

ARTÍCULO ORIGINAL

FESGO POR LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

Ortiz, Tatiana.¹⁻²⁻⁴⁻⁵, Miranda, Octavio.¹⁻⁷ Vicente, Yuen Chon.¹⁻²⁻³⁻⁴, Cárdenas, Mónica⁶.

ABSTRACT

Between November 2015 and March 2016 FESGO (Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia) as part of the Project "FESGO por los derechos de las mujeres", conducted a survey on knowledge, attitudes and practices (CAP) mostly perform on public system. This survey sought to measure the group knowledge about clinic guidelines for abortion care; explore their attitudes and practices related to treatment of women in abortion situations and their perceptions towards this topic, taking in consideration that identifying these aspects allows to know the level of responsiveness that professionals have, to recognize and respect women rights and provide quality care according to MSP regulations

A high percentage (66-89% of professionals) recognizes respect for privacy, confidentiality and women's right to choose a medical treatment as professional's responsibilities in quality care. However, 48% pointed out that investigating the circumstances under which the abortion occurred is a professional's duty and 37% indicated that they ask for a tutor or legal representative permission to provide medical treatment when the patient is underage.

68% of professionals mentioned an individual performance attached to women's rights if they had to treat a women requiring post abortion care that is suspected of having induced the abortion, 57% indicated that they would treat her keeping the professional secret. However, 23% said that they would report the incident to a superior and 3% said that they would report the incident to the police. These actions go against legal regulations and medical ethics of duty of confidentiality and can interfere with timely response to emergencies resulting from abortion complications, because of women fear to look for medical care.

Considering the current legal framework, 83% of respondents

said that they would agree if law allow pregnancy interruption in case of a severe congenital malformation of the fetus; 38% agree with pregnancy interruption in case of incest; 33% in case of risk to woman health; 66% in case of rape to a mentally-ill woman; and 43% in case of rape to any woman; 24% also agree with pregnancy interruption if the parents are positive HIV.

The survey results reveal the conceptions of health care providers that treat women with a medical diagnosis of abortion and its complications and that have to guarantee women access to a legal therapeutic abortion; many of these conceptions represent a barrier to provide a quality health care within the frame of human rights and respect to the constitution and international agreements.

The findings of this survey are a sample of the national reality that sets important challenges for the public health department and education institutions such as universities and institutions that group health professionals; to achieve that health services guarantee an integral health care to women in abortion situations according to their rights and a health system that doesn't judge them and leave them helpless to take such important decisions that they normally face alone exposing themselves to risks that compromise their physical and emotional integrity, even their own lives.

RESUMEN

Entre Noviembre 2015 y Marzo 2016 FESGO (Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia) en el marco del proyecto "FESGO por los derechos de las mujeres", realizó una encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) que se desempeñan mayoritariamente en el sistema público. Esta encuesta buscó medir los conocimientos del grupo sobre las guías clínicas para la atención del aborto; explorar sus actitudes y prácticas en relación con la atención a las mujeres en situación de aborto y sus concepciones en torno a este tema, entendiendo que identificar estos aspectos permite conocer el grado de sensibilidad que los profesionales tienen para reconocer y respetar los derechos de las mujeres y brindar una atención de calidad apegada a las normas del MSP.

Un porcentaje alto (entre el 66 y el 89 % de profesionales) reconoce el respeto a la privacidad, la confidencialidad, el

¹ Gineco-Obstetra FESGO

² Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

³ Universidad de Especialidades Espíritu Santo UEES

⁴ Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo del Seguro Social

⁵ Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer CEPAM

⁶ Planned Parenthood Global

⁷ Docente Universidad UNIANDES

respeto a la elección del tratamiento por parte de la mujer, como responsabilidades de los profesionales en una atención de calidad. Sin embargo un 48 % señaló como obligación de los profesionales investigar las circunstancias en las que se produjo el aborto y 37 % indicó solicitar la autorización de un tutor o representante legal para dar tratamiento en el caso de adolescentes.

