0%	
<b>¿Conoce qué es el aborto inseguro y sus complicaciones?</b>									
Si	86	96,6%	102	94,4%	53	100,0%	29	100,0%	0,202
No	3	3,4%	6	5,6%	0	0,0%	0	0,0%	
<b>Conocimiento de causales en las que el aborto es penalizado en Ecuador</b>									
Si	46	51,7%	46	42,6%	18	34,0%	10	34,5%	0,147
No	43	48,3%	62	57,4%	35	66,0%	19	65,5%	
<b>Actitudes</b>									
<b>Considera que las leyes vigentes del aborto en Ecuador contribuyen a un aumento en la mortalidad materna</b>									
De acuerdo	59	66,3%	80	74,1%	33	62,3%	23	79,3%	0,368
Neutral	29	32,6%	24	22,2%	18	34,0%	5	17,2%	
En contra	1	1,1%	4	3,7%	2	3,8%	1	3,4%	
<b>Considera el aborto inseguro como un problema de salud pública</b>									
De acuerdo	83	93,3%	103	95,4%	53	100,0%	27	93,1%	0,516
Neutral	5	5,6%	4	3,7%	0	0,0%	1	3,4%	
En contra	1	1,1%	1	0,9%	0	0,0%	1	3,4%	
<b>Se debe denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto</b>									
De acuerdo	9	10,1%	6	5,6%	12	22,6%	10	34,5%	0,000*
Neutral	30	33,7%	52	48,1%	14	26,4%	9	31,0%	
En contra	50	56,2%	50	46,3%	27	50,9%	10	34,5%	
<b>Se debe dar atención médica a una mujer con complicaciones de un aborto inducido</b>									
De acuerdo	87	97,8%	105	97,2%	53	100,0%	28	96,6%	0,164
Neutral	0	0,0%	3	2,8%	0	0,0%	0	0,0%	
En contra	2	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,4%	

\* **Estadísticamente significativo**

Fuente: Base de datos. Autores: Meneses e Imbago 2018

Tabla 12, Conocimiento de personas con aborto inducido en los últimos 5 años

Conocimientos	Si		No		p
	n=	%	n=	%	
<b>¿Cuál de las siguientes opciones es la más recomendada como método de aborto quirúrgico?</b>					
Aspiración Manual Endouterina	144	76,6%	66	72,5%	0,460
Legrado Uterino Instrumentado	44	23,4%	25	27,5%	
<b>¿La evidencia sugiere que tener un aborto aumenta la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas?</b>					
Si	179	95,2%	83	91,2%	0,190
No	9	4,8%	8	8,8%	
<b>¿Conoce qué es el aborto inseguro y sus complicaciones?</b>					
Si	184	97,9%	86	94,5%	0,157*
No	4	2,1%	5	5,5%	
<b>Conocimiento de causales en las que el aborto es penalizado en Ecuador</b>					
Si	75	39,9%	45	49,5%	0,131
No	113	60,1%	46	50,5%	
<b>Actitudes</b>					
<b>Considera que las leyes vigentes del aborto en Ecuador contribuyen a un aumento en la mortalidad materna</b>					
De acuerdo	137	72,9%	58	63,7%	0,294
Neutral	46	24,5%	30	33,0%	
En contra	5	2,7%	3	3,3%	
<b>Considera el aborto inseguro como un problema de salud pública</b>					
De acuerdo	180	95,7%	86	94,5%	0,444
Neutral	7	3,7%	3	3,3%	
En contra	1	0,5%	2	2,2%	
<b>Se debe denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto</b>					
De acuerdo	28	14,9%	9	9,9%	0,475
Neutral	68	36,2%	37	40,7%	
En contra	92	48,9%	45	49,5%	
<b>Se debe dar atención médica a una mujer con complicaciones de un aborto inducido</b>					
De acuerdo	186	98,9%	87	95,6%	0,198
Neutral	1	0,5%	2	2,2%	
En contra	1	0,5%	2	2,2%	

\* Se usó Test exacto de fisher

Fuente: Base de datos. Autores: Meneses e Imbago 2018

## CAPÍTULO V

### 5. DISCUSIÓN

Discutir sobre el aborto es de especial importancia en personal de la salud, ya que estos miembros del equipo de salud están en frecuente contacto con pacientes con abortos en curso, complicaciones del aborto o mujeres que en algún punto de su vida experimentaron un aborto de cualquier tipo. A nivel mundial se investiga conocimientos y actitudes frente al aborto de los distintos profesionales de la salud, así como estudiantes en formación que serán los futuros médicos (Alvargonzález, 2017) (Caro-Bruce, 2006) (Espery, 2004) (García, 2003). El presente estudio buscaba determinar los conocimientos y actitudes sobre las leyes del aborto y de las guías de práctica clínica del aborto en Ecuador en los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador pertenecientes a pregrado de la Facultad de Medicina y Posgrado de Ginecología y Obstetricia, y es el estudio más grande realizado en Ecuador de su tipo, incluyendo a 279 personas, en comparación con un estudio realizado en la ciudad de Cuenca a 27 especialistas en ginecología y obstetricia por Vega (Vega, 2016) y realizado a nivel nacional por León a 33 gineco-obstetras. (León, 2016).

Se encontró algunas características demográficas importantes en el presente estudio que son distintas de los otros estudios antes mencionados, realizados en el país. La principal característica demográfica que llama la atención es el predominio de hombres en los otros estudios 77,8% en el de Vega y 69,7% en el de León, contrastando con una mayoría de sexo femenino en este estudio (58,4%). En cuanto al estado civil predominante en este estudio es de personas solteras, mientras que en el estudio de León 94% fueron casadas y unidas, de la misma manera la muestra de este estudio en su mayoría no ha sido madre o padre, mientras que en el estudio de León, 93,4% refirieron tener entre 1 a 4 hijos o hijas.

Al incluir estudiantes de pregrado la muestra incluyó personas jóvenes, teniendo una edad mínima de 19 años y una máxima de 40, con una moda de 23 años. Mientras que el estudio de Vega presenta una muestra con personas de 27 años hasta 60 años, con una media de 37 años. Y León 37 a 59 años, con un promedio de 49,2 años. Se podría decir que el presente estudio representa la opinión de una nueva generación de proveedores de servicios de salud.

En el Ecuador el 91,5% de la población afirma tener una religión, de ellos, 80,4% son católicos, representando a la mayor parte de ecuatorianos (INEC, 2012). En este estudio se refleja que la mayoría de los encuestados pertenece a la religión católica (72,4%), al igual que en los estudios de Vega y León. Una diferencia importante es que dichos estudios analizaron además de la religión, la importancia de la misma en la vida de los encuestados, sin embargo, el estudio de León es únicamente descriptivo y no demuestra asociación con conocimiento y actitudes, mientras que el estudio de Vega indica que no es significativo la asociación con aceptación de la despenalización del aborto. En el presente estudio 2% de los católicos están en contra de considerar que las leyes vigentes del aborto en Ecuador contribuyen a un aumento en la mortalidad materna, que es un porcentaje bajo al comparar con los cristianos y con quienes no tienen ninguna religión.

