

# ARTÍCULO ORIGINAL

## CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ABORTO EN UNA MUESTRA DE MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DE ECUADOR

Wilfrido León<sup>1</sup>, Eduardo Yépez<sup>1,2</sup>, María Belén Nieto<sup>1</sup>, Sonia Grijalva<sup>1</sup>, Mónica Cárdenas<sup>3</sup>, Fabiola Carrión<sup>3</sup>, Octavio Miranda<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Médico Gineco-Obstetra, Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia; Docente Universidad Regional Autónoma de los Andes UNIANDES, Ecuador  
<sup>2</sup> Fondo de Población de Naciones Unidas - UNFPA  
<sup>3</sup> Planned Parenthood Federation of America - PPFPA

Contribuciones de autoría O Miranda, E Yépez y W León diseñaron la intervención; W León y S Grijalva elaboraron las encuestas y realizaron el análisis e interpretación de los resultados; E Yépez, O Miranda, M Cárdenas y F Carrión revisaron las encuestas; MB Nieto y S Grijalva fueron responsables del trabajo de campo. W León escribió el manuscrito El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) brindó apoyo técnico y Planned Parenthood (PPFA) apoyo técnico y financiero para la realización de la presente intervención. Todos/as los autores aprobaron la versión final.

Conflicto de interés: Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Artículo recibido el 14 de abril de 2016 y aceptado para publicación el 21 de abril de 2016.

Correspondencia: Octavio Miranda

✉ decanomedicina@yahoo.com

### RESUMEN

**Objetivos:** Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en una muestra intencionada de médicos gineco-obstetras líderes provinciales de la Federación de Sociedades de Ginecología y Obstetricia del Ecuador (FESGO) sobre el aborto inducido. **Diseño:** Estudio transversal, correlacional, de corte prospectivo y analítico. **Institución:** Federación de Sociedades de Ginecología y Obstetricia del Ecuador (FESGO). **Participantes:** Médicos gineco-obstetras líderes provinciales de FESGO. **Metodología:** En una muestra intencionada de 33 médicos gineco-obstetras se aplicó una encuesta estructurada validada y basada en experiencias de la región, acerca de datos generales y sociodemográficos del encuestado, conocimientos teóricos sobre la epidemiología del aborto y la muerte materna, actitudes con relación del manejo del aborto inseguro, y la práctica de prescripción de misoprostol y tratamiento quirúrgico por aspiración. **Principales medidas de resultados:** Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas. **Resultados:** La población encuestada tenía promedio de edad de 49 años, 16 años de práctica, con relación estable, hijos y religión declarada. Consideraron de alta prioridad la muerte materna por aborto, pues atendían pacientes públicas y privadas con intención de aborto inducido frecuente y uso de misoprostol previo. Consideraron la ampliación de motivos para aborto con la proyección de reducción de mortalidad, aunque los casos aumentarían. En su mayoría consideraron suficientes sus conocimientos de derechos reproductivos, se sentían solventes respecto a la consejería en misoprostol, aunque la satisfacción alta respecto a consejería de aborto inducido fue apenas en 51%. **Conclusiones:** Los líderes provinciales de esta muestra intencionada conocían la temática del aborto y su atención integral. Los conocimientos fueron altos, aunque las actitudes y prácticas resultaron diversas, con respuestas que sugieren mayor sensibilización y capacitación. Nuevos estudios necesitan ser realizados en una población más amplia de gineco-obstetras federados, así como intervenciones educativas y de sensibilización para mejorar la calidad de atención del aborto. **Palabras clave:** Aborto; Conocimientos, Actitudes, Prácticas; Médicos Gineco-obstetras.

### KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES REGARDING ABORTION IN A SAMPLE OF OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS FROM ECUADOR

