

Conocimientos, actitudes y prácticas de médicos ginecoobstetras peruanos en relación al aborto

DR. LUIS TÁVARA OROZCO

LIC. DENISE SACSA DELGADO

Contenido

Prólogo	2
Introducción	4
Material y métodos	6
Resultados	9
Discusión	33
Conclusiones	38
Referencias bibliográficas	41
Anexos	43

Conocimientos, actitudes y prácticas de médicos ginecoobstetras peruanos en relación al aborto

DR. LUIS TÁVARA OROZCO^{1*}

LIC. DENISE SACSA DELGADO^{2**}

^{1*} Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG).

^{2**} Licenciada en Obstetricia, Profesora de Prácticas de Salud Sexual y Reproductiva. Escuela de Obstetricia, Facultad de Obstetricia y Enfermería, USMP.

Prólogo

Agradezco a los autores la oportunidad de expresar en este prólogo, a propósito del estudio realizado, algunas reflexiones y apreciaciones que si bien son personales, de alguna manera reflejan lo que se conversa en voz baja, se afirma con salvedades, se obvia por sus implicancias, o se evita para no generar suspicacias. Me refiero al problema del aborto en el Perú, específicamente al aborto terapéutico, abordado en esta investigación a través de una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) realizada en cuatro ciudades del país, sobre una muestra de 312 médicos ginecoobstetras de ambos sexos, cuyas características sociodemográficas no parecen haber sido determinantes en los hallazgos informados.

Hace casi 20 años, con otros autores publicamos el resultado de una investigación sobre la muerte materna y la muerte perinatal en los hospitales del Perú. En dicho estudio, aunque sin diferencia estadística significativa, el aborto ocupaba el segundo lugar entre las causas de muerte materna, después de la hemorragia. Más adelante, en el trabajo de Teresa Watanabe, que consistió en el análisis de 514 fichas de investigación epidemiológica de la muerte materna del MINSA en el año 2000, el aborto ocupaba el cuarto lugar entre las causas de muerte materna.

Si bien los datos mencionados harían suponer que el peligro del aborto como causa de muerte materna ha disminuido, la magnitud de sus funestas consecuencias, especialmente o casi exclusivamente para la mujer pobre o de extrema pobreza sigue cobrando su cuota de dolor y miseria humana, no tanto ya por la pérdida de vidas, sino por las consecuencias en la salud reproductiva, y por el insulto que esto significa para la "inteligencia médica" que no parece compartir o evita compartir la tragedia que el aborto significa para el núcleo familiar y el entorno poblacional al que pertenecen estas mujeres, y sobre todo, para el respeto a la dignidad y el derecho a la salud integral que asiste o debe asistir a todas las mujeres de nuestro país sin distinción de raza o nivel socioeconómico.

El presente trabajo muestra como constantes en casi todos los rubros estudiados el peso que tiene la religión en la interpretación de los conocimientos, en las actitudes y en las prácticas de los médicos y médicas, y en su inhibición por cuestiones socioculturales y de tradición.

En esa perspectiva podemos señalar que el aborto inducido complicado, en una abrumadora mayoría es un peligro para la vida y salud de la mujer como consecuencia de la pobreza y exclusión social, y también de los patrones socioculturales y actitudinales que rigen el accionar de algunos profesionales médicos y de algunos niveles de decisión del Estado.

¿Qué debe hacer un médico o médica cuando a la octava semana de una gestación, descubre por ecografía que el producto no tiene calota, es decir, es anencefálico y que, sin sombra de duda, va a fallecer minutos u horas después del nacimiento, ya que, por lo que sabemos, no hay un caso en el mundo en que haya sobrevivido?

¿Ocultar a la mujer la triste realidad? ¿Decirle el destino de su bebé y no ofrecerle ninguna solución dentro de las leyes, sabiendo el martirio y la angustia que ha de vivir esta mujer en las restantes 32 semanas de su embarazo? ¿Qué debe decir al respecto un protocolo o guía de procedimientos en estos casos? ¿Qué orientación dentro de la ley y el currículo, deben dar los profesores a los alumnos de Medicina en este aspecto?

Bien harían las autoridades sanitarias, las de las asociaciones representativas de la profesión médica y sus brazos especializados y la comunidad médica en general, en dar solución a este dilema que compromete los derechos humanos, so pena de seguir asistiendo como simples espectadores de muertes o tragedias anunciadas.

El presente estudio es como una radiografía del sentir de los médicos ginecoobstetras del Perú; esperamos que sirva como estímulo para encontrar una solución humana, científica y legal al problema del aborto inducido complicado en nuestro país.

Dr. Ezequiel René Cervantes Begazo

Introducción

En todo el mundo el aborto provocado inseguro es reconocido como un importante problema de salud pública, por la frecuencia que tiene y por los daños que ocasiona. Este problema es más acuciante en los países con leyes restrictivas. Así, la tasa de abortos por cada mil mujeres en edad fértil varía desde 4 por mil en países como Holanda, en donde se imparte una amplia y temprana educación sexual, se accede libremente a todos los métodos anticonceptivos y existe acceso liberal al aborto, hasta 60-80 por mil en países del Este de Europa, en donde sólo existe acceso libre al aborto pero es muy débil la educación sexual y la entrega de anticonceptivos ^(1,2).

El Programa de Acción definido en El Cairo en 1994 incluye entre sus recomendaciones que los países firmantes faciliten el acceso al aborto dentro de lo establecido en las respectivas leyes de esos países ⁽³⁾, recomendaciones que fueron ratificadas en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1995 ⁽⁴⁾.

En concordancia con autores consultados, existe una gran mayoría de personas a quienes les gustaría que ninguna mujer tuviera que provocarse un aborto. Del mismo modo, muchas mujeres que interrumpieron sus embarazos expresaron una opinión contraria a esta práctica ⁽⁵⁾.

A pesar de las prohibiciones legales y religiosas, el aborto continúa existiendo y constituye la causa de 10 a 15% de las muertes maternas en el Perú ^(6,7,8).

El Código Penal Peruano en su artículo 119 establece que **“No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviera, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar daño grave y permanente en su salud”**. Esta disposición no acepta la interrupción del embarazo cuando ha sido producto de violencia sexual, a pesar de la gran prevalencia de este tipo de hechos violentos, que en el Perú dan como resultado una alta proporción de gestaciones no deseadas ^(9,10,11).

Otro 15% de las muertes maternas que ocurren en nuestro país resulta de complicaciones existentes antes del embarazo (muertes maternas indirectas), que se agravaron en el curso del mismo. Esto significa que, si estas mujeres hubieran tenido la oportunidad de interrumpir la gestación dentro de la ley, se habría evitado su defunción ^(8,11).

El conocimiento de los médicos y médicas acerca de la ley y la forma en que la llevan a la práctica son factores fundamentales para asegurarles a las mujeres el acceso al aborto en aquellos casos previstos en la legislación peruana. Considerando la importancia de estos aspectos, en 1996 se hizo una investigación en Lima, que exploró la opinión de 250 médicos y médicas ginecoobstetras acerca del aborto. Este estudio reveló que el 98% de las y los entrevistados reconocieron la importancia del aborto como problema de salud pública ⁽¹²⁾.

Con estos antecedentes, nos propusimos la realización de este estudio con los siguientes objetivos:

Objetivo General: Investigar los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos y médicas ginecoobstetras con relación al aborto provocado.

Objetivos específicos:

- Verificar el conocimiento de los médicos y médicas ginecoobstetras acerca del aborto como problema de salud pública y de las situaciones en que el aborto es permitido por la ley.
- Identificar las actitudes de estos/as profesionales sobre el aborto provocado.
- Conocer las prácticas clínicas de las y los entrevistados con respecto al aborto.
- Estudiar la asociación entre las variables sociodemográficas de las y los entrevistados y el conocimiento, actitudes y prácticas con relación al aborto provocado.

Material y métodos

Diseño del estudio: Se realizó un estudio tipo encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP).

Tamaño muestral: Se consultó el registro de médicos/as especialistas en Ginecología y Obstetricia existente en el Colegio Médico del Perú hasta junio del 2007, habiéndose encontrado un total de 2007 especialistas registrados en todo el país.

El tamaño muestral se calculó asumiendo una proporción de 60% de profesionales favorables a la interrupción del embarazo cuando éste es permitido por la ley. Considerando una diferencia de 4.86 puntos porcentuales ($\pm 4.86\%$) entre la muestra y la población total de especialistas, con un nivel de confianza (1 menos alfa) de 95%, resultó que la muestra debía ser de 312 personas. Asumiendo una pérdida de más o menos 5% de los/as profesionales que se pudieran negar a contestar la entrevista, la muestra final correspondería a 329.

Criterios y procedimientos para la selección de las y los entrevistados: Dado que la encuesta no podía ser aplicada en todas las regiones del país, por las limitaciones financieras y de personal, el número de médicos y médicas a entrevistar se repartió en cuatro ciudades importantes de las tres regiones naturales del país, que en conjunto cuentan con 1559 ginecoobstetras registrados. Lima cuenta con 1342 ginecoobstetras registrados y aportó 215, Trujillo cuenta con 89 y aportó 47, Arequipa cuenta con 113 y aportó 52, e Iquitos cuenta con 15 y aportó 15.

La selección se hizo utilizando la lista correspondiente a cada ciudad y con técnica al azar simple, mediante el uso de una tabla de números aleatorios. A cada profesional entrevistado/a se le debería leer, antes de iniciar la entrevista, una carta en la cual se solicitaba su participación voluntaria (anexo 1). En campo obtuvimos las respuestas de 310 ginecoobstetras, con lo que el margen de error de nuestros resultados sería de 4.88 puntos porcentuales ($\pm 4.88\%$).

Definición de variables

- Edad en años cumplidos.
- Sexo: masculino y femenino.
- Religión: Católica, Protestante, Adventista, Evangelista, otra, agnóstico/a, sin religión
- Importancia de la religión en las respuestas: muy importante, poco importante, nada importante, sin religión.
- Asistencia del/la entrevistado/a a los oficios religiosos: más de una vez a la semana, una vez a la semana, una vez al mes, a veces, nunca.
- Estado Civil: casado/a, soltero/a, en unión, separado/a, divorciado/a, viudo/a.
- Número de hijos/as.
- Ciudad en donde trabaja: Lima, Arequipa, Trujillo, Iquitos.
- Tiempo de especialista en años completos.
- Sector en el que trabaja: público, privado, público y privado.
- Importancia del aborto como tema de salud pública: mucha, mediana, poca, ninguna, no sabe
- Lugar que ocupa el aborto como causa de muerte materna en el Perú: primera, segunda, tercera, cuarta, no sabe.

- Conocimiento sobre la ley peruana que no considera ilegal el aborto practicado por un médico, cuando existe: peligro de muerte de la mujer, enfermedad grave, pobreza extrema, malformaciones fetales, violación sexual, no sabe.
- Conocimiento sobre el trámite a seguir frente a la petición de un aborto amparado por la ley: solicitud escrita, dictamen judicial, dictamen de junta médica, denuncia en caso de violación, otra, no sabe.
- Conocimiento acerca de la variación que tendrá la frecuencia del aborto en el supuesto que los establecimientos de salud atiendan los casos de interrupción del embarazo por causas contempladas por la ley: aumenta, disminuye, no cambia, no sabe.
- Conocimiento acerca de los cambios que tendrá la frecuencia de muerte materna si es que los establecimientos de salud atendieran los casos de aborto por causas contempladas en la ley: aumenta, disminuye, no cambia, no sabe.
- Conocimiento de los cambios que acarrearán la apertura al aborto por otras causas, además de las actuales, sobre la mortalidad materna: baja, aumenta, no se modifica, no sabe.
- Conocimiento acerca de las técnicas para realizar un aborto: legrado uterino, aspiración eléctrica, aplicación de Misoprostol, otra.
- Actitud con relación a la magnitud del riesgo que se debe incrementar en la mujer gestante, respecto de su vida o su estado de salud, que justifique la interrupción del embarazo: 2 veces, 5 veces, 10 veces, cualquier proporción, no se justifica el aborto en ningún caso.
- Actitud frente a la ley actual peruana respecto de la justificación del aborto: muy liberal, liberal, muy restrictiva, restrictiva, no sabe.
- Actitud frente a la legislación actual para permitir el aborto en casos de: peligro de vida de la mujer, enfermedad física severa, enfermedad mental severa, malformaciones congénitas severas, violación, pobreza, falla de método anticonceptivo, pareja no asume la responsabilidad del hijo, madre o padre VIH positivo, en todos estos casos, en ningún caso, en todos estos casos y en otros.
- Actitud frente a la legislación sobre aborto: debe ser más permisiva o ampliada, debe ser más restrictiva, no debe modificarse, debe penalizarse todos los abortos, no sabe.
- Actitud frente a la mayor permisividad de la ley respecto a la frecuencia del aborto: aumenta, disminuye, se mantiene igual, no sabe.
- Actitud frente a la existencia de un protocolo: muy necesario, necesario, poco necesario, innecesario.
- Actitud frente a la cronología exigida para un aborto terapéutico: 12 semanas, 16 semanas, 20, semanas, 22 semanas, otra cronología.
- En su práctica médica, con qué frecuencia encuentra mujeres que se han realizado un aborto inducido en algún momento de su vida: todos los días, al menos una vez a la semana, al menos una vez al mes, al menos una vez al año, casi nunca o nunca.
- Práctica frente a una mujer con sospecha de aborto inducido: la atiende con indiferencia, la atiende con apego al secreto profesional, la denuncia personalmente, la denuncia a su superior, no sabe.
- Práctica en el establecimiento de salud frente a una mujer con una complicación de aborto, se le trata: con respeto a sus derechos, con apoyo psicológico y consejería, con atención médico quirúrgica eficiente, con asesoría anticonceptiva antes de enviarla a casa.