Uno de los objetivos de este estudio era correlacionar los conocimientos y actitudes sobre las leyes del aborto y las guías de práctica clínica en el Ecuador según el nivel de formación médica y la interacción con pacientes con aborto del encuestado. Se debe tener en cuenta que, en la malla curricular de medicina de la Universidad Católica, se incluye el tema de aborto a partir de sexto nivel, pero no es un tema en el que se dé seguimiento en los siguientes niveles, además no se llega a profundizar en temas como leyes del país, aspectos éticos y sociales del aborto.

Se evaluó el conocimiento científico en base a dos preguntas, al cuál es el método quirúrgico más recomendado y si el aborto aumenta la probabilidad de tener o no

secuelas psicológicas, y el conocimiento de leyes, si los encuestados respondían adecuadamente las 2 causales en las que el aborto está despenalizado en el país.

En cuanto al método quirúrgico más recomendado, resultados significativos indicaron que las personas de sexto, séptimo, octavo, noveno y décimo segundo nivel expresaron en su mayoría como método más recomendado AMEU. Vale la pena mencionar que la encuesta se aplicó inmediatamente después de que los estudiantes de sexto semestre cursaron el caso de sangrados de la primera mitad del embarazo, en la que manejo del aborto es parte del pensum de estudios, teniendo un 95,8% (23 personas de 24 encuestadas) indicando AMEU, esto refleja que la calidad de enseñanza del manejo de aborto en términos de técnica médica es efectiva. Llama la atención y es alarmante que en el caso de décimo y décimo primer nivel la opción más recomendada entre la población encuestada es LUI. Esto coincide con un acercamiento más directo a servicios de salud, al ser semestres de externado e internado. Desde la perspectiva de los autores, se ve reflejado tipo de método de aborto quirúrgico más comúnmente usado en los hospitales en la respuesta de estos dos niveles, pese a que la norma ampliamente recomienda discontinuar LUI en aborto quirúrgico, éste se sigue utilizando y los estudiantes de medicina lo toman como la mejor opción. También refleja la falta de importancia a la evidencia científica que se mantiene en los servicios de salud y la falta de docencia de calidad.

Este vacío de conocimiento se corrige en el grupo de posgradistas, donde 97% de los encuestados indicaron AMEU como la mejor opción, pero todavía queda un 3% que indicó LUI como mejor opción. Estos resultados de todas formas son mejores que los hallados en otros estudios. García en México (García, 2003) encontró que solo 49% de los médicos (Médicos Familiares, Generales y Gineco-obstetras) sabe del procedimiento del AMEU para tratar aborto incompleto y aborto legal en su país, lo que indica que posiblemente se ignora las recomendaciones internacionales del uso de AMEU en vez de legrado para el aborto quirúrgico que incluso están dispuestas por la OMS. En Ecuador los resultados de León son similares, en su estudio la población encuestada (especialistas en el área Ginecología y Obstetricia) manifestaron como

primera y más segura elección el legrado instrumental en un 60,6% de los casos, a pesar de disponer de otra forma de manejo, sólo 39,4% indicó AMEU y aborto medicamentoso como primera opción. Se podría inferir de este estudio, que tuvo únicamente médicos especialistas con varios años de experiencia, que son precisamente estos profesionales los que se mantienen en las instituciones de salud usando ampliamente LUI en vez de AMEU y son quienes muchas veces enseñan a los más jóvenes. A partir de lo que ven por parte de estos médicos, los estudiantes de medicina están aprendiendo de forma errónea el método de LUI como opción más recomendada.

En este estudio se valoró únicamente, dentro de las variables de conocimiento, al mejor método de aborto quirúrgico porque la Guía de Práctica Clínica de Aborto del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, cita textualmente en sus recomendaciones de “Punto de buena práctica” lo siguiente: **“Se recomienda fuertemente generalizar y estandarizar el uso de AMEU en el Sistema Nacional de Salud y discontinuar el LUI con cureta.”** (Ministerio de Salud Pública, 2013) No existe una referencia así de fuerte en el tema de aborto farmacológico, motivo por el que no fue priorizado en este estudio, sin embargo futuros temas de investigación deberían valorar también el conocimiento de la alternativa farmacológica.

En este estudio se identificó también que las personas que han estado en contacto con más de 50 pacientes con aborto en curso en el último año en servicios de salud indicaron en un 100% de los casos que el método recomendado de aborto quirúrgico es AMEU. Estas personas son en su mayoría posgradistas, por lo que se presume que la experiencia práctica con la experiencia académica da un resultado positivo a conocer el mejor método. En la misma línea el 80,1% de las personas que se sienten preparadas para dar atención médica a una paciente con aborto en curso indicaron AMEU como método recomendado de aborto quirúrgico.

Por otro lado, en cuanto al conocimiento sobre las secuelas psicológicas, es extremadamente alarmante, que, a nivel de pregrado, 92% y 100% a nivel de posgrado de la población encuestada manifieste que la evidencia sugiere que tener un aborto aumenta la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas, datos con asociación estadísticamente significativa. Esto indica que, sin importar el nivel de educación, la falta de conocimiento sobre la evidencia es global, manteniéndose estigmas de salud mental infundados por la sociedad.

La evidencia presentada en la Guía de Práctica Clínica de Ministerio de Salud Pública del Ecuador, indica de manera enfática “La evidencia sugiere que NO aumenta ni disminuye la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas adversas si se tiene un aborto o no, a menos que exista una enfermedad mental previa o tenga abortos recurrentes.”

Evidencia más amplia recopilada por el Instituto Guttmacher, indica:

- Cuatro meses después de un aborto, cuatro de cada 10 mujeres en una muestra clínica estudiada en 1975 tenían sentimientos negativos no resueltos sobre el aborto. Diferían del resto al tener más a menudo "atributos que sugerían evitar sentimientos o una autoimagen negativa". También informaron relaciones menos estables y menos apoyo de sus parejas que las mujeres cuyos sentimientos sobre el procedimiento se resolvieron (Freeman, 1978).
- En una muestra de adolescentes que obtuvieron pruebas de embarazo en 1985-1986, las que interrumpieron un embarazo no tenían más probabilidades de tener problemas psicológicos dos años más tarde que las que no habían estado embarazadas o habían dado a luz. De hecho, experimentaron un cambio psicológico menos negativo que los demás (Schwab, 1989).
- Una semana después de un aborto, las mujeres en un estudio de 2008-2010 "sintieron más remordimiento, tristeza e ira por el embarazo que por el aborto, y sintieron más alivio y felicidad por el aborto que por el embarazo". La

probabilidad de tener una respuesta emocional negativa al aborto aumentó en la medida en que las mujeres habían planeado el embarazo y habían tenido dificultades para tomar la decisión de abortar (Rocca, 2013).