El 68 % de profesionales señaló una actuación personal apegada a los derechos si le tocara atender una mujer que requiere una atención postaborto y en la que se sospecha que ella se provocó el aborto, 57 % indicó que la atendería guardando el secreto profesional. Sin embargo 23 % indicó que la denunciaría con un superior y un 3 % que la denunciaría personalmente frente a las instancias legales, lo cual contradice totalmente la obligación establecida por la ley y la ética médica de guardar el secreto profesional y puede interferir con la respuesta oportuna a emergencias derivadas de complicaciones del aborto, pues las mujeres temerían acudir a los servicios de salud.

En relación con el marco legal actual, el 83 % de encuestados opinó que estaría de acuerdo que la ley permitiera la interrupción de un embarazo en caso de una malformación congénita severa del feto; 38 % está de acuerdo en la interrupción en caso de incesto; 33 % si hay riesgo para la salud de la mujer; 66 % en caso de violación a una mujer con discapacidad mental; y 43 % en caso de violación a cualquier mujer; un 24 % opinó estar de acuerdo con la interrupción si los progenitores son VIH positivos.

Los resultados de la encuesta evidencian concepciones de profesionales de salud que atienden a mujeres con diagnóstico de aborto y sus complicaciones, y que deben garantizar el acceso de las mujeres a la opción de un aborto terapéutico enmarcada en la ley; muchas de estas concepciones representan barreras para brindar una atención de calidad en un marco de derechos humanos en respeto a la constitución y los acuerdos internacionales.

Los hallazgos de esta encuesta son una muestra de la realidad nacional, que plantea desafíos importantes al Ministerio de Salud Pública, a las instituciones formadoras de recursos humanos como las Universidades e instituciones que agrupan a profesionales de la salud; para lograr que los servicios de salud garanticen a las mujeres en situación de aborto una atención integral en el marco de derechos y un sistema de salud que no las juzgue, que no las deje desamparadas frente a decisiones tan importantes y que generalmente enfrentan solas exponiéndose a riesgos que comprometen su integridad física y emocional, incluso su propia vida.

INTRODUCCIÓN

El Ecuador se ha destacado en la región por contar con una constitución y leyes que garantizan los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas, y el derecho al acceso gratuito a la salud del más alto nivel de calidad, derechos que se reflejan en las normas y guías clínicas de atención.

La muerte materna sin embargo constituye aun una deuda pendiente del país en materia de derechos humanos, mucho más considerando que estas muertes corresponden en su mayoría a causas prevenibles que afectan sobre todo a las mujeres más pobres y con acceso limitado a servicios de salud, así como a otros recursos. El 26 % de las muertes maternas están asociadas a patologías de fondo que se complican con el embarazo y un 6 % de estas muertes resultan de complicaciones del aborto inseguro (MSP 2014)

Para enfrentar este desafío, el MSP ha diseñado una serie de estrategias entre ellas la elaboración, actualización y aplicación de Guías Clínicas para la Atención del Aborto incompleto, y el aborto Terapéutico. Esta última enmarcada en el COIP (Código Orgánico Penal Integral Penal) que reconoce dos causales de aborto no punible: cuando está en riesgo la vida y la salud de la mujer; y en caso de violación a una mujer con discapacidad mental.

La Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia como miembro de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), se acoge a los postulados de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) de velar por la salud de las mujeres e impulsar el reconocimiento de los derechos humanos relacionados con la salud sexual y salud reproductiva, entre éstos el derecho a una maternidad saludable y segura, derecho a la información y a servicios de salud sexual y salud reproductiva, a tomar decisiones libres e informadas en torno a su propia fecundidad.

FESGO en el año 2015, con el objetivo de contribuir a la reducción de la muerte materna, apoyo la aplicación de las Guías Clínicas del Ministerio de Salud Pública; en particular las Guías de Hemorragia Postparto, Aborto Incompleto o Diferido y Aborto Terapéutico, mediante la capacitación a profesionales de salud (ginecólogos, médicos generales, postgradistas de ginecología, enfermeras, estudiantes de medicina en su internado rotativo)

En este marco se aplicó una encuesta de Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP), a los profesionales que recibieron la capacitación. Esta encuesta buscó medir los conocimientos del grupo sobre el contenido de las guías clínicas; explorar las actitudes y prácticas en relación a la atención de las mujeres con diagnóstico de aborto y sus concepciones en torno a este tema. Entendiendo que identificar estos aspectos nos permite conocer el grado de sensibilidad que los profesionales tienen para reconocer y respetar los derechos de las mujeres y la aplicación de la Guías Clínicas basadas en la mejor evidencia científica conocida; así como reconocer los aspectos a considerar en los programas de capacitación a proveedores de salud y en las estrategias para institucionalizar las guías clínicas mencionadas.

