



## Aborto inducido en México: qué piensan y hacen los ginecoobstetras

### RESUMEN

**Antecedentes:** las causales para la interrupción legal del embarazo en la República Mexicana varían según lo establece la Constitución de cada estado; a partir del 2007 es legal en la Ciudad de México.

**Objetivo:** identificar los conocimientos, actitudes y práctica del aborto entre ginecólogos y obstetras.

**Material y método:** estudio tipo encuesta efectuado entre algunos de los ginecoobstetras que asistieron al 64 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia que se celebró en la Ciudad de México en octubre de 2013.

**Resultados:** de los 1,085 encuestados, 77% identificaron correctamente que el aborto es legal con base en los señalamientos constitucionales de cada entidad; 17.5% señaló que nunca es legal y 5.7% opinó que siempre es legal. El 67% mencionó que las instituciones públicas deberían contar con infraestructura y personal médico capacitado para practicar el aborto legal. El 72% contestó que atendería o denunciaría a la mujer que se practicó un aborto fuera de la ley. El 28% restante mostró actitudes negativas, desde informar a la pareja o a los padres (18%), regañar a la mujer (2%) o denunciarla a las autoridades (8%). El 39% opinó que el gremio médico discrimina a quienes practican abortos; 28% reconoce que estigmatizan a sus colegas y 27% que se sentirían estigmatizados en caso de practicar abortos. Un porcentaje elevado hospitaliza a sus pacientes en caso de aborto temprano, para tratamiento quirúrgico o médico.

**Conclusiones:** es necesario incrementar y mejorar los conocimientos técnicos y legales acerca del aborto, sobre todo entre ginecoobstetras, que son en quienes recae la responsabilidad de cumplir con lo que señala la ley, acorde con las recomendaciones internacionales y el ejercicio de los derechos reproductivos de la mujer.

**Palabras clave:** prestación de servicios de salud, aborto con medicamentos, aborto quirúrgico, causales legales para el aborto.

## Induced abortion in Mexico: what do Mexican Ob/Gyn know, think and do

### ABSTRACT

**Background:** The causals for legal abortion in Mexico vary as established by the Constitution of each State; from 2007 it is legal in Mexico City.

**Objective:** To identify knowledge, attitudes and practice of abortion between gynecologists and obstetricians.

José de Jesús Montoya-Romero<sup>1</sup>  
Raffaella Schiavon<sup>2</sup>  
Erika Troncoso<sup>2</sup>  
Claudia Díaz-Olavarrieta<sup>3</sup>  
Tahilin Karver<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG).

<sup>2</sup> IPAS-México

<sup>3</sup> Population Council.

<sup>4</sup> Universidad George Washington.

Recibido: septiembre 2014

Aceptado: noviembre 2014

### Correspondencia:

Dr. José de Jesús Montoya Romero  
jjmontoya@prodigy.net.mx  
Ramón López Alvarado 417-L4 82010 Mazatlán,  
Sin (México).

### Este artículo debe citarse como

Montoya-Romero JJ, Schiavon R, Troncoso E, Díaz-Olavarrieta C, Karver T. Aborto inducido en México: qué piensan y hacen los ginecoobstetras. Ginecol Obstet Mex 2015;83:23-31.

**Material and methods:** Survey study conducted between some of the gynaeco-obstetricians attended the 64<sup>th</sup> Mexican Congress of Gynecology and Obstetrics held in Mexico City, October 2013.

**Results:** From the 1,085 respondents, 77% correctly identified that abortion is legal accord to Constitutional Signs of each State; 17.5% said it is never legal and 5.7% thought that is always legal. The 67% comment that public institutions should have infrastructure and trained medical personal to legal abortion practice. The 72% response they would attend or denounce the woman who underwent an abortion outlawed. The remaining 28% showed negative attitudes, from informing the couple or parents (18%), scold women (2%) or reporting it to the authorities (8%). In 39%, they felt that the medical profession who practice discriminates abortions; 28% admit stigmatize partener and 27% feel stigmatized if performing abortions. Percentage high hospitalized patients in case of early abortions, for surgical or medical treatment.

**Conclusions:** It is necessary to increase and improve knowledge technical and legal about abortion, especially among gynaeco-obstetricians, they are who responsibility to comply about prescribed by law, in accordance with international recommendations and the exercise of reproductive rights of women.