- Práctica frente a la solicitud de un aborto en condiciones legales: lo practicaría, lo practicaría en algunos casos, nunca lo practicaría, no lo practicaría pero la refiere, no lo practicaría ni la refiere en ningún caso, haría consejería y daría información acerca de fármacos, otra.
- Si no practica el aborto en condiciones legales, la razón es: ética o moral, temor al estigma profesional/social, riesgos de complicaciones médicas, razones religiosas, otras.
- Práctica frente a la solicitud de un aborto fuera de lo establecido por la ley: lo practicaría siempre, lo haría en algunos casos, no lo haría nunca, no lo haría pero la refiere, no lo haría ni la refiere, no haría consejería, haría consejería e informaría sobre fármacos, otra.
- Práctica frente a la solicitud de un aborto dentro de la ley cuando se trata de su esposa o es usted la paciente: lo hace o acepta, no lo hace ni lo acepta, no sabe.

Instrumento para recolectar los datos: Para obtener la información se utilizó un cuestionario estructurado (Anexo 2), que fue aplicado por la entrevistadora. Antes de ser utilizado, el cuestionario se probó con 10 médicos ginecoobstetras, luego de lo cual se hizo los ajustes del caso.

Recolección y procesamiento de datos: Habiendo seleccionado el número de entrevistas a realizar en las cuatro ciudades y seleccionado aleatoriamente a los médicos y médicas a entrevistar, las visitas a cada profesional ocurrieron entre Setiembre y Diciembre de 2007.

Conforme se iba cumpliendo con realizar las entrevistas, los formularios llenados fueron numerados, revisados y luego digitados e incorporados en una Base de Datos del Programa SPSS para Windows ⁽¹³⁾.

Análisis de datos: Para el análisis de los datos se utilizó el Programa Estadístico SPSS. Primero se hizo una descripción de los conocimientos, actitudes y prácticas observadas en la muestra. Luego se estudiaron las posibles asociaciones de CAP con las variables demográficas. El análisis de las diferencias se hizo utilizando la prueba de chi cuadrado o el test de Fisher; se consideró que la diferencia es significativa cuando $p < 0.05$ ⁽¹⁴⁾.

Como **variables independientes** fueron consideradas:

- Edad: en años completos.
- Sexo: femenino o masculino.
- Estado civil: unido/a, no unido/a.
- Número de hijos.
- Importancia de la religión.
- Lugar donde ejerce la profesión.
- Tiempo de ejercicio profesional.

Aspectos éticos: La participación de los/as ginecoobstetras en este estudio fue voluntaria. No se ejerció ninguna presión ni se ofreció ningún estímulo para que respondan la encuesta. Antes de iniciar la entrevista se dio lectura a la carta enviada a cada uno/a, se le aseguró que su nombre no aparecería para nada y que se guardaría total discreción sobre lo conversado. Se asumió que la lectura de la carta y la aceptación de la entrevista aseguraban el consentimiento informado.

Resultados

Se hizo un total de 329 visitas a igual número de profesionales, de los/as cuales 310 contestaron la entrevista y 19 se negaron a la misma. Los datos que se tabulan a continuación se hacen sobre la base de las 310 entrevistas respondidas.

Características sociodemográficas de las y los entrevistados

Éstas se observan en la tabla 1. Puede verse allí un predominio de las y los entrevistados mayores de 50 años, así como de sexo masculino y de profesionales casados/as o en unión, lo que en un caso está por encima del 60% y en el otro, encima del 80%. El mayor número de profesionales dijo tener entre 1 y 2 hijos. Más del 90% de las y los entrevistados/as aceptaron profesar la religión católica y en 10 casos manifestaron ser agnósticos o no tener religión (3.3%). A pesar de tener alguna religión, sin embargo, el 64% dice asistir a los oficios religiosos a veces o nunca. El 75.5% de las y los entrevistados dijeron que sus respuestas no estaban influenciadas por la religión, a lo que hay que agregar el 3% de los agnósticos y sin religión.

Tabla 1. Características sociodemográficas

CARACTERÍSTICA	N	%
Edad en años cumplidos:		
- 39 años o menos	27	8.7
- 40 a 49	89	28.7
- 50 ó más	194	62.6
Total	310	100%
Sexo:		
- Masculino	262	84.5
- Femenino	48	15.5
Total	310	100%
Estado civil:		
- Casado/a	250	80.6
- En unión	10	3.2
- Soltero/a	29	9.4
- Separado/a-Divorciado/a	16	5.2
- Viudo/a	5	1.6
Total	310	100%
Número de hijos:		
- Ninguno	25	8.07
- 1 a 2	176	56.77
- 3 ó más	109	35.16
Total	310	100%
Religión que profesa:		
- Católica	282	91.0
- Protestante	12	3.9
- Evangelista	4	1.3
- Adventista	2	0.6
- Agnóstico	7	2.3
- Ninguna	3	1.0
Total	310	100%
Asiste a los oficios religiosos:		
- Más de 1 vez a la semana	6	1.9
- 1 vez a la semana	63	20.3
- 1 vez al mes	43	13.9
- A veces	188	60.6
- Nunca	10	3.2
Total	310	100%
Cree que la religión ha influido en sus respuestas:		
- Mucho	32	10.3
- Poco	35	11.3
- En nada	233	75.2
- No tengo religión	10	3.2
Total	310	100%

Características del ejercicio profesional

En la tabla 2 se encuentran las características. La proporción de esta muestra de especialistas en ginecoobstetricia ha respetado más o menos la distribución que actualmente tienen estos/as profesionales en el ámbito de las regiones. La gran mayoría trabaja en el sector público y en el sector privado, así que tienen la oportunidad de atender mujeres de bajos recursos y mujeres con poder adquisitivo. La muestra estudiada está constituida predominantemente por profesionales que tienen una experiencia en el ejercicio profesional mayor de 10 años.

Tabla 2. Características del ejercicio como ginecoobstetras

CARACTERÍSTICA	N	%
Ciudad en la que trabaja:		
- Lima	200	64.5
- Arequipa	52	16.8
- Trujillo	43	13.9
- Iquitos	15	4.8
Total	310	100%
Sector en el que trabaja:		
- Público	28	9.1
- Privado	11	3.5
- Ambos, público y privado	271	87.4
Total	310	100%
Tiempo de especialista en años:		
- De 0 a 10	66	21.29
- De 11 a 25	200	64.52
- 26 ó más	44	14.19
Total	310	100%

A) CONOCIMIENTOS

Conocimientos acerca del problema del aborto y de la ley peruana sobre este tema

En la tabla 3 se resume el grado de conocimiento que existe del aborto como problema de salud pública y cómo perciben los profesionales la ley existente. La gran mayoría de profesionales consideran que el aborto es un problema importante en la salud pública (91%). Le reconocen importancia como causa de muerte materna; sin embargo solo 27% lo reconoce como la cuarta causa de defunción.

Es notorio que casi el 95% de médicos y médicas sabe que la ley peruana no penaliza el aborto si es realizado para preservar la vida o la salud de la mujer y casi un 20% considera que la ley peruana no lo penaliza cuando se realiza por malformaciones congénitas severas.

Se aprecia que los médicos y médicas tienen arraigado el requisito de la junta médica como trámite importante para efectuar un aborto dentro de la ley: casi el 87% lo expresó así; sin embargo, una quinta parte considera que es el juez quien debe dictaminar favorablemente para proceder a realizarlo.

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre el aborto y de la ley peruana

CONOCIMIENTO	N	%
Importancia del aborto como problema de salud pública:		
- Mucha	282	91.0
- Mediana	25	8.1
- Poca	3	1.0
- Ninguna	0	0
Total	310	100%
Lugar que ocupa el aborto como causa de muerte materna:		
- Primera	44	14.2
- Segunda	63	20.3
- Tercera	119	38.4
- Cuarta	83	26.8
- No sabe	1	0.3
Total	310	100%
En qué casos la ley no considera ilegal un aborto hecho por un médico:		
- Peligro de muerte para la mujer	278	89.7
- Enfermedad materna grave	14	4.5
- Malformaciones congénitas graves	58	18.7
- Violación sexual	2	0.6
- Pobreza extrema	0	0
- No sabe	6	1.9
Nota: el total no suma 310 porque se pudo ofrecer más de una respuesta		
Qué trámite es necesario para efectuar un aborto en el marco de la ley		
- Presentar solicitud escrita	43	13.9
- Tener dictamen judicial	70	22.6
- Tener dictamen de una junta médica	269	86.8
- Hacer la denuncia en casos de violación	9	2.9
- Otro(s) trámite(s)	3	0.9
- No sabe	3	0.9
Nota: el total no suma 310 porque se pudo ofrecer más de una respuesta		

Conocimiento acerca de las consecuencias que sobre la cantidad de abortos y la mortalidad materna trae la atención del aborto legal en los establecimientos de salud

En la tabla 4 se puede apreciar cuáles son las respuestas de los médicos y médicas entrevistados/as. Esta tabla ofrece la distribución de frecuencias respecto de cuál es el nivel de conocimiento que poseen los médicos y médicas acerca de las consecuencias que tendría en el número de abortos y la mortalidad materna, el que los establecimientos de salud atiendan las solicitudes de aborto dentro de lo que estipula la ley peruana.

Tabla 4. Conocimiento de las consecuencias sobre el número de abortos y de muertes maternas si es que se acepta realizar abortos dentro del marco de la ley

OPINIÓN DE LAS Y LOS ENTREVISTADOS	N	%
Efecto sobre el número de abortos:		
- Aumenta	106	34.2
- Disminuye	41	13.2
- No cambia	162	52.3
- No sabe	1	0.3
Total	310	100%
Efecto sobre la razón de muerte materna:		
- Aumenta	5	1.6
- Disminuye	220	71.0
- No cambia	85	27.4
Total	310	100%

Sólo una tercera parte de los médicos y médicas considera que si se atendiera el aborto por razones contempladas en la ley, su número aumentaría; sin embargo, las otras dos terceras partes consideran que no se modificaría la frecuencia o, por el contrario, disminuiría. La respuesta anterior se condice con lo opinado por las y los entrevistados al considerar que si se atiende el aborto dentro del marco de la ley, las muertes maternas disminuirán.

Respecto de la tasa de aborto, hubo un predominio de quienes creen que no cambiará. Se analizó esta respuesta en relación con las variables sociodemográficas y los resultados se muestran en la tabla 4a.

