

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

# **Aborto clandestino: Factores Asociados, Impacto en la Salud Pública y Análisis de la Situación Legal**

TESIS Para optar el grado académico de DOCTOR EN MEDICINA

AUTOR

**Jose Del Carmen Sandoval Paredes**

**LIMA – PERU 2005**

## INDICE

<b>1 RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>2 INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
2.1 Marco teórico	6
2.1.1 Objetivos	19
<b>3 MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>20</b>
<b>4 RESULTADOS</b>	
<b>4.1 Situación actual y factores que contribuyen</b>	<b>23</b>
<b>4.2 Impacto del aborto en la Salud Pública</b>	
4.2.1 Mortalidad materna por aborto	30
4.2.2 Infertilidad como consecuencia del aborto inducido	39
<b>4.3 Percepción y análisis de la situación legal del aborto</b>	
4.3.1 Denuncias por aborto del Ministerio Publico	44
4.3.2 Opinión de pacientes involucradas en aborto	47
4.3.3 Opinión de médicos ginecólogos	49
4.3.4 Opinión de sacerdotes	54
<b>5 DISCUSIÓN</b>	<b>59</b>
<b>6 CONCLUSIONES</b>	<b>66</b>
<b>7 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>67</b>
<b>8 ANEXOS</b>	<b>71</b>

Asesor:  
V́ctor Eduardo Bazul Nicho

## DEDICATORIAS

A Consuelo mi madre,  
por su comprensión y ánimo  
en el esfuerzo de conseguir  
los objetivos

A Paty mi esposa,  
por su constante apoyo  
en la ejecución  
de la investigación

A Cindy mi hija,  
ese pequeño motor  
que impulsa mi vida

## AGRADECIMIENTOS

A mi asesor  
Dr. Victor Bazul Nicho  
por su tiempo y  
abnegado esfuerzo.

Al Dr. Pedro Ortiz Cabanillas  
por su relevante contribución  
en perfeccionar la tesis.

## **JURADO EXAMINADOR**

DR. ALEJANDRO GABRIEL BARREDA GALLEGOS

DR. PEDRO ORTIZ CABANILLAS

DR. CARLOS BUSTÍOS ROMANÍ

DR. JOSÉ PACHECO ROMERO

DR. VICTOR EDUARDO BAZUL NI CHO

# 1 RESUMEN

El 13% de todas las muertes maternas en el mundo son por aborto. Por cada mujer que muere por aborto hay 10 ó 15 que quedan con secuelas. La clandestinidad le da al aborto características de inseguridad, explotación y deshumanización y sobre todo arroja a las mujeres mas pobres a practicarlo en condiciones insalubres que pone en riesgo su integridad física. El propósito del presente estudio es analizar los factores que contribuyen al aborto clandestino, determinar el impacto que causa su práctica en la salud pública, y analizar la situación legal en el Perú a partir de la opinión de agentes involucrados.

## MATERIAL Y METODOS

Es un estudio prospectivo, transversal, observacional, y explicativo, realizado desde enero del 2004 a Junio del 2005. en los hospitales “Sergio E Bernales” y “A Loayza”, en consultorios particulares, en un Seminario católico y parroquias de Lima y en las oficinas del Ministerio Público.

## RESULTADOS

En el hospital “Sergio E Bernales” el número de abortos incompletos se ha incrementado pero han disminuido los abortos infectados en los últimos 14 años. Actualmente los provocados son el 34% del total de incompletos, el número excesivo de hijos es el principal motivo. Uno de cada 2 han sido provocados con misoprostol, principalmente facilitado por el vendedor de farmacia.

El MINSA tiene un subregistro de muertes maternas del 45%, el análisis de 526 fichas de notificación de muerte materna, muestra al aborto como causa en un 8.36%, cifra mayor en 2.2% que las cifras oficiales. Una de cada 6 mujeres que mueren por aborto son adolescentes. Las tasas mas elevadas de muerte materna por aborto se concentran en la selva y sierra centrales.