**Key words:** Health service delivery; medical abortion; surgical abortion; legal indications for abortion.

## ANTECEDENTES

El aborto inducido, y con frecuencia inseguro, pone en riesgo la vida y la salud de las mujeres y los sistemas de salud.<sup>1</sup> En México, una de cada diez hospitalizaciones obstétricas se origina por abortos inseguros que, en un porcentaje muy alto es difícil de determinar.<sup>2,3</sup> Entre los años 2000-2012 el sistema de salud mexicano atendió, aproximadamente, a 180,000 mujeres por año;<sup>4</sup> alrededor de 100,000 se atendieron en los hospitales de las Secretarías de Salud Estatales y Federales. La atención de mujeres con aborto incompleto-inducido, con o sin complicaciones, se efectúa en hospitales donde se recurre a técnicas quirúrgicas inadecuadas, como el legrado uterino instrumental, y esquemas de tratamiento médico ineficaces,<sup>5</sup> a pesar de las recomenda-

ciones internacionales y de los lineamientos nacionales.<sup>6,7</sup>

En los 32 estados de la República Mexicana existen diferentes causales para la interrupción legal del embarazo que incluyen, de acuerdo con los diversos códigos penales: interrupción del embarazo cuando se origina por violación, cuando la vida de la mujer está en peligro, cuando el estado de salud se afecta si el embarazo continúa, en caso de malformaciones congénitas del embrión o feto, en aborto imprudencial, inseminación no consentida por la mujer y, finalmente, por causas económicas (cuando la mujer ya tiene tres hijos y no cuenta con los recursos para sufragar la crianza). La violación es la única causa común en todo el país, aunque con variaciones en los plazos para



interrumpir el embarazo.<sup>8</sup> La Ciudad de México es la única entidad donde, desde el año 2007, las mujeres pueden solicitar la interrupción legal del embarazo sin esgrimir causal alguna, siempre y cuando sea en las primeras 12 semanas de gestación. La Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (SS-DF) puso en funcionamiento 14 centros (hospitales y centros de salud) en donde hasta la fecha se han proporcionado servicios seguros de interrupción legal del embarazo a poco más de 130,000 mujeres. La ley de la Ciudad de México también incluye a los servicios privados, en los que se atiende a un número indeterminado de mujeres.<sup>9</sup>

Los profesionales de la salud con conocimientos técnicos suficientes para practicar abortos son, principalmente los ginecoobstetras, en quienes recae la responsabilidad de cumplir las nuevas disposiciones legales en las instituciones de salud pública o privadas. Para analizar su nivel de conocimientos en relación con el marco legal y técnicas modernas de la práctica de un aborto, en el 64 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia, que se efectuó en la Ciudad de México del 27 al 30 de octubre de 2013, se levantó una encuesta.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) apoya y se ha unido a los esfuerzos del grupo de trabajo de Prevención del Aborto Inseguro<sup>10,11</sup> mediante encuestas en otros países, como la efectuada entre estudiantes de medicina en Brasil en relación con el aborto con medicamentos<sup>12</sup> o entre profesionales de la salud en Guatemala.<sup>13</sup> En México, en encuestas anteriores, se observó que los profesionales de la salud entrevistados tienen conocimientos insuficientes del marco legal vigente en el país.<sup>14,15</sup>

El objetivo de este estudio es: identificar los conocimientos, actitudes y prácticas del aborto entre ginecoobstetras mexicanos, en el nuevo contexto legal de la Ciudad de México.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio tipo encuesta auto-administrada, en papel o tableta electrónica, efectuado durante la celebración del 64 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia en la Ciudad de México (2013). Se aplicó un cuestionario dividido en cuatro secciones: 1) información sociodemográfica del profesional entrevistado (estado de residencia, sexo, edad, ocupación actual y años de experiencia, lugar de trabajo, religión). 2) Conocimientos de la legislación del aborto en los estados de residencia de los participantes y clínicos acerca de la atención del aborto (incluido el aborto espontáneo, incompleto o inducido). 3) Actitudes relacionadas con el aborto: de quienes lo practican y su opinión de las mujeres que abortan. Estos reactivos se seleccionaron a partir de preguntas estandarizadas y probadas en la población general.<sup>16</sup> 4) Conductas clínicas en la práctica pública o privada relacionadas con la atención médica del aborto. Los resultados se presentan mediante estadística descriptiva de las respuestas.