Tabla 4a. Relación entre las variables sociodemográficas y el conocimiento de que la tasa de aborto se mantendrá igual en caso se atiendan abortos dentro del mandato legal

VARIABLE	OPINAN QUE LA TASA DE ABORTO SE MANTENDRÁ IGUAL				P
Edad en años: (%)	<40	40-49	50 ó más		<0.05
	13 (48.1)	44 (49.4)	105 (54.1)		
Sexo (%)	Masculino		Femenino		ns
	141 (53.8)		21 (43.8)		
Estado civil (%)	Casado/a o unido/a		No unido/a		<0.05
	128 (49.2)		34 (68.0)		
Número de hijos (%)	Ninguno	1-2	3 ó más		ns
	14 (56.0)	92 (52.3)	56 (51.4)		
Importancia de la religión (%)	Mucho	Poco	Nada		ns
	12 (37.5)	19 (54.3)	131 (53.9)		
Lugar donde trabaja (%)	Arequipa	Iquitos	Lima	Trujillo	<0.05
	27 (51.9)	12 (80)	96 (48.0)	27 (62.8)	
Tiempo de especialista (%)	0-10 años	11-25 años	26 ó más años		<0.05
	29 (43.9)	98 (49.0)	35 (79.5)		

Se puede observar que una proporción significativamente mayor de los médicos y médicas de más edad considera que la frecuencia de aborto no va a variar en el caso de que se atiendan las solicitudes de interrupción del embarazo por razones legales. Las y los profesionales no unidos/as son los que opinan con mayor frecuencia que la tasa de aborto no variará ($p < 0.05$). Es evidente que los médicos y médicas de Iquitos son quienes opinan con mayor frecuencia que la tasa de aborto se mantendrá igual, así como aquellos y aquellas que tienen mayor número de años de ejercicio profesional ($p < 0.05$).

También se puede apreciar en la tabla, que la opinión de los médicos y médicas no es distinta entre varones y mujeres. A pesar que los médicos y médicas que consideran la religión como algo muy importante mantienen una menor proporción respecto a los otros dos grupos acerca de que la tasa de aborto no se modificará, esta diferencia no es significativa ($p = ns$).

La tabla 4b muestra, como en el caso anterior, la relación que existe entre las variables sociodemográficas y el conocimiento de que la tasa de muerte materna va a disminuir en el caso de que se atienda los casos de aborto dentro del marco de la ley existente.

Tabla 4b. Relación entre las variables sociodemográficas y el conocimiento de que las muertes maternas disminuyen al atender abortos dentro de la ley actual

VARIABLE	OPINAN QUE LA MUERTE MATERNA DISMINUYE			P	
Sexo (%)	Masculino	Femenino		ns	
	182 (69.5)	38 (79.2)			
Estado civil (%)	Casado/a o unido/a	No unido/a		ns	
	180 (72.0)	40 (66.7)			
Edad en años (%)	<40	40-49	50 ó más	ns	
	19 (70.4)	63 (70.8)	138 (71.1)		
Número de hijos (%)	Ninguno	1-2	Más de 2	ns	
	21 (84.0)	122 (69.3)	77 (70.6)		
Importancia de la religión (%)	Mucho	Poco	Nada	<0.05	
	14 (43.8)	21 (60.0)	185 (76.1)		
Tiempo de especialista (%)	0-10 años	11-25 años	26 ó más años	ns	
	49 (74.2)	139 (69.5)	32 (72.7)		
Lugar donde trabaja (%)	Arequipa	Iquitos	Lima	Trujillo	ns
	34 (65.4)	10 (66.7)	147 (73.5)	29 (67.4)	

Esta tabla revela que en la medida que la religión fue menos importante para dar sus respuestas, en esa medida fue más frecuente el número de profesionales que conocen que las muertes maternas deben disminuir al aceptar el aborto dentro de lo que estipula la ley actualmente ($p < 0.05$). Las otras variables sociodemográficas no tuvieron relación con la frecuencia con que los/as especialistas opinan que la muerte materna disminuirá.

Fue interesante también explorar el **conocimiento de los médicos y médicas acerca de la variación en la razón de muertes maternas en el caso que hubiera apertura al aborto por otras causas**, además de las contempladas actualmente por la ley peruana (Tabla 5). La mayoría (71.0%) de los médicos y médicas manifiestan que al abrir las posibilidades del aborto por otras razones diferentes a las contempladas en la ley actual, la tasa de muertes maternas disminuiría.

Tabla 5. Conocimiento del efecto que sobre las muertes maternas tendría la aceptación del aborto por otras causas además de las aceptadas por la ley

OPINIÓN DE ENTREVISTADOS Y ENTREVISTADAS	N	%
La mortalidad materna baja	220	71.0
La mortalidad materna aumenta	11	3.5
No se modifica	78	25.2
No sabe	1	0.3
Total	310	100%

Al relacionar las variables sociodemográficas con el conocimiento de que la mortalidad materna bajaría si la ley considerara otras causas para su realización, encontramos los siguientes resultados mostrados en la tabla 5a.

Como en la tabla anterior, la única variable que tuvo relación con la afirmación sobre la menor razón de muertes maternas fue la *importancia que los médicos y médicas le dan a la religión*. En la medida en que ésta influye menos sus opiniones, las y los profesionales tienen un conocimiento mayor respecto a que la apertura del aborto a otras causas trae como consecuencia la reducción de las muertes maternas ($p < 0.05$).

Tabla 5a. Relación entre las variables sociodemográficas y el conocimiento de que las muertes maternas disminuyen al aceptarse otras causas de aborto además de las estipuladas en la ley

VARIABLE	OPINAN QUE LAS MUERTES MATERNAS DISMINUYEN			P	
Sexo (%)	Masculino		Femenino	ns	
	185 (70.6)		35 (72.9)		
Estado civil (%)	Casado/a o unido/a		No unido/a	ns	
	181 (69.6)		39 (78.0)		
Edad en años (%)	<40	40-49	50 ó más	ns	
	20 (74.1)	58 (65.2)	142 (73.2)		
Número de hijos (%)	Ninguno	1-2	Más de 2	ns	
	17 (68.0)	124 (70.5)	79 (72.5)		
Importancia de la religión (%)	Mucho	Poco	Nada	<0.05	
	11 (34.4)	19 (54.3)	190 (78.2)		
Tiempo de especialista (%)	0-10 años	11-25 años	26 ó más años	ns	
	46 (69.7)	139 (69.5)	35 (79.5)		
Lugar donde trabaja (%)	Arequipa	Iquitos	Lima	Trujillo	ns
	40 (76.9)	13 (86.7)	138 (69.0)	29 (67.4)	

Conocimiento sobre las técnicas para realizar un aborto

La tabla 6 resume las respuestas acerca del conocimiento que tienen los médicos y médicas de las diferentes técnicas para realizar un aborto.

Tabla 6. Conocimiento sobre las técnicas para efectuar el aborto

TÉCNICA	N	%
Legrado uterino	309	99.3
Aspiración uterina eléctrica	288	92.9
Aspiración manual endouterina	298	96.1
Aplicación de Misoprostol	237	76.5
Otra	9	2.9

Al igual que en algunas tablas anteriores, los y las profesionales pudieron dar más de una respuesta. Lo cierto es que la gran mayoría conocen todos los procedimientos actuales para la realización de un aborto. En relación al Misoprostol, sólo el 25% no ha considerado su uso.

B) ACTITUDES

Actitud de los/as ginecoobstetras frente a la aplicación de la ley actual

Se investigó, en primer lugar, cuál es su sentir frente al riesgo que debe presentar una mujer embarazada para que se justifique el aborto dentro de la ley. En segundo lugar, se indagó cual es su sentir sobre la permisividad de la ley actual. La tabla 7 resume las respuestas.

Se aprecia claramente que el sentir de los médicos y médicas es que el incremento del riesgo para la salud o la vida de una gestante en cualquier proporción, justifica solicitar un aborto en condiciones legales (65.5%). Asimismo, 88% de profesionales entrevistados sienten que la ley actual respecto al aborto es restrictiva o muy restrictiva.

Tabla 7. Actitudes frente a la cuantía del riesgo requerido para justificar el aborto y frente a la permisividad de la ley actual

ACTITUD DE LOS/AS MÉDICOS	N	%
Cuál es el incremento del riesgo para la salud o la vida que una gestante debe tener para justificar el aborto:		
- Dos veces	33	10.6
- Cinco veces	13	4.2
- Diez veces	43	13.9
- Cualquier incremento lo justifica	203	65.5
- No se justifica el aborto en ningún caso	18	5.8
Total	310	100%
Como considera la ley peruana vigente respecto del aborto:		
- Muy liberal	2	0.6
- Liberal	28	9.0
- Muy restrictiva	108	34.8
- Restrictiva	166	53.5
- No sabe	6	1.9
Total	310	100%

Habiendo obtenido como respuesta más frecuente que cualquier incremento del riesgo durante el embarazo justifica la solicitud de un aborto en términos legales, se analizó esta actitud en relación a las variables sociodemográficas. Los resultados aparecen en la tabla 7a.

Tabla 7a. Relación entre las variables sociodemográficas y la actitud de que cualquier aumento del riesgo justifica un aborto terapéutico

VARIABLE	SOSTIENEN QUE CUALQUIER AUMENTO DEL RIESGO JUSTIFICA EL ABORTO TERAPÉUTICO				P
Sexo (%)	Masculino		Femenino		ns
	167 (63.7)		36 (75.0)		
Estado civil (%)	Casado/a o unido/a		No unido/a		ns
	172 (66.2)		31 (62.0)		
Edad en años (%)	<40	40-49	50 ó más		ns
	18 (66.7)	57 (64.0)	128 (66.0)		
Número de hijos (%)	Ninguno		1-2	Más de 2	ns
	17 (68.0)		108 (61.4)	78 (71.6)	
Importancia de la religión (%)	Mucho		Poco	Nada	ns
	17 (53.1)		21 (60.0)	165 (67.9)	
Tiempo de especialista (%)	0-10 años		11-25 años	26 ó más años	ns
	41 (62.1)		128 (64.0)	34 (77.3)	
Lugar donde trabaja (%)	Arequipa	Iquitos	Lima	Trujillo	ns
	39 (75.0)	12 (80.0)	122 (61.0)	30 (69.8)	

Como se ve en esta tabla, ninguna de las variables sociodemográficas tuvo relación con la mayor o menor frecuencia de profesionales que consideró que cualquier aumento de riesgo en el embarazo justifica un aborto terapéutico. Si bien es cierto que, conforme los médicos y médicas dieron menor importancia a la religión en sus opiniones, aumentó la frecuencia de profesionales que consideraron la justificación del aborto terapéutico ante cualquier aumento del riesgo en el embarazo, la diferencia no tuvo significancia estadística ($p = ns$)

Hemos visto también en la tabla 7 que la mayor parte de las y los ginecoobstetras consideraron que la ley actual es restrictiva o muy restrictiva respecto de la permisividad del aborto. En la tabla 7b analizaremos este punto de vista respecto de las variables sociodemográficas.

Tabla 7b. Relación entre las variables sociodemográficas y la actitud de los/as médicos/as sobre la poca permisividad de la ley actual

VARIABLE	SOSTIENEN QUE LA LEY ACTUAL ES RESTRICTIVA/MUY RESTRICTIVA				P
	Masculino	Femenino			
Sexo (%)	228 (87.0)	46 (95.8)		ns	
Estado civil (%)	Casado/a o unido/a		No unido/a		
	227 (87.3)	47 (94.0)		ns	
Edad en años (%)	<40	40-49	50 ó más		
	21 (77.8)	78 (87.7)	175 (90.2)		ns
Número de hijos (%)	Ninguno	1-2	Más de 2		
	23 (92.0)	155 (88.1)	96 (88.1)		ns
Importancia de la religión (%)	Mucho	Poco	Nada		
	18 (56.3)	25 (71.4)	231 (95.1)		<0.05
Tiempo de especialista (%)	0-10 años	11-25 años	26 ó más años		
	53 (80.3)	183 (91.5)	38 (86.4)		<0.05
Lugar donde trabaja (%)	Arequipa	Iquitos	Lima	Trujillo	
	45 (86.5)	13 (86.7)	182 (91.0)	34 (79.1)	<0.05

De esta tabla se desprende que las médicas mujeres consideran en mayor proporción, respecto de los hombres, que la ley actual es restrictiva/muy restrictiva; sin embargo, no hay diferencia estadísticamente significativa ($p = ns$) entre ambos grupos. Igualmente, los médicos y médicas no unidos/as sostienen con mayor frecuencia que aquellos que sí lo están que la ley es restrictiva/muy restrictiva; pero tampoco hay significancia estadística en la diferencia. Mientras mayor es la edad de las y los entrevistados, mayor es la frecuencia con la que sostienen la poca permisividad de la ley; sin embargo, la diferencia también carece de significancia estadística ($p = ns$). En cuanto al número de hijos, no se encuentra diferencia en las opiniones que exhiben los grupos.

