

# PERCEPCIONES, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PERSONAL DE SALUD SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DEL ABORTO TERAPÉUTICO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL ECUADOR

FUNDACIÓN DESAFÍO



Quito-Ecuador

Diciembre 2015

INFORME DE  
INVESTIGACIÓN

Percepciones, Actitudes y prácticas del personal de salud sobre la implementación de la Guía de Práctica Clínica para la atención del Aborto Terapéutico en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador.

Elaborado por:

**Sara Larrea Izaguirre**

**Fundación Desafío**

Manuel Larrea N12-23 y Santa Prisca.

Edificio CONEISA, 9no Piso, Ofic. 954

Telefax: 2 283 978

Email:

[fundaciondesafioecuador@gmail.com](mailto:fundaciondesafioecuador@gmail.com)

[www.fundaciondesafio-ec.org](http://www.fundaciondesafio-ec.org)

@DesafioDerechos

[Facebook.com/fundacion.desafio](https://www.facebook.com/fundacion.desafio)

## Contenido

Resumen ejecutivo.....	3
Introducción.....	5
Métodos.....	7
Diseño, población y fuentes de información.....	7
Criterios de inclusión y exclusión.....	7
Fuentes de información.....	8
Variables y dimensiones.....	8
Variables independientes.....	8
Variables dependientes.....	9
Dimensiones de información cualitativa.....	10
Aspectos éticos.....	10
Análisis de datos.....	11
Resultados.....	12
Características de los/as profesionales de salud que participaron en el estudio.....	12
Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico.....	13
Percepciones sobre la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico.....	16
Práctica del aborto terapéutico.....	19
Percepciones, conocimiento y prácticas relacionadas con el aborto inducido.....	22
Discusión.....	30
Limitaciones.....	32
Conclusiones.....	32
Referencias.....	33
Anexos.....	35
Anexo 1: Cuestionario de la encuesta.....	36
Anexo 2: Guía para grupos focales.....	40
Anexo 3: Gráficos.....	41

## Resumen ejecutivo

El artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal del Ecuador (COIP) establece los casos en los que el aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado no es punible: si se practica para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; y, si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental. El Ministerio de Salud Pública expidió en noviembre de 2014 una Guía de Práctica Clínica para la Atención del Aborto Terapéutico, que es de cumplimiento obligatorio en todo el Sistema Nacional de Salud. La Guía reúne las evidencias científicas y recomendaciones para la interrupción del embarazo en los casos legales; explica las indicaciones, plazos y criterios para la referencia y contra-referencia de mujeres que podrían acceder a un aborto terapéutico; y provee lineamientos para su atención, diagnóstico, asesoramiento, evaluación y tratamiento.

El objetivo de esta investigación es analizar las percepciones, actitudes y prácticas del personal de salud sobre la implementación de la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Aborto Terapéutico. Las preguntas que intentamos responder con este estudio son: ¿cómo se está implementando la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico?, ¿qué barreras y facilitadores existen para la implementación de esta guía? ¿se asocia el conocimiento de la Guía a cambios en la práctica clínica y a un mejor conocimiento de la evidencia científica sobre el manejo del aborto?

Se diseñó un estudio exploratorio con métodos cuantitativos y cualitativos, basado en la aplicación de encuestas y grupos focales con médicos/as y obstetras/as de los equipos de ginecología y obstetricia de cuatro hospitales públicos de la ciudad de Quito y con integrantes de la Federación Nacional de Obstetras/tras del Ecuador. En total, se recogió información de 123 profesionales de salud que contestaron las preguntas y participaron de grupos focales entre agosto y octubre de 2015.

Las variables independientes del estudio son: ciudad, sexo, edad, formación, años de experiencia, lugar de trabajo, percepción sobre ley actual del aborto, conocimiento de la Guía y frecuencia con la que atienden abortos en curso y complicaciones postaborto. Las variables dependientes son: conocimiento sobre legislación de aborto no punible, conocimiento de requisitos para la práctica de un aborto terapéutico, percepción sobre la necesidad, utilidad y contenidos de la Guía, percepción sobre las consecuencias de la expedición de la Guía en la atención a usuarias, percepción sobre cambio en la práctica clínica a partir de la entrada en vigencia de la Guía, práctica de aborto terapéutico en el establecimiento en el que trabaja, procedimientos utilizados para realizar abortos terapéuticos, conocimiento sobre seguridad y la eficacia del Misoprostol autoadministrado por la mujer para inducir abortos, conocimientos sobre las consecuencias para la salud pública del uso del Misoprostol autoadministrado, percepciones sobre la ley actual respecto al aborto, casos en los que considera que el aborto debería ser legal, procedimientos legales en casos de aborto en curso y complicaciones postaborto. Todas estas variables también fueron abordadas como dimensiones en los grupos focales. Calculamos la distribución porcentual de los participantes según las variables, comprobamos la asociación con pruebas de Chi<sup>2</sup> y exacta de Fisher y analizamos cualitativamente la información de los grupos focales.

El 56,9% de participantes dijo que conocía la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico, el 35,8% identificó correctamente las dos causales por las que el aborto no está penalizado en el Ecuador, el 20,3% identificó adecuadamente los requisitos

para un aborto terapéutico por la causal salud y el 24,4% identificó los requisitos para el aborto terapéutico por la causal de violación a mujeres con discapacidad mental.

El 52,9% considera que la Guía es muy necesaria, el 48,0% considera que es muy útil, el 37,4% está de acuerdo con sus contenidos y el 46,3% considera que mejora la atención. Solo el 31,7% de participantes declaró que en su lugar de trabajo se realizan abortos terapéuticos, el 43% dijo que aplican las recomendaciones de la Guía y el 33% dijo que en su establecimiento se han cambiado los procedimientos a partir de la expedición de la Guía.

El 62,6% atiende abortos en curso o complicaciones postaborto frecuentemente. El 73,2% califica el uso de Misoprostol autoadministrado como poco seguro o muy inseguro y el 65,8% considera que es poco eficaz o muy ineficaz. El 72,4% considera que el uso autoadministrado de Misoprostol aumenta la cantidad de abortos, el 55,3% que aumenta la cantidad de complicaciones, el 50,4% piensa que aumenta la gravedad de las complicaciones y el 49,6% cree que aumenta la mortalidad materna.

El 43,9% de participantes considera que la ley actual con respecto al aborto es muy restrictiva, el 77,2% cree que el aborto debería ser legal por 'condiciones del feto que son incompatibles con la vida' y el 61,8% en casos de violación. El 93% de participantes dijo que no toma ninguna acción para promover la judicialización de mujeres que llegan con abortos en curso o complicaciones postaborto a su lugar de trabajo.

El conocimiento de la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico no se asoció a conocer las causales en las que el aborto es legal ni los requisitos para el aborto terapéutico. Tampoco se asoció a cambios en las prácticas ni a las percepciones y conocimientos sobre el Misoprostol. La información cualitativa mostró que las y los profesionales de salud piensan que es necesario crear mecanismos de protección legal que garanticen la seguridad de los profesionales en la práctica clínica y creen que la Guía puede ser una herramienta para esto. A pesar de eso, muchos/as sostienen que existen vacíos legales, imprecisiones y dilemas éticos que les impiden sentirse seguros/as al proveer abortos terapéuticos y brindar atención a abortos en curso y complicaciones postaborto.

De este estudio podemos concluir que en el escenario estudiado no se han establecido estrategias institucionalizadas de implementación de la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico. Entre el personal de salud que afirmó conocer la Guía, la información sobre sus contenidos es deficiente. Las barreras identificadas para la implementación de la Guía son la falta de conocimientos del personal de salud, la percepción de imprecisión en las indicaciones del aborto terapéutico y de falta de seguridad legal para la práctica médica en el país. El facilitador más importante es la percepción positiva de las y los profesionales de salud respecto a la Guía.

## Introducción

En el Ecuador, el aborto está penalizado en la mayoría de condiciones. Sin embargo, el artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal (COIP), establece dos causales de aborto que no son punibles:

1. Si se practica para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios;
2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental.

A su vez, la Ley Orgánica de Salud dispone que las funciones de rectoría en salud y la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de la ley le corresponden al Ministerio de Salud Pública (MSP): esta institución tiene la responsabilidad de dictar normas, protocolos y guías que regulen las prácticas del Sistema Nacional de Salud.

En el marco de estas competencias, el Ministerio de Salud Pública expidió en noviembre de 2014 una Guía de Práctica Clínica para la Atención del Aborto Terapéutico, que fue publicada en el Registro Oficial N° 395 en diciembre del mismo año, y es de cumplimiento obligatorio en todo el Sistema Nacional de Salud.

La Guía reúne las evidencias científicas y recomendaciones para la realización de interrupciones del embarazo que son legales según el COIP; explica las indicaciones, plazos y criterios para la referencia y contra-referencia de mujeres que podrían acceder a un aborto terapéutico; y provee lineamientos para su atención, diagnóstico, asesoramiento, evaluación y tratamiento.

El documento establece que para realizar un aborto a una mujer discapacitada cuyo embarazo es producto de una violación, se deberá contar con los siguientes requisitos: certificación de que la mujer tiene un 40% de discapacidad mental y petición verbal o escrita del representante legal en la que se declara la violación. La denuncia de la violación no es un requisito para acceder a un aborto terapéutico en estos casos.

La Guía no contiene una lista de patologías que constituyen indicaciones para el aborto por la causal de protección de la vida y la salud de la mujer embarazada, pero hace referencia a listados internacionales y deja abierta la posibilidad para que el personal médico especializado determine las indicaciones, basándose en una interpretación amplia del concepto de la salud, tal como está definida en la Ley Orgánica de Salud del Ecuador:

*Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables”.*

La Guía determina que la atención del aborto terapéutico se realizará en el segundo y tercer nivel de atención; establece un plazo máximo de tres días para evaluar y referir a la paciente a un nivel de atención apropiado y seis días para realizar el procedimiento de aborto en pacientes que cumplan con las indicaciones y decidan interrumpir su embarazo. Establece además los procedimientos recomendados según la etapa de la gestación (Misoprostol solo, Misoprostol y Aspiración Manual Endouterina y Misoprostol, Dilatación y Evacuación) y recomienda evitar el uso de legrado instrumental.

La publicación de la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Aborto Terapéutico constituye un paso importante para el Sistema Nacional de Salud del Ecuador en al menos dos sentidos: al ser parte del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal, la Guía supone el reconocimiento oficial de la relación entre las complicaciones del embarazo, el aborto practicado en condiciones de riesgo y la mortalidad materna; por otro lado, la compilación de las recomendaciones de práctica clínica basadas en la evidencia más reciente sobre métodos seguros y no invasivos de aborto, es una apuesta por mejorar la calidad de la atención del aborto terapéutico en el país y por asegurar que las mujeres en esta situación se beneficien de los avances científicos.

Se sabe que el aborto es el causante de alrededor del 12% de muertes maternas en América Latina, y parece razonable asumir que estas muertes están relacionadas con las condiciones de inseguridad en las que ésta práctica ocurre en la región, debido a su ilegalidad (Khan, et al., 2006) ya que el aborto practicado en condiciones seguras es un procedimiento médico con riesgos mínimos (Niinimäki, et al., 2011). Además, existe evidencia de que el acceso al aborto seguro, incluso si se hace solamente en las condiciones en que es legal, constituye una estrategia efectiva para reducir la mortalidad materna (Campbell et. al., 2006). Por esta razón, una adecuada implementación de la Guía debería aportar a la reducción de la muerte materna en el país.

Sin embargo, el éxito de esta herramienta en sus objetivos de reducir la mortalidad materna y mejorar la calidad de la atención del aborto terapéutico, dependerá de la manera en que se lleve a cabo su proceso de implementación. Investigaciones previas demuestran que la implementación de la evidencia científica en la práctica clínica es un proceso complejo que en muchos casos tiene resultados poco satisfactorios. La Mesa de Investigación Clínica del Instituto de Medicina de Estados Unidos (*Clinical Research Roundtable at the US Institute of Medicine*) sugirió que la falla para incluir los nuevos conocimientos en la práctica clínica y en el proceso de toma de decisiones en salud, es una de las barreras más importantes para que las personas se beneficien de los avances de la ciencia (Grimshaw et.al. 2004). Estudios en Estados Unidos y Europa han mostrado que entre el 30 y 50% de pacientes no reciben intervenciones clínicas que estarían justificadas según la evidencia científica. Los países de ingresos medios y bajos enfrentan retos adicionales para implementar la nueva evidencia científica en sus servicios de salud, pues trabajan en contextos con sistemas de salud débiles, falta de capacitación continua y falta de regulaciones para la práctica profesional, entre otras barreras (Haines et.al., 2004).

También se sabe que el éxito en la implementación de las guías de práctica clínica basadas en evidencia depende de factores como el tipo de problema de salud que trata la guía, los contenidos que presenta y los métodos de desarrollo y difusión de las guías (Grol et al., 2003) y se ha encontrado que las guías que contienen información

que no es congruente con los valores culturales del lugar en el que se aplican pueden presentar mayores dificultades en la implementación (Haines et al., 2004).

En general, se ha documentado la necesidad de que las estrategias para el cambio de prácticas basado en evidencia tomen en cuenta factores culturales, de comportamiento y actitudes en el contexto que se pretende cambiar (Grimshaw et al. 2004 y Chapman et al., 2011) y que se identifiquen estrategias eficientes y se analicen previamente elementos que podrán actuar como barreras y facilitadores en el proceso de implementación (Chaillet et al., 2006).

Este estudio analiza las percepciones, actitudes y prácticas del personal de salud sobre la implementación de la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Aborto Terapéutico en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador. Las preguntas que intentamos responder son: ¿cómo se está implementando la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico? y ¿qué barreras y facilitadores existen para la implementación de esta guía? ¿se asocia el conocimiento de la Guía a cambios en la práctica clínica y a un mejor conocimiento de la evidencia científica sobre el manejo del aborto?

## Métodos

### Diseño, población y fuentes de información

Estudio exploratorio con métodos cuantitativos y cualitativos, basado en la aplicación de una encuesta y grupos focales con profesionales de los equipos de ginecología y obstetricia de cuatro hospitales públicos de la ciudad de Quito. También participaron integrantes de la Federación Nacional de Obstetras/tras del Ecuador. La información fue recogida entre agosto y octubre de 2015.

