



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

García-Núñez, Nubia Naneri; Atienzo, Erika Elizabeth; Dayananda, Ila; Walker, Dilys
Legislación, conocimientos y actitudes de profesionales médicos en relación al aborto en
México

Salud Colectiva, vol. 9, núm. 2, mayo-agosto, 2013, pp. 235-246

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73129415008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Legislación, conocimientos y actitudes de profesionales médicos en relación al aborto en México

Legislation, knowledge and attitudes of health professionals in Mexico regarding abortion

García-Núñez, Nubia Naneri¹; **Atienzo**, Erika Elizabeth²; **Dayananda**, Ila³; **Walker**, Dilys⁴

¹Licenciada en Psicología. Maestra en Ciencias de la Salud. Escuela de Salud Pública de México del Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México. nubia.nannery@gmail.com

²Licenciada en Psicología. Maestra en Ciencias de la Salud. Dirección de Salud Reproductiva, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. eatienzo@insp.mx

³Médica. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Maestra en Salud Pública. Brigham and Women's Hospital. Boston, EE.UU. iladayana@gmail.com

⁴Médica. Especialista en Ginecología y Obstetricia. School of Public Health, University of Washington, EE.UU. dilys@u.washington.edu

RESUMEN El objetivo de este estudio es describir los conocimientos y actitudes de una muestra de profesionales médicos en México con relación al aborto y su asociación con la práctica y la atención a complicaciones derivadas de abortos, tomando en cuenta el marco legal vigente. Los datos provienen de una encuesta anónima y computarizada a participantes que acudieron a una reunión de gineco-obstetricia en México en 2009 (n=418). Las actitudes de los profesionales de la salud juegan un papel determinante para favorecer el acceso a servicios de abortos tanto médicos como quirúrgicos. No se encontró asociación estadística entre vivir en una entidad federativa mayormente restrictiva y la práctica de abortos, lo cual se explica por el escaso conocimiento que los participantes de la encuesta tenían sobre las leyes de aborto vigentes en su entidad. Esta falta de conocimiento sobre la legislación del aborto puede obstaculizar que una mujer tenga este servicio aun cuando el marco legal lo permita.

PALABRAS CLAVES Legislación; Aborto; Aborto Legal; Prestación de Atención de Salud; Personal de Salud.

ABSTRACT The purpose of this study is to describe the knowledge and attitudes regarding abortion of a sample of health professionals in Mexico. In particular, we aim to explore their association with the practice of abortion and the care of post-abortion complications, taking into consideration the present legal framework in Mexico. The data come from an anonymous and computerized survey applied to participants attending a national meeting of gynecology and obstetrics in Mexico in 2009 (n=418). The attitudes of health professionals in relation to abortion play a key role in promoting access to both medical and surgical abortion services. We did not find a statistical association between living in a largely restrictive federal entity and the practice of abortions, which may be explained by the lack of knowledge that these survey participants had about abortion laws in their federal entity. This lack of knowledge about abortion legislation can hinder a woman's access to these services even when the legal framework such access.

KEY WORDS Legislation; Abortion; Abortion, Legal; Delivery of Health Care; Health Personnel.

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones por abortos inseguros permanecen como una causa de morbilidad materna a nivel mundial (1,2). Cada año, 5,3 millones de mujeres se exponen a un aborto inseguro y como consecuencia sufren alguna discapacidad temporal o permanente (3). Se estima que, en 2008, se realizaron 43 millones de abortos inducidos a nivel mundial, siendo el 49% de ellos inseguros (4).

El aborto inseguro es un procedimiento para interrumpir un embarazo que es practicado por personal sin capacitación o habilidades técnicas, o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos (5). Este es el caso para muchos países en desarrollo en donde la legislación prohíbe el acceso a servicios seguros de aborto. Por ejemplo, en Latinoamérica, la interrupción de un embarazo producto de una violación es legal en menos de la mitad de sus países (42%) (6), sin embargo su práctica permanece a lo largo de la región (7). De todas las regiones en desarrollo, Latinoamérica tiene la tasa más alta de abortos inseguros con 31 abortos por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad; su tasa equivale a 4,2 millones de abortos inseguros en comparación, por ejemplo, con algunos países de Europa del Este en donde la tasa es de 5 por cada 1.000 mujeres (5).

Sin embargo, Latinoamérica también ha sido escenario para la implementación de políticas de salud reproductiva de gran relevancia para la región. Por ejemplo, de manera reciente y tras iniciativas similares previamente rechazadas, en Uruguay se aprobó en 2012 la Ley 18.987 que despenaliza la interrupción del embarazo durante las primeras 12 semanas de gestación. Tras un arduo proceso de negociación, se convirtió en el segundo país de la región en despenalizar el aborto a elección de la mujer, solo después de Cuba en donde está despenalizado desde hace varias décadas.

Esta Ley en Uruguay se suma favorablemente a las reducidas iniciativas legislativas de la región para reducir la mortalidad materna al facilitar el acceso a abortos seguros. Una de ellas fue la introducida en la Ciudad de México, en 2007, cuando la Asamblea Legislativa aprobó modificaciones al Código Penal y a la Ley de Salud y se implementó el programa Interrupción Legal del Embarazo

(ILE) (8). Sin embargo, aunque dicha iniciativa en la Ciudad de México es de indudable trascendencia, a la fecha también se han producido algunos retrocesos. Como respuesta de grupos conservadores, varios estados de México modificaron sus constituciones con el objetivo de proteger la vida desde el momento de la concepción (9), contraponiéndose al derecho de una mujer a interrumpir su embarazo aun bajo cualquier causal despenalizada (a).

En México, la legislación sobre aborto se define a nivel estatal y la Ciudad de México es la única entidad federativa (b) en donde se encuentra despenalizada la interrupción del embarazo a elección de la mujer, permaneciendo el aborto legalmente restringido en el resto del país. La única causal despenalizada en todas las entidades federativas es cuando el embarazo es producto de una violación. El resto de causales despenalizadas varía ampliamente. Aun así, en 2006 se practicaron 874.747 abortos inducidos, con una tasa de 33 abortos por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años (10).