#### ABSTRACT

**Objectives:** To determine knowledge, attitudes and practices regarding abortion in an intentioned sample of obstetrician/gynecologists who are provincial leaders of the Federación de Sociedades de Ginecología y Obstetricia del Ecuador (FESGO). **Design:** Prospective, correlational, cross-sectional, and analytical survey. **Setting:** Federación de Sociedades de Ginecología y Obstetricia del Ecuador (FESGO). **Participants:** FESGO obstetrician/gynecologists provincial leaders. **Methods:** A structured and validated survey was applied to an intentional sample of 33 obstetrician/gynecologists. The survey was based on experiences in the region, general and demographic information of the respondent, theoretical knowledge about the epidemiology of abortion and maternal death, attitudes about the management of unsafe abortion, and practice on misoprostol prescription and surgical aspiration. **Main outcome measures:** Knowledge, attitude and practices. **Results:** The survey respondents were 49 years old average, had 16 years of medical practice, and stable family relations, with declared children and religion. They considered maternal death due to abortion of high priority because they attended public and private patients with frequent history of induced abortion and use of misoprostol. They also considered the expansion of reasons for abortion in the light of a potential reduction in mortality, even if the number of cases increased. Most considered sufficient their knowledge on reproductive rights and felt proficient with respect to counseling on misoprostol, although high satisfaction on induced abortion counseling was just 51%. **Conclusions:** Provincial leaders of this sample knew about abortion and its comprehensive care. Knowledge was high, but attitude and practices were diverse and require more awareness and training. Further studies are needed in a broader federated population of obstetrician/gynecologists. Educational and sensitizing interventions are needed to improve the quality of abortion care.

**Keywords:** Abortion; Knowledge, Attitudes, Practices; Obstetricians/Gynecologists.



## INTRODUCCIÓN

El aborto representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo<sup>(1-2-3)</sup>. Para un gran número de mujeres el aborto resulta de necesidades no satisfechas de planificación familiar y pone de relieve la inequidad en información, acceso y provisión de métodos de anticoncepción. Afecta en particular a las mujeres con condiciones socioeconómicas desfavorables y dificultades de acceder al sistema de salud<sup>(1-3)</sup>.

Los profesionales de salud relacionados directamente al manejo del aborto deben disponer de conocimientos, actitudes y prácticas que les permitan ofrecer a las mujeres la mejor calidad de atención desde una perspectiva integral y de derechos, para garantizar la salud sexual y reproductiva actual y futura de la mujer<sup>(3-4)</sup>.

El abordaje de la atención del aborto debe enmarcarse en el respeto de los derechos reproductivos, como parte fundamental de los derechos humanos y como un deber de todo profesional de la salud. Para mejorar significativamente la salud materna, neonatal y reproductiva se debe apoyar intervenciones basadas en la mejor evidencia disponible, dentro de un marco de derechos y de promoción de la salud<sup>(4-7)</sup>.

La Federación Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia (FESGO), dentro del "Plan de Implementación de Buenas Prácticas en el Marco de la Evidencia científica para el manejo adecuado de las causas de Mortalidad y Morbilidad Materna en el Ecuador" que lleva a cabo desde hace algunos años, ha puesto de relevancia la necesidad de disponer de datos respecto a los conocimientos y conductas de sus asociados para direccionar un proceso de capacitación continua, que es una parte de la misión de una organización científica nacional que agremia a gineco-obstetras de todo el país. De acuerdo a estadísticas del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC),<sup>(8)</sup> los egresos por aborto más numerosos estarían relacionados a la morbimortalidad materna.

Optimizar la atención integral del aborto es un paso necesario hacia la consecución de los objetivos de desarrollo nacional e internacional (Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015) planteados en el Plan Nacional de reducción acelerada de la muerte materna y neonatal<sup>(9)</sup> y en las prioridades de investigación de salud 2013-2017 del Ministerio de Salud Pública<sup>(10)</sup>.

## MÉTODOS

Se realizó una primera fase de un estudio transversal descriptivo analítico y correlacional de corte prospectivo, en dos momentos. Considerando un marco muestral de 13 sociedades de Ginecología y Obstetricia en el Ecuador, se estimó una muestra intencionada simple de 37 médicos gineco-obstetras considerados líderes provinciales.

Los encuestados pertenecían a las Sociedades Provinciales de Azuay, Bolívar, Cañar, Chimborazo, El Oro, Esmeraldas, Guayas, Imbabura, Manabí, Los Ríos, Pichincha y Tungurahua. Adicionalmente se tuvo encuestados de las provincias de Chimborazo, Cotopaxi y Napo (intención de ser filiales FESGO). La recolección de datos estuvo a cargo de un equipo consultor, entre mayo y noviembre de 2014.