## RESULTADOS

Se recolectaron 1,167 cuestionarios pero solo 1,085 resultaron útiles para su análisis. El 52% de los entrevistados eran mujeres, 16% de ellas menores de 29 años, el resto tenía entre 30 y 49 años. El 18% de los cuestionarios los respondieron residentes de ginecoobstetricia; 6% de los entrevistados eran: médicos familiares, generales y estudiantes de medicina. El 76% de los cuestionarios los respondieron ginecoobstetras. El 22% de los entrevistados eran de la Ciudad de México y 78% de los estados de la República. El 93% de los entrevistados eran creyentes de varias religiones (86% católicos, 2% evangélicos y 12% de otras religiones); 56% reportó asistir a servicios religiosos una vez o más al mes, 25% en ocasiones especiales y 19% nunca o casi nunca. (Cuadro 1)

En relación con el conocimiento de los procedimientos y técnicas apropiadas para la atención del aborto, la mayoría mencionó al legrado uterino instrumental (99%) y la aspiración manual endouterina (97%). El aborto con medicamentos lo reconoció un porcentaje ligeramente inferior (89%) de los encuestados. (Cuadro 2)

En relación con el conocimiento del aborto legal, 77% afirmó, correctamente, que en cada estado de la República existen causales debidamente establecidas para permitir el aborto legal; sin embargo, 18% de los entrevistados reportó, incorrectamente, que el aborto nunca era legal. (Cuadro 2)

La mayoría (68%) de los encuestados reconoció que la provisión de servicios de aborto debería ofrecerse en todas las instituciones de salud pública en las que, además, debiera existir la infraestructura necesaria y el personal médico capacitado para proveer servicios de aborto legal. Un porcentaje aún más alto de los encuestados (85%) consideró que entre las destrezas a enseñar en la carrera de medicina deben incluirse las técnicas de realización de aborto seguro.

En relación con las actitudes, la mitad de los entrevistados consideró que la mujer que aborta puede influir en otras para que tomen la decisión de abortar. El 38% considera que el aborto tiene repercusiones en la salud mental y 17% en la salud física de las mujeres que recurren a la interrupción del embarazo.

Finalmente, el cuestionario incluyó preguntas para evaluar el estigma o discriminación que ejercen o perciben los profesionales en relación con sus colegas que practican abortos inducidos. Casi 4 de cada 10 entrevistados consideró que en el gremio médico existe una actitud discriminatoria hacia quienes practican abortos; y, aproximadamente, 3 de cada 10 (28%) recono-

**Cuadro 1.** Características de los encuestados

		Casos	%
Sexo	Femenino	564	52
	Masculino	521	48
Grupos de edad	Menor de 29	176	16
	Entre 30 y 49	542	50
	Más de 50	367	34
	Residentes de ginecología	198	18
Ocupación	Ginecólogos y obstetras	835	76
	Otros profesionales	52	6
Estado de procedencia	Distrito Federal	243	22
	Otros estados	842	78
	Católica	938	86 %
	Evangélica	21	2 %
Religión	Otras	53	5 %
	No tiene	30	3 %
	No sabe/No responde	43	4 %
Frecuencia de asistencia a servicios religiosos	Una vez al mes o más	608	56
	Solo en ocasiones especiales	274	25
	Nunca o casi nunca	169	16
	No sabe/No responde	34	3
Lugar de trabajo	Público	407	37
	Privado	311	29
	Ambos	350	32
	Otros	17	2

**Cuadro 2.** Conocimiento de tecnologías apropiadas y del marco legal del aborto

Conocimiento		Casos	%
Tecnologías apropiadas	Legrado uterino instrumental (LUI)	1042	99
	Aspiración manual endouterina (AMEU)	1026	97
	Aborto con medicamentos (AM)	889	89
Marco legal	El aborto es legal en algunas circunstancias	825	77
	El aborto nunca es legal	188	18
	El aborto siempre es legal	61	6



cieron que se estigmatiza a los colegas o que se sentirían estigmatizados por ellos (27%) en caso de practicar abortos (Figura 1).