En el Hospital Loayza, en más de la mitad de las pacientes que se atienden por infertilidad, se atribuye el problema al factor tubario; el 31% tiene el antecedente

de uno o más abortos provocados. El 94% de estas pacientes atribuyen al aborto la causa de infertilidad y muestran gran arrepentimiento y sentimiento de culpa. En el país se realizan unos 410 mil abortos al año, y en Lima la fiscalía realiza sólo una denuncia por cada 1093 abortos clandestinos ocurridos.

Un 74% de las pacientes que se practicaron un aborto, opinan que debe ampliarse la despenalización más allá del riesgo para la madre. Este porcentaje en la opinión de ginecólogos es de 65%. Como es de esperarse, solamente el 4.4% de sacerdotes está de acuerdo con la despenalización, con la única excepción que ya existe actualmente, es decir, cuando peligra la vida de la madre.

## CONCLUSIONES

En los últimos años los abortos provocados se han incrementado aunque han disminuido los infectados, probablemente por el uso de misoprostol. El impacto del aborto en la salud pública se manifiesta en las muertes maternas por aborto que, según nuestra investigación, resulta ser en un mayor porcentaje que las cifras oficiales y en una mayor morbilidad, sobre todo problemas de infertilidad por causa de obstrucción tubaria. El Perú es uno de los países latinoamericanos donde se practica el mayor número de abortos. Sólo un reducido número de abortos clandestinos es denunciado. Agentes comprometidos en el tema, como pacientes y médicos ginecólogos, opinan que la legislación debería ser modificada y que el aborto debe permitirse bajo circunstancias específicas.

**PALABRAS CLAVE:** Aborto inducido, Aborto provocado, Aborto clandestino, Muerte materna por aborto,



## 2 INTRODUCCIÓN

La muerte materna es la máxima expresión de injusticia social. Es en los países de menor desarrollo económico donde existen las cifras más altas de muertes maternas y son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir durante el embarazo, el parto o el puerperio.

La OMS estima que el 13% de las 600,000 muertes, que se producen en relación con el embarazo a nivel mundial, resulta de abortos inseguros. En América Latina, el 21% de las muertes maternas se atribuye a este tipo de aborto. Sin embargo, a pesar del peligro que representa para la salud de la mujer, el aborto inseguro sigue siendo un recurso utilizado por millones de mujeres en todo el mundo para terminar con embarazos no deseados<sup>1</sup>.

En el mundo ocurren aproximadamente 26 millones de abortos legales y 20 millones de ilegales, y suceden unas 78,000 muertes por aborto. La tasa de aborto en el mundo es de 13 por mil mujeres en edad fértil (MEF); en América Latina es de 37 y en el Perú es de 55 por mil MEF<sup>2</sup>.

En el Perú se produce aproximadamente un millón de embarazos al año, de los cuales un tercio termina en aborto clandestino<sup>3</sup>; De los 630 mil nacimientos que ocurren, se considera que la mitad son resultado de un embarazo no deseado. Esta condición obliga a estas mujeres a llevar la gestación con desdén, sin enfatizar en los cuidados que su estado amerita, contribuyendo de esta manera a una mayor morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

El aborto ocupa el cuarto lugar como causa de muerte materna (7%), según el Ministerio de Salud; sin embargo, algunos estudios sostienen que dentro de las muertes por hemorragias e infecciones se encuentran subregistradas muchas muertes por aborto. En consecuencia, si existiera un buen registro de las muertes maternas, el aborto ocuparía posiblemente el segundo o tercer lugar.

A principios del año 1997, se realizó en Brasil un simposio referente al aborto como responsabilidad del gineco obstetra. En dicho encuentro se concluyó en que el Perú es el país latinoamericano con el mayor número de casos, seguido de Brasil y Argentina. Esta información confirma que el aborto en nuestro país es un problema de Salud Pública (problema de gravedad en mujeres pobres), que al tener prohibida su práctica en la legislación actual, se realiza en condiciones de grave riesgo para la salud y la vida de la mujer.