El presente artículo presenta los resultados de la parte de la encuesta relacionada con los conocimientos y actitudes y prácticas en la atención a mujeres con diagnóstico de aborto incompleto, diferido o en curso y sus posibles complicaciones; y sobre el aborto terapéutico.

METODOLOGIA

Entre noviembre 2015 y marzo 2016 se aplicaron un total de 217 encuestas a profesionales de la salud, especialistas en ginecología, médicos generales, obstetras, enfermeras, estudiantes de medicina en su año de internado rotativo, de 9 provincias del país (Pichincha, Esmeraldas, El Oro, Ibarra, Tungurahua, Chimborazo, Riobamba, Cotopaxi y Bolívar).

La encuesta fue aplicada de manera presencial antes de la capacitación por los propios facilitadores, en el marco de la capacitación a estos profesionales sobre las Guías de Hemorragia Postparto, Aborto Incompleto o Diferido y Aborto Terapéutico.

En cuanto a las personas encuestadas 62 % fueron mujeres (134). El 27 % son especialistas en ginecología, 18 % estaban realizando su internado rotativo; 20 % médicos generales y 24 % otras profesiones (obstetras, enfermeras).

La mayoría de las personas encuestadas laboran en instituciones públicas de salud (90 %).

56 % en estado civil casados y 35 % solteros. El 84 % señalaron pertenecer a la religión católica y 7 % evangélicos.

RESULTADOS

Actitudes y prácticas frente a la atención de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto, diferido o en curso

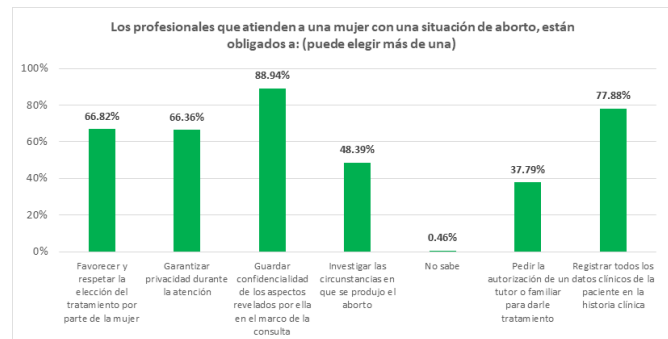
La muerte materna en relación con el aborto, es considerada como un problema de salud de alta importancia para el 55 % y de importancia media para el 37 % de encuestados.

Se evidencia un buen reconocimiento de los elementos que distinguen a una atención integral a mujeres con diagnóstico de aborto. Entre 52 y el 88 % se refirió a los aspectos de la atención médica, 41 % señaló la orientación sobre sus derechos y 44 % mencionó la entrega inmediata de un anticonceptivo. Este último porcentaje alerta sobre la necesidad de insistir en la anticoncepción postevento obstétrico, en particular post aborto, de manera inmediata, aplicando los criterios clínicos de elegibilidad la OMS y según establece la guía de práctica clínica del MSP, favoreciendo la elección autónoma del método por parte de la mujer para la prevención o planificación de un nuevo embarazo.

El 62 % reconoció a la mujer como la persona que debe elegir y decir sobre el tratamiento a recibir en una situación de aborto y un 26.5 % reconoció como responsable al médico.

Un porcentaje alto (entre el 66 y el 89 % de profesionales) reconoce los elementos que hacen parte de las responsabilidades de los profesionales en una atención de calidad, como son el respeto a la privacidad, la confidencialidad, el respeto a la elección del tratamiento. Sin embargo un 48 % señaló como obligación de los profesionales investigar las circunstancias en las que se produjo el aborto y 37 % indicó que en el caso de adolescentes es obligación de los profesionales de salud, solicitar la autorización de un tutor o representante legal para dar tratamiento.