- Un estudio de mujeres holandesas que fueron entrevistadas poco después de un aborto en 2010-2011 y seguidas durante un promedio de casi tres años no encontró conexión entre las variables relacionadas con el aborto: dificultad o incertidumbre en la toma de decisión antes del aborto e historial de abortos múltiples, por nombrar algunos, y trastornos mentales posteriores. Pero los problemas de relación y tener un historial de trastornos mentales se asociaron con trastornos mentales posteriores. (Ditzhuijzen, 2017)

En la experiencia de los investigadores como estudiantes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, existió una enseñanza del "síndrome postaborto" como parte de la malla curricular de la materia psicosocial en sexto nivel, por lo que estos resultados podrían estar ligados a un contenido que carece de evidencia en dicha asignatura

Al referirse al conocimiento sobre leyes, es común escuchar que los médicos a nivel mundial no conocen suficientemente el marco legal que conlleva el aborto en su país. García en su estudio encontró que solo el 33% de los médicos identificaron correctamente cuándo es legal el aborto en México. En el estudio de Vega el 29.6% de los ginecólogos pudo citar correctamente las causales en las cuales el aborto no es penalizado en Ecuador. Estos resultados son muy similares a los del presente estudio, en el que la mayoría de participantes no conocen las causales en las que es penalizado, especialmente en posgradistas, quienes solo 39.4% respondieron adecuadamente. Los estudiantes de sexto, séptimo, octavo, noveno y décimo nivel tuvieron los valores más altos de conocimiento de las causales en las que el aborto no es penalizado en Ecuador. Mientras que los alumnos de internado y posgrado tuvieron peores resultados, asociación estadísticamente significativa. Se podría mencionar que

las personas de niveles académicos más bajos conocen más la legislación ecuatoriana, probablemente por una mayor vinculación con temas de derechos reproductivos.

Otro hallazgo estadísticamente significativo que los investigadores creen importante es justamente sobre el conocimiento sobre salud reproductiva en la muestra, el cual si estableció que el mayor conocimiento se relaciona con mayor conocimiento sobre qué es aborto inseguro y sus complicaciones.

Dentro del Ecuador el 90% de las mujeres que son enjuiciadas por abortar han sido denunciadas por los médicos que las atienden al presentar consecuencias de complicaciones obstétricas (Comercio, 2017). A pesar de que en el presente estudio la mayor parte de los encuestados están en contra de que se deba denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto, todavía hay personas que manifiestan estar de acuerdo con la denuncia, en especial posgradistas de ginecología y obstetricia; al ser ellos los que están en contacto frecuentemente con mujeres que se han provocado abortos, es preocupante que piensen de esta forma, ya que puede suponer que se ponga en riesgo el principio de confidencialidad médico-paciente. Una de las principales motivaciones para realizar este estudio fue justamente el poder determinar factores que influyan en que los médicos están de acuerdo con denunciar a las mujeres por abortos provocados y los resultados que se han obtenido son en su mayor parte significativamente estadísticos.

Por ejemplo, si se toma la religión, un porcentaje importante de católicos (15.8%) está de acuerdo con que se debe denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto. Quienes refieren otras religiones y ninguna tuvieron porcentajes muy bajos de estar de acuerdo con denunciar. Esto nos demuestra que la religión sí influencia en la actitud de los médicos frente a ir en contra de la confidencialidad médica y denunciar a una paciente. El estado civil también marcó una diferencia significativa en cuando a denunciar a las mujeres, ya que los divorciados están de acuerdo en que se debe denunciar, a diferencia del grupo de solteros que mayoritariamente está en contra de que se denuncie.

Cuando se compara los distintos niveles de medicina y posgrado se concluye que en los niveles más bajos de la carrera en el presente estudio (sexto y séptimo) es más evidente la posición de estar en contra de que se deba denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto, y es recién a partir de octavo semestre que se encontró personas que están de acuerdo en que se debe denunciar. A lo largo de toda la muestra, sin importar el nivel, fue muy marcada la posición de estar neutrales frente a si se debe denunciar o no, lo que demuestra que no hay una posición firme ante esta interrogativa en un gran porcentaje de los encuestados, ni si quiera en aquellos que ya ejercen la profesión de médicos, lo que pone en evidencia que el nivel de conocimiento de derechos reproductivos es bajo. Es pertinente mencionar que un 28,8% de posgradistas está de acuerdo con la denuncia, y coincide con ser el grupo que menos conoce sobre las causas de despenalización del aborto (60,6%), demostrando que consideran prudente denunciar a las mujeres, a pesar de no tener el conocimiento de las leyes del país.

Al referirse al contacto con pacientes que cursen un aborto de cualquier tipo, en un principio los autores consideran que estar en mayor contacto con pacientes se encontraría relacionado, no solo con mayor conocimiento de las técnicas de aborto, sino también con actitudes más positivas y con menos juicios de valor sobre el aborto. Tomando de referencia un estudio en Estados Unidos (Espery, 2004) en el que se invitó a 145 estudiantes que rotaban por el servicio de ginecología y obstetricia para que acudan durante medio día a la facilidad de planificación familiar en la que se dan servicios de aborto se llegó a la conclusión de que las actitudes de los estudiantes frente al aborto son más favorables después de estar en contacto más cercano con estos servicios. Sin embargo, estos datos son distintos a los evidenciados en este estudio; encontramos que mientras aumenta el número de pacientes con aborto en curso con las que han tenido contacto los participantes, también aumenta la posición de estar de acuerdo con que se denuncie a las mujeres que se han provocado un aborto, lo cual sería una actitud negativa, y nos lleva a cuestionarnos por qué al presenciar más abortos dentro del sistema de salud, los médicos y futuros médicos

toman actitudes que favorecen el ir en contra del principio de confidencialidad. Al contrastar el grupo que manifestó estar preparado para dar atención médica en caso de abortos en curso con aquellos que manifestaron no estarlo se evidenció que los que están preparados están más de acuerdo con denunciar a las mujeres que los que no. Estos hallazgos pueden deberse a que la mayoría de quienes se consideran preparados son los posgradistas, que a su vez fueron el grupo que estuvo más de acuerdo con denunciar.

Los hallazgos invitan a plantearse por qué de ciertas respuestas negativas en los posgradistas, sin que de momento existan hipótesis. Desde el punto de vista de los investigadores, se percibió que este tema de aborto supuso incomodidad, especialmente en los posgradistas de primer año de ginecología y obstetricia, quienes se mostraron en gran parte reacios a participar en el estudio al saber el tema, o se negaron a llenar el consentimiento informado. En el estudio de García se usó un cuestionario que incluía tanto preguntas sobre aborto como sobre cáncer cervicouterino, el cual tuvo mayor aceptación al contemplar dos temas. Esta herramienta tal vez hubiera sido más útil para la recolección de información en los encuestados.