En relación con la actitud que los entrevistados asumirían frente a la mujer que se practicó un aborto fuera de la ley, 72% contestó que aun así la atenderían o enviarían a otro colega para su atención; 28% restante exhibió actitudes negativas que van desde informar a la pareja o a los padres (18%) y regañar a la mujer (2%), hasta denunciarla a las autoridades (8%). (Figura 2)

Para conocer el nivel de conocimientos de las prácticas clínicas actuales de aborto incompleto durante el primer trimestre de la gestación, se preguntaron las opciones de tratamiento, quirúrgico o médico, que impliquen o no la hospitalización de la mujer en el sector público o privado.

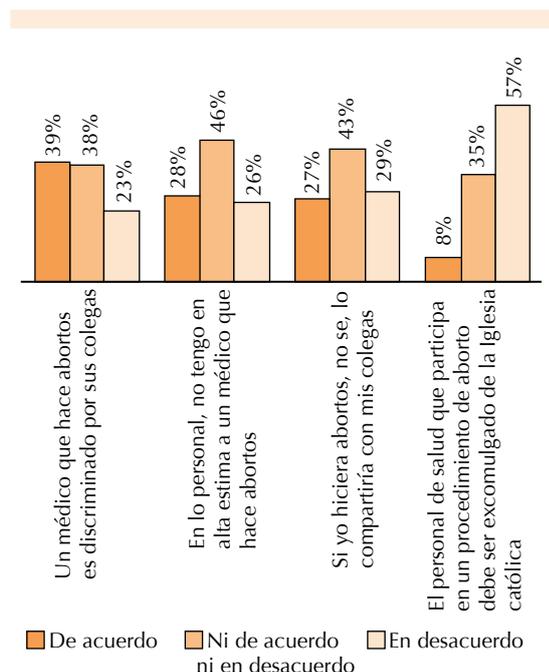


Figura 1. Percepciones de estigma

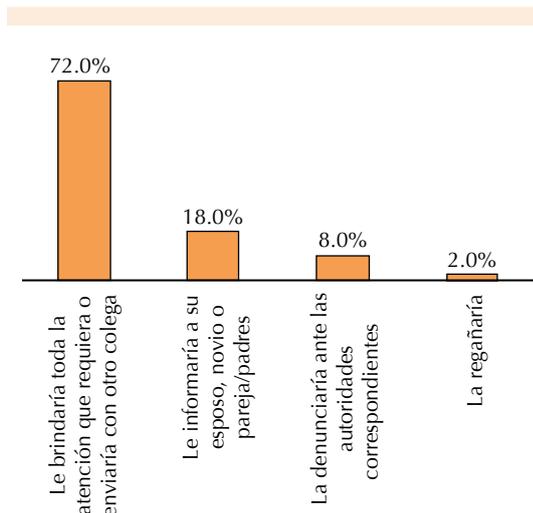


Figura 2. Actitud hacia la atención de una mujer en situación de aborto

El 70% de los médicos que se desempeñan en la Medicina institucional y 57% de los privados mencionaron que las pacientes deben internarse para la atención del aborto. Médicos del Sector Salud hospitalizan a sus pacientes cuando el aborto se practica entre las 10 y 13 semanas de gestación y 68% de los privados. Los porcentajes de atención ambulatoria en el sector público van de 18 a 21% en mujeres con menos de 9 y de 10-13 semanas de gestación en el ámbito privado, en donde 20 a 26% se atienden como ambulatorias, según de la edad gestacional. El seguimiento telefónico representa un porcentaje aún menor. (Figura 3)

Las técnicas utilizadas varían dependiendo de la edad gestacional, y sin grandes diferencias por lugar de la práctica clínica (pública vs privada). El aborto inducido con medicamentos es más frecuente que el legrado uterino instrumental hasta las nueve semanas de gestación, mientras que el legrado uterino instrumental se vuelve predominante entre las 10 y 13 semanas de gestación. La indicación de misoprostol, cu-

riosamente, se mencionó con más frecuencia para casos entre 10-13 semanas de gestación comparado con edades gestacionales más tempranas. (Figura 3)