El instrumento sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre aborto fue diseñado por una consultoría a partir de encuestas empleadas en estudios regionales<sup>(11-13)</sup>. Se realizó la revisión del instrumento por expertos locales e internacionales y dos profesionales de salud sexual y reproductiva docentes universitarios participaron en la validación (*face validity*). El cuestionario final constó de 48 preguntas de base estructurada y de opción múltiple divididas en cuatro partes: a) datos generales y sociodemográficos del encuestado (edad, sexo, estado civil, religión, años de práctica como especialista, entre otros); b) conocimientos teóricos acerca de la epidemiología del aborto y la muerte materna; c) actitudes acerca del manejo del aborto en el contexto de la Ley ecuatoriana; y, d) la práctica de prescripción de misoprostol (mecanismos de acción, indicaciones, eficacia, efectos adversos, contraindicaciones, legalidad en nuestro medio y forma de administración) y del tratamiento quirúrgico por aspiración (disposición para emplear el método y recomendarlo, accesibilidad, consejería e indicaciones).

La encuesta fue aplicada en dos grupos previamente sensibilizados en derechos sexuales y derechos reproductivos relacionados a la temática del aborto.

Los datos fueron revisados e ingresados a la base de datos Excel, y analizados con estadística descriptiva, dependiendo de las variables y



los propósitos del estudio. Una vez establecidos los resultados, de acuerdo a su distribución porcentual y de frecuencias, fueron agrupados en tablas. El estudio contó con el apoyo técnico del Fondo de Población de Naciones Unidas y el apoyo técnico financiero de Planned Parenthood.

## RESULTADOS

De las 37 encuestas realizadas, se excluyó cuatro por inconsistencia en los datos o asistencia incompleta a la sesión (tasa de inclusión 89,2%).

Las edades del grupo seleccionado de gineco-obstetras oscilaron entre 37 y 59 años, con una promedio de 49,2 años. Existió un predominio del sexo masculino (69,7%), de estado civil casados o unidos (94%) y con hijos (93,4%) en un rango de 1 a 4. La mayoría refirió ser profesante de religión católica o cristiana (88%), aunque asistía a los oficios religiosos a veces (48,5%), una vez a la semana (21,2%), una vez al mes en (15,2%), nunca (12,1%) y más de una vez a la semana (3,0%). El nivel de influencia de la religión en las respuestas a esta encuesta fue elevado en 48,5%, reducido en 36,4% y no tuvo influencia en 15,2%.

Todo la muestra encuestada laboraba en medio urbano y tenía un promedio de 16,1 años de práctica gineco-obstétrica (rango de 7 a 28 años), con una distribución de práctica combinada pública y privada (51,5%), privada (39,4%) y pública (9,1%).

Un 63,6% consideró que en Ecuador la muerte materna por aborto incompleto es un problema de salud de alto nivel, 27,3% lo consideró medio y 9,1% bajo. Respecto al tema del aborto, la Ley Ecuatoriana fue considerada liberal o muy liberal en 6,1%, restrictiva en 63,6%, muy restrictiva en 27,3% y no sabía 3%.

Si las indicaciones contempladas en la Ley ecuatoriana se extendieran, 60,6% sugirió que el número de atenciones por aborto aumentaría, 18,2% que disminuiría o no cambiaría, respectivamente, y no sabía 3%.

Si las indicaciones contempladas en la Ley ecuatoriana se extendieran, 90,9% pensaba que el número de muertes maternas por aborto disminuiría, 3% que aumentaría y 9,1% que no cambiaría.

Al margen de lo que se contempla actualmente en la Ley Ecuatoriana, consideraron que la ley debe permitir el aborto en los casos señalados en la tabla 1.

En su práctica clínica, 9,1% atendió todos los días pacientes que se habían practicado un aborto en algún momento de su vida, 30,3% al menos una vez por semana, 36,4% al menos una vez por mes, 21,2% una vez por año y casi nunca o nunca 3%.

Si una mujer le solicitara un aborto en las condiciones que la ley actual establece, 33,3% lo practicaría, 9,1% lo practicaría en algunos casos, 30,3% haría consejería y daría información acerca de fármacos, 27,3% no lo practicaría pero la transferiría.

Si una mujer le solicitara un aborto fuera de las condiciones que la ley actual establece, ofrece consejería e informa sobre fármacos en 48,5%, no lo hace pero la refiere en 24,2%, no lo hace jamás en 15,2%, lo hace en algunos casos en 9,1%, no lo hace ni la refiere en 3%.