Se puede rescatar que la mayoría de participantes está de acuerdo en que se debe dar atención médica a una mujer con complicaciones de un aborto inducido, y no se encontró que ninguno de los factores sociodemográficos, de conocimientos o actitudes influya en esta respuesta. Esto muestra que de alguna forma sí se cumple lo dispuesto por la Ministra de Salud del Ecuador, Verónica Espinosa, en su memorándum de agosto 2017 en el que recuerda que los establecimientos de salud deben dar atención a mujeres que tengan un aborto en curso o alguna complicación de abortos ya realizados.

En un estudio realizado en Oviedo, España, sobre conocimiento y actitudes de estudiantes universitarios respecto a aborto, mostró que los estudiantes de medicina tenían los resultados más altos de conocimientos comparado con otras carreras, pero tenían las actitudes más anti aborto de todos los grupos estudiados (Alvargónález,

2017). Muchas veces la educación médica no incluye temas controversiales, o se limita a brindar información técnica médica de éstos, sin evaluar a profundidad los problemas sociales, económicos, políticos y culturales que implican. El aborto no se maneja diferente, y es un tema tabú incluso dentro del gremio médico durante toda su formación académica. En el estudio de García en México, los médicos desearían recibir entrenamientos sobre varios temas relacionados con aborto, tanto aspectos legales como éticos y técnicas quirúrgicas y farmacológicas (García, 2003). Esto demuestra que existen vacíos en la formación que los profesionales de la salud desean cubrir.

En Estados Unidos un grupo de estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Brown buscaron implementar una asignatura electiva que permita llenar los vacíos académicos del aborto y salud sexual y esta iniciativa tuvo el apoyo administrativo de su Universidad (Caro-Bruce, 2006). Entre las conclusiones más importantes que se obtuvieron fue la participación de autoridades de la institución que a pesar de manifestar una religión apoyan el aborto. En varias Universidades del Ecuador el tema de religión es importante, por lo que la conclusión del estudio de Caro-Bruce de la independencia de la religión con la posición frente al aborto podría servir para incentivar al desarrollo de programas de información del aborto o de cambios en la malla curricular que se alejen de un punto de visto anti aborto. La iniciativa de los estudiantes de medicina de Brown se podría replicar en otras Facultades de Medicina del país, usando de igual manera jóvenes líderes y educación en pares para llegar a los estudiantes y desmentir ciertos mitos que estigmatizan el aborto en el personal de salud y futuros médicos.

Incluir en las mallas curriculares temas de planificación familiar con énfasis en temas de aborto, es esencial para formar proveedores de salud que puedan dar una atención médica de verdad integral, en Estados Unidos, en 2009 se realizó un estudio cualitativo con 29 estudiantes de medicina representando 14 instituciones educativas de todas las regiones del país, quienes tomaban materias de planificación familiar como electivas. Los resultados de las entrevistas realizadas mostraron que para 21% proveer abortos

en un futuro era la principal motivación para tomar dicha clase, 72% buscaban aumentar su conocimiento sobre aborto, 52% buscaba aumentar su experiencia sobre servicios de aborto. La mayoría de estudiantes indicó que la materia fortaleció su posición "pro elección", 62% indicó tener mayor entendimiento de la necesidad de acceso a abortos y la consejería sobre las opciones que existen a mujeres (Veazey, 2015).

Dentro de las mallas curriculares que incluyan el aborto, debería existir programas de aclaración de valores y transformación de actitudes, para evitar que el personal de salud tenga actitudes negativas que ponen en riesgo los derechos de los pacientes. Ipas en su guía de transformación de actitudes sobre aborto, indica que un programa como este tiene como meta que los participantes exploren, cuestionen, aclaren y afirmen sus valores y creencias sobre el aborto y la salud sexual y reproductiva relacionada, de modo que su conciencia y comodidad con la provisión de atención integral y centrada en la mujer se incrementen (Turner, 2008).

Ipas ha realizado un estudio de evaluación de su programa de aclaración de valores y transformación de actitudes (VCAT por sus siglas en inglés), en el que muestra que en 43 talleres realizados en 12 países entre 2016 y 2011, hubo una mejoría a nivel de conocimientos, actitudes e intenciones sobre aborto, usando una prueba estandarizada antes y después del taller, se encontró que el conocimiento incrementó de forma significativa de 49 a 67 puntos (de un máximo de 100), las actitudes de 78,2 a 80,9 puntos y las intenciones de 82,2 a 85,4. Los participantes que empezaron el taller con menos conocimientos y actitudes más en contra del acceso a aborto fueron los que experimentaron cambios más grandes en su puntaje (Turner, 2018).

Es importante que especialmente los médicos sean imparciales el momento de atender a pacientes. El estar a favor o en contra del aborto no debe ser un factor que interfiera con la atención médica, la calidad de la misma y el respeto y defensa al paciente y sus derechos. Los investigadores manifiestan que el aborto en sí no es la solución a la problemática de embarazos no deseados, ya que esta viene de la mano de problemas

sociales, políticos, económicos y culturales. Pero el aborto seguro sí es una herramienta efectiva para frenar la mortalidad materna, que es un problema global, y debe ir de la mano de acciones en todos los ángulos, como son educación sexualmente integral, acceso a anticoncepción (información y servicios), educación en derechos humanos y derechos reproductivos, por mencionar algunas.

## CAPÍTULO VI

### 6. CONCLUSIONES

Tras la realización del presente estudio y posterior al análisis estadístico, se concluye que:

1) En cuanto a conocimiento:

- En la división por niveles, la mayoría de población encuestada de sexto, séptimo, octavo, noveno y décimo segundo nivel de pregrado y los tres años de posgrado expresaron que el método quirúrgico más recomendado es AMEU. Mientras que la mayoría de personas de décimo y décimo primer nivel, refirieron que la mejor opción es LUI.
- A nivel de pregrado, 31,5% de la población encuestada manifestó LUI y 68,5% AMEU, a nivel de posgrado 3% manifestó LUI y la gran mayoría 97% AMEU.
- Al comparar esta pregunta con el estado civil de la persona encuestada, encontramos que 100% de las personas casadas y divorciadas manifestaron AMEU como la mejor opción. En el grupo de personas solteras, 27,2% manifestaron LUI y 72,8% AMEU.
- En el caso de la maternidad o paternidad, 92,3% refirieron AMEU en el grupo que sí ha sido madre o padre, mientras que 73,5% marcaron AMEU en el grupo que no ha sido madre o padre.
- El 80,1% de las personas que se sienten preparadas para dar atención médica a una paciente con aborto en curso indicaron AMEU como método recomendado de aborto quirúrgico.
- Las personas que han estado en contacto con más de 50 pacientes con aborto en curso en el último año en servicios de salud, indicaron en un 100% de los casos que el método recomendado de aborto quirúrgico es AMEU (29 personas).