### Criterios de inclusión y exclusión

Se seleccionaron cuatro hospitales de diferentes niveles de atención y con cobertura sobre áreas urbanas y rurales. El estudio se realizó en un hospital básico del área rural, dos hospitales generales, y un hospital especializado en ginecología y obstetricia.

La entrada a los hospitales se realizó a través de los/as directores/as médicos/as y los/as jefes/as de servicios. Dentro de los hospitales, se solicitó la participación a todos/as los/as integrantes de los servicios de ginecología y obstetricia y se realizaron visitas a los hospitales hasta alcanzar la participación voluntaria de al menos el 80% de integrantes de los servicios en las encuestas, y la realización de un grupo focal en cada establecimiento de salud (con excepción de un hospital, donde solamente se alcanzó el 50% de la población y de otro donde no se pudo realizar el grupo focal). Para corroborar el potencial poder estadístico del estudio hicimos el cálculo muestral, considerando que las guías de práctica clínica generan un cambio en la práctica del 45 al 64% de los casos (McGlynn et. al., 2003). De acuerdo a esos porcentajes calculamos que una muestra de 106 individuos es suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 10 unidades porcentuales la existencia de asociaciones estadísticamente significativas entre el conocimiento de las GPC y el cambio de la práctica clínica. Utilizamos la calculadora muestral GRANMO 7.12 para el cálculo de la muestra.

Los equipos de los servicios seleccionados incluyen profesionales médicos/as, especialistas en ginecología y obstetricia, obstetras/as, estudiantes de la carrera de medicina y médicos/as generales estudiantes de especialidad (postgradistas).



Las encuestas y el grupo focal realizado con integrantes de la Federación Nacional de Obstetrices/tras del Ecuador fueron aplicadas a todas las participantes de dos eventos de capacitación organizados por la Federación durante el período de recogida de información.

#### Fuentes de información

La encuesta contiene un total de 29 preguntas y recoge información sobre conocimiento de la ley que norma el aborto y la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico, mecanismos de difusión e implementación de la Guía, prácticas y cambios en las prácticas relacionadas con el aborto terapéutico, percepciones sobre la utilidad, la necesidad y los contenidos de la Guía, conocimientos y percepciones sobre las consecuencias del uso de Misoprostol autoadministrado para abortar y percepciones sobre la ley actual. La encuesta incluye además dos preguntas abiertas (cambios en la práctica después de la implementación de la Guía y comentarios generales sobre aborto) que fueron analizadas como información cualitativa. El cuestionario de la encuesta se presenta en el Anexo 1.

También se utilizaron grupos focales, con el objetivo de profundizar en la información cuantitativa recolectada por medio de la encuesta. Se organizó un grupo focal en cada establecimiento, y se abordaron cuatro dimensiones referentes a las preguntas de la encuesta: 1) conocimiento de la Guía y los procedimientos que ésta recomienda; 2) percepciones sobre los contenidos de la Guía; 3) cambios en las prácticas a partir de la entrada en vigencia de la Guía; 4) percepciones y actitudes sobre la práctica del aborto y el uso de Misoprostol en general. También se usaron las notas de las conversaciones informales mantenidas con el personal de los hospitales durante el curso de la investigación.

#### Variables y dimensiones

##### Variables independientes

- Ciudad en la que trabaja (Quito/otra ciudad)
- Edad (en tres categorías: menos de 30 años, entre 30 y 50 años, 51 años o más)
- Formación (médico/a general, especialista médico/a, obstetrix/tra, médico/a postgradista, otro/a profesional de la salud)
- Años de experiencia en su profesión (analizada como variable continua)
- Ámbito de trabajo (sistema público, privado, ambos)
- Establecimiento en el que trabaja (anonimizados para mantener la confidencialidad y renombrados como establecimientos 1, 2, 3 y 4)
- Percepción sobre ley actual del aborto (liberal, está bien, restrictiva)
- Conocimiento de la Guía (conoce/no conoce)
- Mecanismo de difusión por el que conoció la Guía (formal, informal, entre pares, por iniciativa propia, otro).
- Frecuencia con la que atienden abortos en curso y complicaciones postaborto, según las categorías muy frecuente (al menos una vez al mes) y poco frecuente (una vez al año, casi nunca y nunca)

También se analizó el tiempo de conocimiento de la Guía (más de un mes/menos de un mes) como pregunta de control para determinar si el conocimiento de la Guía estuvo o no relacionado con este estudio.

#### Variables dependientes

#### **Conocimientos sobre la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico**

- Conocimiento de existencia de la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico, con las categorías conoce y no conoce
- Conocimiento sobre legislación de aborto no punible, con las categorías conoce y no conoce, donde la categoría “conoce” corresponde a quienes marcaron correctamente al menos las dos causales de aborto no punible. Esta variable también se analizó según las causales mejor conocidas, con las siguientes opciones: en ningún caso, para salvar la vida de la mujer, para proteger la salud de la mujer, por violación, por violación a una mujer con discapacidad mental, si el feto tiene una condición que lo hace incompatible con la vida, en todos los casos.
- Conocimiento de requisitos para la práctica de un aborto terapéutico, con las categorías conoce y no conoce, donde la categoría “conoce” corresponde a quienes marcaron correctamente al menos los requisitos determinados por la Guía para cada uno de los casos de aborto no punible: evaluación médica y consentimiento informado para la causal de protección de la vida y la salud integral de la mujer, y solicitud escrita y valoración de discapacidad para la causal de aborto por violación en mujeres con discapacidad mental. También se analizaron los requisitos y procedimientos mejor conocidos según las siguientes opciones: Solicitud escrita, consentimiento informado, orden de fiscal o juez/a, denuncia de violación, presentar carnet del CONADIS, aprobación de un comité médico/ comité de ética, decisión del médico/a tratante)

#### **Percepciones sobre la Guía**

- Percepción sobre la necesidad de la Guía (muy necesaria, poco necesaria, innecesaria)
- Percepción sobre la utilidad de la Guía (muy útil, poco útil, totalmente inútil)
- Acuerdo con los contenidos de la Guía (De acuerdo, indiferente, desacuerdo)
- Percepción sobre las consecuencias de la expedición de la Guía en la atención a usuarias (mejora atención, no mejora, otras)
- Percepción sobre cambio en la práctica clínica a partir de la entrada en vigencia de la Guía (sí/no)

#### **Prácticas relacionadas con la Guía**

- Práctica de aborto terapéutico en el establecimiento en el que trabaja (sí/no)
- Procedimientos que se usan para realizar abortos terapéuticos, según las siguientes categorías: legrado instrumental, AMEU, Misoprostol solo, Misoprostol y legrado, Misoprostol y AMEU)

#### **Conocimientos sobre las características del Misoprostol**

- Conocimiento sobre seguridad del Misoprostol autoadministrado por la mujer para inducir abortos (muy seguro, poco seguro, muy inseguro)

- Conocimiento sobre la eficacia del Misoprostol autoadministrado por la mujer para inducir abortos (muy eficaz, poco eficaz, muy ineficaz)
- Conocimiento sobre los efectos del uso cada vez más común del Misoprostol sobre la salud pública:
  - Cantidad de abortos (aumenta, se mantiene, disminuye)
  - cantidad de complicaciones postaborto (aumenta, se mantiene, disminuye)
  - gravedad de las complicaciones postaborto (aumenta, se mantiene, disminuye)
  - mortalidad materna (aumenta, se mantiene, disminuye)

### **Percepciones generales sobre aborto y Misoprostol**

- Percepciones sobre la ley actual respecto al aborto (liberal, está bien, restrictiva)
- Procedimientos legales en casos de aborto en curso y complicaciones postaborto (ninguno, notificación a la Policía, denuncia a la Fiscalía)
- Casos en los que considera que el aborto debería ser legal, según las siguientes categorías: en ningún caso, para salvar la vida de la mujer, para proteger la salud física de la mujer, para proteger la salud mental de la mujer, por violación, por incesto, por razones socioeconómicas (pobreza, número de hijos/as, edad de la mujer), por malformación fetal, por condiciones en el feto que son incompatibles con la vida, en todos los casos-a pedido de la mujer.

#### **Dimensiones de información cualitativa**

**Conocimientos sobre la Guía y de los procedimientos que ésta recomienda.** Se indagó si el personal de salud conoce la existencia de la Guía de Práctica Clínica para el Aborto Terapéutico y si está informado sobre las indicaciones para la realización de un aborto terapéutico y los procedimientos que la Guía recomienda en diferentes etapas de la gestación.

**Percepciones sobre los contenidos de la Guía.** A quienes conocían la Guía, se les preguntó acerca del acuerdo o desacuerdo con los contenidos de la Guía.

**Cambios en las prácticas a partir de la entrada en vigencia de la Guía.** Se preguntó si la práctica clínica ha cambiado a partir de la entrada en vigencia de la Guía y se indagó acerca de las nuevas prácticas que se han implementado y las percepciones del personal de salud sobre las consecuencias que los cambios tienen sobre la atención que las mujeres con indicaciones para un aborto terapéutico reciben en el Sistema Nacional de Salud.

**Percepciones y actitudes sobre la práctica del aborto y el uso de Misoprostol en general.** Con el objetivo de explorar el contexto de barreras y facilitadores para la implementación de la Guía, se indagó acerca de las percepciones y actitudes del personal de salud sobre la práctica del aborto y el uso de Misoprostol en mujeres que no acceden a un aborto terapéutico (no punible).

#### **Aspectos éticos**

Los/as participantes fueron informados/as sobre los objetivos y alcances del estudio, contestaron las encuestas de manera voluntaria y firmaron un consentimiento informado para participar en los grupos focales. La información fue tratada de manera confidencial y anónima durante todas las fases de la investigación. El estudio fue

autorizado por la Dirección Zonal de Salud N° 9 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

#### Análisis de datos

Se calculó la distribución porcentual de las/os encuestados según las variables dependientes e independientes, ya que todas las variables fueron categóricas. Se utilizó la prueba de Chi<sup>2</sup> para comprobar la asociación entre todas las variables dependientes y todas las variables independientes. También se analizó la asociación entre las percepciones generales sobre la legalidad el aborto y las percepciones y prácticas relacionadas con la implementación de la Guía. Se utilizó la prueba exacta de Fisher para las variables en las que había menos de cinco observaciones en alguna de las categorías (Gómez-Gómez, et. al., 2013) y que habían dado resultados significativos en la prueba de Chi<sup>2</sup>. En ambas pruebas se consideró que existía asociación cuando el p valor fue menor de 0,05. En este documento se presentan solamente los resultados de asociaciones relacionadas con la implementación de la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico. La base de datos fue procesada utilizando el software estadístico STATA10 para Windows.

Los grupos focales fueron grabados en audio y transcritos literalmente y se analizaron junto con la transcripción de las respuestas a preguntas abiertas de las encuestas y las notas de conversaciones informales. A partir de una primera revisión manual de todas las transcripciones, se crearon códigos y categorías que fueron utilizadas para analizar la información y seleccionar citas literales que los ilustran. El análisis de la información cualitativa se realizó usando el programa informático Atlas.ti versión 7.

## Resultados

### Características de los/as profesionales de salud que participaron en el estudio

**Tabla 1**  
**Características de profesionales de salud que participaron en el estudio**

Variables	N=123	
	n	%
<b>Ciudad</b>		
Quito	109	88,6
Otra ciudad	11	8,9
No contesta	3	2,4
<b>Sexo</b>		
Hombre	41	33,3
Mujer	79	64,2
No contesta	3	2,4
<b>Edad</b>		
Menos de 30 años	55	44,7
Entre 30 y 50 años	52	42,3
51 años o más	13	10,6
No contesta	3	2,4
<b>Formación académica</b>		
Ginecólogo/a	15	12,2
Obstetriz	40	32,5
Médico/a general	7	5,7
Postgradista	25	20,3
Estudiante	32	26,0
Otro	3	2,4
No contesta	1	0,8
<b>Lugar de trabajo</b>		
Institución pública	96	78,1
Institución privada	13	10,6
Ambas	10	8,1
No contesta	4	3,3
<b>Años de experiencia en su profesión</b>		
Menos de 1 año	20	16,3
Entre 1 y 10 años	59	48,0
Entre 11 y 20 años	17	13,8
Entre 21 y 30 años	10	8,1
31 o más años	17	13,8

La distribución de las y los participantes según sus características demográficas se presenta en la Tabla 1. La mayor parte de son de Quito (88,7%) y trabajaban en una institución pública (78,1%). El 64,2% son mujeres y el 87% tiene menos de 50 años de edad. Según su formación académica, el grupo más grande de participantes en el estudio son las obstetrices (32,5%), seguidas por las y los estudiantes de medicina que están realizando su internado (26%), médicos/as generales que están estudiando un postgrado en ginecología (20,3%), médicos/as generales (5,7%) y otro personal de salud (dos especialistas médicos/as en otras ramas y una enfermera).

Las y los participantes del estudio tienen como

media 8 años de experiencia de trabajo en su profesión, con una desviación estándar de 9,6 años. La experiencia mínima era de 3 meses y la máxima de 42 años. El 16% de participantes del estudio tenía menos de un año de experiencia, el 48% tenía entre 1 y 10 años de experiencia, el 13,8% entre 11 y 20 años, el 8,1% entre 21 y 30 años y el 13,8% tenía más de 30 años de experiencia.

## Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico

Tal como se presenta en la Tabla 2, poco más de la mitad de participantes del estudio (56,9%) dijo que conocía la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico.