Por cada mujer que muere por aborto hay 10 ó 15 mujeres que quedan incapacitadas para procrear o sufren de procesos crónicos dolorosos<sup>4</sup>. Las repercusiones del aborto en la salud de la mujer, cuando no es la muerte, pueden ser de tipo inmediato, como hemorragias, lesiones traumáticas, infecciones; o de tipo crónico como enfermedad inflamatoria pélvica, obstrucción tubaria, embarazo ectópico, adherencias en la cavidad uterina y menopausia quirúrgica.

Igualmente se refieren repercusiones psicológicas relacionadas con los sentimientos de culpabilidad, frustración de la maternidad y disminución de la autoestima<sup>5</sup>. Algunos consideran irrelevantes estas repercusiones psicológicas, frente a la enorme consecuencia de llevar y terminar un embarazo no deseado. En JAMA se comenta que esta afección es más un mito que una realidad<sup>6</sup>.

Hay referencias que indican una alta tasa de complicaciones por aborto entre las mujeres de las zonas urbano-marginales, que por temor a las consecuencias legales y personales no llegan al hospital a solicitar tratamiento para las complicaciones. Algunos, como Yáñez<sup>7</sup>, estiman que a los hospitales de Lima llega sólo un tercio de los abortos realizados en la ciudad. Otros como Gutmacher refieren que es la quinta parte. Se ha ideado un factor multiplicador muy interesante: Se multiplica por 3, 5 o 7 el número de abortos hospitalizados, de acuerdo a las condiciones médicas en que se realizan los abortos clandestinos en aquella localidad, será por 3 si la existencia de comadronas abortadoras es grande, o por 7 si son escasas<sup>7,8,9</sup>. Esta metodología ha sido utilizada en los estudios de Ferrando quien indica que del 2000 al 2004 se han realizado un promedio de 410 mil abortos clandestinos por año<sup>3</sup>.

Los motivos por los cuales una mujer decide someterse al aborto es diferente según la situación socio económica, en mujeres de posición acomodada y con nivel educativo superior los motivos pueden ser de realización personal como estudiar, trabajar, autonomía personal, autosatisfacción antes de asumir la maternidad. En cambio en la mujer menos instruida y pobre basan la decisión de abortar en las dificultades económicas o en el fracaso o la incertidumbre de su relación con la pareja<sup>10</sup>.

En los últimos 10 años el uso del misoprostol (Cytotec) en la práctica del aborto clandestino se ha difundido extensamente en todo Latinoamérica y especialmente en nuestro país. En Brasil y en menor medida Colombia y República Dominicana la administración vaginal u oral de misoprostol se ha desarrollado desde 1990<sup>9</sup>. El fármaco aprobado inicialmente para el tratamiento de las úlceras pépticas, es un análogo de la prostaglandina E1 que produce contracciones en el útero gestante con la consiguiente hemorragia y expulsión parcial o completa del contenido uterino. El amplio uso de este fármaco para provocar el aborto ha facilitado el procedimiento y, conjuntamente con la Aspiración manual endoutrina (AMEU), han logrado disminuir la tasa de abortos infectados.

La práctica clandestina del aborto tiene connotación mundial que es necesario analizar. En 1995, se realizaron aproximadamente 26 millones de abortos legales y 20 millones de abortos ilegales en todo el mundo, lo cual resulta en una tasa mundial de 35 abortos por cada 1.000 mujeres de 15-44 años. Entre las subregiones del mundo, Europa Oriental presentó la tasa más elevada (90 por 1.000) y Europa Occidental la más baja (11 por 1.000). Entre los países donde el aborto es legal y no restringido, la tasa más elevada, 83 por 1.000, se registró en Viet Nam, y la más baja, 7 por 1.000, en Bélgica y los Países Bajos. En general, las tasas de aborto en los países que restringen el procedimiento por ley (y donde muchos abortos se realizan en condiciones inseguras) no son más bajas que las tasas que predominan en los países que permiten el aborto<sup>2</sup>.