Esta práctica además de contradecir la norma de salud, puede interferir con la respuesta oportuna a emergencias derivadas de complicaciones del aborto, pues las mujeres postergarían o dejarían de acudir a los servicios de salud por el temor a ser investigadas, culpabilizadas y discriminadas, exponiendo su salud y su vida.



El 68 % de profesionales señaló una actuación personal apegada a los derechos si le tocara atender una mujer en la que se sospecha un aborto provocado, un 57 % indicó que la atendería guardando el secreto profesional. Sin embargo un 23 % indicó que la denunciaría con un superior y un 3 % que la denunciaría personalmente a las instancias legales, lo cual contradice totalmente la obligación establecida por la ley y la ética médica de guardar el secreto profesional.

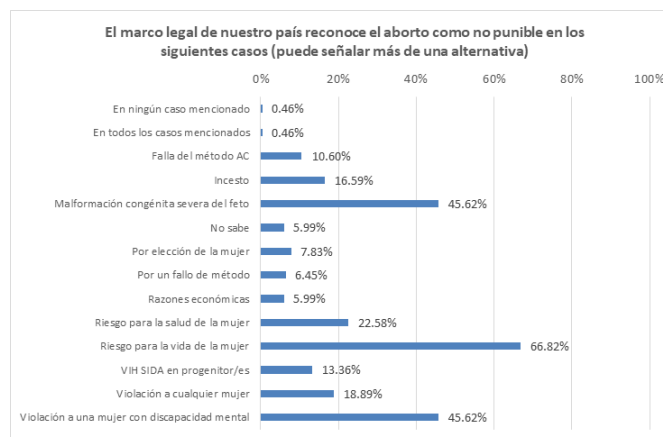


Esto evidencia una contradicción pues al denunciar a la mujer se está rompiendo la confidencialidad que es un principio ético de la atención a la cual estamos obligados por ley los profesionales de salud, y salvaguardar la salud y vida de las pacientes.

Como se mencionó antes estas acciones generan temor en las mujeres, que no acudirán de manera oportuna a los servicios de salud frente a una complicación, aumentando los riesgos de morbilidad y mortalidad.

En cuanto al conocimiento del marco legal del país respecto al aborto no punible; el 66 % de encuestados señalaron el riesgo para la vida de la mujer como una causal de aborto no punible. El 45 % señaló a la violación a una mujer con discapacidad mental y 46 % a la malformación congénita del feto. Un 22 % señaló el riesgo para la salud de la mujer y un 19 % a la violación a cualquier mujer como causal de aborto no punible.

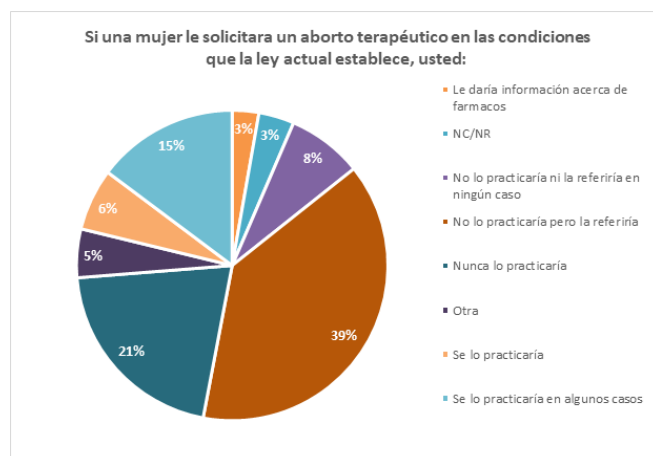
Estas causales mencionadas son más amplias de las que están reconocidas en el marco legal del país, lo cual puede expresar que los participantes si estarían de acuerdo con que estas causales fueran no punibles o expresar solo la falta de conocimiento más preciso del marco legal sobre este tema.



Si una mujer solicitara un aborto dentro de las causales que la ley lo permite; el 39 % indicó que no lo practicaría pero lo referiría; 21 % indicó que nunca lo practicaría y 8 % no lo practicaría ni lo referiría.