Publicaciones recientes han mostrado que en México existe cierta opinión pública favorable hacia el Decreto que permite la interrupción legal. Por ejemplo, en un estudio reciente con población general de la Ciudad de México se muestra que la opinión favorable sobre dicha norma ha aumentado entre 2006-2009 así como la opinión de que debería extenderse a otras entidades (11). Esta opinión favorable no solo es propia de residentes de esta ciudad, sino también de estados más restrictivos. Por ejemplo, en una encuesta de opinión realizada con población general de ocho estados que han introducido iniciativas para prohibir el aborto en cualquier causal, el 44% de los respondientes señaló estar de acuerdo con la norma mencionada (12).

Sin embargo, una legislación menos restrictiva no asegura por sí sola que las mujeres obtengan abortos legales y/o seguros (4). Las y los profesionales de la salud son actores fundamentales en la interrupción segura de embarazos y en la atención de complicaciones por abortos (13-15) y, en este sentido, sus conocimientos, opiniones y actitudes son un aspecto clave al facilitar u obstaculizar la obtención de un aborto.

Por ejemplo, el desconocimiento de las causales bajo las cuales se deben practicar abortos

puede repercutir en una negación del servicio por parte de los profesionales de la salud (16,17). Esto es importante para escenarios como el de México, en donde los recientes cambios en la legislación en diversas entidades federativas podrían contribuir a la información errónea. En general, una opinión negativa del aborto en el entorno social puede influir también en las propias actitudes de los profesionales de la salud (14,16).

Estudios previos con muestras de médicos en México han documentado que aquellos con más conocimientos sobre las leyes de aborto tienen actitudes más favorables hacia este y más disposición para practicarlo en caso de una violación (13); la mayoría opina que el aborto debería ser legal cuando existe violación, peligro de vida o salud de la mujer o defectos congénitos en el producto de la concepción (18). Si bien aprueban la práctica del aborto bajo algunas limitadas circunstancias, muy pocos de ellos están dispuestos a ofrecer un aborto a las mujeres (17). Un estudio cualitativo reciente, realizado con profesionales de la salud, muestra que la mitad de ellos apoya la norma implementada en la Ciudad de México en 2007 y que incluso están de acuerdo con que debería extenderse a otros estados (19).

Sin embargo, no existen resultados de encuestas sobre actitudes y conocimientos de profesionales de salud posteriores a dicha despenalización, especialmente en otras entidades federativas del país. Tampoco se ha explorado si un marco legal restrictivo se asocia a mayor o menor práctica de abortos.

En este sentido, en el presente trabajo se presentan resultados de una investigación dirigida a analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de aborto en una muestra de profesionales de la salud de distintos estados de México. En una publicación previa se han mostrado algunos resultados descriptivos con relación a las actitudes y prácticas de abortos (20); sin embargo, en el presente artículo se describe con más detalle las actitudes, opiniones, el conocimiento que tienen sobre las leyes vigentes en su entidad federativa y el interés por aprender más sobre el aborto. De particular interés es analizar cómo estas actitudes y el hecho de residir en una entidad con un grado mayor o menor de restricción, influyen en la práctica de abortos y la atención a complicaciones derivadas de estos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal con datos recolectados por medio de una encuesta anónima autoaplicada a una muestra por conveniencia de profesionales de la salud, mayoritariamente gineco-obstetras, que acudieron a una reunión nacional organizada en 2009 por el Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (COMEGO). Si bien no se tienen datos oficiales del número de participantes que acudieron a la reunión nacional, fuentes extraoficiales informaron que durante el evento se registraron cerca de 3.000 participantes, de los cuales se obtuvieron 418 encuestas completas, que conforman la muestra de este estudio.

Durante el evento, los reclutadores invitaron por conveniencia a los asistentes al evento a participar en una encuesta. Los criterios de inclusión fueron: profesionales de la salud que realizaran su práctica en México; que proporcionaran sus servicios en la atención a la salud de las mujeres; que hablaran español y que aceptaran voluntariamente participar en la encuesta. A aquellos que aceptaron participar se les solicitó su consentimiento oral, asegurando el anonimato y confidencialidad de los datos. No se registró en ningún momento información que sirviera para identificar a los participantes, ni se impidió que alguno finalizara su participación antes de terminar el cuestionario. Este estudio fue aprobado por las Comisiones de Ética, Bioseguridad e Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública en México y por el Institutional Review Boards del Brigham and Women's Hospital.

Mediciones

Se aplicó un cuestionario por medio de la tecnología ACASI (Audio Computer-Assisted Self-Interviewing), con la finalidad de asegurar la mayor privacidad y confiabilidad posible al responder (21).

Variables dependientes

Todas las variables dependientes se presentan como dicotómicas (0=no; 1=sí). La práctica de

abortos con medicamentos y/o técnicas quirúrgicas se indagó preguntando si al momento de la encuesta ofrecían esos servicios. Asimismo, se indagó si atendían a pacientes que acudían a su consulta con complicaciones por abortos, considerando una respuesta afirmativa cuando respondió "siempre las atiendo" o "solo las atiendo en casos donde la complicación es mínima".

También se preguntó sobre su interés por aprender a practicar abortos con medicamentos y/o técnicas quirúrgicas, variables que se midieron utilizando dos reactivos para cada caso: a) a aquellos participantes que señalaron no practicar abortos se les preguntó si estaban interesados en aprender a hacerlo; y b) a quienes sí refirieron practicar abortos se les preguntó si estaban interesados en recibir mayor entrenamiento en técnicas para inducir abortos.

Adicionalmente, a los participantes se les preguntó si el aborto es legal o no en su entidad federativa bajo determinadas circunstancias. Para analizar esta información se revisó la legislación vigente en cada una de las entidades al momento de la encuesta (noviembre del 2009). Con esto se creó una variable para identificar a los participantes que señalaron correctamente como legales todas las causales despenalizadas en su entidad federativa y que fueron preguntadas en el cuestionario, y como ilegales aquellas que no fueron despenalizadas.