El aborto legal se realiza en el 74% de la población mundial y comprende a 117 países. Se pueden dividir en tres situaciones: En casos seleccionados sucede en 53 países (12%), 14 países donde el aborto es liberal fundamentando las causas (20%) y 50 países donde el aborto es absolutamente liberal (42%). El aborto ilegal se realiza en el restante 26% de la población que comprenden 74 países<sup>11</sup>. En América Latina el aborto es ilegal a excepción de Cuba y Guyana<sup>2</sup>.

Últimamente el pleno del Parlamento Europeo aprobó en Estrasburgo, en Julio del 2002, un informe a favor de la legalización del aborto en todos los países de la Unión Europea. El Informe señala que el aborto no debe ser fomentado como un método de planificación familiar, pero recomienda su legalización para proteger la salud reproductiva y los derechos de las mujeres<sup>12</sup>.

En nuestro país, también se da el dogmatismo y apasionamiento de posiciones contrarias con respecto al tratamiento del aborto, frente a ello la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, en eventos realizados periódicamente para tratar el tema del aborto, impulsa la realización de estudios e investigaciones, no solo de tipo biomédico, sino también de sus determinantes sociales y económicos para poder proponer acciones concretas que contribuyan a disminuir las tasas de morbimortalidad materna<sup>5</sup>.

## **MARCO TEORICO**

El problema del aborto provocado es tratado fundamentalmente desde el punto de vista médico, pero hay un enfoque social que suele soslayarse intencionalmente, salvo excepciones el tema es tratado con timidez o es tratado como un tema delicado, difícil, espinoso, embarazoso, que obliga a estos profesionales a una salida mas fácil que es la de ignorar el problema. Para otros será la doble moral y el sentimiento de culpa lo que les impide reflexionar sobre las causas y consecuencias del aborto inseguro. El análisis de los aspectos sociales que rodean al aborto es muy importante para

comprender integralmente y tomar una actitud profesional y ética respecto a la mujer que aborta o desea abortar.

Los factores que rodean al embarazo no deseado le dan al aborto clandestino las características de inseguridad, explotación y deshumanización por una parte, y por otra la condena total de las autoridades eclesiásticas y de población laica que bajo fuertes argumentos consideran al aborto como un crimen<sup>13</sup>.

En el mundo existen dos corrientes de opinión contrapuestas que se identifican internacionalmente con los nombres de “pro life” y “pro choice”. En un extremo están quienes creen que el embrión o el feto tienen prioridad absoluta sobre las decisiones personales de la mujer y parecen ignorar por completo los derechos de ésta. El extremo opuesto privilegia resueltamente los derechos de la mujer a decidir por sí misma, ya sea la continuación o la interrupción del embarazo, y parece hacer caso omiso de cualquier valor posible del embrión o el feto<sup>14</sup>. En el Perú, la repercusión de estas corrientes es enorme, si consideramos el gran problema de salud pública que significa el aborto. Hay amplia bibliografía en ambas orillas que me voy a permitir resumirlas por separado. En esta investigación se contrastarán los argumentos de mayor fuerza que cada tendencia esgrime, se contrastarán con los resultados de las diferentes exploraciones que en esta investigación hacemos y obtendremos conclusiones relevantes sobre el problema, siempre centrado en nuestra realidad.

## OPINION 1 (PRO ELECCIÓN)

Es la corriente que defiende preferentemente la libertad de la mujer para decidir respecto al embarazo no deseado, justifica con argumentos básicamente pragmáticos la decisión de estas mujeres para someterse a un aborto, y lucha en diversos ámbitos para que el aborto sea despenalizado. Los siguientes son los argumentos fundamentales<sup>13,15,16</sup>:

### Motivos por la cual sucede los embarazos no deseados

- ◆ Relaciones sexuales sin protección anticonceptiva
- ◆ Falla de los métodos anticonceptivos
- ◆ Presión familiar para tener un hijo
- ◆ Violencia sexual

### Motivos por los que se rechaza el embarazo

- ◆ Provoca interrupción de los estudios
- ◆ Miedo a perder la pareja si continua el embarazo
- ◆ Rechazo de la familia
- ◆ Temor al escándalo social
- ◆ Rechazo laboral
- ◆ Exige cambio de proyecto de vida.
- ◆ Infidelidad real o aparente de la pareja
- ◆ Fragilidad de la relación con la pareja
- ◆ Ya tiene el número de hijos que desea
- ◆ Recursos económicos insuficientes