Tabla 2  
Conocimientos de la Guía de Práctica Clínica (GPC) del Aborto Terapéutico (AT)

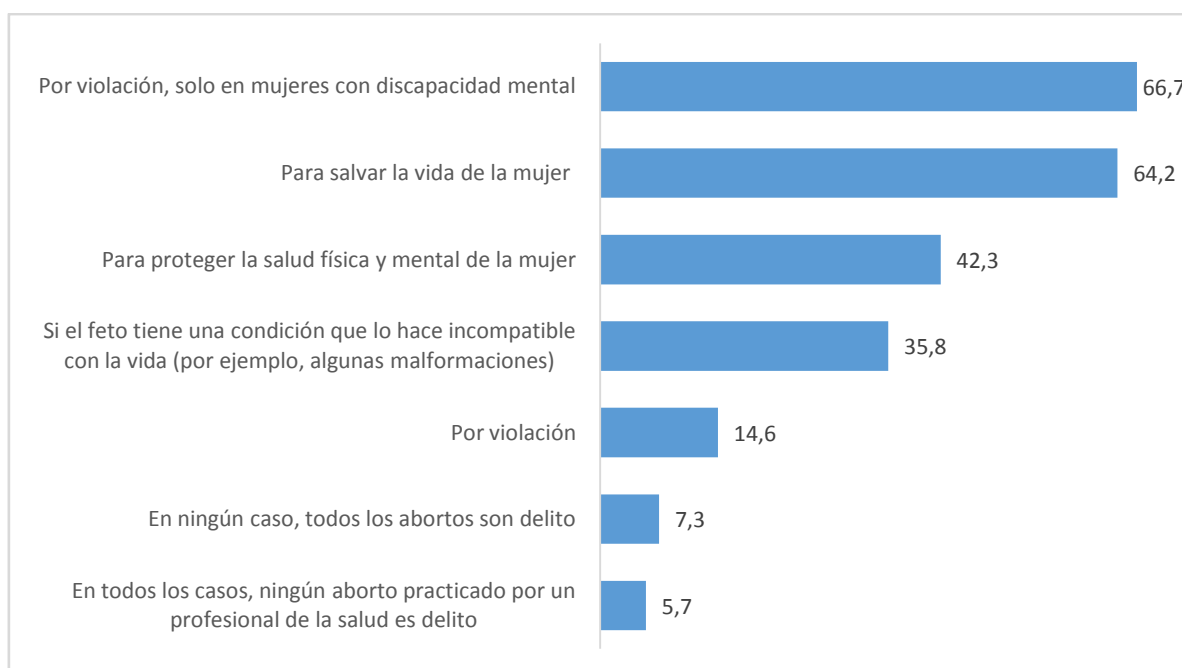
Variable	N=123	
	n	%
<b>Conoce la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico</b>		
Sí	70	56,9
No	50	40,7
No contesta	3	2,4
<b>Conoce los casos en los que el AT no está penalizado en el país</b>		
Sí	44	35,8
No	79	64,2
<b>Conoce los requisitos para un AT por la causal salud</b>		
Sí	25	20,3
No	98	79,7
<b>Conoce los requisitos para un AT por la causal violación y discapacidad mental</b>		
Sí	30	24,4
No	93	75,6

Durante las visitas a los hospitales, en tres de los cuatro establecimientos las autoridades dijeron que desconocían la Guía por completo o que la habían recibido junto con la autorización para la realización de este estudio. Entre quienes sí conocían la Guía (n=73), el 54,8% dijo haberse enterado de su existencia durante el último mes. Con respecto a los mecanismos de difusión de la Guía, el 34,2% se había enterado de su existencia a través de un funcionario/a del MSP, el 28,8% a través de una comunicación de su propio hospital, el 11% la había conocido a través de un compañero/a de trabajo y el 13,7% la había conocido por iniciativa propia, a través de una búsqueda en internet. El 12,3% conoció la Guía a través de un mecanismo distinto a los mencionados aquí. Durante las entrevistas grupales no se identificaron mecanismos institucionales de difusión e implementación de la Guía, aunque se mencionaron la difusión *online* (a través de la página web del MSP y los correos electrónicos institucionales) y la difusión en reuniones de equipo como los mecanismos que se utilizan en general para implementar los nuevos protocolos.

A pesar de que más de la mitad de la población del estudio conocía la GPC del AT, solamente el 35,8% identificó correctamente las dos causales por las que el aborto no está penalizado en el Ecuador, el 20,3% identificó adecuadamente los requisitos que la GPC del AT establece para la realización de un aborto terapéutico por la causal salud (evaluación médica y consentimiento informado), y el 24,4% identificó los requisitos para la práctica del aborto terapéutico por la causal de violación a mujeres con discapacidad mental (solicitud escrita y carnet del Consejo Nacional de Discapacidad-CONADIS u otra certificación de la valoración de la discapacidad mental).

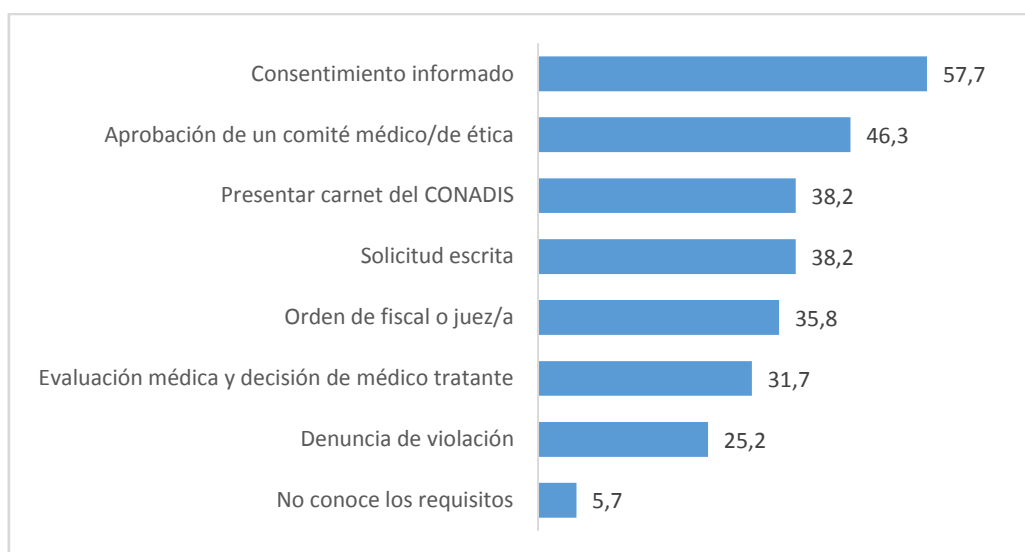
El Gráfico 1 ilustra los conocimientos del personal de salud respecto a las causales para el aborto terapéutico legal en Ecuador.

Gráfico 1: Conocimiento del personal de salud sobre el aborto terapéutico: causales en las que consideran que el aborto es legal



El aborto terapéutico en casos de violación a mujeres con discapacidad mental es la causal de aborto legal más conocida entre el personal de salud: el 66,7% de participantes la identificó correctamente. El 64,2% del personal de salud encuestado sabe que la práctica de un aborto para salvar la vida de la mujer es legal en el país. El conocimiento es menor (42,3%) para la causal salud entendida de manera integral (para proteger la salud física y mental de la mujer), que es como se establece en las leyes y normas ecuatorianas. Otros casos en los que el personal de salud considera que el aborto terapéutico es legal según las leyes ecuatorianas son: cuando el feto tiene una condición que lo hace incompatible con la vida (35,8%) y en casos de violación (14,6%). El 7,3% del personal de salud encuestado considera que todos los abortos son ilegales, mientras que el 5,7% piensa que todos los abortos practicados por un/a profesional de salud son legales.

Gráfico 2: Conocimiento del personal de salud sobre los requisitos para practicar un aborto terapéutico: requisitos que consideran necesarios



El Gráfico 2 presenta los conocimientos del personal de salud acerca de los requisitos necesarios para practicar un aborto terapéutico dentro del marco legal ecuatoriano. El requisito más mencionado fue el consentimiento informado (57,7%), seguido por la aprobación de un comité médico o comité de ética (46,3%), la presentación del carnet del CONADIS –que certifica el porcentaje de discapacidad según una valoración especializada- (38,2%) y la presentación de una solicitud escrita (38,2%). El 31,7% identificó la evaluación médica y la decisión del médico tratante como requisito necesario para el aborto terapéutico y el 5,7% declaró que no conocía los requisitos.

Una gran cantidad profesionales de la salud piensan que es necesario contar con una orden judicial (35,8%) o una denuncia de violación (25,2%) para la práctica de un aborto terapéutico en casos de violación a mujeres discapacitadas. La creencia de que estos trámites legales son un requisito para acceder al aborto terapéutico fue constatada durante las visitas a los hospitales.

En el análisis estadístico, el conocimiento de la Guía no se asoció a conocer los requisitos para el aborto ( $p= 1,0$  para la causal salud,  $p=0,83$  en casos de violación a mujeres con discapacidad mental) ni las causales de aborto legal ( $p=0,68$ ).



## Percepciones sobre la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico

Entre quienes conocían la Guía al momento del estudio (N=73), la opinión general sobre la Guía es positiva: la mayor parte considera que es muy necesaria (52,9%) y un alto porcentaje la considera muy útil (48,0%), el 37,4% dijo que estaba de acuerdo con sus contenidos y el 46,3% considera que su expedición mejora la atención de las usuarias.

**Tabla 3**  
Percepciones sobre la Guía de Práctica Clínica (GPC) del aborto terapéutico (AT)

Variable	N=123	
	n	%
<b>Necesidad de la GPC del AT</b>		
Muy necesaria	65	52,9
Poco necesaria	8	6,5
Innecesaria	0	0,0
No contesta	50	40,7
<b>Utilidad de la GPC del AT</b>		
Muy útil	59	48,0
Poco útil	8	6,5
Totalmente inútil	1	0,8
No contesta	55	44,7
<b>Acuerdo/desacuerdo con los contenidos de la GPC del AT</b>		
De acuerdo	46	37,4
Indiferente	11	8,9
En desacuerdo	13	10,6
No contesta/No conoce	53	43,1
<b>Percepción respecto a las consecuencias de la expedición de la GPC del AT sobre la atención que reciben las usuarias</b>		
Mejora la atención a las usuarias	57	46,3
No mejora la atención a las usuarias	12	9,8
No conoce la GPC del AT	50	40,7
Piensa que la expedición de la GPC del AT tiene otras consecuencias sobre la atención a las usuarias	4	3,3

Las preguntas abiertas de la encuesta, los grupos focales y las conversaciones informales permitieron profundizar acerca de estas percepciones generales sobre la GPC del AT, a continuación se describen las percepciones recurrentes surgidas en estas conversaciones.

Según gran parte de los y las profesionales de la salud que participaron en este estudio, la Guía constituye un mecanismo de protección legal. Esta característica es especialmente valorada en el ambiente de temor frente a la posibilidad de denuncias y procesos judiciales contra médicos/as que surgió a partir de la entrada en vigencia del COIP, debido a que esta ley penaliza, por primera vez en Ecuador, la mala práctica médica. Participantes del estudio expresaron que la Guía es útil y necesaria porque “Indica un marco legal de acción”, “[explica] la norma penal vigente”, sirve para conocer “los motivos para realizar un aborto”<sup>1</sup>. Tal como expresó uno de los participantes de grupos focales:

*Lo más importante de la Guía es que es, como digamos, ley. Entonces ya crea derechos y también uno se soporta en eso para nuestras actuaciones. Porque antes de que esté escrito...sí, como ley, hay discusiones. En cambio eso, en el*

<sup>1</sup> Respuestas a las preguntas abiertas 13 y 14 de la encuesta realizada para este estudio.

*momento en que hay discusiones “aquí está” y estamos protegidos unos y otros, para decir sí y para decir no (Grupo focal 3)*

Para otros/as, la utilidad de la Guía como mecanismo de protección legal depende de la correcta aplicación de los protocolos que indica, pues esto les brinda una posibilidad de defensa frente a posibles procesos judiciales.

*Sí le veo la utilidad, siempre y cuando haciendo todo con precaución y ajustándose a lo que dice textualmente la Guía, para no tener ningún problema. (...) siguiendo todo como es, es beneficioso (Grupo focal 3)*

Otra razón por la que los y las profesionales de salud calificaron a la Guía como útil y necesaria, es que constituye una herramienta para la actualización de los conocimientos sobre la evidencia científica y norma los procedimientos clínicos que deben ser utilizados para practicar abortos terapéuticos. En palabras de las y los profesionales de salud, la Guía “permite llegar a un diagnóstico oportuno”, “establece parámetros de actuación”, “sirve como manual para la práctica clínica”, sirve para “facilitar unificación del manejo[del aborto terapéutico]” y “saber lo que los médicos debemos hacer”<sup>2</sup>.

Por otro lado, al profundizar en las conversaciones sobre la utilidad de la Guía, varios/as participantes mencionaron que ésta era restrictiva y limitada. Se refirieron a la limitación en dos sentidos: el primero es la falta de precisión respecto a las indicaciones por las que se permite un aborto por la causal salud; y el segundo es que únicamente contempla dos causales para el aborto terapéutico no punible, cuando existen otros casos en los que –desde su perspectiva- el aborto terapéutico debería ser legal. Tal como lo expresó una médica de uno de los hospitales visitados:

*Se pone de una manera general “patologías de la madre”. Pero es muy general. Entonces si se revisan las guías a nivel internacional, ya tienen más o menos enfocado a qué madres y con qué patologías (...) pero hay muchas otras consideraciones que no se han tomado en cuenta y debería el Ministerio tomar en cuenta (...) Por ejemplo, a mi criterio ¿no? Violaciones no solamente en el caso de discapacidad. Yo pienso que eso es un conflicto y hay que precautelar el bienestar psicológico de una mujer, no solamente el bienestar físico (Grupo focal 1)*

Otra indicación para el aborto que muchos/as participantes del estudio consideran que no debería estar penalizada y que se debería incluir en la Guía es el diagnóstico de malformaciones fetales. Este criterio fue mencionado recurrentemente en los comentarios a las encuestas y durante grupos focales y conversaciones informales:

*(la Guía) corresponde poco a nuestra realidad, se debería tener en cuenta la vida del feto y no solo la de la madre<sup>3</sup>*

Algunos profesionales mencionaron que la imprecisión de la Guía con respecto a las indicaciones coloca la responsabilidad de la decisión en manos de los y las médicas, y que en el ambiente de temor frente los posibles procesos judiciales, la aplicación de la Guía resulta difícil. Según el criterio de varios/as participantes del estudio, las y los profesionales no están dispuestos/as a certificar el peligro para la vida o la salud de la mujer en casos en los que la interpretación es difícil. En palabras de los participantes del estudio:

---

<sup>2</sup> Idem

<sup>3</sup> Comentario en encuesta

*(La Guía) no es explícita por completo y a los profesionales nos deja nadando con muchos interrogantes (Comentario en encuesta)*

*Yo entiendo (...) que por ejemplo dice que si afecta físicamente o mentalmente. (...) O sea aparentemente es abierto, pero en otros casos como que es controversial. Porque por ejemplo si usted es una persona de 30 años y es violada y queda embarazada y usted no desea tener eso y entra en un estado de depresión, ansiedad, por ejemplo, ese puede ser un factor que está afectando (su salud). Y eso es algo que no está en la ley, que no lo admite. Pero por otro lado tomándolo desde punto que está afectada mentalmente sí lo admite. Y de esa parte yo creo que hay temor, porque yo puedo decir "no sí, voy a estar protegido" pero igualmente aquí con las leyes no se sabe porque no es realmente justa. Y yo basándome en eso puedo hacer un aborto terapéutico, desde ese punto de vista. Pero si lo toman desde otro punto de vista la ley eso no lo admite y puede ser penado (Grupo focal 3)*

Otros participantes reconocieron que las limitaciones de la Guía están relacionadas con las restricciones al aborto terapéutico impuestas por la penalización del aborto en general:

*La Guía creo que se basa en la realidad de las leyes que están dispuestas aquí en el Ecuador. Hay muchas cosas que no se puede realizar porque no hay ningún consenso acerca de cómo manejar como en otros países. Entonces creo que la Guía se apega a la realidad del país y también nos limita a nosotros. Debería haber cambios en las leyes del país para poder reformular la Guía para que pueda ser de mayor utilidad en estos casos. (Grupo focal 3)*

## Práctica del aborto terapéutico

La Tabla 3 presenta la información sobre prácticas relacionadas con la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico en los establecimientos de salud en los que trabajan las y los participantes del estudio. Solamente el 31,7% de las personas encuestadas declaró que en su lugar de trabajo se realizan abortos terapéuticos.