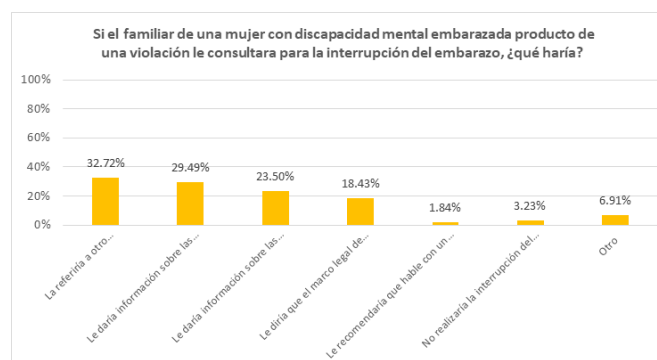
Estos datos evidencian que 6 de cada 10 profesionales de la salud no actuarían de acuerdo a su responsabilidad y marco legal; aunque 4 de cada 10 si lo referirían a otro profesional para que lo realice. Las razones éticas o morales (36.5 %) son en frecuencia las razones por las causales señalan que no harían o no referirían a una mujer que requiera un aborto dentro de las causales no punibles.

Comparando las respuestas de la pregunta anterior en la que mencionan un número mayor de causales de aborto no punible y la disposición (indagada en esta pregunta) para realizar la interrupción de un embarazo dentro de las causales que la ley establece, se observa que si bien hay apertura a reconocer otras causales para interrupción de embarazo, no habría apertura para cumplir estas causales.

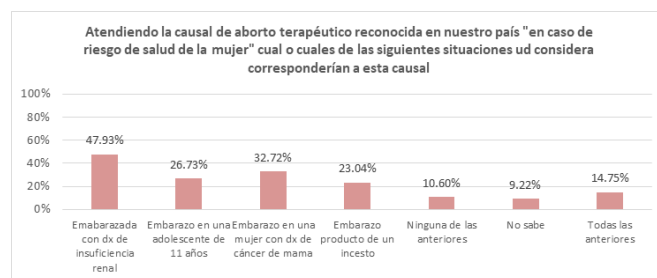


Si un familiar de una mujer con discapacidad mental y embarazada le solicitara realizarle un aborto, el 33 % de personas encuestadas indicó que la referiría a otro profesional; 29 % le daría información y le realizaría el aborto; y 23 % indicó que le daría información sobre las alternativas de procedimiento o tratamiento pero la aconsejaría que continúe el embarazo. Un 18 % contestó que le diría que el marco legal de Ecuador no permite la interrupción del embarazo en este caso.

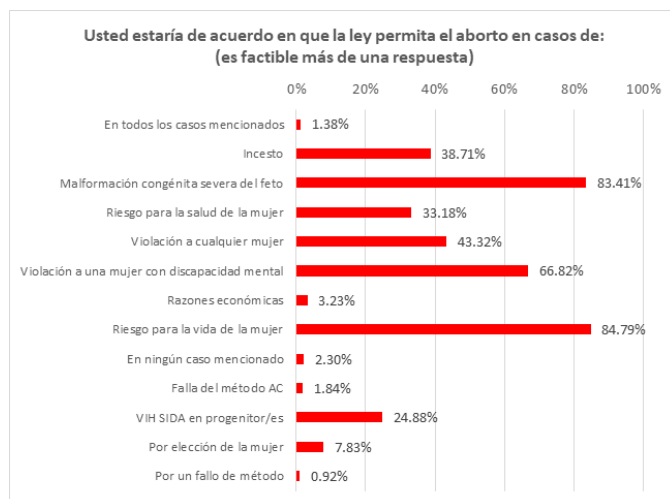
Estas respuestas contradicen lo establecido en el Código Penal Integral que establece la violación en una mujer con discapacidad como una causal de aborto no punible. La Guía Clínica de Aborto Terapéutico del MSP en apego a esta normativa establece el rol de los profesionales de salud de garantizar este derecho.



En relación con el reconocimiento de las causales de salud para el aborto terapéutico: el 79 % señaló causas médicas (cáncer de mama e insuficiencia renal) y el 27 % en caso de embarazo en adolescente menor de 14 años; y 23 % en caso de incesto. Un 14 % señaló todas como causales. Estos datos pueden reflejar una apertura de los profesionales a reconocer estas causales de salud para el aborto terapéutico, entendiendo que todas las causales señaladas tienen severos impactos en la vida de las mujeres.