## DISCUSIÓN

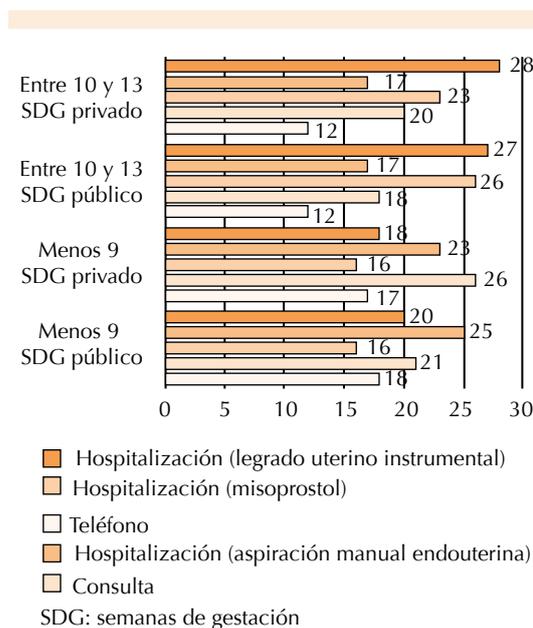
Se reportan, con estadística puramente descriptiva, los hallazgos de una encuesta auto-aplicada, a un grupo de ginecoobstetras durante su congreso anual, en relación con el aborto.

La mayor limitante del estudio es que se trata de una muestra por conveniencia, porque solo se recabaron las opiniones de los participantes a la reunión y de quienes aceptaron responder el cuestionario. Si bien esto implica un sesgo de selección, la distribución sociodemográfica de los encuestados y de las respuestas, así como el elevado número de los especialistas encuestados, permiten inferir que se trata de una muestra representativa de esta comunidad. Es difícil

comparar nuestros resultados con los de estudios nacionales previos, con metodologías distintas o dirigidos a diferentes profesionales de la salud.<sup>14</sup> El único estudio similar por metodología se realizó en la misma comunidad de especialistas dos años después de la despenalización del aborto en la Ciudad de México, y con una muestra significativamente menor (418 vs 1,085).<sup>15</sup>

A diferencia de otras encuestas, este estudio abarca el conocimiento legal, las diversas técnicas (médicas y quirúrgicas) de aborto inducido, incompleto o espontáneo, las actitudes hacia las mujeres que abortan, y las percepciones de este gremio hacia ellos mismos, cuando realizan estos procedimientos. Finalmente, indaga por primera vez las prácticas, públicas y privadas, de los especialistas en la atención del aborto durante el primer trimestre de la gestación, incluido el aborto muy temprano (hasta las nueve semanas de gestación), lo que permite identificar los nichos de oportunidad para la actualización médica continuada de acuerdo con las recomendaciones internacionales.

Si bien la mayoría de los encuestados (78%) procedía de otros estados, donde las mujeres no tienen acceso al aborto electivo, como es el caso de la Ciudad de México desde el año 2007, el porcentaje de entrevistados que considera que el aborto nunca es legal (18%) es menor que el reportado en un estudio previo.<sup>15</sup> Esto puede ser sintomático del mayor conocimiento y sensibilización posterior al cambio de ley en 2007. Sin embargo, aún representa una barrera importante para el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres, porque en todos los estados de la República Mexicana existen condiciones que permiten la interrupción del embarazo en un marco legal. Es indispensable que los especialistas que se desempeñan en los servicios de salud, sobre todo en los servicios públicos, conozcan y hagan valer las causales consideradas en la ley. En particular, la Norma Oficial Mexicana para



**Figura 3.** Prácticas públicas y privadas para la atención del aborto espontáneo o incompleto



Atención a Víctimas de Violencia (NOM-046-SSA2-2005)<sup>17</sup> considera al aborto legal como parte de las intervenciones necesarias para la atención a víctimas de violencia sexual.

El legrado uterino instrumental sigue siendo un método conocido y utilizado por todos los ginecoobstetras, a pesar de no ser una técnica recomendada por la Organización Mundial de la Salud. Entre las técnicas recomendadas y avaladas en el ámbito internacional y nacional, la aspiración manual endouterina tiene mayor reconocimiento que el misoprostol, quizá debido a que este último esquema es relativamente nuevo en la práctica clínica de México. Es importante destacar que 9 de cada 10 encuestados conoce ambas técnicas que protegen la salud de las mujeres en la atención posaborto o en los servicios de aborto legal.