### Alternativas de la mujer con un embarazo no deseado

- ◆ Continuar el embarazo y dar a luz un hijo no deseado
- ◆ Dar a su hijo en adopción
- ◆ Abandonar su hogar
- ◆ Suicidarse
- ◆ Abortar

Del embarazo no deseado al aborto : Es muy doloroso el camino que tiene que recorrer la mujer que decide abortar en un país como el nuestro, donde el aborto es penalizado y estigmatizado, puede durar días o semanas y lo recuerdan siempre con mucha amargura. Se resumen en lo siguiente:

- ◆ La soledad, la ambivalencia, el temor al dolor y la humillación
- ◆ El conflicto religioso
- ◆ El temor a ser encarcelada
- ◆ La humillación de la primera consulta
- ◆ La responsabilidad moral de la mujer
- ◆ El aborto como último recurso
- ◆ Intentos fallidos de aborto no quirúrgico
- ◆ Búsqueda del servicio de buena calidad y costo accesible
- ◆ Búsqueda del dinero requerido por encima de su capacidad

El aborto ilegal : Hay factores asociados al aborto clandestino que ocasionan mucho sufrimiento en la mujer, estos factores son:

- ◆ La clandestinidad, la humillación, el dolor y el sufrimiento
- ◆ La enfermedad propiamente
- ◆ El abuso sexual como parte de pago
- ◆ El alto riesgo y la muerte.

Hay otros aspectos que están íntimamente relacionados con el origen y las consecuencias del aborto clandestino; por ejemplo, el impacto psicológico, que resulta muy importante, a pesar de que algunas organizaciones científicas de los Estados Unidos lo consideran inocuo cuando se realizan en condiciones de seguridad.

El futuro del hijo no deseado muchas veces es sombrío, muchos estudios han demostrado la violencia que se ejerce contra los hijos cuando estos han venido involuntariamente, inclusive se ven casos de infanticidio encubierto. En Europa del Este se ha realizado un seguimiento por mas de 20 años de un grupo numerosos de niños cuyas madres quisieron abortarlos, pero que por impedimentos legales diversos no se realizaron, así se demostró la nefasta

influencia que sobre el futuro de esos jóvenes tuvo el embarazo y el nacimiento, como seres no deseados<sup>17</sup>.

En otro estudio realizado en Finlandia, en 120 niños producto de embarazos no deseados, cuando el aborto era ilegal en estos lugares, los autores encontraron una importante correlación entre embarazo no deseado y pobre desempeño escolar y universitario<sup>18</sup>.

Hay aspectos culturales de mucha influencia que se manifiestan por ejemplo en el machismo del hombre que se impone para embarazar a la mujer en contra de su voluntad y que luego se opone violentamente a la interrupción de este embarazo, que él se niega a apoyar.

Algunos creen, que la despenalización del aborto puede traer consigo el aumento del número de abortos, se ha demostrado que esto no es así. En Holanda y Canadá, donde está permitido el aborto, la tasa de aborto es de 5 y 12 abortos por cada 1000 MEF<sup>19</sup>, cifras insignificantes frente a las encontradas en países donde es ilegal.

Los costos económicos para la mujer que se realiza un aborto inseguro es considerable si consideramos que no solo hay que pagar por el servicio que en su condición de clandestinidad resulta elevado, sino también por los gastos que ocurren en la búsqueda angustiada del servicio y la hospitalización a veces prolongada por las complicaciones de estas prácticas inseguras; de la misma manera, la pérdida de días laborales y el alejamiento obligado de su hogar que implica el abandono temporal de los hijos.

En 1993 se realizó en el Perú un estudio que estimó en 240 mil las horas de trabajo perdidas y 18 millones de dólares perdidos como consecuencia del aborto inseguro<sup>20</sup>.