La *importancia que se le concede a la religión* sí ofrece una diferencia estadísticamente significativa, puesto que en la medida que las y los entrevistados le dieron menos importancia a este factor, se encontró una percepción más frecuente que la ley actual es restrictiva/muy restrictiva ($p < 0.05$). Asimismo, existe diferencia estadísticamente significativa según la *experiencia del profesional*, a mayor experiencia en el ejercicio profesional se considera con mayor frecuencia que la ley es restrictiva/muy restrictiva ($p < 0.05$). Finalmente, es notorio que los médicos y médicas de Lima consideran con mayor frecuencia que los de Trujillo, que la ley actual es poco permisiva ($p < 0.05$).

Actitud acerca de la modificación de la ley

Se exploró si los médicos y médicas perciben que es necesario ampliar los alcances de la ley y sus probables efectos sobre la frecuencia del aborto. La tabla 8 resume las respuestas. De ella se puede inferir que los médicos y médicas consideran mayoritariamente (más del 80%) que la legislación sobre el aborto debe ser más permisiva o debe ser ampliada. Sólo el 5.2% considera que el aborto no se justifica en ningún caso.

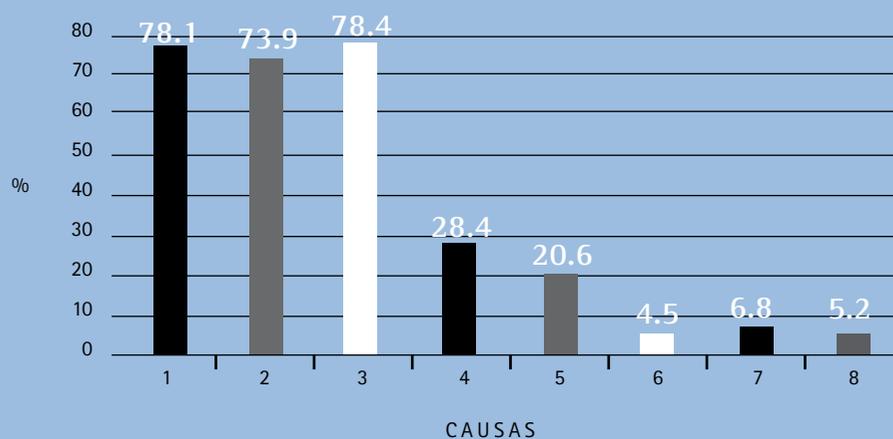
Tabla 8. Actitud de los/as médicos/as ante una modificatoria de la ley

ACTITUD DE LOS/AS MÉDICOS/AS	N	%
La legislación sobre el aborto debería ser:		
- Más permisiva o ampliada	254	81.9
- Más restrictiva	4	1.3
- No debe modificarse	46	14.8
- Debe penalizar todos los abortos	2	0.6
- No sabe	4	1.3
Total	310	100%
En qué casos se debería permitir el aborto:		
- Cuando peligra la vida de la mujer	242	78.1
- Cuando presenta enfermedad física severa	105	33.9
- Cuando presenta enfermedad mental severa	124	40.0
- En casos de malformaciones congénitas severas	243	78.4
- En casos de violación	88	28.4
- En casos de pobreza extrema	16	5.2
- Cuando falló el método anticonceptivo	4	1.3
- Cuando la madre o el padre es HIV positivo	64	20.6
- Cuando la pareja no asume la responsabilidad del hijo	1	0.3
- En todos estos casos	13	4.2
- En todos estos casos y en otros	1	0.3
- En ningún caso	16	5.2
Nota: El total no suma 310 ni 100% por que se dio más de 1 respuesta		
En caso de que la ley sea más permisiva, el aborto:		
- Aumentará	91	29.4
- Disminuirá	28	9.0
- Se mantendrá igual	191	61.6
- No sabe	0	0
Total	310	100%

A la pregunta en qué casos se debe admitir el aborto, el 78% contestó que cuando peligra la vida de la gestante y el 74% cuando existen riesgos en la salud física o mental. Llama la atención que igualmente el 78% lo acepte en casos de malformaciones congénitas severas. En cambio, menos del 30% lo admite en caso de embarazo producto de violación. También hay un 20% que aceptaría el aborto en caso de que uno de los padres sea HIV positivo (Figura 1).

Cuando se les preguntó qué podría pasar con la cantidad de abortos si la ley se hace más permisiva, sólo 29% respondió que la frecuencia aumentaría; en cambio, poco más del 70% consideró que la tasa disminuiría, o al menos se mantendría igual.

Figura 1. Proporción de médicos/as que aceptarían el aborto por otras causas diferentes a las establecidas en la ley actual



- 1: Peligra la vida
- 2: Peligra la salud
- 3: Malformaciones
- 4: Violación
- 5: HIV de progenitor/a
- 6: En todas estas causas
- 7: Otras causas
- 8: Ninguna causa

Los resultados del análisis de la relación entre las variables socioeconómicas y la actitud de los médicos y médicas respecto a que la ley debe ser más permisiva o ampliada, aparecen en la tabla 8a.

Tabla 8a. Relación entre las variables sociodemográficas y la actitud que tienen los/as médicos/as de que la ley debe ser más permisiva

VARIABLE	SOSTIENEN QUE LA LEY DEBE SER AMPLIADA				P
Sexo (%)	Masculino		Femenino		ns
	213 (81.3)		41 (85.4)		
Estado civil (%)	Casado/a o unido/a		No unido/a		ns
	213 (81.9)		41 (82)		
Edad en años (%)	<40	40-49	50 ó más		ns
	20 (74.1)	71 (79.8)	163 (84.0)		
Número de hijos (%)	Ninguno	1-2	Más de 2		ns
	20 (80.0)	148 (84.1)	86 (78.9)		
Importancia de la religión (%)	Mucho	Poco	Nada		<0.05
	12 (37.5)	27 (77.1)	215 (88.5)		
Tiempo de especialista (%)	0-10 años	11-25 años	26 ó más años		ns
	51 (77.3)	164 (82.0)	39 (88.6)		
Lugar donde trabaja (%)	Arequipa	Iquitos	Lima	Trujillo	ns
	45 (86.5)	14 (93.3)	164 (82.0)	31 (72.1)	

Podemos ver que las variables *sexo*, *estado civil* y *número de hijos* no guardan relación con la actitud de los médicos y médicas respecto de que la ley debe ser más permisiva ($p = ns$). Sin embargo, a pesar de que la diferencia no es estadísticamente significativa ($p = ns$), se observa que a mayor edad de las y los entrevistados, la tendencia a considerar que la ley sobre aborto debe ser más permisiva es ascendente.

La *importancia que los/as ginecoobstetras le dan a la religión* sí resulta gravitante para considerar la permisividad que debe tener la ley. Cuando la religión fue muy importante hubo un menor porcentaje de especialistas que considerará que la ley debe ser más permisiva; en cambio, entre aquellos entrevistados para quienes la religión es poco o nada importante en la formación de sus opiniones, el porcentaje de quienes consideran que la ley sobre aborto debe ser ampliada fue significativamente mayor ($p < 0.05$).

La *experiencia de los/as especialistas* también fue importante para considerar la permisividad de la ley, puesto que a mayor número de años de ejercicio la apertura fue mayor para que la ley fuera ampliada, aunque este resultado no tiene significancia estadística ($p = ns$).

Nuevamente, los médicos y médicas de Trujillo favorables a una ley más permisiva aparecen con una menor proporción que, por ejemplo, aquellos de Iquitos que tienen similar opinión; sin embargo, esta diferencia no fue significativa ($p = ns$).

Según la tabla 8, la mayor parte de especialistas consideraron que si la ley fuera más permisiva, la tasa de abortos se mantendría igual. Se analizó esta percepción de acuerdo a las variables sociodemográficas, los resultados aparecen en la Tabla 8b.

Se puede verificar en esta tabla que la importancia que se concede a la religión es la única variable sociodemográfica vinculada a la mayor o menor proporción de los/as especialistas que perciben que la tasa de abortos no se incrementará si se hace más permisible la ley actual.

Tabla 8b. Relación entre las variables sociodemográficas y la percepción de los especialistas de que la tasa de abortos se mantendrá igual si se amplía la ley

VARIABLE	CONSIDERAN QUE LA TASA DE ABORTOS PERMANECERÁ IGUAL SI SE AMPLÍA LA LEY			P
Sexo (%)	Masculino		Femenino	ns
	162 (61.8)		29 (60.4)	
Estado civil (%)	Casado/a o unido/a		No unido/a	ns
	156 (60.0)		35 (70.0)	
Edad en años (%)	<40	40-49	50 ó más	ns
	16 (59.3)	56 (62.9)	119 (61.3)	
	Número de hijos (%)	1-2	Más de 2	
Número de hijos (%)	Ninguno	1-2	Más de 2	ns
	15 (60.0)	111 (63.1)	65 (59.6)	
	Importancia de la religión (%)	Poco	Nada	
Importancia de la religión (%)	Mucho	Poco	Nada	<0.05
	8 (25.0)	16 (45.7)	167 (68.7)	
	Tiempo de especialista (%)	11-25 años	26 ó más años	
Tiempo de especialista (%)	0-10 años	11-25 años	26 ó más años	ns
	35 (53.0)	129 (64.5)	27 (61.4)	
	Lugar donde trabaja (%)	Arequipa	Iquitos	
30 (57.7)		9 (60.0)	125 (62.5)	27 (62.8)

Entre aquellos/as especialistas que dan mucha importancia a la religión, es menor la proporción de quienes creen que la cantidad de abortos se mantendrá igual si la ley se hace más permisiva; en cambio, mientras menos importancia le conceden a la religión, consideran en mayor proporción que el aborto no cambiará al hacerse más permisiva la ley. Esta última diferencia tiene significancia estadística ($p < 0.05$).

Actitud para realizar un aborto dentro del marco de la ley

Se exploró acerca de la necesidad de un protocolo y de la cronología aceptada para proceder a un aborto terapéutico. La tabla 9 resume los hallazgos.

Tabla 9. Actitud de los/as médicos/as para realizar un aborto legal		
ACTITUD DE LOS/AS PROFESIONALES	N	%
Considera útil la existencia de un protocolo:		
- Muy necesario	162	52.3
- Necesario	140	45.2
- Poco necesario	6	1.9
- Innecesario	2	0.6
Total	310	100%
Hasta qué cronología del embarazo se puede hacer un aborto terapéutico		
- Hasta las 12 semanas	200	64.5
- Hasta las 16 semanas	42	13.5
- Hasta las 20 semanas	29	9.4
- Hasta las 22 semanas	31	10.0
- Otra cronología	8	2.6
Total	310	

Más del 97% de los médicos y médicas entrevistados consideran necesario o muy necesario disponer de un protocolo para atender un aborto dentro del marco de la ley. Una marcada mayoría (65%) considera que el aborto puede ser atendido hasta las 12 semanas de embarazo.

Cuando se analizó la relación de las variables sociodemográficas con la actitud favorable a contar con protocolos para la realización de un aborto en términos legales, se obtuvo los resultados que se exhiben en la Tabla 9a.

Tabla 9a. Relación entre las variables sociodemográficas y la actitud favorable a disponer de protocolos para el aborto terapéutico

VARIABLE	CONSIDERAN NECESARIA/MUY NECESARIA LA DISPONIBILIDAD DE UN PROTOCOLO			P
Sexo (%)	Masculino	Femenino		ns
	254 (96.9)	48 (100.0)		
Estado civil (%)	Casado/a o unido/a	No unido/a		ns
	252 (96.9)	50 (100.0)		
Edad en años (%)	<40	40-49	50 ó más	ns
	26 (96.3)	88 (98.9)	188 (96.7)	
Número de hijos (%)	Ninguno	1-2	Más de 2	ns
	25 (100.0)	173 (98.3)	104 (95.4)	
Importancia de la religión (%)	Mucho	Poco	Nada	<0.05
	28 (87.5)	35 (100.0)	239 (98.4)	
Tiempo de especialista (%)	0-10 años	11-25 años	26 ó más años	ns
	65 (98.5)	194 (97.0)	43 (97.7)	
Lugar donde trabaja (%)	Arequipa	Iquitos	Lima	<0.05
	50 (96.2)	14 (93.3)	199 (99.5)	
			Trujillo	
			39 (90.7)	

La exigencia de protocolos no fue diferente entre varones y mujeres, entre unidos/as y no unidos/as, en los diferentes grupos de edad, ni entre los/as profesionales que tuvieron diferente número de hijos ($p = ns$).