El 84 % de encuestados opinó que estaría de acuerdo en que la ley permitiera la interrupción del embarazo en caso de peligro para la vida de la mujer y 83 % en caso de una malformación congénita severa del feto; 38 % está de acuerdo en caso de incesto; 33 % si hay riesgo para la salud de la mujer; 66 % en caso de violación a una mujer con discapacidad mental; y 43 % en caso de violación a cualquier mujer; un 24 % opinó estar de acuerdo con la interrupción si los progenitores son VIH positivos.



Estas cifras muestran una apertura en los profesionales encuestados a considerar otras causales de aborto no punible en el país que afectan la salud integral y la dignidad de la mujer. Estos datos guardan relación con la valoración que los profesionales tienen respecto a la ley vigente sobre aborto, pues un 67 % opinó que la ley es restrictiva, y 13.5 % muy restrictiva.

Conocimiento de la Guía de Aborto Terapéutico

El 69 % de encuestados conoce que existe una Guía clínica para la atención del aborto terapéutico y 24 % contestó no saber que existía esta normativa.

Aunque 7 de cada 10 profesionales conoce que existe una Guía Clínica de Aborto Terapéutico, no conocen su contenido. Esto se evidenció al preguntar sobre el plazo para realizar un aborto terapéutico una vez establecida la causal del mismo. El 39 % señaló que no existe este plazo en la normativa, 19 % indicó un plazo de 24 horas. Solo el 16 % respondió el tiempo correcto establecido en la guía clínica (6 días) para realizar la interrupción del embarazo por esta causal.

Este desconocimiento de la normativa, es preocupante pues evidencia que a las mujeres que requieran de esta atención no se les ofrecerá la opción de interrumpir un embarazo para salvar su vida o proteger su salud según lo indica la normativa del MSP o podría dilatarse esta decisión por no conocer los procedimientos señalados en la guía.

CONCLUSIONES

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador viene realizando esfuerzos importantes para enfrentar el reto urgente de reducir la muerte materna, privilegiando entre sus estrategias la capacitación y el desarrollo de destrezas en los equipos de salud para identificar y responder oportuna y adecuadamente frente a las causas y los factores de riesgo de la muerte materna.

La muerte materna relacionada con complicaciones del aborto, es considerada como un problema de salud de importancia para más del 90 % las personas encuestadas. Teniendo en cuenta que la hemorragia constituye la principal causa de muerte materna, las acciones para su prevención deben incluir la respuesta inmediata a las complicaciones derivadas del aborto inseguro, por su significativa contribución en las estadísticas de muerte materna.

La atención en un marco de derechos humanos

Se evidencia un buen conocimiento de los elementos que distinguen la atención integral a una mujer con diagnóstico de aborto. Un alto porcentaje reconoce que es la mujer quien debe elegir el tratamiento; sin embargo un porcentaje importante atribuye a los médicos este rol. Se requiere por tanto promover en los proveedores de salud el conocimiento del derecho de las mujeres a participar en las decisiones y acciones relacionadas con su salud y fortalecer la autonomía de las mujeres para tomar estas decisiones.

La actitud punible expresada por un porcentaje importante de encuestados hacia las mujeres en situación de aborto, en tanto consideran como parte de su rol investigar las circunstancias en las que se produjo el aborto; y/o la necesidad de solicitar la autorización de un tutor o representante legal para dar tratamiento a las adolescentes; y/o que frente a la sospecha de un aborto provocado, consideran que su rol es denunciar a la mujer; contradice el deber y derecho de los profesionales de salud de guardar el secreto profesional que asiste a los profesionales de la salud; y el derecho de la mujer de recibir atención oportuna, sin dilatación con la garantía de privacidad y confidencialidad como lo establece la constitución y las normas de salud del país.

Contradice además los acuerdos internacionales suscritos por el país para la protección de los derechos humanos y la eliminación de formas de discriminación contra las mujeres.