Uno de los factores responsables de la elevada morbimortalidad asociada al aborto se considera a la legislación que lo penaliza, esta obliga a las mujeres a someterse a prácticas abortivas en manos inexpertas. Las autoridades pueden



jugar un papel nefasto si utilizan la prohibición como un mecanismo de extorsión contra las mujeres que lo realizan y contra los practicantes de abortos. La represión indiscriminada al aborto en el Perú, lejos de disuadir a las mujeres que por distintas causas deciden realizarlo, las obliga a efectuarlo en forma clandestina, por lo tanto, las leyes represivas resultan simbólicas<sup>21</sup>.

Sabemos que el aborto seguro existe en los países desarrollados, donde está despenalizado; sin embargo, donde es perseguido solo existe la seguridad para las mujeres que tienen los medios económicos para asistir a clínicas seguras. Las mujeres pobres asistirán a un aborto inseguro, con mayor riesgo de ser hospitalizadas por complicaciones, maltratadas y estigmatizadas por el personal de salud y finalmente ser víctimas de persecución y extorsión policial<sup>4</sup>.

Con el aborto se ha montado en nuestro medio una verdadera industria. La proliferación de médicos, obstetras, enfermeras, empíricas, que actúan al margen de la ley es una realidad, ilícitamente se enriquecen lucrando con dicha práctica y con las necesidades de las mujeres. Es inocultable el beneficio que obtienen malos jueces y elementos de la policía para dejar en libertad a tantas personas descubiertas e involucradas en la práctica del aborto<sup>22</sup>.

Si el Estado no considera al aborto como un asunto privado de la mujer, y solo por el interés en la conservación de la vida se inmiscuye en la decisión, también debería ser de su interés velar por que el niño pueda vivir en condiciones humanamente dignas y que el peso de su manutención no caiga exclusivamente en los, a veces, imposibilitados hombros de sus padres<sup>13</sup>.

Un embriólogo norteamericano católico Clifford Groberstein<sup>23</sup> dice: “Las posiciones que defienden el derecho a la vida son respetables, pero fallan cuando a partir de esa afirmación general pasan a concluir que la vida embrionaria o fetal merece la misma protección o respeto que la vida humana después del nacimiento”.

El aborto tiene mucha relación con el sistema político imperante, por ejemplo en Cuba el gobierno socialista determinó que el aborto solo será castigado cuando se practique contra la voluntad de la mujer, con ánimo de lucro o por personal no capacitado y en lugares no provistos con los equipos y facilidades que aseguren su salud y su vida.

En Colombia en los últimos 20 años, durante Gobiernos democráticos (muchos de ellos supuestamente liberales) el poder legislativo ha recibido cinco proyectos de despenalización o legalización del aborto, pero ninguno de ellos, por presiones políticas y religiosas, ha llegado a ser discutido en sesiones plenarias de los organismos legislativos<sup>20</sup>.

En Polonia, con el ascenso al poder del partido Solidaridad fuertemente apoyado por la Iglesia Católica, el aborto fue penalizado, y como resultado la morbilidad y mortalidad asociada se incrementaron. Años más tarde, cambió el gobierno y el aborto nuevamente fue despenalizado.

En algunos países desarrollados como Canadá, Inglaterra y Estados Unidos, a pesar de los servicios anticonceptivos ampliamente disponibles, el aborto sigue teniendo gran importancia en la regulación de la fecundidad, pero no resulta una experiencia peligrosa, así en Estados Unidos en 1985 sólo ocurrieron 0.4 muertes por cada 100 mil abortos<sup>9</sup>.

El tratamiento del aborto ha jugado un papel importante en la política norteamericana, los partidos demócrata y republicano han presentado al aborto como bandera de sus respectivas plataformas políticas, algunas veces con resultados electorales desastrosos para los demócratas que siempre han apoyado el derecho de la mujer a decidir, y otras veces con efecto igualmente negativo para los republicanos que, en franca solidaridad con la iglesia católica, se han opuesto radicalmente a la despenalización.

Se cuestiona la posición de la religión con la moral, pues la religión no es una condición necesaria para la existencia de la moral. Un hombre puede tener

principios morales y carecer de principios religiosos, sería absurdo considerar inmorales a todos los ateos<sup>16</sup>.