Respecto al método medicamentoso, 81,8% tenía al misoprostol como primera elección para tratar un aborto incompleto, 70% consideraba su fácil uso y acceso y 27,3% de fácil uso pero difícil acceso. Comparado con el manejo quirúrgico, lo indicaron más fácil en 87,9%, más difícil o indiferente en 12,1%.

En los casos de atención de aborto complicado, consideraron que la mujer era tratada con respeto a sus derechos en 81,8%, con apoyo psi-

TABLA 1. MOTIVOS PARA PERMITIR UN ABORTO.

Aborto en caso de:	n	%
Peligro para la vida de la mujer	32	96,9
Malformación congénita severa	30	90,9
Discapacidad mental	28	84,8
Violación	26	78,8
Peligro para la salud de la mujer	23	69,7
VIH/sida en progenitor/es	14	42,4
Familias disfuncionales	7	21,2
Pobreza extrema	7	21,2
Falla del método anticonceptivo	6	18,2
Todos las mencionadas	6	18,2



cológico y consejería en 66,7% y se le ofrecía la atención médico-quirúrgica en 87,9%.

Respecto al manejo, 81,8% creía muy necesaria la existencia de un protocolo para atender un aborto dentro de la Ley ecuatoriana; un 18,2% no la consideró necesaria.

El servicio postaborto debería incluir planificación familiar (93,8%), tratamiento y/o transferencia para atención de infecciones de transmisión sexual (40,6%) y violencia sexual (40,6%), así como asesoría y pruebas de VIH (34,4%).

Consideraron como primera y más segura elección a la aspiración endouterina y medicamentosa (39,4%) y 60,6%, la opción del legrado instrumental, aunque dispusieran de las otras formas de manejo.

Casi todos (96,9%) señalaron fácil el uso de un método medicamentoso, pero 27,3% lo señaló de difícil acceso. Un 48,5% indicó que la opción medicamentosa fue más efectiva que la experiencia quirúrgica previa, 42,4% que fue igual de efectiva, 3% menos efectiva y 6,1% no lo sabía. Misoprostol parecía el medicamento más seguro para 69,7% e igual de segura para 24,2%. Respecto al uso de misoprostol en el aborto incompleto o diferido, la preocupación respecto al riesgo infeccioso fue baja en 36,4%, mediana en 21,2%, y no representaba un problema en 42,4%. Un 87,9% conocía que frente a una inestabilidad hemodinámica, el misoprostol no era la opción más segura.

Un 60,1% garantizaba el derecho a la participación en la decisión del tipo de tratamiento a recibir si la condición hemodinámica era aceptable; 39,4% consideró que la decisión era exclusivamente del proveedor.

En la práctica clínica, 21,2% del grupo encuestado manifestó que la intención de aborto provocado como reporte de consulta era muy frecuente, 42,4% que era frecuente y 36,4%, menos frecuente.

El uso previo a la consulta médica de prostaglandinas para su uso en el aborto, 24,2% lo consideraron muy frecuente, 30,3% frecuente, 45,5% poco frecuente y muy infrecuente. Trataron casos de aborto incompleto con método farmacológico en los últimos 6 meses un promedio de 4,1 casos por mes (rango de 1 a 16).

La adherencia al uso del ultrasonido para el diagnóstico de aborto, 3% lo manifestaron como indispensable, 45,5% como necesario, 42,4% poco necesario y 9,1% como inútil para dicho diagnóstico. La adherencia al uso de ultrasonido para determinar el éxito del misoprostol para el manejo de aborto, 12,1% lo indicó como necesario, 69,6% como poco necesario y 18,2% como inútil para dicho diagnóstico. Y el uso de ultrasonido para determinar el éxito de la aspiración endouterina en el manejo del aborto, en 3% era indispensable, 6,1% necesario, 51,5% poco necesario y 39,4% inútil.

En relación a los conocimientos de derechos sexuales y derechos reproductivos, lo consideraron suficientes 72,7%, escasos en 18,2%, sobresalientes en 6,1% y mínimos 3%.

Respecto a la consejería como componente vital en el ofrecimiento de misoprostol, el sentimiento respecto a esta actividad fue de solvencia en 84,9%, y de inseguridad, intranquilidad o impotencia en 15,2%. La satisfacción al brindar asesoría acerca de aborto inducido fue alta en 51,5%, media en 30,3% y baja en 18,2%. Luego de la sensibilización secundaria a la aplicación de la encuesta, asesorarían de manera más adecuada a sus pacientes 42,4%, hablaría o discutiría con sus colegas del tema aborto un 18,2%, tendría una actitud activa y participativa sobre las leyes de aborto 15,2%, y leería más acerca de aborto inseguro 0%.