Dos hospitales que cuentan con el nivel resolutivo necesario para realizar estos procedimientos dijeron que no los hacen, sino que derivan a las usuarias con indicaciones de aborto terapéutico a un hospital de especialidad. Según las y los profesionales de salud de estas instituciones, existen cuatro razones para esta práctica: 1. La ley no deja claro cuáles son los casos específicos que caben dentro de las causales de aborto no punible, 2. La ley penaliza el aborto en casos de malformaciones fetales, que es el caso más común de aborto terapéutico 3. Algunos hospitales no tienen comité de ética ni profesionales dispuestos/as a certificar el peligro para la salud integral de las mujeres, 4. Los hospitales que no son de especialidad no cuentan con los implementos necesarios para tratar las posibles complicaciones de un aborto terapéutico.

Además, en varios establecimientos dijeron que nunca habían atendido un pedido de aborto terapéutico por la causal de embarazo por violación en mujeres con discapacidad mental, tal como evidencia la siguiente cita:

*La mayoría de pacientes han venido para dar a luz. No han venido la familia a solicitar especialmente, porque es un caso legal largo, en el que se descubre la violación cuando la paciente está embarazada de cinco o de seis meses, y ya es muy tarde para hacer cualquier cosa. Entonces la mayoría vienen a dar a luz. (Grupo Focal 1)*

Lo mismo ocurre con la causal de salud integral de las mujeres. En general, esta causal es desconocida entre el personal de salud o es interpretada como la protección de la vida de la mujer, quitándole la integralidad al concepto de salud tal como está establecido en las leyes y normas ecuatorianas. Cuando se solicitó a las y los participantes del estudio que relataran casos de abortos terapéuticos que habían realizado, el caso más mencionado fue el de malformaciones fetales y en ningún caso se mencionó como argumento la protección de la salud integral de la mujer.

Por su parte, las obstetrices que trabajan en consultas privadas explicaron que no pueden realizar abortos terapéuticos porque no están autorizadas para tener los implementos necesarios (Misoprostol y cánulas de AMEU) para realizar estos procedimientos y que tampoco pueden prescribir el uso de Misoprostol, tal como ilustra la siguiente conversación:

*-A eso nosotras íbamos. Por ejemplo, antes nosotras teníamos así en stock las cajas de jeringuillas, anticonceptivos, para las hemorragias, teníamos para por ejemplo...*

*-Para la alergia*

*-Y así otras cosas de medicamentos que podíamos nosotras tener en el consultorio (...) Ahora ya no podemos tener nada*

*-Va a aumentar más la mortalidad materna, créame que va a aumentar*

*Entrevistadora: (...) si por ejemplo a ustedes les llega una mujer discapacitada que ha sido violada, ¿pueden ustedes darle Misoprostol para que aborte?*

-Ya le decimos que nosotras no tenemos

-No tenemos, no nos permiten

- Ya no se hace nada

-No se hace eso (Grupo focal 2)

El cambio más mencionado con respecto a la práctica del aborto terapéutico es el hecho de que varios médicos/as y hospitales dejaron de practicar abortos en casos de malformaciones fetales, que según los y las participantes del estudio es la razón por la que la mayor parte de pacientes solicitan un aborto terapéutico. Sin embargo, este cambio no está relacionado solamente con la publicación de la Guía, sino más bien con la entrada en vigencia del COIP, que fue el momento en que muchos/as profesionales de salud se enteraron de que estos casos no están especificados como una causal para el aborto legal según la ley penal del Ecuador. Como veremos más adelante, gran parte del personal de salud considera que el aborto en estos casos es o debería ser legal.

*Han venido pacientes y por ejemplo una paciente con malformación confirmada por ecos, menores de 30 semanas y mayores de 20 semanas. Pero como aquí no existe un comité de ética, lo que se ha hecho es transferir (...). ¿Por qué? Por los problemas legales ¿si? No estás protegido contra eso y entonces como no hay un comité, se transfiere (...). Eso es lo que yo he visto desde que estoy aquí. Hay casos en los cuales la propia paciente te solicita realizar la terminación del embarazo, y en otros casos ha habido en que el médico luego de los análisis y los resultados, se les comunicaba a la paciente la terminación del embarazo, pero eso con los problemas médico-legales se dejó de hacer(Grupo focal 3)*

Respecto a estos casos, algunos profesionales de salud también mencionaron que el problema es que los hospitales no cuentan con profesionales dispuestos a certificar el riesgo que supone para la salud mental de la mujer llevar a término un embarazo de un feto con malformaciones, especialmente cuando estas son incompatibles con la vida.

Ante la pregunta sobre si aplican los procedimientos recomendados en la GPC del AT para el diagnóstico previo y la atención del aborto terapéutico, el 43% de encuestados/as respondió que sí. El 33% de encuestados dijo que en su establecimiento se han cambiado los procedimientos para la práctica del AT a partir de la expedición de la GPC del AT.

Cuando se preguntó al personal de salud acerca de los cambios en las prácticas a partir de la publicación de la Guía, dijeron que la Guía había servido para estandarizar los procedimientos, disminuir el uso de legrados instrumentales y de hospitalizaciones innecesarias, para aumentar la frecuencia con la que se usa Misoprostol y AMEU y mejorar la participación de las mujeres en la decisión del aborto. Al mismo tiempo, varios directores médicos/as de los hospitales donde sí se practican abortos terapéuticos aclararon que los cambios en las prácticas no están relacionados a la publicación de la Guía, pues antes de conocerla los servicios ya habían cambiado sus prácticas en base a las evidencias científicas más recientes, tal como ilustra el siguiente comentario:

*La Guía lo único que ha hecho es ordenar de otra manera lo que antes estaba con otros órdenes en las prácticas, e introducir algún concepto actualizado,*

*médico, no ha cambiado la normativa del procedimiento del aborto terapéutico, lo ha escrito de otra manera (Grupo focal 1)*

Con respecto a los procedimientos clínicos para realizar el aborto terapéutico, cabe recalcar que, aunque según lo reportado en las encuestas el legrado instrumental es el procedimiento menos utilizado en la práctica del AT, un 18,7% de los encuestados declaró que todavía lo utilizan en su establecimiento. En el análisis estadístico no se encontró asociación entre el conocimiento de la Guía y el uso de legrado instrumental ( $p$  valor=0,34), que es el procedimiento que la Guía recomienda evitar, ni entre el conocimiento de la Guía y el uso de AMEU ( $p$  valor=0,11) o Misoprostol solo (0,84), procedimientos que la Guía promueve.

**Tabla 4**  
**Prácticas relacionadas con la Guía de Práctica Clínica (GPC) del aborto terapéutico (AT)**

Variables	N=123	
	n	%
<b>Realizan AT en su lugar de trabajo</b>		
Sí	39	31,7
No	77	62,6
No contesta	7	5,7
<b>Aplican los procedimientos recomendados en la GPC del AT</b>		
Sí	53	43,1
No	20	16,3
No conoce/no hacen abortos terapéuticos	50	40,7
<b>Han cambiado los procedimientos para practicar AT a partir de la expedición de la GPC del AT</b>		
Sí	41	33,3
No	67	54,5
No contesta	15	12,0
<b>Procedimientos que utilizan para la práctica del AT</b>		
Legrado instrumental	23	18,7
Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	37	30,1
Misoprostol solo	28	22,8
Misoprostol y legrado	35	28,5
Misoprostol y AMEU	46	37,4

Respecto a los procedimientos administrativos para acceder a un aborto terapéutico, en los dos hospitales en los que se están realizando este tipo de abortos las autoridades informaron que el procedimiento es simple y rápido y solamente se solicitan los requisitos establecidos en la Guía de Práctica Clínica (solicitud de la paciente o su tutor/a legal y evaluación de el/la médico/a tratante en base a los exámenes y valoraciones necesarios según las indicaciones específicas). Sin embargo, el personal de otros hospitales y quienes trabajan en consultas privadas mencionaron casos en los que las mujeres con indicaciones para un aborto terapéutico no son admitidas en los hospitales donde se realizan estos procedimientos.

## Percepciones, conocimiento y prácticas relacionadas con el aborto inducido

Con el fin de explorar los facilitadores y las barreras para la implementación de la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico, este estudio indagó acerca de las percepciones y conocimientos del personal de salud sobre el aborto, en particular sobre el aborto practicado con Misoprostol autoadministrado por las mujeres. La Tabla 5 presenta las percepciones de los y las participantes del estudio respecto a este tema.

Tabla 5  
Percepciones sobre el aborto con misoprostol autoadministrado por la mujer

Variable	N=123	
	n	%
<b>Frecuencia con la que atiende casos de aborto en curso o complicaciones de aborto</b>		
Frecuentemente	77	62,6
Nunca o casi nunca	46	37,4
No contesta	0	0,0
<b>Percepción sobre la seguridad del misoprostol autoadministrado por la mujer</b>		
Muy seguro	27	22,0
Poco seguro	53	43,1
Muy inseguro	37	30,1
No contesta	6	4,9
<b>Percepción sobre la efectividad del misoprostol autoadministrado por la mujer</b>		
Muy eficaz	33	26,8
Poco eficaz	70	56,9
Muy ineficaz	11	8,9
No contesta	9	7,3

La mayor parte (62,6%) de profesionales encuestados/as declaró que provee atención para abortos en curso o complicaciones postaborto frecuentemente (al menos una vez al mes) y mencionaron el Misoprostol como el método más común para la inducción de abortos que están fuera de la ley.

A pesar de que su uso es frecuente, la mayor parte de profesionales tienen poco conocimiento acerca de las características del Misoprostol: el 73,2% lo califica como poco seguro o muy inseguro y el 65,8% considera que es poco eficaz o muy ineficaz. Esta falta de conocimiento también se reflejó en las discusiones durante los grupos focales:

*[en los hospitales públicos] lo que hacen es volverle a completar el Misoprostol para ver si hay el vaciamiento natural con el medicamento. Pero de allí no les hacen ninguna intervención quirúrgica y sabemos que el Misoprostol puede o no puede dar efectividad. Entonces si es que le ha dado efectividad el Misoprostol, está magnífico que la paciente se quedó tranquila y libre, pero saben el riesgo que puede producirse (Grupo focal 2)*

Aunque una de las participantes del mismo grupo focal dijo que estaban recibiendo capacitación acerca del uso del Misoprostol, esto no se reflejó en el conocimiento según las preguntas de la encuesta:

*De ahí también lo que nos dieron en el Ministerio, es el uso del Misoprostol. Porque el Misoprostol era como un cuco, algo que no se hablaba, que daba miedo. Pero entonces el uso del Misoprostol es para varios usos en la clínica obstétrica. Para los abortos diferidos, los abortos incompletos, o sea se han provocado espontáneamente y se usa el Misoprostol para que se limpie (...) Y*

*también se utiliza en hemorragias, entonces primero como aterrizarle al medicamento, que se le pierda como el susto, la desesperación y tal (Grupo focal 2)*

Del mismo modo, aunque la GPC del AT incluye información básica sobre la seguridad y la efectividad del Misoprostol para inducir abortos, la mayor parte de personal de salud que participó en este estudio desconoce esta información y el análisis estadístico mostró que el conocimiento de la Guía no estaba asociado a las percepciones acerca de la efectividad ni la seguridad del Misoprostol (p valor= 0,48 y 0,14 respectivamente).

Tabla 6

Conocimientos sobre los efectos para la salud pública del misoprostol autoadministrado por la mujer para abortar

<b>Cantidad de abortos</b>	
Aumenta	89 72,4
Se mantiene	16 13,0
Disminuye	3 2,4
No contesta	15 12,2
<b>Cantidad de complicaciones</b>	
Aumenta	68 55,3
Se mantiene	21 17,1
Disminuye	19 15,5
No contesta	15 12,2
<b>Gravedad de complicaciones</b>	
Aumenta	62 50,4
Se mantiene	23 18,7
Disminuye	22 17,9
No contesta	16 13,0
<b>Mortalidad materna</b>	
Aumenta	61 49,6
Se mantiene	19 15,5
Disminuye	26 21,1
No contesta	17 13,8

Tal como muestra la Tabla 6, la mayor parte de participantes del estudio también tiene pocos conocimientos acerca de las consecuencias positivas que el uso cada vez más común del Misoprostol para abortar ha tenido sobre la salud pública: el 55,3% considera que aumenta la cantidad de complicaciones, el 50,4% piensa que aumenta la gravedad de las complicaciones y el 49,6% cree que aumenta la mortalidad materna.