Variables independientes

Las principales variables independientes para este estudio son: la aceptación de la práctica del aborto y la residencia en una entidad federativa con legislación restrictiva o no restrictiva. Para medir la aceptación al aborto se creó un índice que evalúa una mayor aceptación o rechazo hacia su práctica, tomando un grupo de variables dicotómicas que midieron su opinión con relación a si el aborto debería ser legal o no bajo diversas circunstancias (0=no; 1=sí). Para el índice se utilizó el análisis de componentes principales por correlación policórica (22). Con este procedimiento se creó una variable continua que fue dividida en cuartiles, donde el primer cuartil (25%) corresponde a participantes con una menor aceptación hacia el aborto y el último cuartil (a partir del 75% de la población) a participantes con mayor aceptación

hacia el mismo. Se creó este índice para identificar si las variables dependientes varían en función de los distintos niveles de aceptación del aborto.

Por otro lado, se creó una variable dicotómica para diferenciar a los participantes que realizaban sus prácticas en entidades federativas, que denominaremos aquí, jurídicamente *más restrictivas* o *menos restrictivas*, de acuerdo a las leyes vigentes en cada entidad al momento de aplicar la encuesta (9). En el criterio 1=*menos restrictivas* se incluyeron las entidades con cinco o seis causales despenalizadas, mientras que en el criterio 0=*más restrictivas* se clasificaron las entidades con cuatro o menos causales despenalizadas.

Como variables sociodemográficas se consideraron sexo, edad, religión, tiempo transcurrido desde que terminó su entrenamiento, ámbito (sector privado o público) y región en la cual realizaba su práctica clínica (norte, centro y sur). Se analizó la condición profesional distinguiendo entre aquellos médicos gineco-obstetras que contaban con subespecialidad, aquellos sin subespecialidad, y otro tipo de personal de salud (médicos generales, residentes de gineco-obstetricia o personal de enfermería).

Además de las variables ya descritas, se exploraron algunas otras relacionadas con las actitudes/opiniones de los participantes sobre el aborto, no obstante el análisis para dichas variables fue únicamente descriptivo.

Manejo de los datos y análisis estadístico

El manejo de los datos se realizó en el programa Stata V.10. Inicialmente se obtuvieron estadísticas descriptivas para las variables de interés y posteriormente se ajustaron modelos logísticos multivariados para cada variable dependiente. Solo con fines de ajuste, se identificaron aquellos estados que al momento de la encuesta habían tenido modificaciones en sus constituciones estatales para la protección de la vida desde la concepción/fecundación. Dicha variable se incluyó con la finalidad de ajustar por los cambios que se habían producido poco tiempo antes de aplicar la encuesta.

RESULTADOS

En este estudio se captó información de participantes de todas las entidades federativas del país a excepción de Chihuahua. Del total, el 21,8% residía en el norte del país, el 51% en el centro y el 27,3% en el sur. El 45% tenía 45 años o más y el 81,6% se identificaba como católico. Los médicos gineco-obstetras con y sin subespecialidad representaban el 90,4%. Poco más de la mitad terminó su entrenamiento hace más de 10 años (53,8%) y un porcentaje similar (54,5%) ejercía tanto en el ámbito público como en el privado (c).

En total, el 45,7% atendía complicaciones de abortos, el 14,8% practicaba abortos con medicamentos y el 20,6% con técnicas quirúrgicas. Poco más de la mitad reportó estar interesado/a en aprender más sobre el aborto con medicamentos (54,8%) y 35,4% sobre abortos quirúrgicos (Cuadro 1). El 46,9% residía en una entidad federativa categorizada como restrictiva de acuerdo al marco jurídico sobre las leyes de aborto (Figura 1).

Conocimientos, opiniones y actitudes con relación al aborto

El 45,7% respondió incorrectamente que la causal de violación está penalizada en su entidad federativa o bien, no lo sabe, y en general, solo el 8,4% de los participantes tiene un conocimiento correcto de las leyes vigentes en el estado en el cual ejerce (Cuadro 2). Dada esta pequeña proporción, esta variable no se incluye en el análisis multivariado.

El 71,1% está de acuerdo con que el aborto es aceptable bajo algunas circunstancias; mayoritariamente lo aprueban cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer (88,8%), cuando es resultado de violación (83,5%) y por malformaciones en el feto (83,5%); la circunstancia de un aborto cuando la mujer es soltera resultó apoyada solo por un 7,7%. Sobre las razones por las cuales las mujeres recurren a un aborto, las respuestas más frecuentes fueron: porque no están listas para tener hijos (26,6%), porque no tienen una relación estable con su pareja (22,2%) y porque son menores de 18 años (17,2%) (Cuadro 2). Por el contrario, según los profesionales, escasamente las

Cuadro 1. Características sociodemográficas y de la práctica asistencial de las y los participantes en el estudio (n=418). México, 2009.

Características	n	%
Sexo		
Mujeres	196	46,9
Hombres	222	53,1
Religión		
Católica	341	81,6
Otra	41	9,8
Sin religión	36	8,6
Edad		
22-34	86	20,6
35-44	144	34,4
45 y más	188	45,0
Región del país		
Norte	91	21,8
Centro	213	51,0
Sur	114	27,3
Condición profesional		
Gineco-obstetras con subespecialidad	122	29,2
Gineco-obstetras sin subespecialidad	256	61,2
Otros proveedores de servicios de salud	40	9,6
Hace cuánto tiempo terminó su entrenamiento		
Aún no terminó / hace menos de 5 años	130	31,1
Entre 5 y 10 años	63	15,1
Hace más de 10 años	225	53,8
Ámbito de su práctica clínica		
Solo público	78	18,7
Solo privado	112	26,8
Público y privado	228	54,5
Trabaja con residentes		
	307	73,4
Practica aborto con medicamentos		
	62	14,8
Practica aborto quirúrgico		
	86	20,6
Atiende complicaciones por abortos		
	191	45,7
Interesado en aprender aborto con medicamentos		
	229	54,8
Interesado en aprender aborto quirúrgico		
	148	35,4