El secreto profesional es un elemento de la atención médica reconocido en nuestras leyes y normas nacionales e internacionales; se define según la OMS (2014) como la obligación que tiene el o la profesional de la salud de proteger la información de las pacientes, no divulgarla sin autorización de la paciente y asegurarse de que cuando esta (la paciente) autorice su difusión lo haga de manera libre, sin coerción.

La CEDAW (Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer) define el secreto profesional como la obligación ética, bioética y legal de guardar confidencialidad y proteger la información personal y privada a la que los profesionales de la salud acceden por la consulta, examen, diagnósticos y tratamientos, y se comprometen a no revelarla a terceros sin autorización de su titular (Comité de las Naciones Unidas para la eliminación de la discriminación contra la mujer CEDAW, 1999) También la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia reconoce el secreto profesional (FIGO 2009)

El respeto a la confidencialidad requiere de la garantía de otros derechos y condiciones que posibilite a los proveedores

garantizar este derecho, como son la privacidad en el proceso de atención y el respeto a la autonomía de las mujeres para elegir y decidir sobre su salud sexual y reproductiva. La ruptura del secreto profesional es objeto de sanción penal en muchas de las legislaciones internacionales incluyendo la ecuatoriana. El COIP señala en su Art 179. Revelación del secreto.- “La persona que teniendo conocimiento por razón del su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de la libertad de seis meses a un año” Este artículo eleva el secreto profesional a un bien jurídico a proteger y por tanto quien lo incumpla será objeto de sanción.

Garantizar la confidencialidad y privacidad en la atención es fundamental para que las mujeres puedan decir la verdad sin el temor de que su información e intimidad sea revelada a terceros, sin el temor de ser juzgadas y más aun sin el temor de ser objeto de denuncias que ponga en riesgo su integridad y libertad.

Garantizar la confidencialidad y privacidad permite a los profesionales de la salud recibir de parte de su paciente la información necesaria para realizar diagnósticos adecuados, reducir los riesgos asociados a la práctica médica y garantizar los resultados de proteger la salud y la vida de las mujeres que constituye su objeto de cuidado. Esto es fundamental cuando hablamos de la atención a mujeres en situación de aborto, muchas no acudirán a los servicios de salud, o tardarán en la búsqueda de ayuda por el temor a ser juzgadas, denunciadas por los proveedores de salud.

La práctica de la denuncia a las mujeres en situación de aborto, frente a la sospecha o confirmación de una interrupción intencionada por la mujer, contradice lo establecido en el COIP. Art 424 “Exoneración del deber de denunciar.- (...) Tampoco existirá esta obligación (la de denunciar) cuando el conocimiento de los hechos este amparado por el secreto profesional”

La única excepción establecida en nuestras leyes para romper el secreto profesional, es aquella en la que al denunciar o romper el secreto profesional esta denuncia no causa daño a la paciente, como es el caso de la violencia sexual; por el contrario en estos casos los profesionales de salud estamos obligados a denunciar para proteger la integridad y libertad de la persona afectada (paciente).

El aborto terapéutico en la atención de salud

La mayoría de encuestados conoce o ha escuchado de la existencia de la guía clínica de aborto terapéutico, sin embargo es evidente que se desconoce el contenido de esta normativa.

En general hay un alto reconocimiento de las causales médicas de aborto terapéutico (riesgo para la vida y/o la salud de la mujer). El embarazo en niñas y el incesto es mencionado por un porcentaje importante (5 de cada 10 encuestados) como una causal de aborto terapéutico, lo que

denota un reconocimiento de los profesionales del impacto que estos hechos tienen en la salud integral y vida de las mujeres, pero también puede tener implícito el rechazo a estos delitos muy frecuentes en el país.

Un porcentaje muy alto menciona estar de acuerdo que la ley permita la interrupción del embarazo en caso de: peligro de la vida de la mujer, de una mal formación congénita severa del feto y en caso de violación a una mujer con discapacidad mental. Un número importante (43 %) estaría de acuerdo en la interrupción del embarazo en caso de violación a cualquier mujer. Esto implica un reconocimiento de causales más amplias a las consideradas en el COIP, y que estarían orientadas a prevenir y aliviar el sufrimiento de muchas mujeres que sobrellevan una maternidad forzada producto de violación o de embarazos con malformaciones incompatibles con la vida. Evitar los riesgos derivados de la continuación de un embarazo, como ocurre en diversas patologías en las que el embarazo pone en riesgo la vida y la salud de la mujer.