## DISCUSIÓN

La prestación adecuada de servicios de atención integral del aborto es un paso clave para disminuir el índice de abortos inseguros y reducir la muerte materna como un Objetivo de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas<sup>(9,14,15)</sup>. Desarrollar grupos de profesionales que tengan experiencia en el tema y puedan brindar apoyo para la elaboración e implementación de guías técnicas y servir de mentores para apoyar a sus colegas es tarea de las asociaciones profesionales en el campo de la salud sexual y de la salud reproductiva<sup>(16-18)</sup>.

El grupo estudiado estaba en el pico productivo de la especialidad, con un margen de experiencia tanto en el sector público como en el privado, atendiendo mujeres gestantes de los dos escenarios socioeconómicos. Eran gineco-obstetras



con importante experiencia en la especialidad; una proporción significativa contaba en promedio con más de 16 años de ejercer la ginecología y obstetricia, y tenían en promedio 49 años de edad. La mayor parte de entrevistados y entrevistadas consistió en varones, de estado civil casado/a o unido/a (94%) y con hijos (93%).

En la muestra predominó el número de profesionales católicos/as, pertenecientes a la religión dominante en el Ecuador. Sin embargo, apenas 15,2% consideró que la religión no había influido en las respuestas, y más de la mitad no asistía de manera regular a los oficios religiosos, lo que coincide con otras investigaciones de la región y nos ilustra lo influenciado que puede ser el tema del aborto por factores ajenos a la atención médica<sup>(14,17,19)</sup>.

Gran parte de los profesionales encuestados conocía que el aborto tiene mucha importancia como causa importante de mortalidad materna<sup>(12-17)</sup>. Llamó la atención, sin embargo, que un tercio no vislumbrara la muerte materna por esta causa. Este dato contrasta con 90% de participantes que consideraron que las leyes ecuatorianas al respecto de aborto eran restrictivas o muy restrictivas, lo cual no apoyaría la consecución de los ODM<sup>(9)</sup>.

Un 90% señaló que si las indicaciones contempladas en la Ley Ecuatoriana aumentaban, las atenciones subirían en número pero se reduciría la muerte materna por esta causa. Otras publicaciones hacen afirmaciones semejantes<sup>(20,21)</sup>.

Al margen de lo que contempla la ley, al igual que en otra publicación<sup>20</sup>, consideraron de manera mayoritaria muchas causales para permitir un aborto, como el peligro para la salud y la vida de la mujer, la malformación congénita severa, la discapacidad mental y la violación. Vale tener en cuenta estas consideraciones aprobadas en entornos de legalidad de aborto terapéutico<sup>(16,21)</sup>.

Casi la totalidad de participantes atendía, una vez por mes o más frecuentemente, mujeres con antecedente de aborto inducido en algún momento de su vida, y llamó la atención que, frente a la demanda de aborto en las condiciones de legalidad del país, apenas un tercio lo practicaban inmediatamente, lo que repercutía sobre el tiempo de atención y las demoras consecuentes<sup>(22)</sup>. Sin embargo, en condiciones fuera de la

legalidad vigente, casi la mitad hace consejería y brinda información sobre fármacos para el manejo del aborto. Llama la atención el reporte de atención de consultas con intención de aborto provocado de manera frecuente y muy frecuente en más de 63% de participantes, como lo evidencian varios reportes<sup>(21-24)</sup>.

La exploración del nivel de conocimiento sobre las técnicas para realizar un aborto evidenció que más de 90% de los/as entrevistados conocía todos los métodos para el manejo del aborto. Un 81% tenía al misoprostol como primera elección para el aborto incompleto, considerándolo un método seguro, de fácil uso y acceso. Un tercio manifestó que su acceso era dificultoso. La efectividad fue similar o mayor al procedimiento quirúrgico en más de 80% de entrevistados, con apenas 20% de preocupación de riesgo infeccioso. Aparentemente es baja la dependencia del ultrasonido para el diagnóstico y manejo, tanto con el misoprostol como con la aspiración endouterina; sin embargo, esta área debe ser motivo de reforzamiento<sup>(24-26)</sup>.