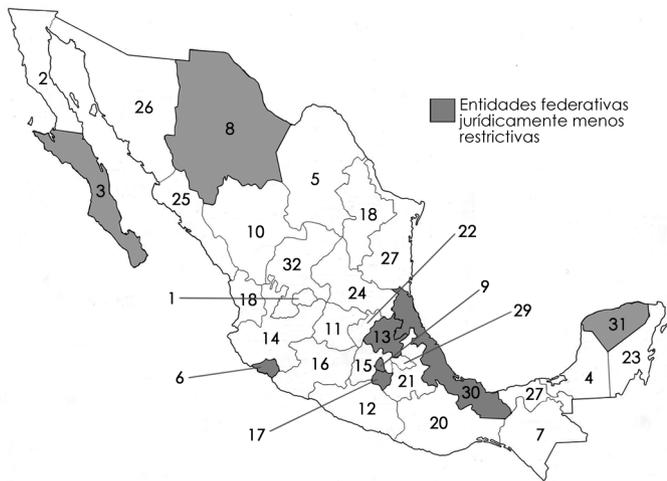
Fuente: Elaboración propia a partir de datos primarios.

mujeres lo solicitan por razones de salud (4,5%) y por violación (14,8%).

Con relación al porqué algunas mujeres prefieren un aborto quirúrgico en vez de medicamentos, el 83% opina que se debe a que esta es una técnica más rápida; el 54,3% porque creen que el aborto quirúrgico es más exitoso que el aborto con medicamentos; y el 47,9% opina que estas mujeres tienen más dinero. Por el contrario, con relación al porqué algunas mujeres prefieren

un aborto con medicamentos, el 87,3% opina que es porque es fácil obtener los medicamentos; el 72,5% porque es más barato que uno quirúrgico; el 67,9% por ser un método más privado y el 65,3% debido a la dificultad de encontrar a alguien que practique abortos quirúrgicos. Según los participantes, las mujeres que inducen su aborto con Misoprostol lo obtienen en farmacias sin receta médica (86,1%), aunque el 45,7% opina que entre las mujeres con nivel socioeconómico bajo, solamente algunas podrían seguir las indicaciones para lograr el aborto en comparación con el 13,6% que opina que todas podrían lograrlo.

En la Figura 2 se muestra la distribución del índice sobre aceptación del aborto. Se aprecia que en el cuartil 1 se ubican participantes con una menor aceptación del aborto, pues se concentra una mayor proporción que aprueba su legalización en un menor número de circunstancias o bien, solo en condiciones fuera del control de la mujer (causas clínicas). Conforme el puntaje aumenta, se acepta una mayor cantidad de causales, de tal forma que en el cuartil 4 se encuentran aquellos



1. Aguascalientes	9. Distrito Federal	17. Morelos	25. Sinaloa
2. Baja California	10. Durango	18. Nayarit	26. Sonora
3. Baja California Sur	11. Guanajuato	19. Nuevo León	27. Tabasco
4. Campeche	12. Guerrero	20. Oaxaca	28. Tamaulipas
5. Coahuila	13. Hidalgo	21. Puebla	29. Tlaxcala
6. Colima	14. Jalisco	22. Querétaro	30. Veracruz
7. Chiapas	15. México	23. Quintana Roo	31. Yucatán
8. Chihuahua	16. Michoacán	24. San Luis Potosí	32. Zacatecas

Figura 1. Distribución de los participantes de la encuesta (n=418), de acuerdo a la categorización de las entidades federativas según su legislación sobre el aborto.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: No hubo participantes del estado de Chihuahua.

Cuadro 2. Actitudes, opiniones y conocimientos de los participantes (n=418) sobre el aborto. México, 2009.

Categorías	n	%
ACTITUDES		
El aborto es		
Aceptable en la mayoría de las circunstancias	50	12,0
Aceptable en algunas circunstancias	297	71,1
Inaceptable en la mayoría de las circunstancias	57	13,6
Otro	14	3,3
El aborto debería ser legal por/cuando^a		
Violación	349	83,5
Peligro para la vida de la mujer	371	88,8
Peligro para la salud de la mujer	263	62,9
Anomalías en el feto	349	83,5
Inseminación artificial no consentida	175	41,9
Restricciones económicas	67	16,0
La mujer es soltera	32	7,7
La mujer es menor de edad	64	15,3
La mujer toma la decisión	127	30,4
El anticonceptivo falla	80	19,1
OPINIONES		
El aborto inseguro es un problema de salud en su comunidad		
	356	85,2
Con mucha frecuencia las mujeres buscan abortos por/porque^a		
No están listas para tener hijos	111	26,6
Están satisfechas con los hijos que tienen	33	7,9
Restricciones económicas	56	13,4
Razones de salud	19	4,5
Embarazo producto de violación	62	14,8
Son menores de edad (18 años)	72	17,2
No tienen relación estable con su pareja	93	22,2
Fallo del método anticonceptivo	61	14,6
Mujeres de nivel socioeconómico bajo pueden seguir las indicaciones para un aborto con medicamento		
Ninguna puede	34	8,1
Solo algunas pueden	191	45,7
La mayoría puede	125	29,9
Todas pueden	57	13,6
No lo sabe	11	2,6
CONOCIMIENTOS		
Cuál de los siguientes medicamentos es un método para abortar^a		
Misoprostol	399	95,5
Metotrexate	119	28,5
Mifepristona	126	30,1
Señala incorrectamente que el aborto por violación no es legal (o no sabe)		
	191	45,7
Conocimiento correcto de las causales despenalizadas en su entidad^b		
	35	8,4

Fuente: Elaboración propia a partir de datos primarios.