- A nivel de pregrado, 92,0% de la población encuestada manifestó que el aborto si causa secuelas psicológicas y 100% a nivel de posgrado.
- Comparando con el nivel de conocimiento sobre salud reproductiva, las personas que sí conocen que es aborto inseguro y sus complicaciones fueron: 81,8% del grupo bajo, 95,9% del grupo medio y 100% del grupo alto.
- Los estudiantes de sexto, séptimo, octavo, noveno y décimo nivel tuvieron los valores más altos al verificar si conocen las causales en las que el aborto no es penalizado en Ecuador. Mientras que los alumnos de internado y posgrado tuvieron peores resultados.

## 2) En cuanto a actitudes:

- Un 2% del grupo de católicos en este estudio, están en contra de considerar que las leyes vigentes del aborto en Ecuador contribuyen a un aumento en la mortalidad materna, que es un porcentaje bajo al comparar con los cristianos (4,5%) y con quienes no tienen ninguna religión (6,7%).
- No se encontró ninguna asociación estadísticamente significativa entre considerar el aborto inseguro como problema de salud pública y las demás variables de los participantes.
- En los niveles más bajos de nuestro estudio (sexto y séptimo) es más evidente la posición de estar en contra de que se deba denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto, y a partir de octavo semestre se encontró personas que están de acuerdo en que se debe denunciar. A lo largo de toda la muestra fue muy marcada la posición de estar neutrales frente a si se debe denunciar o no. En posgradistas de tercer año los porcentajes de respuesta de desacuerdo, neutral y de acuerdo fueron todos de 33,3%.

- Los posgradistas de ginecología y obstetricia están de acuerdo en denunciar a las mujeres que se han provocado un aborto en mayor porcentaje (28.8%) que los estudiantes de pregrado (8.5%).
- El estado civil marcó una diferencia significativa en cuando a denunciar a las mujeres, ya que los divorciados están de acuerdo en que se debe denunciar en un mayor porcentaje (100%) que el grupo de casados (34,8%) y el grupo de solteros (10,6%).
- La religión influye en la actitud de denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto. Un porcentaje importante de cristianos (18,2%) y católicos (15,8%) está de acuerdo con que se debe denunciar. Quienes refieren ninguna religión presentan un porcentaje bajo (2%) y de quienes tienen otra religión nadie está de acuerdo con denunciar (0%).
- Al contrastar el grupo que manifestó estar preparado para dar atención médica en caso de abortos en curso con aquellos que manifestaron no estarlo se evidenció que los que están preparados están más de acuerdo con denunciar a las mujeres (16,1%) que los que no (7,5%).
- No existieron factores, estadísticamente significativos, sociodemográficos, de conocimientos o actitudes que influyan en la respuesta de los participantes en cuanto a dar atención médica a una mujer con complicaciones de un aborto inducido.

## Limitaciones

- El presente estudio no utilizó una encuesta estandarizada para la valoración de conocimientos y actitudes.
- La selección de la muestra no fue aleatoria, y se basó únicamente en los estudiantes que se encontraban presencialmente en las instalaciones de la universidad.
- En el caso de sexto nivel no se aplicó la encuesta a todos los estudiantes planificado en el cálculo de muestra porque sólo un grupo de dicho nivel había cumplido el criterio de inclusión de haber cursado el caso de sangrados de la primera mitad del embarazo.
- El contexto de valores religiosos de la universidad pudo ser un sesgo al responder la encuesta.
- No se pudo aplicar la muestra a toda la población planificada de primer año de posgrado por una actitud negativa a responder la encuesta de los mismos.

## CAPÍTULO VII

### 7. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados del presente estudio:

#### 1) A las autoridades de la PUCE

- Se recomienda evaluar constantemente la calidad de la educación médica recibida a nivel de prácticas en pregrado, para tener seguridad que la formación médica que se está recibiendo sea basada en evidencia y no en experiencia, hablando específicamente de externado e internado.
- Consideramos que se debe eliminar toda referencia al "síndrome postaborto" en las clases de psicosocial de la Facultad de Medicina y que las autoridades supervisen que el contenido ligado a temas de salud y derechos sexuales y reproductivos sea libre de estigma y basado en evidencia.
- Se propone que la malla curricular de pregrado de medicina extienda sus temas a consejería pre aborto, acompañamiento, cuidados integrales de aborto, cuidados post aborto, anticoncepción y el derecho de decisión.
- Se pide que se incluya un enfoque de derechos reproductivos a las clases de ginecología y obstetricia a nivel de pregrado y posgrado, además del enfoque en salud que aparentemente es bastante bueno.
- Se solicita fomentar y facilitar que los estudiantes realicen investigación sobre temas de salud y derechos sexuales y reproductivos, temas fuera de lo común que resultan incómodos en ciertas ocasiones, pero es vital su inclusión para conocer cuáles son los conocimientos y actitudes de los estudiantes en esta área.
- Se invita a que se incluyan programas de capacitación para estudiantes de medicina en educación sexual integral, basado en marcos de referencia

internacionales, libre de estigma y discriminación, con un enfoque de derechos, participativa e inclusiva. Los estudiantes deberíamos estar capacitados tanto en su contenido como en los métodos de enseñanza de la misma, con el fin de apoyar a los programas de educación sexual fuera de la escuela.

- Se recomienda incluir a los estudiantes en la toma de decisiones de cambios en las mallas curriculares, fomentando la valiosa contribución de las personas jóvenes en el ámbito académico y de investigación
- Se plantea que las autoridades de la Facultad apoyen a estudiantes que se vinculan en activismo nacional e internacional en derechos sexuales y reproductivos, a través de financiamiento y otras facilidades.
- Se recomienda incluir en la malla curricular de la Facultad de Medicina a nivel de pregrado y posgrado, un programa de aclaración de valores y transformación de actitudes sobre el aborto, que tenga un enfoque de derechos reproductivos y sea basado en la evidencia.
- Se les sugiere incluir en la malla curricular otros temas no estudiados, pero que no dejan de ser importantes como atención de salud a grupos marginales y minoritarios, como jóvenes y adolescentes, personas viviendo con discapacidades, personas económicamente marginadas, personas que viven en zonas rurales o remotas, pueblos indígenas, gays, bisexuales, lesbianas, personas jóvenes que viven con VIH, personas que ejercen trabajo sexual, personas refugiadas., migrantes, personas indocumentadas y personas trans, personas intersexuales, personas con género no conforme y queer (y todas las intersecciones de dichas identidades), que enfrentan múltiples desafíos para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva y hacer validos sus derechos.