Si bien hay un reconocimiento de que las causales debieran ser amplias a las establecidas en nuestras leyes, ya frente a la atención de un aborto no punible, alrededor del cincuenta por ciento de las personas evidencio en su respuesta una actitud de facilitar la atención de la mujer bien sea refiriéndola a otro profesional o dándole la atención en ciertos casos. Casi treinta por ciento señaló que no lo haría ni referiría. La principal razón para esta última respuesta fue razones éticas o morales, la segunda causa es el temor a complicaciones médicas, solo un porcentaje pequeño mencionó la objeción de conciencia como razón para no aplicar la Guía clínica de aborto terapéutico. Aun en caso de discapacidad mental un porcentaje importante de personas indicó que no lo haría y/o que aconsejaría que no se realice la interrupción del embarazo.

Las respuestas de esta encuesta reflejan concepciones que representan una barrera para la aplicación de las estrategias para la reducción de la muerte materna de país. Reflejan también una barrera para la aplicación de la Guía Clínica de Aborto Terapéutico en los servicios públicos a los que acuden fundamentalmente las mujeres más pobres del país y las que enfrentan los riesgos de morir por razones relacionadas con un embarazo, un parto o un aborto.

Por tanto es necesario poner énfasis en estos temas cuando se realiza la capacitación sobre las guías clínicas para la atención del aborto a fin de precautelar el respeto y protección de los derechos de las mujeres. Es importante que la capacitación de las guías, no se limite a los aspectos clínicos, sino que también aborde las responsabilidades de los profesionales para garantizar una atención enmarcada en los derechos humanos de las pacientes; puesto que al ser funcionarios públicos quienes expresan una actitud y practica punitiva hacia las mujeres, es el estado quien estaría incumpliendo su rol de promover, cumplir y vigilar el cumplimiento de los derechos humanos de las ciudadanas

Los hallazgos de esta encuesta constituyen una muestra de una realidad del país, y plantea desafíos importantes al Ministerio de Salud Pública, a las Instituciones formadoras

de recursos humanos como las Universidades, Instituciones que agrupan a profesionales de la salud; para lograr que los servicios de salud promuevan la salud integral de las mujeres, en particular aquellas que enfrentan los riesgos de un embarazo. Un sistema de salud que no las juzgue, que no las deje desamparadas frente a decisiones tan importantes y que generalmente enfrentan solas exponiéndose a riesgos que comprometen su integridad física y emocional, incluso su propia vida.

REFERENCIAS

1. Código Orgánico Integral Penal. Registro Oficial Suplemento n 180, 10 de Febrero 2014. (Art. 179 y 424 (61 y 139)
2. Diagnóstico y tratamiento del Aborto espontaneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de Práctica Clínica (GPC) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2013
3. Atención del Terapéutico. Guía de Práctica Clínica. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2014
4. Federación Internacional de Gineco Obstetricia. Recomendaciones sobre temas de ética en Obstetricia y Ginecología hechas por Comité para el estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de la Mujer de la FIGO. "Confidencialidad, privacidad y seguridad de la información sobre el tratamiento de los pacientes. FIGO Octubre 2012. (322-325) Disponible en: <https://www.medbox.org/reproductive-health/recomendaciones-spa.pdf>
5. Naciones Unidas Comité para la eliminación de la Discriminación contra la mujer, (CEDAW). Recomendación General N 24 (20o Período de sesiones, 1999) Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer- La mujer y la salud. Párrafo 12d. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp-htm#recom24>
6. Naciones Unidas. Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos, Chile, Párrafo 15. 30/03/1999. CCPR/C/79/Add.104. Párrafo 15. Disponible en: <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/%28Symbol%29/CCPR.C.79.Add.104.Sp?Opendocument>
7. Organización Mundial de la salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134747/1/9789243548715_spa.pdf
8. Organización Mundial de la Salud, Aborto sin riesgos: Guía Técnica y de Políticas para sistemas de salud. 2012. Disponible en: http://www.paho.org/index.php?option=com_content&view=artic
9. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. Nota descriptiva N°352.Diciembre 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>