^aCada opción de respuesta medida como una variable independiente (sí y no). El total puede sumar más del 100%.

^bVariable compuesta por variables individuales de conocimiento, creada para de cada entidad federativa.

Cuadro 3. Análisis multivariado para explorar factores asociados a la práctica de abortos. México, 2009.

Aceptación del aborto	Variables dependientes									
	Práctica de aborto con medicamentos		Práctica de aborto quirúrgico		Atención de complicaciones por abortos		Interesado en aprender aborto con medicamentos		Interesado en aprender aborto quirúrgico	
	RO	IC95%	RO	IC95%	RO	IC95%	RO	IC95%	RO	IC95%
Cuartiles										
Cuartil 1 ¹	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuartil 2	1,0	(0,35; 3,00)	0,9	(0,37; 2,41)	1,1	(0,59; 2,15)	1,0	(0,57; 1,84)	0,8	(0,42; 1,60)
Cuartil 3	1,5	(0,61; 3,77)	2,4**	(1,15; 4,90)	1,8*	(0,10; 3,35)	3,0**	(1,74; 5,18)	2,0*	(1,81; 3,64)
Cuartil 4	6,6**	(2,79; 15,76)	4,3**	(1,99; 9,38)	1,8*	(0,93; 3,50)	3,8**	(2,00; 7,22)	2,0*	(1,05; 3,74)
Entidad federativa jurídicamente menos restrictiva	1,1	(0,45; 2,47)	1,9*	(0,98; 3,60)	1,9*	(0,10; 3,60)	1,2	(0,69; 2,27)	1,4	(0,75; 2,49)
Sexo										
Hombre ¹	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujer	0,7	(0,35; 1,26)	1,5	(0,85; 2,59)	2,2**	(1,39; 3,54)	1,0	(0,62; 1,48)	1,4	(0,87; 2,14)
Edad										
45 años o más ¹	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35 a 44	0,8	(0,36; 1,64)	0,6	(0,31; 1,15)	1,6*	(0,94; 2,70)	0,9	(0,50; 1,40)	0,8	(0,49; 1,36)
22 a 34	3,5**	(1,41; 8,67)	1,6	(0,74; 3,55)	1,7	(0,83; 3,52)	1,2	(0,64; 2,36)	1,7	(0,88; 3,16)
Especialidad										
Otro tipo de profesional ¹	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gineco-obstetra sin subespecialidad	1,8	(0,54; 6,30)	2,5	(0,80; 8,12)	2,5**	(1,02; 6,34)	0,9	(0,43; 1,90)	1,0	(0,46; 2,00)
Gineco-obstetra con subespecialidad	3,7*	(0,99; 13,76)	3,4*	(0,99; 11,56)	2,5*	(0,91; 6,63)	0,5	(0,24; 1,20)	5,2	(0,21; 1,14)
Ámbito en el que ejerce										
Público y privado ¹	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Solo público	0,5	(0,18; 1,25)	0,7	(0,32; 1,61)	0,3*	(0,16; 0,69)	1,2	(0,63; 2,33)	1,9	(0,99; 3,55)
Solo privado	0,8	(0,39; 1,84)	0,5*	(0,26; 1,07)	2,3*	(1,30; 4,03)	0,6**	(0,36; 0,96)	0,6	(0,37; 1,11)
Religión										
Católica ¹	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otras religiones	0,7	(0,21; 2,35)	1,8	(0,77; 4,17)	1,0	(0,45; 2,15)	0,4**	(0,21; 0,89)	0,8	(0,37; 1,65)
Sin religión	1,9	(0,78; 4,93)	1,3	(0,54; 3,14)	0,7	(0,32; 1,68)	0,8	(0,39; 1,83)	1,0	(0,44; 2,10)
El aborto inseguro es un problema de salud en su comunidad	1,0	(0,40; 2,50)	1,2	(0,59; 2,63)	1,2	(0,60; 2,34)	0,9	(0,48; 1,56)	1,2	(0,63; 2,16)
Vive en el Distrito Federal	2,0	(0,71; 5,85)	1,2	(0,50; 3,14)	0,8	(0,33; 2,16)	0,7	(0,30; 1,70)	1,1	(0,49; 2,71)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos primarios.

RO = Razón de odds. IC95% = Intervalo de confianza del 95%.

¹Valor de referencia.

*Valor p≤0,09; **valor p≤0,05

que aceptan su práctica en mayor número y variadas circunstancias.

Análisis multivariado

El análisis multivariado se muestra en el Cuadro 3. Existe una tendencia en donde a mayor aceptación del aborto, mayor posibilidad de practicarlo. En el caso del aborto quirúrgico, los participantes ubicados en el cuartil 3 tienen 2,4 veces más posibilidad de realizar este tipo de procedimientos en comparación con los ubicados en el

cuartil 1 y, a su vez, aquellos que se encuentran en el cuartil 4 tienen 4,3 veces más posibilidades. Con relación al aborto con medicamentos, los participantes del cuartil 3 tienen 1,5 veces más posibilidad de realizarlos, sin embargo esta posibilidad asciende a 6,6 en el cuartil 4 (Cuadro 3).