2) A los estudiantes de Medicina y posgradistas de Ginecología y Obstetricia:

- Se aconseja llenar los vacíos académicos en cuanto al aborto a través de auto enseñanza, participación en talleres, simposios, grupos focales, capacitaciones y congresos que incluyan temas de aborto desde el punto de vista médico, legislativo y social, así como a vincularse en temas de salud sexualmente integral, derechos humanos y derechos sexuales.
- Se recomienda que este estudio se tome como punto de partida para estudios más grandes no solo en nuestra Universidad, sino a nivel Nacional, que nos brinde una perspectiva más amplia de los conocimientos y actitudes con respecto al aborto.

3) A las autoridades de Salud:

- Se recomienda que el Ministerio de Salud Pública refuerce la importancia del principio de confidencialidad entre los proveedores de servicios de salud y haga énfasis más intenso en el tema de proteger la vida de las mujeres con aborto en curso y no denunciar a las autoridades.
- Se sugiere al Ministerio de Salud Pública y entidades respectivas actualizar las Guías de Práctica Clínica existentes en el país, incluyendo las recomendaciones Internacionales en cuanto a aborto.
- Se aconseja que el Ministerio de Salud Pública ejerza presión sobre las entidades legislativas ecuatorianas para la despenalización del aborto en todas sus formas.
- Se propone que el Ministerio de Salud Pública supervise el uso de la norma y recomendaciones de aborto quirúrgico, asegurándose que existen los recursos y el entrenamiento necesario para realizar aspiración manual endouterina y reforzar el mensaje de discontinuación del uso de legrado uterino instrumentado.

- Se plantea que la academia y los servicios de salud gubernamentales, apoyen a los movimientos feministas y organizaciones no gubernamentales en la provisión de métodos de aborto médico a la luz de las leyes restrictivas que aún se mantienen en Ecuador.

#### 4) A los médicos:

- Se les recuerda que, como actores de salud, las personas que proveen servicios de este tipo deberían estar vinculados en la incidencia política para la despenalización del aborto en Ecuador en todas sus formas, particularmente y urgentemente en casos de violación, incesto y malformación, siguiendo las recomendaciones de numerosos organismos y tratados internacionales. Todas las personas embarazadas, independientemente de su edad, orientación sexual e identidad de género, tienen derecho a acceder a abortos legales, seguros, accesibles y asequibles.
- Se solicita que, en los servicios de salud, sean públicos o privados, en donde ejerzan su profesión, se abstengan de emitir juicios de valor, especialmente frente a pacientes y médicos en formación.
- Se aconseja que los médicos generales y especialistas que estén en contacto con el aborto realicen cursos de actualización médica, o a su vez, se mantengan actualizados en evidencia médica reciente sobre el tema de aborto, para que cuenten con información actualizada.
- Se les invita a reflexionar a todos los médicos sobre el principio de la confidencialidad, que es vital para que se cumplan los derechos de los pacientes, por lo que violarlo también implica ir en contra de la ética profesional.

- Se recomienda que la academia desde la evidencia haga responsable al gobierno de la necesidad de despenalizar el aborto en todas sus formas.

5) Al gobierno del Ecuador:

- Exponemos la problemática que representa el aborto inseguro en Ecuador, esperando que motive a que se busque la despenalización del aborto.
- Se recomienda al gobierno del Ecuador despenalizar el aborto en todas sus causales, como medida de reducción de la mortalidad materna en el país, cumpliendo con los principios de que “El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico”, como lo indica el Artículo 1 de la Constitución ecuatoriana.

6) Recomendaciones Generales:

- Se recuerda a todas las personas que se debe respetar opiniones diferentes a la propia, y ser respetuosos frente a los distintos puntos de vista en temas tan controversiales como este.
- Se aconseja a todas las personas se tenga en cuenta de la cantidad de mujeres que mueren en el país y en el mundo a causa del aborto inseguro.
- Se invita que los resultados obtenidos en este estudio se divulguen ampliamente por medios oficiales, haciendo énfasis en que todas las personas con un aborto en curso deben recibir atención médica integral de calidad, sin importar sus circunstancias y que ningún proveedor de salud tiene la necesidad de denunciar casos de abortos inducidos.

## CAPÍTULO VIII

### 8. BIBLIOGRAFÍA

#### Trabajos citados

- OPS, CLAP. (Mayo de 2009). Perinatal information system (SIP): perinatal clinical record: supplementary form for women. OMS.
- SEGO. (24 de Marzo de 2009). DECLARACIÓN DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO. España. Recuperado el 2 de Febrero de 2018, de <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/24/declaracion-de-la-sego/>
- Mayo, D. (2002). ALGUNOS ASPECTOS HISTÓRICO-SOCIALES DEL ABORTO. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 128-133.
- Devereux, G. (1967). *Abortion in America. A typological study of abortion in 350 primitive, ancient and pre-industrial societies*. Boston, MA: Beacon Press.
- Riddle, J. (1995). *Contraception and abortion from the Ancient World to the Renaissance*. Harvard University Press.
- Zimmernman, M. (Abril de 1977). Aborto. Leyes prácticas. (*Legislación Política No. 3*).
- Aristóteles. (IV a.C.). *Política*, Libro I .
- Platón. (380 a.C.). *La República* . 460-1.
- Masters, e. a. (1987). *La sexualidad humana*. 681-685. (E. C. Técnica, Ed.) La Habana.
- FUNDAFER. (2005). *FERTILAB*. Recuperado el 27 de Febrero de 2018, de [http://www.fertilab.net/ginecopedia/anticoncepcion/aborto/cual\\_es\\_la\\_historia\\_del\\_aborto\\_1](http://www.fertilab.net/ginecopedia/anticoncepcion/aborto/cual_es_la_historia_del_aborto_1)
- Singh, S. (2006). Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 1887-1892.
- Ministerio de Salud Pública. (Diciembre de 2013). *Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente*. Guía de Práctica Clínica. 1 edición. Quito, Ecuador.
- Williams. (2008). *Williams Ginecología*. México D.F.: McGraw Hill.
- Prine, L. (2011). Office Management of Early Pregnancy Loss. *American Family Physician*, 75-82.
- Hijona, J. (2009). *Universidad de Granada*. Recuperado el 23 de Febrero de 2018, de FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO ESPONTÁNEO: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/14585/1/18661439.pdf>
- OMS. (2012). *Unsafe abortion incidence and mortality*. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75173/1/WHO\\_RHR\\_12.01\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75173/1/WHO_RHR_12.01_eng.pdf)