La *importancia de la religión* sí tuvo rol diferente entre quienes apreciaron la disponibilidad de protocolos como necesario o muy necesario. Cuando la religión fue considerada muy importante, la necesidad de protocolos fue menor que cuando la religión fue considerada poco o nada importante ($p < 0.05$).

El *tiempo de experiencia profesional* no tuvo repercusiones en la diferencia encontrada entre los/as profesionales que consideraron muy importante o importante la disponibilidad de protocolos para atender el aborto dentro del marco de la ley ($p = ns$).

Sin embargo, cuando se examinó la variable *lugar de ejercicio profesional*, se encontró que los/as profesionales que ejercen en la ciudad de Trujillo consideran en menor proporción que sus colegas de Lima la necesidad de contar con protocolos. Este último resultado tiene significancia estadística ($p < 0.05$).

C) PRÁCTICAS

Prácticas médicas en relación con las mujeres que abortan

La tabla 10 resume la frecuencia con que las y los profesionales entrevistados atienden a una mujer con historia de algún aborto inducido y su comportamiento individual y el de su institución frente a una mujer que presenta un aborto.

La lectura de esta tabla revela que los médicos y médicas atienden con mucha frecuencia a mujeres que se han practicado alguna vez un aborto inducido. En la atención de estas mujeres las y los profesionales valoran mucho el respeto al secreto profesional, de allí que apenas un 4% manifiesta que denunciarían directa o indirectamente a una mujer que se ha provocado un aborto. En cuanto a los establecimientos en donde trabajan las y los entrevistados, menos del 20% de los servicios en donde se atiende abortos no cumple con dar apoyo psicológico y consejería, ni asesoría en métodos anticonceptivos a las mujeres que han interrumpido su embarazo.

Tabla 10. Prácticas médicas frente a las mujeres que abortan

PRÁCTICAS MÉDICAS	N	%
Frecuencia con que atiende mujeres con historia de aborto inducido:		
- Todos los días	63	20.3
- Al menos una vez a la semana	187	60.3
- Al menos una vez al mes	56	18.1
- Al menos una vez al año	2	0.6
- Casi nunca o nunca	2	0.6
Total	310	100%
Forma en que atendería a una mujer con sospecha de aborto inducido:		
- Atendería con indiferencia	11	3.5
- Atendería con respeto al secreto profesional	283	91.3
- La denunciaría personalmente	4	1.3
- La denunciaría a su superior	10	3.2
- No sabe	2	0.6
Total	310	100%
Forma de atención de su establecimiento a una mujer que presenta aborto:		
- La atiende con respeto a sus derechos	299	96.5
- La atiende con apoyo psicológico y consejería	232	74.8
- Atiende la necesidad médico-quirúrgica pronta y eficientemente	306	98.7
- La atiende con asesoría en MAC antes de enviarla a casa	250	80.6
Nota: El total no suma 310 ni 100% porque hubo más de una respuesta		

Como esta tabla revela que los/as profesionales ginecoobstetras consideran importante el respeto al secreto profesional cuando atienden mujeres de quienes se sospecha un aborto inducido, se analizó esta práctica en relación con las variables sociodemográficas. Los resultados aparecen en la Tabla 10a.

Tabla 10a. Relación de las variables sociodemográficas con la práctica de respeto al secreto profesional en la atención de un aborto con sospecha de ser provocado

VARIABLE	ATENDERÍAN CON APEGO AL SECRETO PROFESIONAL			P	
Sexo (%)	Masculino	Femenino		ns	
	237 (90.5)	46 (95.8)			
Estado civil (%)	Casado/a o unido/a	No unido/a		ns	
	237 (91.2)	46 (92)			
Edad en años (%)	<40	40-49	50 ó más	ns	
	24 (88.9)	81 (91.0)	178 (91.8)		
Número de hijos (%)	Ninguno	1-2	Más de 2	<0.05	
	23 (92.0)	155 (88.1)	105 (96.3)		
Importancia de la religión (%)	Mucho	Poco	Nada	<0.05	
	22 (68.8)	31 (88.6)	230 (94.7)		
Tiempo de especialista (%)	0-10 años	11-25 años	26 ó más años	ns	
	60 (90.9)	183 (91.5)	40 (90.9)		
Lugar donde trabaja (%)	Arequipa	Iquitos	Lima	Trujillo	ns
	47 (90.4)	15 (100.0)	179 (89.5)	42 (97.7)	

Se aprecia que en las variables *sexo*, *estado civil* y *edad* de las y los entrevistados no existe variación en la conducta de las y los profesionales en cuanto al respeto al secreto profesional en el caso de atender una mujer que presente un aborto y exista la sospecha de ser inducido ($p = ns$).

Al analizar la variable *número de hijos* se advierte que el mayor número de hijos se relaciona con una práctica mayor de respeto al secreto profesional frente a la mujer que presenta un aborto presuntamente provocado ($p < 0.05$).

Igualmente ocurre con la variable *importancia de la religión*. Los/as colegas que consideran muy importante la religión en su práctica profesional son los que exhiben el menor porcentaje de respeto al secreto profesional, lo que quiere decir que denunciarían el caso de un aborto presuntamente provocado,

directamente o ante su superior. En cambio cuando los/as profesionales consideran que la religión tiene poca o ninguna importancia en su práctica profesional, la atención de las mujeres con apego al respeto al secreto profesional sería mayor ($p < 0.05$).

Prácticas médicas frente a la hipotética solicitud de un aborto

La tabla 11 revela cuál sería la práctica de los/as ginecoobstetras frente a la solicitud de un aborto. Se les preguntó qué atención le darían a una mujer que solicita el aborto dentro del marco de la ley. Un 85% le prestaría alguna solución al caso, sea practicándole el aborto o, en algunos casos, refiriéndola u ofreciéndole consejería e información sobre fármacos.

Entre los/as pocos/as profesionales que no aceptarían nunca realizar el aborto o referir a la mujer a otro/a colega, la mayoría (12.3% sobre el total) contestó que actuaría así por razones éticas o morales y una proporción menor (7.1%) por razones religiosas.

Cuando se preguntó acerca de un caso hipotético en que una mujer solicite un aborto fuera de lo establecido por la ley, más del 50% de los/as profesionales contestaron que darían alguna solución, sea realizándolo en algunos casos (3%), refiriéndolo a otro colega (49%) o dando consejería e información sobre fármacos (1%).

Tabla 11. Práctica médica frente a la solicitud de un aborto

PRÁCTICA MÉDICA	N	%
Si una mujer solicitara un aborto en las condiciones que la ley establece		
- Se lo practicaría	76	24.5
- Se lo practicaría en algunos casos	139	44.8
- Nunca lo practicaría	34	11.0
- No lo practicaría, pero la refiere	46	14.8
- No lo practicaría ni la refiere en ningún caso	11	3.5
- Haría consejería y daría información acerca de fármacos	4	1.3
Total	310	100%
Razones para no efectuar un aborto dentro del marco de la ley		
- Razones éticas o morales	38	12.3
- Temor al estigma profesional/social	5	1.6
- Riesgo de complicaciones médicas	5	1.6
- Razones religiosas	22	7.1
Si una mujer solicitara un aborto fuera de lo establecido en la ley		
- Lo practicaría siempre	0	0
- Lo haría en algunos casos	9	2.9
- No lo haría nunca	58	18.7
- No lo haría pero la refiere	151	48.7
- No lo haría ni la refiere	88	28.4
- Haría consejería e informaría sobre fármacos	4	1.3

Tomando como base ese 85% que en el caso hipotético de recibir la solicitud de un aborto dentro de lo que establece la ley actual, le daría alguna solución, analizamos la frecuencia de esta práctica en relación a las variables sociodemográficas, habiendo encontrado los resultados que aparecen en la Tabla 11a.

Tabla 11a. Relación entre las variables sociodemográficas y la práctica de dar solución a la solicitud de un aborto dentro de lo que establece la ley

VARIABLE	DARÍAN ALGUNA SOLUCIÓN A LA SOLICITUD DE UN ABORTO DENTRO DE LO QUE ESTABLECE LA LEY			P	
Sexo (%)	Masculino		Femenino	ns	
	228 (87.0)		37 (77.1)		
Estado civil (%)	Casado/a ó unido/a		No unido/a	ns	
	222 (85.4)		43 (86.0)		
Edad en años (%)	<40	40-49	50 ó más	ns	
	22 (81.5)	77 (86.5)	166 (85.6)		
Número de hijos (%)	Ninguno	1-2	Más de 2	ns	
	19 (76.0)	153 (86.9)	93 (85.3)		
Importancia de la religión (%)	Mucho	Poco	Nada	<0.05	
	9 (28.1)	27 (77.1)	229 (95.2)		
Tiempo de especialista (%)	0-10 años	11-25 años	26 ó más años	ns	
	57 (86.4)	171 (85.5)	37 (84.1)		
Lugar donde trabaja (%)	Arequipa	Iquitos	Lima	Trujillo	ns
	41 (78.8)	15 (100.0)	174 (87.0)	35 (81.4)	

La lectura de esta tabla muestra que las variables *sexo*, *estado civil* y *edad* no revelan diferencias en cuanto a la conducta de los/as profesionales respecto a buscar alguna solución a la solicitud de un aborto dentro de lo que establece la ley ($p = ns$).

No existen diferencias significativas entre quienes tienen hijos y quienes no los tienen ($p = ns$) respecto a la práctica de dar solución a la solicitud de un aborto, aunque quienes los tienen se muestran más predispuestos a hacerlo que quienes no los tienen.

La *importancia que se le da a la religión* sí representaría una barrera para que los/as profesionales den solución a la solicitud de una mujer para obtener un aborto dentro de lo que establece la ley. Solo el 28% de los/as especialistas que dan mucha importancia a la religión tendría una práctica favorable, contra una proporción significativamente mayor a medida que los/as profesionales dan poca o ninguna importancia a la religión ($p < 0.05$).

El *tiempo de ejercicio profesional* tampoco influye para tomar una conducta proactiva en el caso de una solicitud de aborto dentro de lo que establece la ley ($p = ns$). Sin embargo, existe alguna diferencia entre los/as profesionales según el lugar en donde ejercen. En Iquitos el 100% de los/as especialistas darían solución a lo solicitado, frente a un porcentaje menor en las otras ciudades, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p = ns$).

Nuevamente, tomando como base la Tabla 11, en que poco más del 50% de los/as especialistas, en el caso hipotético de recibir la solicitud de un aborto fuera de lo que establece la ley actual, le darían alguna solución, analizamos la frecuencia de esta práctica en relación con las variables sociodemográficas. Los resultados se resumen en la Tabla 11b.

Tabla 11b. Relación entre las variables sociodemográficas y la práctica de dar solución a la hipotética solicitud de un aborto fuera de lo que establece la ley

VARIABLE	DARÍAN ALGUNA SOLUCIÓN A LA SOLICITUD DE UN ABORTO FUERA DE LO QUE ESTABLECE LA LEY			P	
Sexo (%)	Masculino		Femenino	<0.05	
	151 (57.6)		13 (27.1)		
Estado civil (%)	Casado/a o unido/a		No unido/a	ns	
	138 (53.1)		26 (52.0)		
Edad en años (%)	<40	40-49	50 ó más	<0.05	
	9 (33.3)	38 (42.7)	117 (60.3)		
Número de hijos (%)	Ninguno	1-2	Más de 2	ns	
	11 (44.0)	102 (58.0)	51 (46.8)		
Importancia de la religión (%)	Mucho	Poco	Nada	<0.05	
	5 (15.7)	15 (42.9)	144 (59.3)		
Tiempo de especialista (%)	0-10 años	11-25 años	26 ó más años	<0.05	
	28 (42.4)	112 (56.0)	26 (59.1)		
Lugar donde trabaja (%)	Arequipa	Iquitos	Lima	Trujillo	<0.05
	35 (67.3)	12 (80.0)	96 (48.0)	21 (48.8)	

La lectura de esta tabla ofrece resultados interesantes. Los varones están más dispuestos a dar solución a una solicitud de aborto fuera de lo que establece la ley ($p < 0.05$). El *estado civil* (unido/a o no unido/a) no ofrece diferencias en cuanto a la conducta de los/as profesionales ($p = ns$). Conforme aumenta la *edad* de los/as especialistas existe una mayor disposición a dar algún tipo de solución frente a la solicitud de una mujer para interrumpir un embarazo fuera de lo que dicta la ley ($p < 0.05$). En cambio el *número de hijos* que tienen los/as profesionales no influye en la decisión ($p = ns$).