También una mayor aceptación del aborto se refleja en una mayor posibilidad de atender complicaciones por estos y de tener interés en aprender sobre abortos. No obstante, la diferencia por nivel de aceptación del aborto es menos evidente, pues las posibilidades de atender complicaciones o

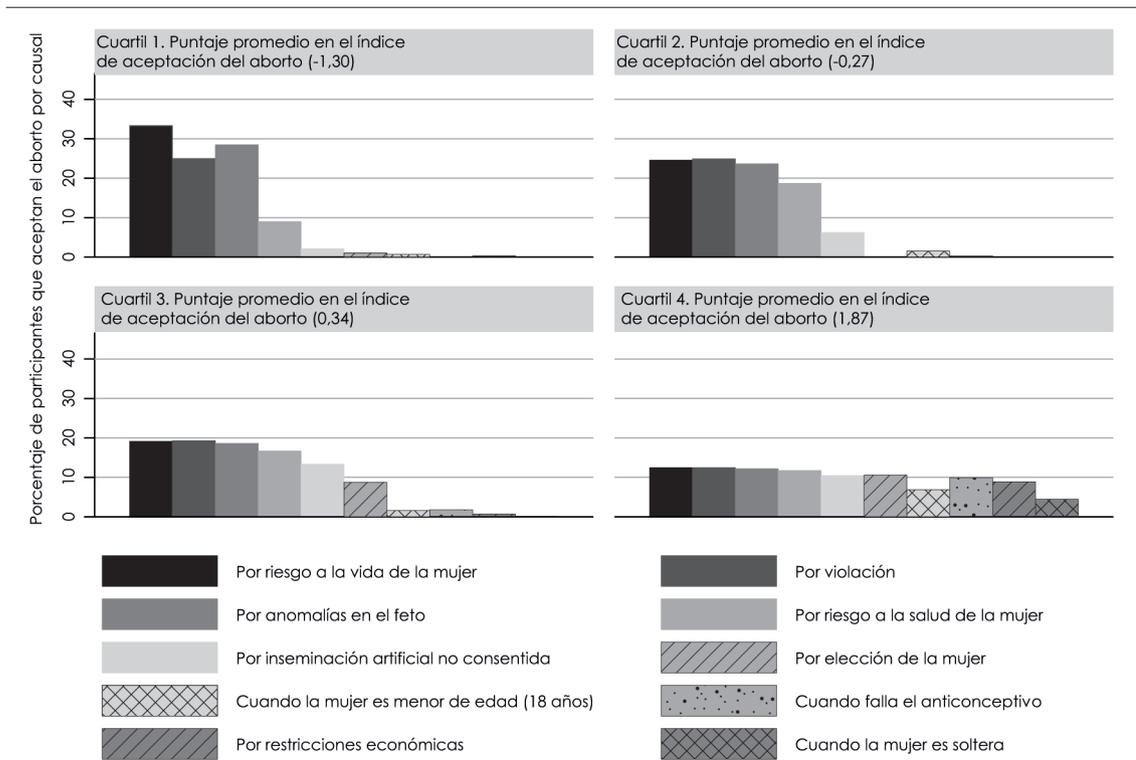


Figura 2. Aceptación del aborto bajo diversas circunstancias, de acuerdo a los cuartiles del índice de actitudes.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Índice creado por componentes principales. El puntaje inferior indica menor aceptación del aborto y el superior más aceptación del mismo.

tener interés por aprender más sobre aborto no son muy distintas entre participantes en el cuartil 3 y 4 (Cuadro 3).

Provenir de una entidad federativa más o menos restrictiva no mostró una asociación tan clara al nivel estadísticamente aceptable: entre los participantes de entidades con leyes menos restrictivas existe mayor posibilidad de practicar abortos quirúrgicos (razón de odds=1,9) y de atender complicaciones por abortos (razón de odds=1,9), así como de interesarse en aprender más sobre abortos quirúrgicos (razón de odds=1,4) y con medicamentos (razón de odds=1,2), no obstante estas dos últimas no mostraron asociación significativa ($p > 0,1$) y las primeras dos solo lo mostraron con un valor $p < 0,09$ (Cuadro 3).

No se observa asociación estadística entre el sexo del participante y las prácticas de aborto, excepto en el manejo de complicaciones de aborto en donde los hombres tienen el doble

de posibilidad de atender complicaciones que las mujeres (razón de odds=2,2). Entre ginecólogos, tener alguna subespecialidad resultó ser un factor importante para tener una mayor práctica de abortos, tanto con medicamentos como quirúrgicos, no así para la atención de complicaciones. Ejercer solamente en el ámbito privado se asocia a menor posibilidad de practicar abortos quirúrgicos y menor posibilidad de interesarse en aprender a practicar abortos con medicamentos, pero en una mayor posibilidad de atender complicaciones de abortos (Cuadro 3).

DISCUSIÓN

En este trabajo se exploran las actitudes y el conocimiento de la legislación sobre la práctica de abortos en una muestra de profesionales de la

salud en México. En particular, se buscó explorar si las actitudes y un marco legal más o menos restrictivo se asocia a la práctica de abortos con medicamentos y/o con técnicas quirúrgicas, así como en el interés en aprender más sobre cómo realizar abortos con estas técnicas.

Los resultados sugieren que una mayor aceptación hacia el aborto se asocia positivamente con su práctica, particularmente con medicamentos. Sin embargo, es de interés encontrar que las prácticas de abortos no ocurren exclusivamente entre profesionales de la salud que aceptan amplia y totalmente al aborto, sino que su práctica también se realiza entre personal de salud con un menor nivel de aceptación del aborto.

Por otro lado, la atención a pacientes que acuden con complicaciones por abortos y el interés por aprender más sobre este también se asocian positivamente a actitudes más favorables hacia el aborto, aunque no existe diferencia entre distintos niveles de aceptación del aborto. Es decir, el interés por el tema del aborto y la atención a complicaciones derivadas de estos se reporta por personal que acepta de cierta forma el aborto, sin importar cuántas y/o cuáles circunstancias aprueba. Tal vez, en este caso, otro tipo de variables influyan más que las propias actitudes.

En general, en esta muestra, el apoyo hacia el aborto se concentra en aquellas circunstancias que son ajenas a la decisión de la mujer, no así cuando las circunstancias se refieren a ejercer su autonomía en la decisión de terminar un embarazo. A pesar de esto, los diferentes grados de aceptación de la práctica de abortos hacen pensar que existe cierta sensibilización por parte de estos profesionales hacia el aborto y que aunque no lo acepten bajo todo tipo de circunstancias, pueden decidir practicarlo.