El 72,4% de los y las participantes en el estudio considera que el uso de Misoprostol autoadministrado por la mujer para abortar aumenta la cantidad de abortos, y algunos incluso creen que fomenta la irresponsabilidad, tal como describe la siguiente cita:

*Yo no estoy de acuerdo [con la autoadministración del Misoprostol]. Obviamente. Porque eso está fomentando la irresponsabilidad. Porque el hecho de concebir y tomar las tabletas porque a lo mejor sabe que tiene que... que puede de esa forma deshacerse del producto y ya, y lo puede volver a seguir haciendo. (Grupo focal 4)*

La disminución en la gravedad de las complicaciones y en la mortalidad materna son los efectos positivos más conocidos del Misoprostol (17,9% y 21,1% respectivamente). La siguiente cita ilustra la percepción de algunos/as profesionales de salud al respecto:

*Desde el punto de vista humano, yo prefiero que utilicen Misoprostol, a que venga perforado el útero, venga con los intestinos afuera... Como se veía*



*antes... Yo soy testigo de eso. Ahora, desde el punto de vista ético, cada uno tiene el suyo. Es un punto de vista. No comparto el uso autoadministrado de Misoprostol como método abortivo. Pero si es que me ponen a escoger, yo prefiero que lo hagan, porque las complicaciones y los efectos colaterales con el Misoprostol son infinitamente más beneficiosos para la mujer, desde el punto de vista de la función reproductiva, que el uso de procedimientos invasivos que lo único que hacen es, no solo perjudicar físicamente a la paciente, sino que efectivamente desde el punto de vista reproductivo. Muchas de esas pacientes son sometidas no a una intervención, sino a varias intervenciones quirúrgicas... eh muchas de estas son mutiladoras, es decir, se terminan en histerectomías (...), en colocaciones de catéteres para conseguir una funcionalidad adecuada de la vejiga, etc. Porque esas son las complicaciones fundamentales por el aborto con procedimiento invasivo. En condición de médico no es que dé luz verde a la utilización o a la automedicación con Misoprostol, pero es preferible eso a las complicaciones que teníamos anteriormente. Que no solamente se limitan a las que acabo de decir, muchas de ellas terminan en la muerte. (Grupo focal 4)*

Aunque muchos/as profesionales de salud reconocen la disminución de la gravedad de las complicaciones postaborto y de la mortalidad materna como efectos positivos del Misoprostol, la mayor parte de participantes del estudio se posicionó en contra de su autoadministración. Varios/as profesionales consideran que la facilidad en el acceso a este medicamento supone un peligro para la salud, que debería ser evitado con mayor control –e incluso con la penalización- de su venta en farmacias:

*También pienso que se debe regular el uso de medicamentos, especialmente el Misoprostol. Eso se debe sobre todo en las farmacias controlar. Ahora se ve que las farmacias en unos lugares les exigen y en otros no. En otros se ve que el costo de estos medicamentos son al libre albedrío (Grupo focal 1)*

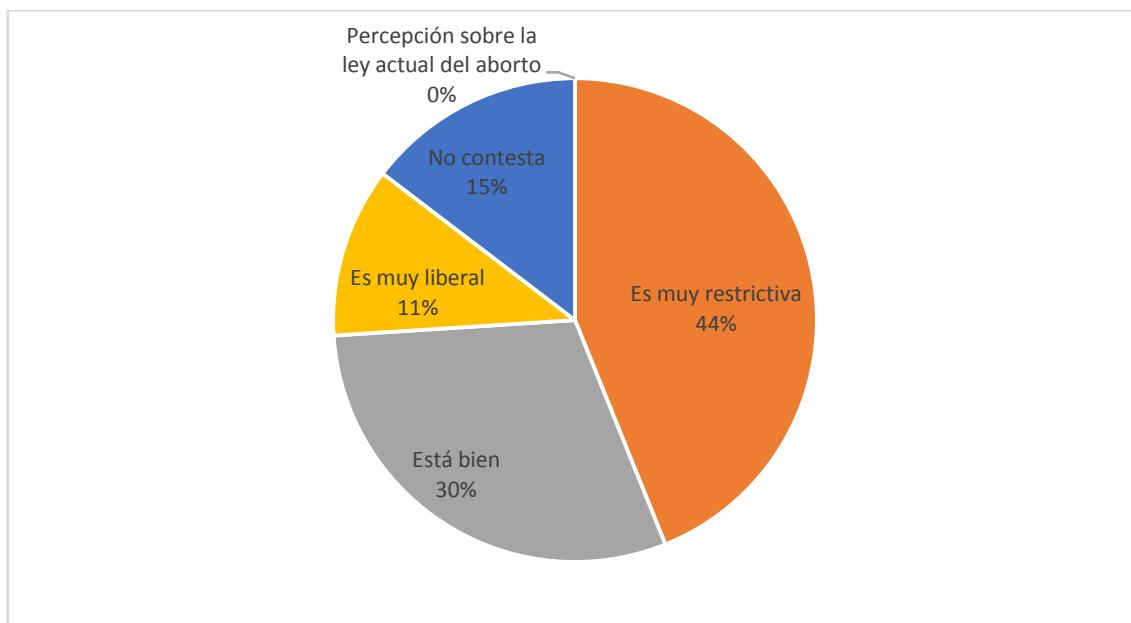
*Y verá que el acceso al Misoprostol es regulado por la autoridad. Es responsabilidad del Ministerio, que está haciéndose de la vista gorda. Que vaya al frente, compre la tableta, y ciérrele definitivamente la farmacia, a ver si otra se atreve. Vaya usted ahí, coja uno de esos letreros de los postes que están por todo lado “aborto seguro” es con Misoprostol. Mande una y closure a ver si el resto... lo que pasa es que estamos en un ambiente de que como hay la lucha por legalizar el aborto, es como que se está haciendo... pero quién regula la medicación si se vendió o no con receta y es el responsable, o sea la autoridad, pero se está haciendo de la vista gorda, porque es demasiado fácil acceder. Y vienen así. Bien usado es una maravilla el Misoprostol, pero automedicado es una barbaridad (Grupo focal 1)*

Por el contrario, las obstetrices que trabajan en consultorios privados consideran que la venta de Misoprostoles demasiado restringida y creen que los requisitos para el acceso legal a esta pastilla fuera de los hospitales son excesivos:

*Si no pues tiene que recurrir la paciente a buscar quién le ayude con el procedimiento quirúrgico. Pero el Misoprostol no están vendiendo a la profesional obstetriz particular. Pero como ustedes saben que en todo el Ecuador hay siempre las tráfugas, entonces hay mujeres, hay muchachas que van a la farmacia y piden Misoprostol y les venden. Pero si usted como profesional obstetriz prescribe Misoprostol no le dan, porque el Ministerio de Salud está ahí encima buscando las recetas (Grupo focal 2)*

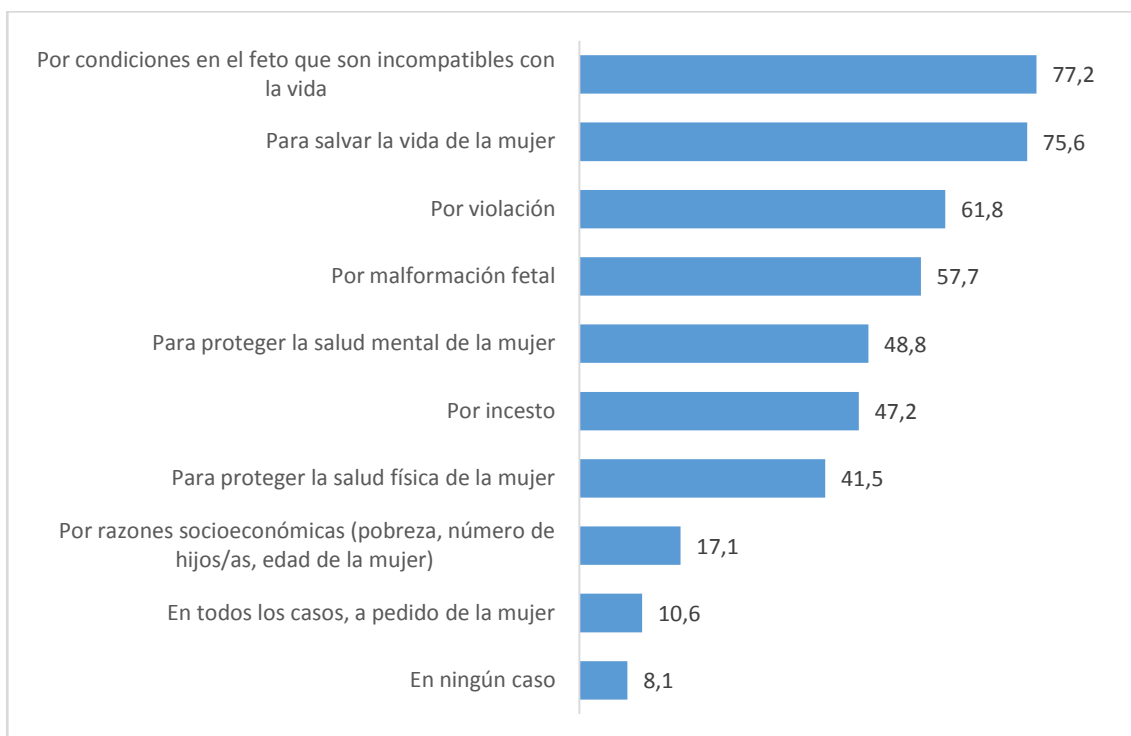
También consultamos a las y los participantes acerca de sus percepciones con respecto a la ley actual que norma el aborto y a las causales por las que el aborto debería ser legal. Tal como ilustra el Gráfico 3, un alto porcentaje de las y los participantes del estudio (43,9%) considera que la ley actual con respecto al aborto es muy restrictiva, el 30,1% opina que está bien y solo el 11,4% considera que es muy liberal.

Gráfico 3: Percepción de la población del estudio sobre la ley actual del aborto



Como muestra el Gráfico 4, la mayor parte de participantes en el estudio considera que el aborto debería ser legal cuando existen 'condiciones del feto que son incompatibles con la vida' (77,2%), 'por violación' (61,8%), por 'malformación fetal' (57,7%), 'por incesto' (47,2%). Tal como se mencionó antes y se ilustra más adelante, el caso de condiciones del feto que son incompatibles con la vida parecería ser el que más preocupa al personal de salud, pues fue mencionado recurrentemente en los comentarios a las encuestas y en las discusiones en grupos focales.

Gráfico 4: Casos en los que la población del estudio considera que el aborto debería ser legal



El 17,1% de participantes del estudio opina que el aborto debería ser legal por 'razones socioeconómicas' y el 10,6% que debería ser legal 'en todos los casos, a pedido de la mujer'.

Aunque la posición a favor de la despenalización total del aborto fue minoritaria, durante los grupos focales varios/as participantes mencionaron que la decisión del aborto debería ser personal y que se debería considerar brindar atención a las mujeres que no quieren continuar con sus embarazos por diferentes razones, tal como ilustran los siguientes comentarios:

*Más que cambiar debería extenderse a muchos más ámbitos. O sea sólo toma dos ámbitos para manejar un aborto, pero se ve que a la vez se tienen varias subdivisiones: se tiene pacientes abusadas sexualmente menores de edad, pacientes que no desean tener su hijo, hay pacientes con deficiencia mental, pacientes con enfermedades que se complican con el embarazo que no hay consenso acerca de qué hacer con el embarazo. Entonces pienso que no es solamente cambiar una cosa, sino implementar varias cosas (Grupo focal 3)*

*El aborto debería ser legal, una decisión de la mujer. Igual se continúa haciendo, practicando por ellas mismas, con los consiguientes riesgos para las mujeres. Peor en los casos de malformación fetal, las mujeres pasan de médico en médico y en la mayoría de casos nadie les resuelve, porque la ley lo prohíbe con el consiguiente agravio a la salud mental de la mujer<sup>4</sup>.*

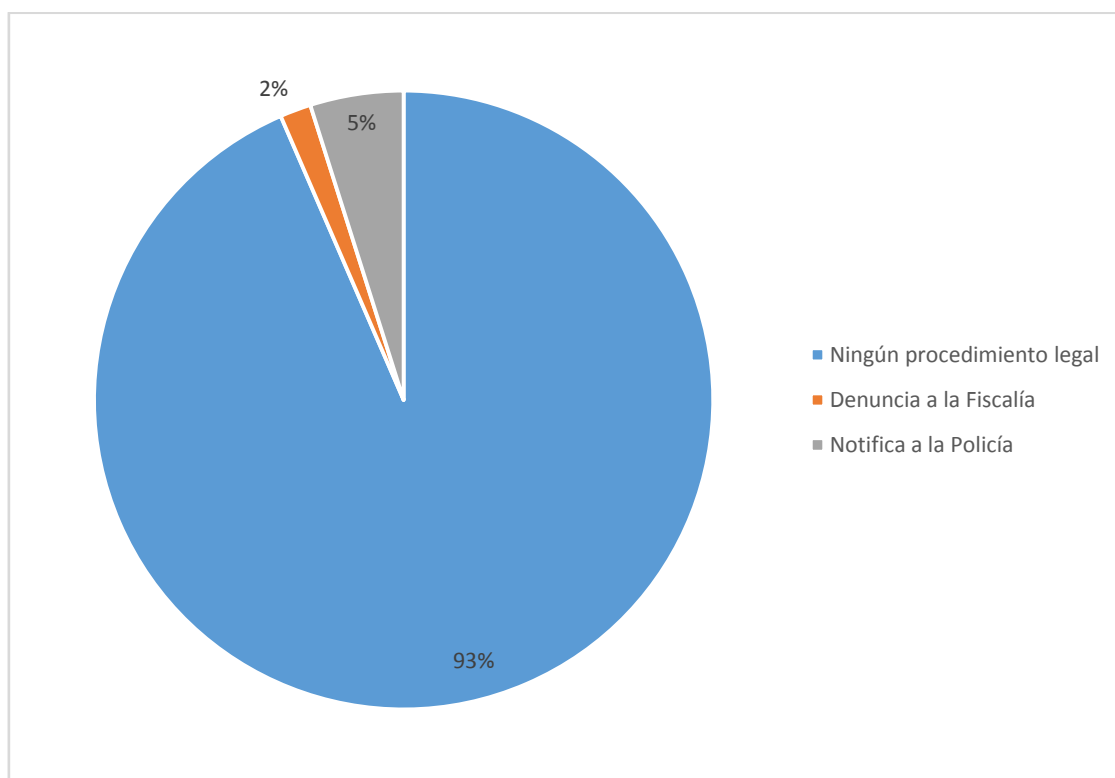
<sup>4</sup> Comentario en encuesta

Otra posición minoritaria respecto a la ley fue la del 8% de participantes que considera que el aborto no debería ser legal en ningún caso. Aunque esta posición no fue explicada a profundidad en ninguna de las discusiones, algunos participantes sí mencionaron que el énfasis debería ponerse en la prevención de embarazos no deseados o planificados y no en el acceso al aborto:

*El aborto no debe ser manejado como una salida de los problemas de la mujer y en ningún caso manejado por la paciente<sup>5</sup>*

*No es necesario el aborto post-violación, peor hasta las 22 semanas. Toda mujer violada debe ir a consulta dentro de las primeras 24 horas y recibir tratamiento, sida o anticoncepción de emergencia. Debe darse normas y conocimientos, educar sexualmente a los adolescentes. Enseñarles a proteger sus cuerpos y almas. Si se evita el embarazo incluso con terapia de emergencia, no hay embarazos no deseados y no - no es necesario el aborto<sup>6</sup>*

Gráfico 5: Procedimientos legales que sigue cuando recibe mujeres con abortos inducidos



Debido a que en los últimos años se han reportado casos de judicialización de las mujeres que llegan a los hospitales con un aborto en curso, se preguntó al personal de salud sobre las acciones (legales y no) que toman cuando reciben a una paciente en esta situación. La gran mayoría del personal de salud dijo que no toma ninguna acción legal en estos casos (93%). Durante las discusiones en grupo, varios/as participantes dijeron que no estaban de acuerdo con denunciar o notificar a la policía en estos casos. Algunos/as explicaron que la judicialización de un caso de aborto en curso es un proceso complicado ya que la mayor parte de mujeres en esta situación niega que ha usado Misoprostol para inducir el aborto:

<sup>5</sup> Idem

<sup>6</sup> Idem

*Algunas pacientes lo dicen, pero otras no lo dicen, pero nos damos cuenta que sí es así, por ejemplo: pueden haber obtenido Misoprostol de otro lugar y decimos “¿hay Misoprostol?” Y ellas “no, no, no...”. Pero sabemos, al examinar. Pero como servicio no estamos en ese plan; lo que la paciente nos diga y obviamente hacemos lo que hay que hacer, prestamos ayuda. (Grupo focal 4)*

Como muestra el Gráfico 5, un porcentaje muy pequeño de profesionales dijo que notifica a la Policía los casos de aborto en curso (5%) y solamente el 2% que hace una denuncia en la Fiscalía. Pero en general, quienes están de acuerdo con promover la judicialización de este tipo de casos perciben que la actuación de la policía en los casos de aborto es ineficiente y en la mayor parte de ocasiones las mujeres son dejadas en libertad. Una participante del estudio mencionó incluso que la disposición administrativa de su hospital era no denunciar este tipo de casos, para respetar el derecho a confidencialidad de las pacientes y que, desde su perspectiva, esto obliga a los y las profesionales a convertirse en cómplices de un crimen:

*La normativa en apariencia está bien. Pero la ley no se cumple pues el Misoprostol tiene venta libre y todo el mundo puede acceder a esta forma ilegal de aborto privado. Las pacientes llegan a los hospitales y no podemos denunciarlas pues la institución no cuenta con un sistema de denuncias a la fiscalía y nos obligan a ser cómplices y coautores del crimen y si nos atrevemos a denunciar pueden expulsarnos por violar la confidencialidad, olvidándose que sobre ésta se encuentra la penalidad de un acto criminal y de flagrancia<sup>7</sup>*

Aunque la mayor parte de profesionales explicaron que están conscientes de que no pueden violar el deber de secreto profesional que tienen con sus pacientes, algunos/as piensan que notificar a las autoridades judiciales sobre estos casos podría ser una manera de protegerse a sí mismos/as frente a posibles denuncias por mala práctica médica. Como se explicó antes, la posibilidad de enfrentar procesos judiciales por mala práctica es una preocupación recurrente que se relaciona con el cambio de la normativa sobre la práctica médica en el COIP.

En la mayoría de discusiones los y las profesionales calificaron la decisión sobre iniciar la judicialización de los casos de aborto en curso como un “vacío legal” y un “dilema ético”, ya que existen diversas interpretaciones sobre las jerarquías de las leyes (por ejemplo, en la comparación entre la penalización del aborto y el derecho a la confidencialidad) y sobre la obligación de las y los funcionarios/as de notificar a las autoridades judiciales sobre la sospecha de delitos, que está incluida en la Constitución. Los siguientes testimonios presentan algunas de las posiciones al respecto:

*Claro, no. No creemos que denunciar... Cuando se vivieron este tipo de eventos en los hospitales... Pero tampoco es que puedo decir “está mal”[denunciar a una paciente], porque pienso que todos los profesionales justamente se enfrentan a este tipo de procesos y a este tipo de complicaciones, y hay tipos de demandas hasta injustas por proteger a esta paciente que hacen que tomen una decisión así. No creo que está mal el que lo hace, ni creo que necesariamente hay que hacerlo. Es un dilema ético, y cuando entramos frente a un dilema ético, ahí lo que uno necesita son*

---

<sup>7</sup> Comentario en encuesta

*protocolos éticos para saber cómo solucionar eso, y a ese punto en la institución no hemos llegado. Pero estamos en el camino, justamente. Porque estamos poniendo los dos lados, porque es verdad la confidencialidad, pero hasta dónde llega también la protección al médico. O sea, eso es un dilema ético, por eso es un dilema. Y tienen que haber protocolos éticos, porque los protocolos éticos justamente buscan los cursos de acción intermedia, donde ninguna de las partes se ve afectada. Pero eso hay que estudiarlo bastante, y aquí en el hospital no hemos llegado a eso. Eso nos falta. Pero las opiniones al respecto de la posibilidad de iniciar la judicialización de casos de aborto en curso están divididas (Grupo focal 4)*

*Pero lo que yo quiero decir es que me parece que la ley está sobre eso [el derecho a la confidencialidad]. No digo que tal vez sea correcto denunciarla, pero desde mi punto de vista, el hecho de matar un feto de 20 semanas es más grave o más importante que la confidencialidad. Porque alguna vez discutíamos aquí qué es lo que deberíamos hacer, si realmente esto hay que denunciarlo o no. (Grupo focal 4)*

En este debate también se contraponen las posiciones acerca de registrar o no en la historia clínica el hecho de que la atención médica es posterior a un aborto inducido fuera del hospital y dar o no de alta a una paciente que está siendo judicializada por un aborto en curso y será detenida cuando salga del hospital. Tal como ocurre con la notificación a las autoridades judiciales, algunos/as profesionales sostienen que registrar la ilegalidad del aborto en curso sería un mecanismo de protección frente a posibles denuncias contra el personal de salud en caso de que ocurran complicaciones postaborto.

*Porque puede pasar: viene una paciente y ella me declara: “no, no, yo no tomé Misoprostol” o “no lo quería, el embarazo...”, qué se yo. Yo tengo obligación de registrar eso en la ficha. Porque eso es lo real. La paciente declara que... O si yo encuentro las tabletas en vagina, por ejemplo. Y ella me dice “no, yo no sé”... Yo tengo que hacer constar eso en la historia. Por lo tanto está puesto ahí y eso resulta en un aborto provocado. Entonces ahí uno ¿qué tiene que hacer? Sí, la confidencialidad diría que eso no lo puedo decir, pero en cambio es un delito de acuerdo a la Constitución. Porque ella no era discapacitada, no ha sido violada, no está en peligro su vida... (Grupo focal 4)*

## Discusión

El estudio reveló que la Guía de Práctica Clínica para el Aborto Terapéutico todavía es desconocida por una gran cantidad de profesionales de salud que deberían aplicarla en su trabajo diario. Además, mostró los escasos conocimientos que la mayor parte de participantes del estudio tienen respecto a las causales legales de aborto terapéutico, los requisitos para la práctica de este procedimiento dentro del marco legal y normativo ecuatoriano, las características del Misoprostol y los efectos que su uso ha tenido sobre la salud pública.

En esta investigación también encontramos que la mayor parte de profesionales consideran que la Guía es útil y necesaria y creen que mejora la atención de las usuarias. Sin embargo, el conocimiento de la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico no se asoció a un mejor nivel de información sobre la ley, los requisitos para el aborto terapéutico, las características y efectos positivos del Misoprostol, ni al cambio en las prácticas respecto al aborto terapéutico.

Respecto al aborto en general, el estudio encontró que un alto porcentaje del personal de salud cree que la ley que penaliza el aborto es muy restrictiva. La mayoría apoya la legalidad del aborto en las causales que ya están permitidas y considera que el aborto debería ser legal en algunas causales que actualmente no están definidas explícitamente como no punibles, como cuando existen condiciones del feto que son incompatibles con la vida y en casos de violación para todas las mujeres. La gran mayoría de profesionales de salud declaró que no toma acciones para iniciar la judicialización de casos de aborto en curso que atienden.

Tal como se evidencia en el caso del aborto por violación en mujeres con discapacidad mental y en el de aborto para proteger la salud integral de la mujer embarazada (más allá de las condiciones que ponen en peligro la vida de la mujer si continúa con el embarazo), el desconocimiento de las leyes y normas puede actuar en la práctica como una barrera para el acceso al aborto terapéutico a mujeres que cumplen con las indicaciones para un aborto terapéutico. Debido a la falta de información y a la creencia de que todavía existen “vacíos legales” o lineamientos poco específicos, el personal de salud podría imponer requisitos innecesarios y difíciles de conseguir (como la orden judicial en casos de violación) o incluso negarse a certificar condiciones que ponen en riesgo la salud integral de la mujer embarazada, limitando así la posibilidad de recibir el servicio de un aborto legal dentro del sistema público de salud, tal como se ha documentado en otros contextos (González de León & Billings, 2001 y Pace, et. al., 2006). Investigaciones en otros países también han documentado que los médicos/as que mejor conocen la ley tienen actitudes más favorables hacia el aborto y están más dispuestos a practicarlo en los casos permitidos por la ley (García et. al., 2013). Futuros estudios deberán analizar el acceso real al aborto terapéutico en el sistema público de salud del Ecuador, tema que no fue abordado en esta investigación y sobre el que las percepciones del personal de salud son contradictorias.

Las percepciones positivas sobre la Guía pueden actuar como un facilitador para su implementación y para el cambio en la práctica del aborto terapéutico. Para el diseño de estrategias de implementación, será necesario tomar en cuenta las opiniones del personal de salud respecto a las limitaciones del documento y al contexto restrictivo y punitivo en el que debe aplicarse. Reconocer la necesidad del personal de salud de

contar con protección legal puede ser un primer paso para mejorar el contexto en el que se pretende implementar esta y otras guías. Investigaciones previas han demostrado que las percepciones y actitudes del personal de salud respecto a las guías de práctica clínica inciden sobre el éxito en su aplicación (Grimshaw et.al. 2004 y Chapman et al., 2011).

Probablemente, parte de las opiniones negativas sobre la autoadministración del Misoprostol para inducir abortos provienen de la falta de conocimiento sobre este medicamento, pues existe suficiente evidencia sobre su eficacia y seguridad (WHO, 2012), incluso cuando es usada en contextos restrictivos y sin supervisión médica y sobre los positivos efectos que la difusión de su uso ha tenido sobre la salud pública, tales como la disminución de la incidencia y gravedad de las complicaciones postaborto y de la mortalidad materna causada por el aborto inseguro (Dzuba, et. al., 2013). Otros estudios han subrayado el hecho de que el medicamento se usa inadecuadamente en los sistemas de salud de la región por falta de capacitación y desconocimiento (Távora & Chávez, 2013). La formación adecuada sobre el uso de Misoprostol, podría facilitar la implementación de la Guía y mejorar la atención del aborto terapéutico, abortos en curso y complicaciones postaborto, acciones necesarias para alcanzar el objetivo de reducir la mortalidad materna.

Los resultados de este estudio respecto a que no existe asociación entre el conocimiento de la Guía y los cambios en las prácticas respecto al aborto terapéutico coinciden con los de estudios previos que muestran que la difusión de guías de práctica clínica y otros documentos que reúnen evidencia científica tienen un efecto limitado sobre los cambios en las prácticas (Grimshaw, et. al., 2002 y Haines et. al., 2004). Es necesario, por tanto, complementar la difusión de la Guía con otras estrategias de educación continua e implementación de cambios en las prácticas hospitalarias que mejoren efectivamente los conocimientos y las prácticas del personal de salud. Estudios previos han demostrado que las estrategias dirigidas a los y las profesionales son más efectivas que aquellas dirigidas a los establecimientos de salud (Haines et. al., 2004) y entre estas, las que han tenido mejores resultados han sido el diseño de capacitaciones interactivas que provean oportunidades para que el personal de salud aplique los cambios en la práctica durante la formación continua (Davis, et.al., 1999), organizar visitas educativas a los hospitales y proveer recordatorios sobre la utilización de las guías y la evidencia (Haines et. al., 2004). Sin embargo, la evidencia acerca de las mejores estrategias para la implementación de cambios en práctica clínica todavía es inconsistente, por lo que se necesita de evaluación rigurosa y continua sobre los efectos de las estrategias utilizadas (Haines et. al., 2004 y Grimshaw, et. al., 2002).

La percepción general de que la ley es restrictiva y el apoyo a la despenalización del aborto por malformación fetal y por violación coinciden con lo encontrado en otros estudios con la población ecuatoriana en general (SENDAS-FEDDSR-CEDATOS, 2013) y entre profesionales de salud de otros países de la región (Pace et. al., 2006, García et. al., 2013). A pesar de que la gran mayoría de profesionales encuestados/as declaró que no toma ninguna acción legal en los casos de aborto en curso que atiende, el pequeño porcentaje de profesionales que inicia la judicialización de estos casos (reportando a la Policía o a la Fiscalía la sospecha de un delito) tienen, por el poder que ostentan frente a las pacientes, la posibilidad de lesionar gravemente su derecho a la confidencialidad y a la libertad.



## Limitaciones

La limitación más importante del estudio es que la muestra no es representativa de los servicios de salud a nivel nacional, aunque constituye una muestra lo suficientemente grande respecto al personal de salud que trabaja en servicios públicos que deberían proveer abortos terapéuticos en la ciudad de Quito. Futuros estudios deberán ampliar el análisis a otros contextos nacionales.