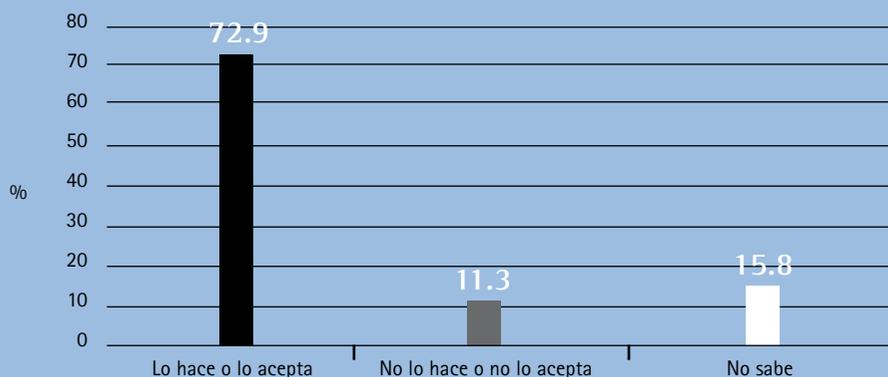
La importancia que los/as profesionales dan a la religión influiría significativamente en tomar una decisión para resolver una solicitud de aborto fuera de lo que manda la ley. Puede apreciarse que cuando la religión es muy importante, sólo el 16% de los/as ginecoobstetras están dispuestos a dar solución a lo solicitado, en cambio, mientras la religión es poco o nada importante existe una mayor disposición de dar solución al problema ($p < 0.05$). Asimismo, mientras mayor es la experiencia de los médicos y médicas, tienden a tener una mayor apertura a dar solución a una solicitud de aborto fuera de lo que establece la ley ($p < 0.05$).

El lugar donde trabajan las y los especialistas también resulta importante; puesto que los médicos y médicas que ejercen en Arequipa e Iquitos tienen mayor disposición a dar solución a lo solicitado que aquellos de Lima y Trujillo ($p < 0.05$).

Práctica que seguirían ante la solicitud de un aborto en condiciones legales cuando se trata de sí mismas, en el caso de las mujeres, o de su pareja, en el caso de los varones

Los resultados se muestran en la Figura 2. El gráfico no deja duda que cuando las solicitudes de aborto en condiciones legales proceden de la esposa/pareja en el caso de los hombres o de la propia profesional si es mujer, se está más dispuesto/a a aceptar su práctica. Del total de entrevistados y entrevistadas, 226 están dispuestos/as a efectuarlo o lo aceptan, en tanto que 49 (15.8%) están en duda. Solo 35 (11.3%) rechazan la idea de hacerlo. Esta diferencia tiene significancia estadística ($p < 0.05$)

Figura 2. Práctica médica frente a la solicitud de aborto legal si es mujer o en caso de ser su pareja



Discusión

Este trabajo es una investigación descriptiva y analítica sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos y médicas ginecoobstetras del Perú en relación con el aborto, realizada en una muestra de 310 personas encuestadas en cuatro ciudades importantes del país.

La mayoría de quienes fueron parte de la muestra ejerce tanto en el sector público como en el privado, para poder balancear sus ingresos con las demandas familiares y personales. Esta característica les da la posibilidad de atender mujeres gestantes de sectores pobres y de sectores con mayor capacidad adquisitiva. Asimismo, son médicos y médicas con importante experiencia en la especialidad, una proporción significativa cuenta con más de 10 años de ejercicio, y la mayoría tenía, al momento de la entrevista, 50 años o más.

La mayor parte de entrevistados y entrevistadas fueron varones, de estado civil casado/a o unido/a (83.8%). Asimismo, la mayoría de profesionales (56.77%) dijo tener 1-2 hijos, número más frecuentemente encontrado hoy en día entre la población de educación superior⁽¹⁵⁾.

En la muestra fue predominante el número de profesionales católicos/as (91%) que es la religión dominante en el país. Sin embargo, al preguntarles sobre la importancia que tiene la religión en sus respuestas, una mayoría (85.5%) consideró que la religión no había influido nada en las mismas o había influido poco.

Gran parte de las y los profesionales entrevistados (91.0%) conoce que el aborto tiene mucha importancia como problema de salud pública, en el corto y el largo plazo, por sus graves repercusiones en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y como causa importante de mortalidad materna^(16,17).

Sin embargo, entre ellos/as es confuso el conocimiento acerca del lugar que ocupa el aborto como causa de muerte materna en el Perú. Claramente se observa, que sólo la cuarta parte de los/as entrevistados/os saben que ocupa el cuarto lugar en orden de importancia^(6,8). Esto revela probablemente la experiencia profesional vivida por cada uno/a de ellos/as y la necesidad de una discusión más constante acerca del tema.

La tabla 3 reporta que 94.5% de los médicos y médicas entrevistados conoce que la ley peruana no considera punible el aborto cuando existe peligro de muerte o enfermedad grave en las mujeres, lo que concuerda con lo dispuesto en el Código Penal Peruano⁽¹⁸⁾. Sin embargo, llama la atención que 19% conteste erróneamente que las malformaciones congénitas y la violación son también causales aceptadas por la ley. Además del desconocimiento de lo que establece la legislación, probablemente la respuesta está traduciendo una actitud proactiva de los/as profesionales frente a estas causas.

Es un hecho que los médicos y médicas del Perú tienen arraigado el dictamen de la junta médica como requisito para proceder a la realización de un aborto terapéutico, puesto que así lo expresa el 87% de las y los entrevistados. La respuesta tiene concordancia con lo que se puede advertir en los protocolos existentes en el país, que de alguna forma demandan el dictamen de una junta médica para así compartir la responsabilidad de la decisión^(19,20). Por otro lado, una quinta parte de las y los entrevistados manifiesta que para proceder a un aborto terapéutico se requiere un dictamen judicial, lo cual no se estipula en ningún lado. Aquello que se tipifica como "terapéutico" debe encontrarse dentro del rol asignado a los médicos y médicas.

En cuanto al conocimiento de los efectos que sobre la frecuencia del aborto y las muertes maternas trae la atención del aborto dentro del marco de la ley se obtuvo respuestas muy interesantes. El 65.5% opinó que la tasa de aborto no cambia o disminuye si es que se aceptara la realización de abortos terapéuticos dentro de lo que estipula la ley. Otras publicaciones hacen afirmaciones semejantes, y es lo que hoy en día se tiene como evidencia.

Asimismo, el 71% de entrevistados y entrevistadas conoce que la atención del aborto terapéutico trae como consecuencia la reducción de muertes maternas, dado que quienes padecen de alguna enfermedad que pudiera ser agravada por el embarazo, tienen la oportunidad de reducir el riesgo al interrumpirlo y, como consecuencia, tienen también menores posibilidades de morir. Esta respuesta es concordante con otra publicación ⁽²¹⁾.

Los dos niveles de conocimiento anteriormente expresados fueron cruzados con las variables sociodemográficas, obteniéndose que, mientras más edad tuvieron las personas entrevistadas, más alta fue la proporción de quienes afirmaban que la tasa de abortos se mantiene igual. Eso probablemente se deba a que los médicos y médicas de mayor edad han tenido la oportunidad de ver en su ejercicio profesional y en su propia experiencia de vida qué es lo que realmente ocurre.

Este hallazgo se condice con la diferencia que también se advierte al considerar la experiencia del especialista. Las y los profesionales que presentan un tiempo mayor de ejercicio profesional como ginecoobstetras son quienes con mayor frecuencia admiten que el aborto no variaría en su prevalencia si se atendieran casos de aborto terapéutico dentro del marco de la ley.

En el análisis de lo que pasaría con la tasa del aborto, se encuentra que la mayoría de los médicos y médicas expresan que al atenderse los casos de aborto terapéutico la mortalidad materna disminuiría. Todos los grupos manifestaron la misma respuesta, aunque la excepción se da en la variable independiente *importancia de la religión*. Quienes consideran que la religión es muy importante aceptaron con menor frecuencia que la muerte materna disminuiría si se atendiese el aborto terapéutico (43.8%), a diferencia de los grupos en donde la religión es poco importante (60.0%) o nada importante (76.1%). Evidentemente, el factor religioso aparece como una limitante para que los/as profesionales admitan la evidencia de que la atención del aborto en condiciones legales reduce la frecuencia de muertes maternas ⁽²²⁾.

Además del aborto en los términos que establece la ley actual, se exploró entre las y los entrevistados el conocimiento acerca de lo que puede pasar con el número de muertes maternas si es que se aceptaran otras causas de aborto, diferentes de las que actualmente fija el Código Penal. La gran mayoría (71%) reconoce que las muertes maternas disminuyen, lo que coincide con lo afirmado en otra publicación ⁽²¹⁾.

Pero además, el nivel de este conocimiento fue analizado en relación con las variables sociodemográficas, habiendo encontrado que todos los grupos dan la misma respuesta excepto los que se derivan de la variable *importancia de la religión*. Nuevamente, en comparación con los otros grupos, el que consideró muy importante la religión fue el que en menor proporción admitió que las muertes maternas disminuirían si la ley considerara otras causas de aborto además de las actuales. En cambio, la presencia de la idea de que las muertes maternas se reducirían si se ampliaran las causales legales de aborto,

fue mayor en el grupo que consideró poco importante la religión (54.3%) y el que consideró que la religión es nada importantes (78.2%), lo que representa una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

La exploración del nivel de conocimiento sobre las técnicas para realizar un aborto terapéutico, evidenció que más del 90% de los/as entrevistados conocen los métodos quirúrgicos para realizar este procedimiento. Una proporción menor (76.5%) conoce que la aplicación de Misoprostol es también una medida adecuada para este fin. Se impone entonces una mayor capacitación en el tema, tomando como base las pautas estipuladas por la OMS ^(22,23).

En cuanto a las actitudes de los/as ginecoobstetras frente a la aplicación de lo que establece la ley actual, un 65.5% respondió que cualquier incremento del riesgo sobre la salud y la vida por la presencia de alguna dolencia en una mujer embarazada, es suficiente argumento para que tenga el derecho de solicitar un aborto terapéutico. Esto lo interpretamos en el sentido de que los médicos y médicas están considerando mucho el respeto a los derechos humanos de las gestantes ⁽²⁴⁾. La respuesta no tuvo variación estadísticamente significativa cuando se analizó al interior de cada una de las variables sociodemográficas, lo que quiere decir que todos los grupos coinciden en el respeto al derecho que tienen las mujeres.

El 88% de los médicos y médicas consideran que la ley actual sobre aborto es restrictiva o muy restrictiva, no habiéndose encontrado diferencias entre los sexos, el estado civil, los grupos de edad, ni por el número de hijos. Sí hubo diferencia en relación con la *importancia que tiene la religión*, el *tiempo de experiencia del*

especialista y el *lugar de trabajo*. Así, cuando la religión fue muy importante, el porcentaje de las y los profesionales que consideran que la ley es restrictiva/muy restrictiva fue 56.25%; en cambio, a medida que la importancia de la religión fue poca o ninguna, la frecuencia de respuestas fue mayor (71.4% y 95.1%, respectivamente), con un $p < 0.05$. Los médicos y médicas con mayor experiencia consideraron con más frecuencia que la ley es restrictiva/muy restrictiva. Asimismo, los de Lima alcanzaron un nivel de respuesta de 91%, significativamente diferente ($p < 0.05$) que los de Trujillo. A la limitación que representa la mayor importancia de la religión en la actitud de los médicos y médicas se suma también la menor experiencia profesional y el ejercicio en una ciudad como Trujillo, en donde, de repente, existe un número importante de colegas en quienes el factor religioso es muy importante.

Es claro que los médicos y médicas de nuestro país tienen hoy en día una actitud más abierta hacia la modificatoria de la ley sobre aborto. El 82% cree que la ley debe ser más permisiva y las causas que ellos/as consideran deben motivar este hecho, son variadas (Tabla 8 y Figura 1). Se mantiene como causal el riesgo sobre la vida y la salud de la mujer como las más importantes (78.1% y 74%); pero aparecen las malformaciones congénitas como una causalidad muy visible (78.4%), y en menor proporción la violación (28.4%), así como la presencia de HIV positivo en uno de los progenitores (20.6%). Bien vale la pena tener en cuenta estas consideraciones, sobre todo cuando se sabe que en otras latitudes estas causas sustentan la solicitud de un aborto terapéutico ⁽¹¹⁾.