Sin embargo, llama la atención el alto porcentaje de especialistas que recurre a la hospitalización en caso de aborto espontáneo-incompleto del primer trimestre, un poco más en la práctica pública que en la privada: 6 de 10 para edades gestacionales muy tempranas (hasta las 9 semanas de gestación) y 7 de 10 para edades de 10-13 semanas de gestación. Está demostrada la seguridad de la atención ambulatoria del aborto incompleto no complicado del primer trimestre, ya sea con medicamentos o instrumental, por lo que las recomendaciones internacionales no incluyen la hospitalización.<sup>18,19</sup>

Estudios más recientes de aborto inducido con medicamento permiten afirmar que la atención ambulatoria es segura, incluso a los 70 días de gestación.<sup>20</sup> El alto porcentaje de hospitalización puede deberse a varias razones: desde la poca claridad al respecto de los lineamientos nacionales,<sup>7</sup> la baja capacidad resolutoria en el primer nivel de atención, hasta la desconfianza de los especialistas en la habilidad de la mujer para entender las indicaciones para el

aborto con medicamento.<sup>15</sup> Por un lado, esto es congruente con la baja prevalencia en el país de complicaciones observadas en mujeres hospitalizadas por aborto<sup>21</sup> y, por el otro, es relevante para los métodos indirectos que estiman la prevalencia del aborto inducido en México. También implica una oportunidad para capacitar a los profesionales de la salud en la atención segura del aborto, de manera que no se sobresaturen los hospitales y, en general, el segundo nivel de atención.

Es interesante observar las actitudes hacia el aborto entre los participantes en la encuesta, en particular la que se refiere al estigma que rodea a las mujeres, al procedimiento y que pesa también sobre los profesionales que lo practican. Este estigma quizá contribuya a la atención inadecuada o clandestina, o ambas, del aborto en México, incluso después de que se aprueben los cambios legales, y también requiere estrategias de intervenciones específicas para la población general y la comunidad médica. Tales intervenciones deberían incrementar la aceptación y buscar la normalización del aborto como una opción reproductiva legítima y, a veces, necesaria. Esto podrá evitar que las mujeres y los profesionales de la salud sean objeto del estigma que rodea este tema en México y que no se convierta en una barrera adicional a la prestación de servicios de calidad.

Por último, se observa que la mayoría de los profesionales encuestados refiere que atiende o envía a sus colegas a mujeres que acuden para atención de un aborto practicado en condiciones inseguras y clandestinas; sin embargo, existen posturas polarizadas que van desde informar a familiares hasta denunciar a la mujer ante las autoridades. Estas posturas pueden obedecer al desconocimiento de los derechos y obligaciones, legales y bioéticas, de los propios profesionales de la salud, como: el secreto profesional, el derecho a la privacidad y a la protección de la

salud, el consentimiento en menores de edad, etc., temas que deben revisarse en el contexto de los tratados internacionales a los que México se ha suscrito para garantizar a las mujeres sus derechos sexuales y reproductivos. Esas actitudes, por un lado, evidencian indudablemente la polarización y los conflictos que un tema tan cargado, desde el punto de vista ideológico y religioso, genera en la práctica profesional. Por el otro lado, también reflejan la necesidad de que los médicos, y los ginecólogos en especial, se sientan protegidos en el ejercicio de su profesión por un marco ético, normativo y legal, claro y contundente.

Un análisis estadístico más detallado, en particular multivariado, puede investigar los diversos factores asociados con los conocimientos, actitudes y prácticas del aborto, como pueden ser la edad, sexo, entidad federativa de origen, años de práctica profesional y su ámbito público o privado. Este análisis será objeto de otra publicación.