## Conclusiones

En el escenario estudiado no se han establecido estrategias institucionalizadas de implementación de la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico. Entre el personal de salud que afirmó conocer la Guía, la información sobre sus contenidos es deficiente. Las barreras identificadas para la implementación de la Guía son la falta de conocimientos del personal de salud, la percepción de imprecisión en las indicaciones del aborto terapéutico y de falta de seguridad legal para la práctica médica en el país. El facilitador más importante es la percepción positiva de las y los profesionales de salud respecto a la Guía.

## Referencias

- Campbell, O. M., Graham, W. J., & Lancet Maternal Survival Series steering group. (2006). Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *The lancet*, 368(9543), 1284-1299.
- Castello, P. (2008). Despenalización del aborto y nuevo proyecto constitucional: un tema polémico. *ÍCONOS*, 32, 19-23.
- Chaillet, N., Dubé, E., Dugas, M., Audibert, F., Tourigny, C., Fraser, W. D., & Dumont, A. (2006). Evidence-based strategies for implementing guidelines in obstetrics: a systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 108(5), 1234-1245.
- Davis, D., O'Brien, M. A. T., Freemantle, N., Wolf, F. M., Mazmanian, P., & Taylor-Vaisey, A. (1999). Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes?. *Jama*, 282(9), 867-874.
- Dzuba, I. G., Winikoff, B., & Peña, M. (2013). Medical abortion: A path to safe, high-quality abortion care in Latin America and the Caribbean. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18(6), 441-450.
- García-Núñez, N. N., Atienzo, E. E., Dayananda, I., & Walker, D. (2013). Legislación, conocimientos y actitudes de profesionales médicos en relación al aborto en México. *Salud colectiva*, 9(2), 235-246.
- Garcia, S., Lara, D., & Goldman, L. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: resultados de una encuesta nacional. *Gac Med Mex*, 139(S1), S91-102.
- Gómez-Gómez, M., Danglot-Banck, C., & Vega-Franco, L. (2013). Cómo seleccionar una prueba estadística. *Revista Mexicana de Pediatría*, 80(1), 30-34.
- González de León, D., & Billings, D. L. (2001). Attitudes towards abortion among medical trainees in Mexico City public hospitals. *Gender & Development*, 9(2), 87-94.
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Walker, A. E., & Thomas, R. E. (2002). Changing physicians' behavior: what works and thoughts on getting more things to work. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22(4), 237-243.
- Grimshaw, J. M., & Eccles, M. P. (2004). Is evidence-based implementation of evidence-based care possible?. *Medical Journal of Australia*, 180(6), S50.
- Grol, R. (2001). Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Medical care*, 39(8), II-46.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The lancet*, 362(9391), 1225-1230.
- Haines, A., Kuruvilla, S., & Borchert, M. (2004). Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(10), 724-731.
- Khan, K. S., Wojdyla, D., Say, L., Gülmezoglu, A. M., & Van Look, P. F. (2006). WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *The lancet*, 367(9516), 1066-1074.

Larrea, S. Rooke, A. et. al. (2006) ¡De eso no se habla! Percepciones de mujeres jóvenes sobre prácticas y legalidad del aborto en el Ecuador. Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género.

McGlynn, E. A., Asch, S. M., Adams, J., Keeseey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A., & Kerr, E. A. (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England journal of medicine*, 348(26), 2635-2645.

Niinimäki M, Suhonen S, Mentula M, et al. Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: population register based study. *BMJ [edición electrónica]*. 2011;34:2. (Consultado el 10/05/2013.) Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3079960/>

Lomas, J., Anderson, G. M., Domnick-Pierre, K., Vayda, E., Enkin, M. W., & Hannah, W. J. (1989). Do practice guidelines guide practice?. *New England Journal of Medicine*, 321(19), 1306-1311.

Pace, L., Grossman, D., Chávez, S., Távara, L., Lara, D., & Guerrero Vásquez, R. (2006). Legal abortion in Peru: knowledge, attitudes and practices among a group of physician leaders. *Gac Med Mex*, 142, 91-94.

SENDAS-Frente Ecuatoriano de Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos-CEDATOS (2013). Encuesta Nacional sobre Derechos y Salud Sexual y Reproductiva. (documento inédito).

Távara, L., & Sacsá Delgado, D. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas de médicos ginecoobstetras peruanos en relación al aborto.

World Health Organization. (2012). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems.

# Anexos

## Anexo 1: Cuestionario de la encuesta

### Fundación Desafío

#### "Percepciones, actitudes y prácticas de personal de salud sobre la implementación de la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Aborto Terapéutico en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador"

El presente estudio es realizado por la Fundación Desafío, con autorización del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

El objetivo general del estudio es analizar las percepciones, actitudes y prácticas del personal de salud sobre la implementación de la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Aborto Terapéutico en el Ecuador.

#### Condiciones para la participación en el estudio

- La participación en esta investigación es voluntaria. Ninguna persona está obligada a contestar esta encuesta en su totalidad ni parcialmente
- Toda la información será tratada de manera confidencial y anónima. Aunque los resultados de la investigación se devolverán a las autoridades del Sistema Nacional de Salud, se mantendrá el anonimato en todo momento.
- La información que se recoja por este medio NO será usada para evaluar al personal de salud de instituciones públicas

1. Ciudad en la que vive/trabaja: \_\_\_\_\_
2. Sexo: (1) Masculino  (2) Femenino
3. Edad: (1) Menos de 30 años  (2) Entre 30 y 50 años  (3) 51 años o más
4. Formación académica: (1) Médico/a postgradista  (2) Obstetrix/tra   
(3) Especialista médico/a  Especialidad: \_\_\_\_\_  
(4) Médico/a general  (5) Otro: \_\_\_\_\_
5. Lugar de trabajo: (1) Institución pública  (2) Institución privada   
(3) Ambas  Nombre de la institución: \_\_\_\_\_
6. Años de trabajo en su profesión: \_\_\_\_\_
7. Según su conocimiento, ¿en qué casos el aborto realizado por un profesional de la salud no se considera un delito en el Ecuador? (puede marcar más de una opción)  
(1) En ningún caso (todos los abortos son delito)   
(2) Para salvar la vida de la mujer   
(3) Para proteger la salud física y mental de la mujer   
(4) Por violación   
(5) Por violación, solo en mujeres con discapacidad mental   
(6) Si el feto tiene una condición que lo hace incompatible con la vida (por ejemplo, algunas malformaciones)   
(7) En todos los casos (ningún aborto practicado por un profesional de la salud es delito)   
(8) No sabe
8. Según su conocimiento, ¿Con qué requisitos se debe cumplir para realizar un aborto terapéutico dentro del marco legal? (puede marcar más de una opción)  
(1) Solicitud escrita  (5) Presentar carnet del CONADIS   
(2) Consentimiento informado  (6) Aprobación de un comité médico/de ética   
(3) Orden de fiscal o juez/a  (7) Evaluación y decisión de médico tratante   
(4) Denuncia de violación  (8) No sabe

Fundación Desafío

"Percepciones, actitudes y prácticas de personal de salud sobre la implementación de la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Aborto Terapéutico en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador"

9. ¿Realizan abortos terapéuticos (no penalizados por la ley) en el lugar en el que usted trabaja?  
(1) Sí  (2) No
10. ¿Conoce usted la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Aborto Terapéutico expedida por el Ministerio de Salud Pública?  
(1) Sí  (2) No
- Si contestó que no, por favor pase a la pregunta 18
11. ¿Cómo se enteró de la existencia de esta Guía?  
(1) Formalmente, a través de un funcionario/a del MSP   
(2) Formalmente, a través de una comunicación del/la jefe/a de servicio u otra autoridad del hospital   
(3) Informalmente, a través de un/a compañero/a del servicio en el que trabajo   
(4) Por iniciativa propia, a través de búsqueda en internet   
(5) Otro (por favor explique) \_\_\_\_\_
12. ¿Cuándo se enteró usted de la existencia de la Guía?  
(1) Hace un mes o más  (2) Hace menos de un mes
13. Desde su punto de vista, la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico es:  
(1) Muy necesaria  (2) Poco necesaria  (3) Innecesaria   
¿Por qué? \_\_\_\_\_
14. Desde su punto de vista, la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico es:  
(1) Muy útil  (2) Poco útil  (3) Totalmente inútil   
¿Por qué? \_\_\_\_\_
15. En general, ¿está usted de acuerdo con los contenidos de la guía?  
(1) De acuerdo  (2) Indiferente  (3) En desacuerdo   
¿Por qué? \_\_\_\_\_
16. ¿Qué consecuencias cree usted que tiene la expedición de la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico en la atención de las usuarias?  
(1) Mejora la atención  (2) No mejora la atención   
(3) Otras  Por favor explique \_\_\_\_\_
17. En su lugar de trabajo, ¿se aplican los procedimientos recomendados en la Guía de Práctica Clínica?  
(1) Sí  (2) No
18. ¿Han cambiado los procedimientos que utilizan a partir de la publicación de la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico?  
(1) Sí  (2) No

Si contestó que no, por favor pase a la pregunta 20

Fundación Desafío

"Percepciones, actitudes y prácticas de personal de salud sobre la implementación de la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Aborto Terapéutico en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador"

19. Por favor describa brevemente cómo han cambiado los procedimientos que utilizan para la realización del aborto terapéutico

20. ¿Qué procedimiento utiliza para la práctica del aborto terapéutico?

- (1) Legrado instrumental
- (2) Aspiración Manual Endouterina (AMEU)
- (3) Misoprostol solo
- (4) Misoprostol y legrado
- (5) Misoprostol y AMEU
- (6) Otro procedimiento  Por favor indique cuál \_\_\_\_\_

21. Desde su punto de vista, el aborto practicado solamente con misoprostol autoadministrado por la mujer es:

- (1) Muy seguro
- (2) Poco seguro
- (3) Muy inseguro

22. Desde su punto de vista, el aborto practicado solamente con misoprostol autoadministrado por la mujer es:

- (1) Muy eficaz
- (2) Poco eficaz
- (3) Muy ineficaz

23. En su práctica médica, ¿con qué frecuencia atiende casos de aborto en curso o casos de complicaciones posteriores a un aborto?

- (1) Todos los días
- (2) Al menos una vez a la semana
- (3) Al menos una vez al mes
- (4) Al menos una vez al año
- (5) Casi nunca
- (6) Nunca

Si contestó nunca, por favor pase a la pregunta 25

24. En estos casos, ¿cuál es el método más común utilizado por las mujeres para abortar?

- (1) Misoprostol
- (2) Procedimientos quirúrgicos
- (3) Otro  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

25. En su opinión ¿qué consecuencias tiene para la salud pública el uso de misoprostol autoadministrado por la mujer para inducir abortos?

- |                            | (1) Aumenta              | (2) Se mantiene          | (3) Disminuye            |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cantidad de abortos        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cantidad de complicaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gravedad de complicaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mortalidad materna         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fundación Desafío

**"Percepciones, actitudes y prácticas de personal de salud sobre la implementación de la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Aborto Terapéutico en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador"**

26. En su práctica médica, ¿qué procedimientos sigue para atender a las mujeres que presentan un aborto en curso o complicaciones postaborto? (puede marcar más de una opción)
- |                                 |                          |                                       |                          |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| (1) Prescripción de misoprostol | <input type="checkbox"/> | (2) Legrado instrumental              | <input type="checkbox"/> |
| (3) AMEU                        | <input type="checkbox"/> | (4) Derivación a otro establecimiento | <input type="checkbox"/> |
| (5) Denuncia a la Fiscalía      | <input type="checkbox"/> | (6) Notificación a la policía         | <input type="checkbox"/> |
| (7) Otros                       | <input type="checkbox"/> | ¿Cuáles? _____                        |                          |
27. En general, ¿qué piensa usted sobre la normativa actual con respecto al aborto?
- |                        |                          |               |                          |                    |                          |
|------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| (1) Es muy restrictiva | <input type="checkbox"/> | (2) Está bien | <input type="checkbox"/> | (3) Es muy liberal | <input type="checkbox"/> |
|------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
28. ¿En cuáles de los siguientes casos cree usted que el aborto debería ser legal? (puede marcar más de una respuesta)
- |   |                          |
|---|--------------------------|
| (1) En ningún caso  | <input type="checkbox"/> |
| (2) Para salvar la vida de la mujer   | <input type="checkbox"/> |
| (3) Para proteger la salud física de la mujer                                   | <input type="checkbox"/> |
| (4) Para proteger la salud mental de la mujer                                   | <input type="checkbox"/> |
| (5) Por violación   | <input type="checkbox"/> |
| (6) Por incesto   | <input type="checkbox"/> |
| (7) Por razones socioeconómicas (pobreza, número de hijos/as, edad de la mujer) | <input type="checkbox"/> |
| (8) Por malformación fetal  | <input type="checkbox"/> |
| (9) Por condiciones en el feto que son incompatibles con la vida                | <input type="checkbox"/> |
| (10) En todos los casos, a pedido de la mujer                                   | <input type="checkbox"/> |
29. ¿Tiene algún comentario adicional?
- 

¡Muchas gracias por su tiempo!



## Anexo 2: Guía para grupos focales

### Percepciones, actitudes y prácticas de personal de salud sobre la implementación de la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Aborto Terapéutico en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador

#### Cuestionario para grupos focales con personal de salud

##### Conocimiento de la guía

1. ¿Conocen la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Aborto Terapéutico en el Sistema Nacional de Salud?
2. ¿Cómo se enteraron de la existencia de esta Guía?

##### Acuerdo con los contenidos de la guía

3. ¿Qué piensa usted de la existencia de la Guía?
4. ¿Qué opinión tiene sobre los procedimientos que la Guía recomienda?
  - a. ¿Está de acuerdo con el uso del misoprostol para la realización del AT en el SNS?
  - b. ¿Está de acuerdo con la realización de abortos quirúrgicos en casos de AT después de las 14 semanas de gestación?
  - c. Según su opinión ¿quién/es deberían decidir a qué casos concretos corresponde la indicación de un AT?