Al cruzar la frecuencia de profesionales que tienen una actitud abierta hacia otras causas

de aborto, con las variables sociodemográficas, pudo apreciarse que en ninguna de estas variables los grupos mostraron diferencias en el porcentaje, excepto aquella sobre la importancia que se le da a la religión, la que nuevamente limitó la apertura. Sólo 37.5% de ginecoobstetras para quienes es muy importante la religión sienten que la ley debe ser más permisiva; en cambio, cuando la religión fue poco o nada importante el porcentaje se elevó significativamente ($p < 0.05$).

Recordemos que una mayoría de médicos y médicas siente que la tasa del aborto se mantendrá igual en el caso de abrirse a otras causas diferentes a las que actualmente contempla la ley (61.6%). Pero, nuevamente, la mayor importancia que se le da al factor religioso es una limitante para adoptar esta actitud. Sólo el 25% de los médicos y médicas que dan mucha importancia a la religión siente que al abrirse el aborto a otras causas, su frecuencia se mantendrá igual. Esta cifra contrasta con porcentajes de 45.7% y 68.7% cuando la religión tiene poca o ninguna importancia respectivamente ($p < 0.05$). Para realizar un aborto dentro de lo que establece la ley los médicos y médicas entrevistados consideran que es necesario o muy necesario disponer de protocolos (97.5%), dado que la ley no establece los procedimientos a seguir en casos de interrupción del embarazo por razones terapéuticas.

Asimismo, dos terceras partes de los médicos y médicas consideran procedente el aborto terapéutico hasta las 12 semanas de gestación, en la misma forma que se trata en otros países⁽²⁵⁾. En referencia a estas consideraciones vale la pena recomendar la consulta de las pautas establecidas por la OMS⁽²²⁾.

Cuando la respuesta mayoritaria de que los médicos y médicas requieren de protocolos se analizó considerando las variables sociodemográficas, no se observó diferencia por sexo, estado civil, edad, número de hijos y tiempo de experiencia como especialista. Sin embargo la religión sí influyó en las diferencias porcentuales entre los grupos. Así, quienes consideran que la religión es muy importante admiten los protocolos en 87.5%, mientras los que consideran poco o nada importante el factor religioso, presentan una frecuencia significativamente mayor, 100% y 98.4% respectivamente ($p < 0.05$). De todas maneras, debemos admitir que aún quienes consideran muy importante la religión, admiten también, en una proporción alta, la necesidad de disponer de protocolos. Los médicos y médicas de Trujillo consideraron en un porcentaje menor (90.7%) que sus colegas de otras ciudades la necesidad de protocolos, lo que hace sugerir que en aquella ciudad pudieran estar en una frecuencia mayor las y los profesionales en quienes el factor religioso es muy importante.

En cuanto a las prácticas de los médicos y médicas ginecoobstetras entrevistados se advierte que la atención que prestan a mujeres con historia de aborto inducido es muy frecuente, probablemente porque la mayoría trabaja en establecimientos públicos y en establecimientos públicos y privados. En cuanto a la atención de una mujer con sospecha de aborto inducido, mayoritariamente (91.3%) lo harían con respeto al secreto profesional; solo el 4.5% la denunciarían, personalmente o a su superior.

Cuando se cruzó este hallazgo con las variables sociodemográficas se encontró que las variables *sexo, estado civil, edad, tiempo de experiencia como especialista y ciudad en donde ejerce*, no influyeron en esta práctica.

En cambio, la *importancia de la religión* sí varió significativamente los resultados. Entre quienes consideran que la religión es muy importante, el respeto al secreto profesional sólo ocurre en el 68.8% de los/as especialistas, pero cuando la religión resulta poco o nada importante, la frecuencia se eleva hasta 88.6% y 94.7% correspondientemente, lo que evidencia una notoria influencia de este factor ($p < 0.05$).

Los médicos y médicas refirieron que la práctica de la atención de una mujer que presenta un aborto en el servicio en donde trabajan, se hace mayormente con respeto a los derechos humanos, en este caso, con respeto a los derechos sexuales y reproductivos ⁽²⁴⁾. Igualmente refirieron que la atención médico-quirúrgica es pronta y se ofrece asesoría en métodos anticonceptivos antes de enviarla a casa. Sin embargo, el apoyo psicológico y la consejería acusan cierta debilidad, puesto que sólo se ofrecen a tres cuartas partes de las mujeres, por tanto estas áreas deben ser motivo de reforzamiento.

En el caso hipotético que una mujer solicitara un aborto dentro de lo que establece la ley, el 85% de los médicos y médicas entrevistados darían alguna solución: le practicarían el aborto, referirían el caso a otro lugar o al menos le darían consejería e información sobre fármacos.

Al cruzar este resultado con las variables sociodemográficas se advierte que no hay diferencias en cuanto a *edad, estado civil, número de hijos, tiempo de experiencia como especialista y lugar donde trabaja*. En cambio, fue gravitante la *importancia de la religión*, dado que sólo el 28.1% de los/as profesionales que consideran muy importante este factor prestarían servicio de aborto terapéutico, frente al 77.1% y 95.2% de quienes respectivamente consideran poco o nada

importante la religión. La diferencia sí es muy notoria ($p < 0.05$) en el grupo de profesionales que no prestaría nunca el servicio de aborto, más que las razones religiosas, fueron las razones éticas las que pesaron.

Cuando se indagó qué harían si una mujer solicitara un aborto por una razón diferente a lo que establece la ley actual, se encontró que una frecuencia menor de profesionales se inclinaría a dar algún tipo de solución (poco más del 50%).

Los médicos de sexo masculino (57.6%) estarían más dispuestos a dar el servicio que las mujeres (27.1%). Igualmente, los médicos y médicas de mayor edad, los que tienen más experiencia profesional como especialistas y aquellos que ejercen en Iquitos y Arequipa, respecto a los de Lima y Trujillo son los que tendrían más disposición a ofrecer el servicio ($p < 0.05$).

Llama la atención que sean los varones los más sensibilizados a otorgar el servicio, cuando en otro trabajo peruano fueron las mujeres las más sensibilizadas con este tema ⁽¹²⁾. En el otro lado tenemos lo que aconteció con la variable importancia de la religión. En el grupo de quienes consideran muy importante a la religión, una franca minoría (15.7%), estaría dispuesta a dar el servicio, en tanto que en los grupos en donde la religión es poco o nada importante, esta frecuencia se eleva a 42.9% y 59.3% respectivamente, diferencia que es estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Finalmente, quedó en evidencia (Figura 2) que cuando el problema del aborto toca más de cerca al/la profesional médico/a, existe mayor permisividad para hacerlo o aceptarlo, porque se entiende mejor la solicitud de la mujer. Esta realidad se encontró igualmente en un estudio similar realizado en Brasil ⁽²⁶⁾.

Conclusiones

Los resultados de esta encuesta CAP permiten obtener valiosas conclusiones respecto de la mirada y práctica que los médicos y médicas ginecoobstetras de nuestro país tienen frente al aborto:

- Están hoy en día más abiertos a tratar el tema del aborto. Esto se afirma porque de las 329 visitas realizadas, en 310 se completó la entrevista y se respondió el cuestionario.
- Un alto porcentaje, que supera el 90%, considera que el aborto es muy importante como problema de salud pública.
- A pesar de la información que se produce, aún tienen dificultad en identificar el lugar que le corresponde al aborto como causa de muerte materna en el Perú.
- Una alta proporción conoce que la ley peruana no considera punible el aborto cuando existe peligro de muerte para la mujer o ésta padece de enfermedad grave.
- Mantienen arraigado el dictamen de una junta médica como requisito para la realización de un aborto en el marco de la ley.
- Consideran mayoritariamente que la tasa de abortos no aumentaría si es que se aceptara realizar abortos dentro del marco de la ley actual.
- Estiman mayoritariamente que las muertes maternas disminuirían si se aceptara realizar abortos dentro del marco de la ley actual.
- Un alto porcentaje aprecia que la mortalidad materna bajaría si es que se acepta realizar abortos por otras causas, además de las establecidas en la ley peruana.
- Conocen en una proporción cercana al 100% las técnicas quirúrgicas para efectuar un aborto, aunque una menor proporción de profesionales conoce la eficacia del Misoprostol.
- Tienen una actitud proactiva, positiva, frente a la petición de un aborto terapéutico por cualquier incremento del riesgo para la salud y la vida de las mujeres durante un embarazo.
- Consideran en una proporción del 88% que la ley actual respecto al aborto es restrictiva o muy restrictiva.

- Un poco más del 80% admite que la ley actual debiera ser más permisiva o ampliada y que debería incluir otras causales de aborto, como son malformaciones congénitas severas, violación y la presencia de HIV positivo en cualquiera de los progenitores.
- Consideran en un 61.6% que si la ley se hace más permisiva, la tasa del aborto se mantendría igual.
- En un 97.5% admiten la necesidad de que existan protocolos para realizar un aborto en condiciones legales.
- Con mucha frecuencia atienden mujeres con historia de aborto inducido.
- El 91.3% atendería con respeto al secreto profesional a una mujer con sospecha de aborto inducido.
- Consideran en una altísima proporción que en sus servicios se atiende con respeto a sus derechos a las mujeres que presentan aborto.
- Un 85% daría alguna solución en el caso de recibir una solicitud de aborto por las causas que la ley actual establece.
- Poco más del 50% daría alguna solución, en el caso de recibir una solicitud para practicar un aborto por causas distintas a las que establece la ley actual.
- Cuando el factor religioso es muy importante en sus respuestas, la frecuencia con la que admiten que el aborto realizado dentro de la ley no aumenta la frecuencia de abortos y reduce las muertes maternas, que la ley actual es restrictiva o muy restrictiva y por tanto debiera ser más permisiva o ampliada, que se requiere de protocolos para realizar un aborto dentro de la ley, que la atención médica a una mujer con un aborto inducido debiera hacerse con respeto al secreto profesional y efectuar la interrupción de un embarazo por causa que son estipuladas o no por la ley, es significativamente menor, comportándose este factor como una limitante para una conducta más proactiva.
- Si la solicitud de un aborto procede de la pareja del médico varón o es la propia médica la afectada, existe una alta frecuencia de aceptación para hacerlo o permitirlo, lo que confirma que cuando más cerca del/la profesional está el problema, la flexibilidad para entenderlo es mayor.



Agradecimiento

Los autores dejan expresa constancia de su agradecimiento al ingeniero de sistemas George Liendo, de PROMSEX, y al licenciado Luis Orderique, del Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital General María Auxiliadora y de la Clínica Cadamujer, USMP, por su importante aporte en el cálculo de la muestra, la construcción de la base de datos y el procesamiento de la información.

Referencias bibliográficas

- ¹ Henshaw, S. K.; Singh, S.; Haas, T. "The incidence of abortion on world wide". *International Family Planning Perspectives*, 1999; 25 (Suplem.): 530-538.
- ² Singh, S.; Wulf, D. "Estimated levels of abortion in six Latin America Countries". *International Family Planning Perspectives*, 1994; 20(1): 4-13.
- ³ United Nations. *Report of the International Conference on Population and Development*, Cairo 5-13 September 1994. New York: UN, 1995.
- ⁴ United Nations. *Report of the fourth World Conference on Women*, Beijing 4-15 September 1995. New York: UN, 1996.
- ⁵ Agostino, M. B.; Wahlberg, V. "Interruption of pregnancy: motives, attitudes and contraceptive use". *Gynecology Obstetric Invest*, 1991; 32: 139-143.
- ⁶ Ministerio de Salud. *La mortalidad materna en el Perú*. Lima: Oficina General de Epidemiología, 2004, p. 118.
- ⁷ Watanabe, T. *Tendencia, niveles y estructura de la mortalidad materna en el Perú 1992-2002*. Lima: Instituto de Investigaciones y Desarrollo; Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2003.
- ⁸ Távara, L.; Sacsá, D.; Frisancho, O.; Urquiza, R.; Carrasco, N.; Tavera, M. "Estado actual de la mortalidad materna en los hospitales del Perú". *Ginecología y Obstetricia (Perú)*, 1999; 45(3): 38-42.
- ⁹ Gúezmes, A.; Palomino, N.; Ramos, M. *Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú*. Lima: CMP Flora Tristán; OMS; Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002, p. 119.
- ¹⁰ Távara, L. "Sexual violence". *Best Practice Et Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006; 20: 395-40
- ¹¹ Távara, 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, 2007, p. 110.
- ¹² Díaz N.; Davis, G. *Actitudes valorativas de los ginecoobstetras en relación al embarazo no deseado*. Lima: CMP Flora Tristán, 1996.
- ¹³ *SPSS para Windows, versión 12.0*. Chicago: SPSS Inc., 2006.
- ¹⁴ Armitage, P.; Berry, C. *Statistical methods in medical research*. Second edition. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1987.