Aunque existe una proporción importante de profesionales que practican abortos con medicamentos, la mitad de las y los participantes consideran que no todas las mujeres de nivel socioeconómico bajo podrían seguir las indicaciones para lograr un aborto con esta técnica. Esto llama la atención pues un reporte reciente sobre las prácticas de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México indica que, desde abril del 2007 al año 2010, en el 72% (12.263) de los procedimientos realizados en las clínicas del Distrito Federal se utilizó el Misoprostol (23). Al parecer,

los profesionales están dispuestos a realizar el procedimiento con medicamentos; sin embargo, no creen que las mujeres con menos recursos sean capaces de realizarlos por cuenta propia.

Llama la atención el contraste que existe entre las circunstancias por las que los profesionales consideran que las mujeres recurren a un aborto y su opinión sobre cuándo este debería ser legal: opinan que las mujeres buscan interrumpir un embarazo por razones relacionadas principalmente a su autonomía, no obstante consideran que el aborto solamente debería ser legal en circunstancias ajenas a la decisión de las mujeres. Esto corresponde con resultados encontrados anteriormente en este país (17).

Pese a lo esperado, la asociación entre las prácticas de abortos y el marco legal vigente resulta menos clara. Esto no es de extrañar, si se considera que una mínima proporción de la muestra conoce correctamente la legislación que regula el aborto. Al parecer, la decisión de un profesional de practicar un aborto no depende únicamente de las leyes vigentes, sino también de otros elementos, particularmente las actitudes. De acuerdo a la evidencia de otros países en donde se documenta que una legislación restrictiva influye negativamente en la práctica de abortos (16,24), se podría suponer que un mayor conocimiento del marco jurídico respecto al aborto podría marcar una diferencia en las prácticas también en México. Se requieren de nuevos estudios para explorar este vínculo en detalle.

La falta de conocimiento sobre las leyes que regulan el aborto, en esta muestra de profesionales de la salud, representa un problema serio que debe ser considerado en toda capacitación dirigida a personal que atiende la salud de las mujeres, dado que un profesional mal informado puede derivar en la negación de un servicio de aborto legal e incluso en la negación para atender a una mujer con complicaciones por este, independientemente de sus actitudes y opiniones.

Aunque no se comprobó estadísticamente, los resultados sugieren que entre las profesionales mujeres existe mayor posibilidad de practicar abortos con medicamentos y de reportar interés por aprender sobre este, mientras que los hombres tienen más prácticas de abortos quirúrgicos e interés sobre este. Futuros estudios deben contemplar análisis estratificados por sexo para

analizar las posibles diferencias en las motivaciones para practicar abortos.

Algunas limitaciones importantes de este estudio deben señalarse. En primer lugar, la selección de la muestra por conveniencia representa la limitante más importante y por la cual no es posible extrapolar los resultados. Por otro lado, podría haber sido de mayor beneficio elegir otro tipo de criterio para definir las entidades jurídicamente *más o menos restrictivas* como, por ejemplo, una clasificación por tipo de causal. No fue posible utilizar dicho criterio debido a que el reducido tamaño de la muestra impidió obtener variación en la proporción de participantes en las diferentes categorías de tipo de causal. También el reducido tamaño de la muestra afecta la posibilidad de identificar mayor cantidad de asociaciones estadísticamente significativas entre las variables de interés. Por último, existen distintos aspectos de las actitudes que no fueron abordados; por ejemplo, qué harían ante determinadas situaciones, qué opinión tienen de las mujeres que solicitan abortos, entre otros.

En México existen trabajos previos sobre las actitudes hacia el aborto; sin embargo, han sido realizados principalmente en la población en general (25), algunos otros con estudiantes de medicina (17,26), o con muestras compuestas mayoritariamente con médicos generales y pocos participantes de diversas especialidades (13,18,27). Al reunir una muestra compuesta en su gran mayoría por médicos gineco-obstetras que además residen en distintos estados de México, este estudio aporta información valiosa sobre una población escasamente considerada en los estudios sobre aborto.

Los hallazgos son especialmente relevantes para la región de Latinoamérica, al analizar las prácticas de abortos en el contexto de la reciente implementación de una política tan controversial como el programa ILE en la Ciudad de México y la despenalización del aborto en Uruguay en 2012.

Así, y más allá de cualquier referente estadístico, es interesante hacer notar que los resultados mostrados reflejan el contexto actual en México en donde se vive una transformación sociopolítica que se cataliza, por un lado, en una gran cantidad de información que circula sobre el aborto y, por otro, en el posicionamiento del aborto en el debate político-legislativo. Los grupos a favor del aborto seguro, así como aquellos que están en su contra, han introducido el tema del aborto en distintos medios masivos y bajo distintas estrategias de comunicación.

Socializar de esta forma el tema del aborto tiene sus implicaciones, como se ha mostrado en las encuestas de opinión realizadas después de la despenalización en la Ciudad de México que señalan una tendencia hacia el apoyo de esta norma legislativa (11,12).

No obstante, igual de importante es reconocer que no ha habido una estrategia consistente por parte del sector salud para capacitar a los profesionales de la salud en cuanto a las leyes que regulan esta práctica, por lo que se puede estar generando un vacío de información que se traduce en un vago conocimiento de los cambios recientes en la legislación del aborto por parte de los profesionales. Los cambios ocurridos en esta década con relación al aborto, demandan buscar alternativas para incorporar enfoques más amplios sobre el aborto en los programas de las escuelas de medicina (28,29), a fin de integrar una visión clínica, social y legal, enmarcada en una visión de derechos (26).

En conclusión, los profesionales de la salud juegan un papel determinante para favorecer el acceso a servicios de abortos y para la atención a complicaciones derivadas de estos. Es impostergable que a la par de buscar la consolidación de leyes menos restrictivas, se logre que los profesionales de la salud conozcan dichas leyes y que estén dispuestos a recibir capacitación y entrenamiento para ofrecer estos servicios (4).