##### Cambios en las prácticas

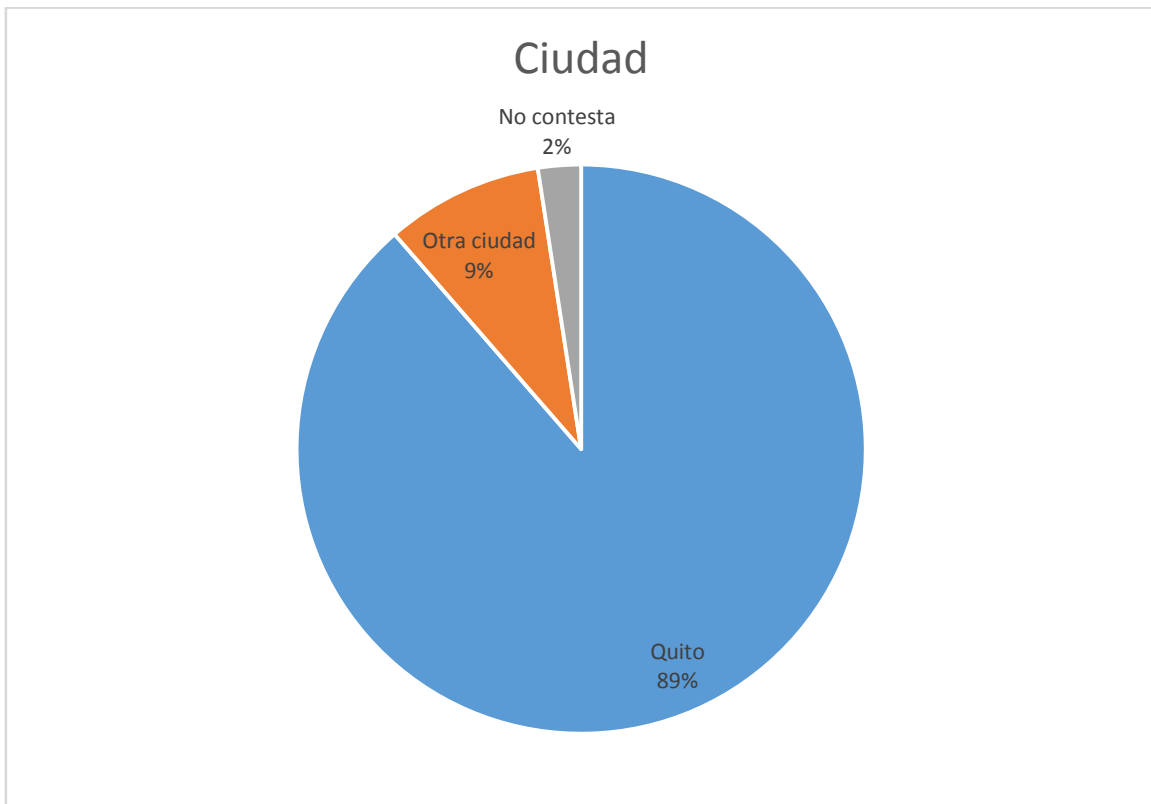
5. ¿Conoce usted algún caso en el que se haya practicado un AT en su hospital?
  - a. ¿Cuándo ocurrió esto?
  - b. ¿Puede describir el procedimiento que se siguió?
6. En los últimos meses (a partir de noviembre de 2014), ¿han practicado AT en este hospital?
7. ¿Han habido cambios en la práctica clínica del AT a partir de la expedición de la Guía?
  - a. ¿Qué ha cambiado?
  - b. ¿Ha cambiado la frecuencia con la que practican legrados?
  - c. ¿Realizan más procedimientos de AT usando solamente misoprosoto?
  - d. ¿con qué frecuencia utilizan el AMEU?
8. ¿Hay alguna estrategia para la implementación de la guía en el hospital en el que usted trabaja?

##### Percepciones generales sobre la práctica del aborto y el uso de misoprostol para abortar

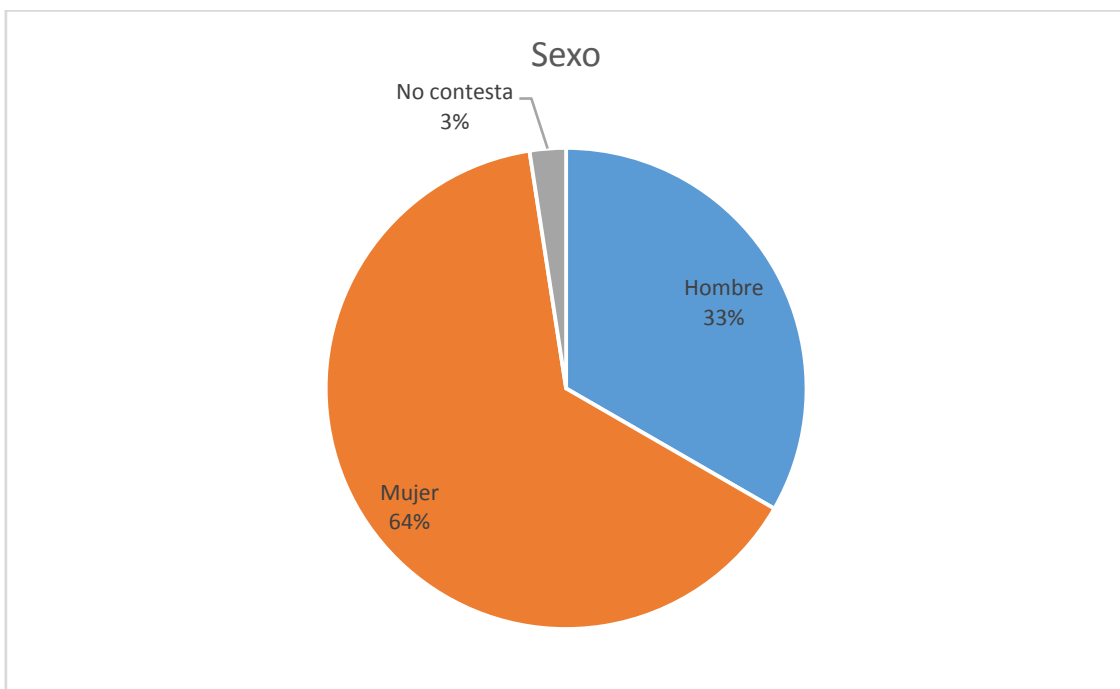
9. En el servicio en el que usted trabaja, ¿han atendido casos de abortos en curso o de complicaciones posteriores a un aborto con misoprostol?
10. ¿Qué procedimiento siguen para atender a estas mujeres?
11. En estos casos, ¿se reporta a la policía la llegada de una mujer con un aborto en curso?
12. ¿Qué opina usted sobre el uso del misoprostol para abortar?
13. ¿Qué consecuencias cree usted que ha tenido la difusión pública de información sobre misoprostol como abortivo?
14. ¿Hay algo más que quiera decir sobre este tema?

## Anexo 3: Gráficos

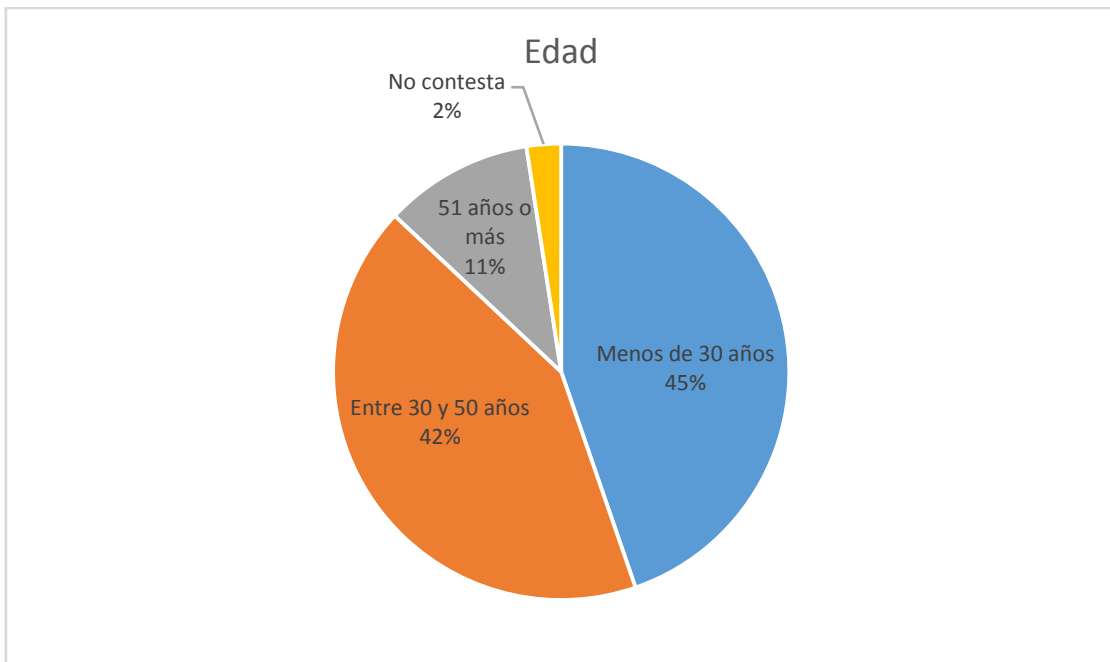
**Gráfico 1: Ciudad en la que trabajan las y los participantes del estudio**



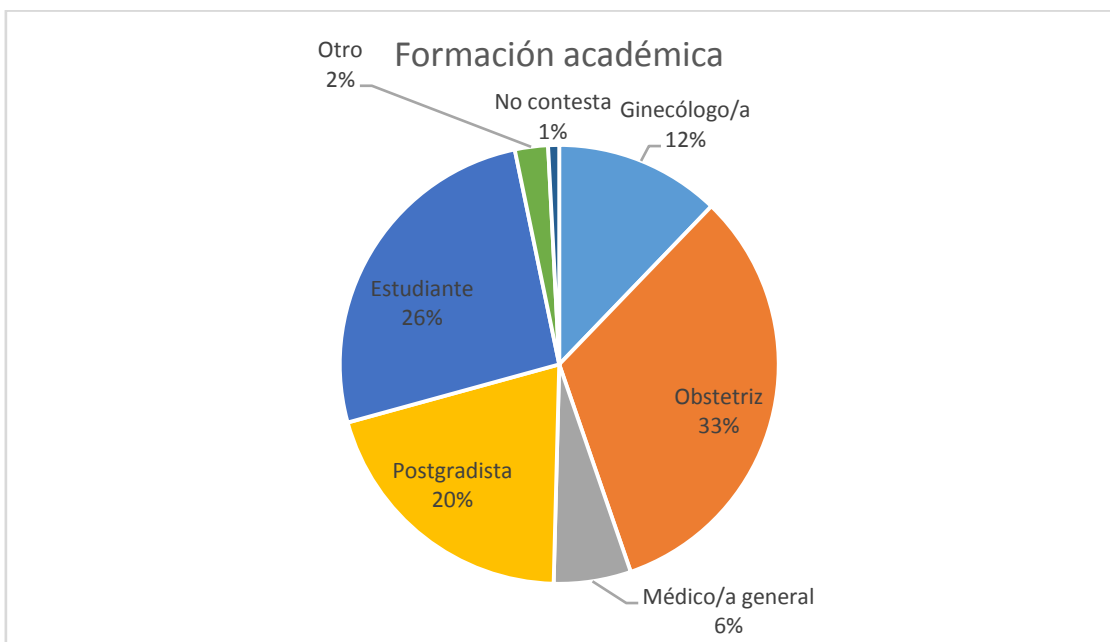
**Gráfico 2: Sexo de las y los participantes en el estudio**



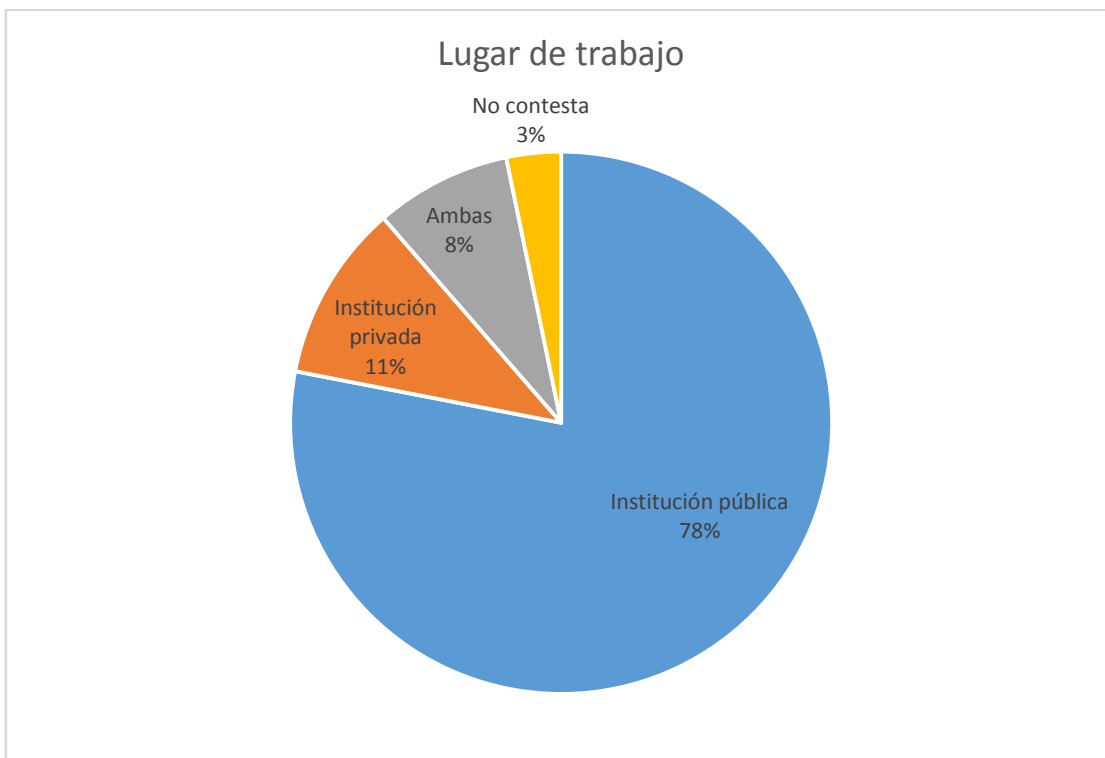
**Gráfico 3: Edad de las y los participantes en el estudio**



**Gráfico 4: Formación académica de las y los participantes del estudio**



**Gráfico 5: Lugar de trabajo de las y los participantes del estudio**



**Gráfico 6: Años de experiencia de trabajo en la profesión de las y los participantes del estudio**