- ¹⁵ Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES Continua 2004). Informe Final*. Lima: INEI, 2005.
- ¹⁶ Távara, L.; Orderique, L. "Aspectos epidemiológicos del aborto y sus repercusiones en salud pública". *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 2004; 50(3): 176-180.
- ¹⁷ WHO. *Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. 4th ed. Geneva: WHO, 2004.
- ¹⁸ *Código Penal Peruano*, 1991.
- ¹⁹ Hospital Nacional Docente Materno Infantil San Bartolomé. *Protocolo de manejo de casos para la interrupción legal del embarazo*. Lima: SPOG; Flora Tristán, 2005, p. 17.
- ²⁰ Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Belén de Trujillo. *Protocolo de manejo de casos para la interrupción legal del embarazo*. Trujillo: SPOG; PROMSEX, 2006, p. 17.
- ²¹ Rao, K.; Faundes, A. "Access to safe abortion within the limits of the law". *Best Practice Et Reasearch Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006; 20: 421-432.
- ²² WHO. *Safe Abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva: WHO, 2003; 106 pp.
- ²³ Faundes, A. et al. *Uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología*, 2^a ed. FLASOG, 2007, p. 96.
- ²⁴ Cook, R. J.; Dickens, B. M.; Fathalla, M. F. *Salud reproductiva y derechos humanos*. Bogotá:: ProFamilia, 2003.
- ²⁵ Velasco, A.; Gómez-Ponce de León, R. "Aborto terapéutico". En Faundes, A. et al. *Uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología*. 2^a ed. FLASOG, 2007, pp. 59-76.
- ²⁶ Faundes, A.; Alves, G.; Andalaft, J. *Aborto induzido: conhecimento, atitudo e pratica do Ginecologistas e Obstetras no Brasil*. Segunda avaliação. Relatório Técnico Final 2005.

Anexos

ANEXO 1.

Carta de presentación a los médicos y médicas entrevistados/as

Estimado/a colega:

La salud sexual y reproductiva representa una prioridad dentro de la atención en nuestros países. Lamentablemente, hasta ahora no ocupa lugar preferente en las políticas de Estado, por lo que aún tenemos vacíos importantes, particularmente en los grupos de mujeres de menor posición económico social.

Son diversos los problemas que representan una necesidad en la salud sexual y reproductiva para las mujeres peruanas, entre otros: las altas cifras de mortalidad materna, lo que obliga a promover una maternidad saludable y segura; la alta tasa de necesidades insatisfechas de anticonceptivos, que obliga a fortalecer los programas de planificación familiar; la frecuencia ascendente de violencia contra la mujer, que obliga a dispensar más y mejores servicios de atención a las mujeres víctimas de violencia sexual; y la frecuencia alta de aborto inducido con la consecuente mortalidad por esta causa, lo que obliga a replantear este tema dentro de la discusión médica a fin de buscar las respuestas más adecuadas para enfrentar este acuciante problema.

Desde el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología hemos querido contribuir a la discusión, explorando entre los/as ginecoobstetras peruanos/as el grado de conocimiento y su sentir frente al aborto.

Para ello, tomando como referencia el registro de especialistas del Colegio Médico del Perú, se ha seleccionado al azar una muestra de profesionales de cuatro regiones del país, a quienes se le aplicará la presente entrevista estructurada con la participación de una profesional competente y entrenada en este tipo de actividades.

Ruego a usted tomarse unos pocos minutos para atender a la persona que lo visita, quien le hará algunas preguntas que esperamos sean respondidas con precisión. Sus respuestas servirán para conocer mejor el problema del aborto en el Perú y plantear alternativas de manejo con más elementos de juicio. Su participación es eminentemente profesional y sus respuestas son absolutamente privadas; su nombre no será registrado y ninguno de los temas motivo de la entrevista serán revelados a terceras personas.

Quedamos muy reconocidos de su colaboración.

Atentamente

Dr. Luis Távara Orozco
Presidente del Comité de Derechos Sociales y Reproductivos
FLASOG

Lima, Setiembre 2007

ANEXO 2. Encuesta de opinión sobre el aborto

Cuestionario N°

1.	Edad	Años cumplidos		2.	Sexo: Masculino (1) Femenino (2)
3.	Religión:	Ninguna religión (9)			
4.	Casado/a (1) Soltero/a (2) En unión (3) Separado/Divorciado (4) Viudo/a (5)				
5.	Cuántos hijos tiene en total () hijos	Ninguno (0)			
6.	En qué ciudad trabaja:				
7.	Años de especialista () años completos				
8.	Usted trabaja en el sector: Público (1) Privado (2) Público y privado (3)				
9.	Indique cual es el grado de importancia del aborto como tema de salud pública				
	Mucha (1)	Mediana (2)	Poca (3)	Ninguna (4)	No sabe (5)
10.	Dentro de las causas directas de muerte materna en el Perú, el aborto representa la				
	Primera (1)	Segunda (2)	Tercera (3)	Cuarta (4)	No sabe (5)
11.	En qué casos la ley peruana no considera ilegal el aborto practicado por un médico (Nota: puede marcar más de una respuesta)				
	Peligro de muerte de la mujer (1)		Enfermedad grave (2)		Pobreza extrema (3)
	Malformaciones graves fetales (4)		Violación sexual (5)		No sabe (6)
12.	Si una mujer gestante busca un aborto amparado por ley. ¿Qué es necesario?: (Nota: puede marcar más de una respuesta)				
	Solicitud escrita (1)		Dictamen judicial (2)		Dictamen de junta médica (3)
	Denuncia en caso de violación (4)		Otra (5)		No sabe (6)
13.	Si los establecimientos de salud atendieran los casos de aborto por las causas contempladas por la ley, en el país su frecuencia:				
	Aumentará (1)		Disminuirá (2)		No cambiará (3) No sabe (4)
14.	Si los establecimientos de salud atendieran los casos de aborto por las causas contempladas por la ley, la frecuencia de muerte materna:				
	Aumentará (1)		Disminuirá (2)		No cambiará (3) No sabe (4)
15.	En su opinión, de presentarse una dolencia durante el embarazo, para justificar el aborto, esta condición debe poner en riesgo la vida de la gestante ó agravar su estado en una proporción mayor que el embarazo normal, de:				
	Dos veces (1)		Cinco veces (2)		Diez veces (3) Cualquier proporción (4)
	No se justifica el aborto en ningún caso (5)				
16.	En su opinión, usted considera que respecto al aborto la ley peruana es:				
	Muy liberal (1)		Liberal (2)		Muy restrictiva (3) Restrictiva (4)
	No sabe (5)				
17.	Al margen de lo que considera la legislación actual, usted cree que la ley debe permitir el aborto en casos de: (Puede marcar más de una respuesta)				
	Peligra la vida de la mujer (1)		Enfermedad física severa (2)		Pobreza (3)
	Enfermedad mental severa (4)		Malformación congénita severa(5)		Violación (6)

Falla del método AC (7)	Pareja no asume responsabilidad del hijo (8)		
Madre o padre es HIV positivo (9)	En todos los casos (10)	En ningún caso (11)	
En todos estos casos y en otros (12)			
18. En su opinión, la apertura a otras causas de aborto, además de las actuales, hará que la mortalidad materna:			
Baje (1)	Aumente (2)	No se modifique (3)	No sabe (4)
19. En su opinión, la legislación actual sobre aborto:			
Debe ser más permisiva o ampliada (1)		Debe ser más restrictiva (2)	
No debe modificarse (3)		Debe penalizar todos los abortos (4)	No sabe (5)
20. En su opinión, cree que si la ley se hace más permisiva, la frecuencia del aborto:			
Aumentará (1)	Disminuirá (2)	Se mantendrá igual (3)	No sabe (4)
21. En su práctica médica, ¿con que frecuencia encuentra mujeres que se han practicado un aborto inducido en algún momento de su vida?			
Todos los días (1)		Al menos 1 vez a la semana (2)	Al menos 1 vez al mes (3)
Al menos una vez al año (4)		Casi nunca o nunca (5)	
22. En los casos que usted atiende una mujer con un aborto y sospecha que se trata de un aborto inducido, su determinación es:			
Atenderla con indiferencia (1)		Atenderla con apego al secreto profesional (2)	
Denunciarla personalmente (3)		Denunciarla a su superior (4)	No sabe (5)
23. Cuando acude a su establecimiento una mujer con una complicación de aborto, ella es tratada: (responda todos los ítems)			
Con respeto a sus derechos		Si (1)	No (2)
Con apoyo psicológico y consejería		Si (1)	No (2)
Con atención médico-quirúrgica pronta y eficiente		Si (1)	No (2)
Con asesoría en anticoncepción antes de enviarla a casa		Si (1)	No (2)
24. Si una mujer le solicitara un aborto en las condiciones que la ley actual establece, Ud.			
Se lo practica (1)		Se lo practica en algunos casos (2)	Nunca lo practica (3)
No lo practica pero la refiere (4)		No lo practica ni la refiere en ningún caso (5)	
Hace consejería y da información acerca de fármacos (6) Otra (7).....			
25. Si su respuesta fue <i>Nunca lo practica</i> o que <i>Nunca lo practica ni la refiere</i> , diga la razón para no hacerlo (puede marcar más de una respuesta):			
Razones éticas o morales (1)		Temor al estigma profesional/social (2)	
Riesgo de complicaciones médicas (3)		Razones religiosas (4)	
Otras (menciónelas):			
26. Si una mujer le solicitara un aborto fuera de lo establecido en la ley, Ud			
Lo practica siempre (1)		Lo hace en algunos casos (2)	No lo hace nunca (3)
No lo hace pero la refiere (4)		No lo hace ni refiere (5)	No hace consejería (6)
Hace consejería e informa sobre fármacos (7)		Otra:	
27. Si usted es hombre y su esposa le solicita un aborto dentro de la ley o si usted es mujer y requiere de un aborto dentro de la ley, usted:			
Lo hace o acepta (1)		No lo hace o no lo acepta (2)	No sabe (3)
28. ¿Considera usted útil la existencia de un protocolo para atender a las mujeres que solicitan un aborto dentro de la ley?			
Muy necesario (1)		Necesario (2)	Poco necesario (3)
			Innecesario (4)

29.	Técnicas para realizar un aborto (puede mencionar más de una)	Legrado uterino (1) Aspiración eléctrica (2) Aspiración manual endouterina (3) Aplicación de misoprostol (4) Otra (5)		
30.	¿Hasta qué cronología se puede hacer un aborto terapéutico?	Hasta las 12 semanas (1) Hasta las 16 semanas (2) Hasta las 20 semanas (3) Hasta las 22 semanas (4) Otra cronología (mencione) (5)		
32.	¿Usted asiste a los oficios religiosos?	Más de 1 vez a la semana (1)		
	Una vez a la semana (2)	Una vez al mes (3)	A veces (4)	Nunca (5)
33.	¿Cree que su religión ha influido en sus respuestas en esta entrevista?			
	Mucho (1)	Poco (2)	En nada (3)	No tengo religión (4)
34.	Comentario adicional:			

Autores: Dr. Luis Távara Orozco
Lic. Denise Sacsa Delgado
Corrección de Estilo: Rosa Cisneros Canales
Coordinación General: Rossina Guerrero Vásquez
Diseño y diagramación: Julissa Soriano Nunja
Fotografía: Raphael Guevara Castillo
Impresión: Carmen Palomeque

© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos
(PROMSEX)
Pasaje Los Pinos 156, Oficina 804,
Miraflores, Lima 18 - Perú
Telefax: (511) 243 0460
www.promsex.org

Impreso en Perú, Abril 2008
Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de:
IPAS
Planned Parenthood Federation of America, Inc. International



CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

www.promsex.org