## CONCLUSIONES

Los resultados del estudio demuestran que los conocimientos, actitudes y prácticas del aborto entre la comunidad de ginecoobstetras son diversos, y que existe la necesidad y la oportunidad de actualizar sus conocimientos referentes al marco legal, técnicas y prácticas para atender a las mujeres que eligen o padecen un aborto. La enseñanza del aborto seguro y legal debe liberarse de estigmas para incorporarse a la formación básica médica, a las prácticas clínicas en la residencia de la especialidad, y a la discusión abierta en los ámbitos académicos. Estas intervenciones deben enfocarse a la protección de la salud y los derechos de las mujeres, pero también al ejercicio profesional seguro por parte de la comunidad médica. Además, pueden contribuir a descongestionar un sistema de salud ya sobrecargado, a través de la promoción de la atención ambulatoria, con técnicas apropiadas y

seguras, de las mujeres que enfrentan un aborto a lo largo de su vida reproductiva.

**Agradecimiento:** a la contribución de la Maestra en Salud Pública Beatriz Ochoa, consultora de Ipas México por haber hecho posible este trabajo.

## REFERENCIAS

1. Sedgh G, Singh S, Shah I, Ahman E, Henshaw S, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* 2012;379:325-32.
2. Juárez F, Singh S, García SG, Díaz-Olavarrieta C. Estimates of Induced Abortion in Mexico: what's changed between 1990 and 2006? *Int. Family Planning Perspectives* 2008; 34, n°4. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3415808.html>
3. Schiavon R, Troncoso E, Polo G. Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2012;118S S14-S22.
4. Salud Reproductiva Información Básica de México. Ipas México AC. 2014.
5. Dayananda I, Walker D, Atienzo EE, Haider S. Abortion practice in Mexico: a survey of health care providers. *Contraception* 2012;85:304-10
6. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, Second edition, Geneva, 2012.
7. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. Lineamiento Técnico, Secretaría de Salud, México 2009.
8. Hoja Informativa: Leyes del Aborto en México, GIRE 2008. Disponible en: <http://www.gire.org.mx/publicaciones/hojas-informativas/leyesabortomexiconov08.pdf>
9. Schiavon R, Collado ME, Troncoso E. et al. Characteristics of private abortion services in Mexico City after legalization. *Reproductive Health Matters* 2010;18:127-135.
10. Leke RJ, de Gil MP, Távora L, Faúndes A. The FIGO working group on the prevention of unsafe abortion: mandate and process for achievement. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;110 Suppl:S20-4.
11. Faúndes A. Strategies for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2012;119 Suppl 1:S68-71. Epub 2012 Aug 9.
12. Fernandes KG, Camargo RP, Duarte GA, Faúndes A, Sousa MH, Maia Filho NL, Pacagnella RC. Knowledge of medical abortion among Brazilian medical students. *Int J Gynaecol Obstet* 2012;118 Suppl.
13. Kestler E. Obstetrician-gynecologists' knowledge of and attitudes toward medical abortion in Guatemala. *Int J Gynaecol Obstet* 2012;116:120-3.



14. García S, Lara D, Goldman L. Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: Resultados de una encuesta nacional. *Gac Med Mex* 2003;139:91-102.
15. García-Nuñez N, Atienzo E, Deyananda I, Walker D. Legislación, conocimientos y actitudes de profesionales médicos en relación al aborto en México. *Salud Colectiva* 2013;9:235-246.
16. Sorhaindo A, Karver T, Karver J, Garcia S. Constructing a validated scale to measure community-level abortion stigma in Mexico 2014. En revisión.
17. NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención.
18. USAID and ACCESS-FP, Postabortion Care Curriculum: Reference Manual, 2010. Disponible en [http://www.postabortioncare.org/training/PAC\\_Manual.pdf](http://www.postabortioncare.org/training/PAC_Manual.pdf)
19. WHO, *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*, 2003, WHO: Geneva.
20. Winikoff B, Dzuba I, Chong E, Goldberg A, Lichtenberg ES, Ball C, et al. Extending Outpatient Medical Abortion Services Through 70 Days of Gestational Age. *Obstetrics and Gynecology* 2012;120:1070-76.
21. Schiavon R, Troncoso E, Polo G. Use of Health System Data to Study Morbidity Related to Pregnancy Loss. In: Singh S, Remez L and Tartaglione A. *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity and Mortality: A Review*, New York: Guttmacher Institute; Paris: IUSSP, Dec 2010. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/compilations/IUSSP/IUSSP-Chapter11.pdf>