NOTAS FINALES

a. Algunas entidades federativas contemplan excepciones que, en teoría, lo permiten.

b. México se conforma por 32 entidades federativas: 31 estados y un Distrito Federal, situado en

la Ciudad de México. En este documento se utilizan por igual los términos entidades y estados.

c. Para mayores detalles acerca de la muestra, ver el artículo *Abortion practice in Mexico: a survey of health care providers*, publicado previamente (20).

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de interés por parte de las autoras del trabajo. La agencia financiadora no es responsable del contenido aquí presentado.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los profesionales que voluntariamente aceptaron responder nuestra encuesta y al Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (COMEGO) por su autorización para la realización del presente trabajo. Este artículo es producto del proyecto de investigación *The knowledge, attitudes, & practices of Mexican health care providers in relation to abortion*, financiado por la Society of Family Planning (Award No. SFP3-8).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Espinoza H. Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistentes en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002;11(3):148-149.
- Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, Shah IH. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*. 2006;368(9550):1908-1919.
- Warriner IK, Shah IH. Preventing unsafe abortion and its consequences: Priorities for research and action. New York: Guttmacher Institute; 2006.
- Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*. 2012;379(9816):625-632.
- World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality en 2008. 6th ed. Geneva: World Health Organization; 2011.
- Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet*. 2007;370(9595):1338-1345.
- Kulczycki A. Abortion in Latin America: changes in practice, growing conflict, and recent policy developments. *Studies in Family Planning*. 2011;42(3):199-220.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Decreto por el que se expide la ley de salud del Distrito Federal. *Gaceta Oficial del Distrito Federal*. 2009;(677).
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. Reformas aprobadas a las constituciones estatales que protegen la vida desde la concepción/fecundación 2008-2011 [Internet] 14 sep 2011 [citado 23 dic 2011]. Disponible en: http://www.gire.org.mx/publica2/ReformasAbortoConstitucion_Marzo14_2011.pdf.
- Juárez F, Singh S, García SG, Olavarrieta CD. Estimates of induced abortion in Mexico: what's changed between 1990 and 2006? *International Family Planning Perspective*. 2008;34(4):158-168.
- Wilson K, García S, Díaz-Olavarrieta C, Villalobos-Hernández A, Valencia J, Sanhueza P, Burks C. Public opinion on abortion in Mexico City after the landmark reform. *Studies in Family Planning*. 2011;42(3):175-182.
- Valencia Rodríguez J, Wilson KS, Díaz Olavarrieta C, García SG, Sánchez Fuentes ML. Public opinion on abortion in eight Mexican states amid opposition to legalization. *Studies in Family Planning*. 2011;42(3):191-198.
- Silva M, Billings DL, García SG, Lara D. Physicians' agreement with and willingness to provide abortion services in the case of pregnancy from rape in Mexico. *Contraception*. 2009;79(1):56-64.
- Kade K, Kumar D, Polis C, Schaffer K. Effect of nurses' attitudes on hospital-based abortion procedures in Massachusetts. *Contraception*. 2004;69(1):59-62.
- van-Dijk MG, Lara D, García SG. Opinions of decision-makers on the liberalization of abortion laws in Mexico. *Salud Pública de México*. 2007;49(6):394-400.
- Pace L, Grossman D, Chávez S, Tavera L, Lara D, Guerrero-Vásquez R. Legal abortion in Peru: knowledge, attitudes and practices among a group of physician leaders. *Gaceta Médica de México*. 2006;142(Supl 2):S91-S94.

17. González de León D, Billings DL. Attitudes Towards Abortion among Medical Trainees in Mexico City Public Hospitals. *Gender and Development*. 2001;9(2):87-94.
18. García S, Lara D, Goldman L. Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: Resultados de una encuesta nacional. *Gaceta Médica de México*. 2003;139(Supl 1):S12.
19. Contreras X, van-Dijk M, Sánchez T, Sanhueza P. Experiences and opinions of health-care professionals regarding legal abortion in Mexico City: a qualitative study. *Studies in Family Planning*. 2011;42(3):193-190.
20. Dayananda I, Walker D, Atienzo EE, Haider S. Abortion practice in Mexico: a survey of health care providers. *Contraception*. 2012;85(3):304-310.
21. Jones R. Survey data collection using Audio Computer Assisted Self-Interview. *Western Journal of Nursing Research*. 2003;25(3):349-358.
22. Kolenikov S, Ángeles G. The use of discrete data in PCA: theory, simulations, and applications to socioeconomic indices. Chapel Hill: University of North Carolina; 2004.
23. Secretaría de Salud. Agenda estadística 2010 [Internet]. México DF: Secretaría de Salud; 2010 [citado 23 dic 2012]. Disponible en: <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda2010/inicio.html>.
24. McNaughton HL, Mitchell EM, Blandon MM. Should doctors be the judges? Ambiguous policies on legal abortion in Nicaragua. *Reproductive Health Matters*. 2004;12(Suppl 24):S18-S26.
25. Fawcett G, Aldaz E, Cruz G, Barraza C. Resultados de la encuesta de opinión católica en México. México: Católicas por el derecho a decidir; 2004.
26. González de León Aguirre D, Salinas AA. Abortion and physicians in training: the opinion of medical students in Mexico City. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997;13(2):227-236.
27. Lara D, Goldman L, Firestone M. Opiniones y Respuestas: Resultados de una encuesta de opinión a médicos mexicanos sobre el aborto. México DF: Population Council; 2004.
28. González de León Aguirre D, Billings DL, Ramírez-Sánchez R. El aborto y la educación médica en México. *Salud Pública de México*. 2008;50(3):258-267.
29. Cessford TA, Norman W. Making a case for abortion curriculum reform: a knowledge-assessment survey of undergraduate medical students. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2011;33(1):38-45.

FORMA DE CITAR

García-Núñez NN, Atienzo EE, Dayananda I, Walker D. Legislación, conocimientos y actitudes de profesionales médicos en relación al aborto en México. *Salud Colectiva*. 2013;9(2):235-246.

Recibido el 5 de noviembre de 2012

Versión final presentada el 24 de marzo de 2013

Aprobado 7 de mayo de 2013