- Sedgh, G. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 635-632.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). Atención del aborto terapéutico. Guía de Práctica Clínica. 1° Edición. Quito, Ecuador.
- SEGO. (Julio de 2010). *Aborto espontáneo*. Obtenido de Protocolos Asistenciales en Obstetricia: <http://blog.utp.edu.co/maternoinfantil/files/2012/04/Aborto-espontaneo-1-trimestre.pdf>
- American Academy of Family Physicians. (2006). *Advanced Life Support in Obstetrics*. México D.F.: American Academy of Family Physicians.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro.
- Laurence, L. (2007). *Goodman & Gilman. Las bases farmacológicas de la Terapéutica*. (11° edición ed.). México D.F. : McGraw Hill.
- Hospital Universidad Reina Sofía. (24 de Febrero de 2018). *Misoprostol Informe de la Comisión de Farmacia* . Obtenido de Junta de Andalucía: [https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user\\_upload/area\\_atencion\\_alprofesional/comision\\_farmacia/informes/Misoprostol.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_atencion_alprofesional/comision_farmacia/informes/Misoprostol.pdf)
- Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (LASOG). (2013). *Uso del Misoprostol en obstetricia y ginecología. Tercera Edición*. Santiago de Cali.
- Consejo Nacional de Salud. (2013). Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos. 9na revisión. Ministerio de Salud Pública del Ecuador .
- WHO. (2011). *Unsafe abortion Global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Sixth Edition*.
- Levine, P. (2004). Abortion policy and fertility outcomes: the Eastern and European experience. *Journal of Law and Economics*.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica de políticas para sistemas de salud. Segunda edición.
- Organización Mundial de la Salud. (Abril de 2009). Boletín: . r. Obtenido de <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/07-048280-ab/es/>
- OMS. (Sptiembre de 2016). Mortalidad Materna. Recuperado el 2 de Febrero de 2018, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- WHO. (2008). The global burden of disease, 2004 update. . Ginebra.
- INEC. (2015). Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Ecuador.
- GUTTMACHER INSTITUTE. (20 de Marzo de 2018). New Report Highlights Worldwide Variations in Abortion Incidence Safety.
- Division of Family Health World Health Organization. (12-15 de Abril de 1992). The Prevention and Management of Unsafe Abortion . Ginebra.

- Berer, M. (2004). National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reproductive Health Matters*, 1-8.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Montevideo.
- International Planned Parenthood Federation. (2012). Guías clínicas y protocolos para abortos de primer trimestre. Procedimientos quirúrgicos y médicos. New York.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Atención del aborto terapéutico, Guía de Práctica Clínica. Quito: Dirección Nacional de Normatización – MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, guía de práctica clínica. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. Montevideo.
- Organización Mundial de la Salud. (1967). Health aspects of population dynamics. *World Health Assembly*. Geneva.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Geneva.
- Consejo de Derechos Humanos. (2012). *Examen Periódico Universal del Ecuador 2012*. Geneva: Naciones Unidas.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2015). *Observaciones finales sobre los informes periódicos octavo y noveno combinados del Ecuador*. New York: Naciones Unidas.
- Human Rights Watch. (2015). *Letter to Dr. Mauro Andino on Ecuador's Adoption of UN Recommendations on Abortion Law*. New York. Obtenido de <https://www.hrw.org/news/2015/04/22/letter-dr-mauro-andino-ecuadors-adoption-un-recommendations-abortion-law>
- Asamblea Constituyente. (2008). Constitución del Ecuador. Montecristi, Ecuador.
- Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. (2014). Código Orgánico Integral Penal. Quito.
- Human Rights Watch. (2013). Criminalización de las víctimas de violación sexual. New York.
- Comercio, E. (25 de junio de 2017). 184 mujeres, enjuiciadas por el delito de aborto consentido .
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (2018). *International technical guidance on sexuality education*. Paris: United Nations.
- UNAIDS. (10 de enero de 2018). *UN urges comprehensive approach to sexuality education*. Obtenido de [http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2018/january/20180110\\_sexuality-education](http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2018/january/20180110_sexuality-education)

- Ministerio de Educación del Ecuador. (2015). Educación de la sexualidad y afectividad, guía de formadores. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. En V. d. Pública. Quito.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas. (s.f.). *¿Qué son los derechos humanos?* . Obtenido de <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>
- Naciones Unidas. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo: Naciones Unidas.
- Congreso Nacional del Ecuador. (2006). Ley de derechos y amparo del paciente. Quito.
- Ipas. (2016). Delatando a las mujeres: el deber de cada prestador/a de servicios de denunciar. Chapel Hill.
- Vega, B. (2016). Conocimiento actitudes y prácticas sobre el aborto voluntario y terapéutico en especialistas en Ginecología y Obstetricia que laboran en hospitales públicos del cantón Cuenca. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas UNIVERSIDAD DE CUENCA*.
- León, W. e. (2016). CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ABORTO EN UNA MUESTRA DE MÉDICOS GINECO - OBSTETRAS DE ECUADOR. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* , 169-174.
- INEC. (2012). Recuperado el 19 de 04 de 2018, de Ecuador en Cifras: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-presenta-por-primera-vez-estadisticas-sobre-religion/>
- García, S. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: Resultado de una encuesta nacional. . *Gaceta Médica de México* .
- Freeman, E. W. (1978). Abortion: Subjective Attitudes and Feelings. *Family Planning Perspectives*, 150-155.
- Schwab, L. (1989). When Urban Adolescents Choose Abortion: Effects on Education, Psychological Status And Subsequent Pregnancy. *Family Planning Perspectives*, 248-255.
- Rocca, C. H. (2013). Women's Emotions One Week After Receiving or Being Denied an Abortion in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*.
- Ditzhuijzen, v. J. (2017). Correlates of Common Mental Disorders Among Dutch Women Who Have Had an Abortion: A Longitudinal Cohort Study. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 123-131.
- Espery, E. (2004). Student Attitudes About a Clinical Experience Abortion Care During the Obstetrics and Gynecology Clerkship. *Academic Medicine*.
- Alvargónález, D. (2017). Knowledge and attitudes about abortion among undergraduate students. *Psicotherma*, págs. 520-526.
- Caro-Bruce, E. (2006). Addressing gaps in abortion education: a sexual health elective created by medical students. *Medical Teacher*, 244-247.