Para realizar un aborto dentro de lo que establece la ley, los participantes estimaron que es necesario o muy necesario disponer de protocolos (97,5%), lo cual es importante para considerar procedimientos que garanticen la atención médica quirúrgica, con respeto a los derechos de la mujer y apoyo psicológico y de consejería en porcentajes mayores a los señalados<sup>(26)</sup>.

Al respecto, la mayoría consideró suficientes sus conocimientos de derechos reproductivos, se sintieron solventes respecto a la consejería en misoprostol, aunque la satisfacción respecto a consejería de aborto inducido fue alta en apenas 51%. Se impone entonces una mayor capacitación en el tema<sup>(22,24)</sup>.

Se concluye que los líderes provinciales de esta muestra intencionada conocen mayoritariamente la temática importante relativa al tema de aborto y su atención integral. Los conocimientos son altos, aunque las actitudes y prácticas son diversas con respuestas que requieren mayor sensibilización y capacitación inmediata<sup>(12-13)</sup>.

Nuevos estudios deben ser realizados en una población más amplia de gineco-obstetras federados y aplicar intervenciones educativas y de sensibilización para mejorar la calidad de atención del aborto.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fándes A. Strategies for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012 Oct;119 Suppl 1:S68-71.
2. Neilson JP, Gyte GM, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Mar 28;3:CD007223.
3. León W, Yépez E. Manejo ambulatorio del aborto incompleto. Importancia de su implementación. *Rev Ecuatoriana Ginecol Obstet.* Enero – Agosto 2014;21. ISSN 1390-4132 / ISSN 1390-4124.
4. Blum J, Winikoff B, Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Schiavon R, Weeks A. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *Int J Gynecol Obstet* 2007;99(Suppl 2):S186-9.
5. Mbizvo MT, Chou D, Shaw D. Today's evidence, tomorrow's agenda: implementation of strategies to improve global reproductive health. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013 May;121 Suppl 1:S3-8.
6. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Nov 9;(11):CD002855.
7. GTR. Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. Washington D.C., PAHO, 2003. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2009/DCEI.pdf> Acceso 15/02/2010
8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INEC 2010.
9. Plan Nacional de reducción de la muerte materna y neonatal. MSP Ecuador 2008.
10. Prioridades de investigación en salud 2013 – 2017. Disponible en: [www.msp.gov.ec](http://www.msp.gov.ec).
11. Távora L, Orderique L. Aspectos epidemiológicos del aborto y sus repercusiones en salud pública. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2004;50(3):176-80.
12. Távora L, Sacsa. Conocimientos, actitudes y prácticas de médicos ginecoobstetras peruanos en relación al aborto. PROMSEX. 2008.
13. Yépez E, Hermida C, León W y col. Por una maternidad y nacimientos seguros. Acciones realizadas para reducir la muerte materna en Ecuador. Material de abogacía. MSP-UNFPA LAC-FCI-AECID. Marzo 2010.
14. WHO. Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. 4th ed. Geneva: WHO, 2004.
15. IPPF. Muerte y negación: Aborto Inseguro y Pobreza. International Planned Parenthood Federation. 2006.
16. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de Práctica Clínica. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2013.
17. Távora L. Seminario Taller Bioética y Salud Sexual y Reproductiva. Relato Final. Colegio Médico del Perú. 2009.
18. Carino G, Barroso C, Ward V. Un modelo basado en derechos: perspectivas desde los servicios de salud. En: Briozzo, L. El aborto en condiciones de riesgo en Uruguay. Dedos, 2008.
19. IPAS. Las evidencias hablan por sí solas: diez datos sobre aborto. Chapel Hill. 2010.
20. Rao K, Fandues A. Access to safe abortion within the limits of the law. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006;20:421-32.
21. Távora L, Jacay SH, Dador J, Chávez S. Apuntes para la acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2009.
22. WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd edition. World Health Organization. 2012.
23. CLACAI – IPAS. Misoprostol y aborto con medicamentos en Latinoamérica y el Caribe. CLACAI – IPAS. Lima, 2010.
24. Fandues A y col. Uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología, 2a ed. FLASOG, 2007:96 pag.
25. IPAS. Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos. Chapel Hill, Carolina del Norte: IPAS. 2010.
26. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Salud reproductiva y derechos humanos. Bogotá:: ProFamilia, 2003.