- Veazey, K. (11 de Noviembre de 2015). Student perceptions of reproductive health education in US medical schools: a qualitative analysis of students taking family planning electives. *Medical Education Online*.
- Turner, K. L. (2008). Abortion Attitude Transformation: A Values Certification Toolkit for Global Audiences. *Ipas*.
- Turner, K. L. (5 de March de 2018). Values certification workshops to improve abortion knowledge, attitudes and intentions: a pre-post assessment in 12 countries. *BioMed Central*.
- Börjesson, E. (2015). JÓVENES POR EL ABORTO SEGURO guía de capacitación para profesionales de la salud en formación.
- Vlassoff M et al. (2008). Economic Impact of Unsafe Abortion-Related Morbidity and Mortality: Evidence and Estimation Challenges. *Institute of Development Studies at the University of Sussex*.
- Levin C et al. (2009). Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*.
- Ministry of Health, Republic of Kenya. (2018). *The Costs of Treating Unsafe Abortion Complications in Public Health Facilities in Kenya*.
- Peinado, L. (2003). Código de Hammurabi. Estudio preliminar, traducción y notas.
- ANDEVI. (s.f.). Un poco de Historia sobre el aborto. *Asociación Navarra para la Defensa de la VIDA*, 1-6.
- Castello, P. (2008). Despenalización del aborto y nuevo proyecto constitucional: un tema polémico. *Revista de Ciencias Sociales*, 19-23.
- Flores, C. (2014). El aborto en Ecuador, no gira a la izquierda. *2do Congreso Internacional de la Asociación Mexicana de Ciencias Políticas*.
- Turner, K. L., Evelina Börjesson, Amanda Huber, & Cansas Mulligan. (2011). Abortion Care for Young Women, a Training Toolkit. Chapel Hill: Ipas.
- International Sexuality and HIV Curriculum Working Group. (2009). It's all one curriculum. New York: Population Council. .
- International Planned Parenthood Federation/ Western Hemisphere Region (IPPF/WHR). (2002). How gender-sensitive are your HIV and family planning services? New York: IPPF/ WHR.
- Kumar, A. (2013). Everything is not abortion stigma. *Women's Health Issues*.
- Banerjee, S. K. (2013). Are young women in India prepared to deal with sexual and reproductive health issues? A case study of Jharkhand, India. New Delhi: Ipas Development Foundation.
- Center for Reproductive Rights. (2009). World abortion laws 2009. New York: CRR.

Guttmacher Institute. (2012). Menstrual regulation, unsafe abortion and maternal health in Bangladesh. New York.

Minuto Uno. (19 de Febrero de 2018). Muertes por aborto: en Uruguay cayó la mortalidad materna desde la legalización.

Corporación Miles. (28 de Abril de 2018). DESDE PROMULGADA LA LEY DE ABORTO 111 MUJERES HAN INTERRUMPIDO SU EMBARAZO.

Hernández, L. (23 de Abril de 2017). Ley cumple diez años; sin muertes por aborto. *Excelsior*.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1: Encuesta**

#### **Variables sociodemográficas**

1. Sexo

- Mujer
- Hombre

2. Edad

3. Nivel que se encuentra cursando de su carrera

- Sexto Nivel
- Septimo Nivel
- Octavo Nivel
- Noveno Nivel
- Decimo Nivel
- Decimo primer Nivel
- Decimo segundo Nivel
- Primer Año de Posgrado Ginecología y Obstetricia
- Segundo Año de Posgrado Ginecología y Obstetricia
- Tercer Año de Posgrado Ginecología y Obstetricia

4. Estado civil

- Casado
- Soltero
- Viudo
- Divorciado
- Unión libre

5. Religión

- Católico
- Cristiano
- Evangélico

- Judío
  - Testigo de Jehová
  - Mormón
  - Otra
  - Ninguna
6. ¿Ha sido madre/padre?
- SI
  - NO

### **Contexto personal**

7. ¿Cuál considera usted su nivel de conocimiento de derechos humanos?
- Nulo
  - Bajo
  - Medio
  - Alto
8. ¿Cuál considera usted su nivel de conocimiento sobre salud reproductiva?
- Nulo
  - Bajo
  - Medio
  - Alto
9. ¿Cómo calificaría usted la calidad de educación sexualmente integral que recibió en su vida?
- Nula
  - Bajo
  - Medio
  - Alto
10. ¿Está preparado para dar atención médica a una paciente con aborto en curso?
- Si
  - No

11. ¿Cuál es el número de pacientes con aborto en curso (inducidos y espontáneos) con las que ha estado en contacto en el último año, en medio de servicios de salud?

- 0
- 1-10
- 10-50
- Más de 50

12. ¿Conoce a una o más personas que hayan tenido un aborto inducido en los últimos 5 años?

- Si
- No

### **Conocimientos**

13. ¿Cuál de las siguientes opciones es la más recomendada como método de aborto quirúrgico?

- Legrado uterino instrumental
- Aspiración manual endouterina

14. ¿La evidencia sugiere que tener un aborto aumenta la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas?

- Si
- No

15. ¿Conoce qué es el aborto inseguro y sus complicaciones?

- Si
- No

16. Marque las causales en las que el aborto no es penalizado en Ecuador

- En caso de que el producto presente serias malformaciones
- Incesto
- Violación en todos los casos
- Violación a mujeres menores de 18 años
- Violación a una mujer con discapacidad mental
- Cuando corre peligro la vida de la mujer (terapéutico)
- En ningún caso es penalizado

- En todos los casos es penalizado
- No conozco en qué casos es penalizado

### **Actitudes**

17. Considera que las leyes vigentes del aborto en Ecuador contribuyen a un aumento en la mortalidad materna

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Neutral
- Desacuerdo
- Muy desacuerdo

18. Considera el aborto inseguro como un problema de salud pública

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Neutral
- Desacuerdo
- Muy desacuerdo

19. Se debe denunciar a una mujer que se ha provocado un aborto

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Neutral
- Desacuerdo
- Muy desacuerdo

20. Se debe dar atención médica a una mujer con complicaciones de un aborto inducido

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Neutral
- Desacuerdo
- Muy desacuerdo

## **ANEXO 2: Consentimiento informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA**

“Conocimiento y actitudes sobre las leyes del aborto y de las guías de práctica clínica del aborto en Ecuador entre los estudiantes de sexto a décimo segundo nivel de pregrado de la Facultad de Medicina y posgradistas de Ginecología y Obstetricia de primero, segundo y tercer año de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, febrero-abril 2018.”

Investigadores principales: Daniela Estefanía Meneses Valle

Marcos David Imbago Jácome

El estudio se realizará en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador entre los meses de febrero - abril 2018.

Nombre del estudiante:

\_\_\_\_\_ A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

1. OBJETIVO GENERAL: Establecer los conocimientos y actitudes sobre las leyes del aborto y guías de práctica clínica del aborto en Ecuador entre los estudiantes de sexto a décimo segundo nivel de pregrado de la Facultad de Medicina y posgradistas de Ginecología y Obstetricia de primero, segundo y tercer año de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, febrero-abril 2018.

## 2. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Este estudio permitirá conocer los conocimientos y actitudes de los estudiantes respecto a las leyes del aborto y guías de práctica clínica del aborto en Ecuador, y sus posibles implicaciones en la atención médica de mujeres en establecimientos de salud.

## 3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre su nivel conocimiento y actitudes sobre las leyes del aborto y guías de práctica clínica del aborto en Ecuador.

## 5. ACLARACIONES

- ❖ Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- ❖ No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- ❖ Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, - aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- ❖ No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- ❖ No recibirá pago por su participación.
- ❖ En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- ❖ Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

## 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o

difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

---

Firma del participante (personal de salud) / Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador:

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

---

Firma del investigador / Fecha