Hay una Organización “Católicos por el derecho a Decidir”, en sus escritos de Conciencia Latinoamericana manifiestan que 70% de católicos mexicanos creen que se puede ser “buen cristiano” y estar en desacuerdo con la iglesia en materia de anticoncepción y aborto. Reconocen que la abstinencia periódica es el único método de control natal permitido por el Vaticano pero no tiene mucha aceptación. Afirman que en Polonia el 66% de Católicos opinan que el aborto debe ser legal en su país<sup>24</sup>.

## OPINION II (PRO VIDA)

Esta corriente de opinión la defienden preferentemente el clero, son llamados antiabortistas y llaman abortistas a los que esgrimen la idea de liberalizar el aborto, lo consideran como un crimen y aducen razones de tipo moral, natural, psicológico, religioso y legal.

Afirman que no está en discusión que la vida humana comienza en el momento de la fecundación. La investigación lo ha demostrado ampliamente con la fertilización in vitro, los vientres de alquiler y los adelantos en la neonatología para salvar a niños de muy bajo peso.

El derecho a la vida es la Ley Natural y es reafirmada por la Constitución de la República y la Carta fundamental de las Naciones Unidas. El hecho de que el 60% de la humanidad acepte legalmente el aborto no justifica el crimen.

Este grupo pro vida hace mención de estudios realizados en Toronto Canadá, refieren que de cada tres abortos en jovencitas una trae complicaciones que puede ocasionarle problemas de infertilidad posteriormente. Refieren que en el Cincinatti Hospital demostraron que hay 1.84 muertes por cada 10 mil alumbramientos, mientras en Maryland mueren 7.7 madres por 10 mil abortos, por lo tanto los abortos son tres veces mas peligrosos que el parto. Mas de

una tercera parte de las madres que abortan, tienen posteriormente problemas psicológicos<sup>25</sup>.

En el caso de violación y de incesto no solo hay que fijarse en el dolor de la mujer y en las secuelas de su familia, sino también en el derecho del nuevo ser que hay en sus entrañas.

Por el simple hecho de que un feto entrañe graves riesgos de venir al mundo en condiciones no deseadas, no se puede justificar su muerte antes de nacer ¿Quién nos ha dicho que los subnormales no tienen derecho a vivir? ¿Podrían los padres deshacerse de los hijos drogadictos, alcohólicos, homosexuales?. Científicamente se puede predecir, más o menos, cuando un feto presenta anomalías, pero esa misma seguridad se debe tener a la hora de pensar en que por medio de la ciencia se puede remediar esas anomalías<sup>25,26</sup>.

En los países donde se ha legalizado el aborto, no han disminuido los clandestinos, ni los problemas políticos, sociales y económicos que los sacuden, al contrario, se agregan problemas derivados del no compromiso, del desprecio a la vida, de la desnaturalización del hombre.

El aborto deja siempre en la mujer y en la pareja una serie de traumas psicológicos que no son fáciles de remediar. Y el caso de la mujer que no siente nada, la estaría convirtiéndola simplemente en un objeto.

La misión del estado y la sociedad es defender el derecho de cada individuo, y ante problemas graves que desbordan las responsabilidades personales y familiares, hay que buscar soluciones justas que promuevan el bienestar personal y comunitario de todos, incluidos los más débiles e indefensos.

Si se puede atentar contra la vida del feto, que es un ser humano como cualquiera de los ya nacidos, también se podrá atentar contra la vida de cualquier persona adulta, cuando ya no se ajusta a las normas sociales o cuando sea para la sociedad una carga. Una vez abierta la puerta de la muerte provocada ya no se la puede cerrar<sup>25</sup>.

El aborto es una solución fácil y pragmática a un problema grave y complejo. La solución radical es mas difícil, por que supone un largo proceso de maduración y aprendizaje; pero hay que afrontarla si no se quiere reducir la conciencia y la dignidad humana a un objeto manipulable.

Frente a los problemas de morbi-mortalidad de la mujer por aborto, así como los problemas demográficos y otros, la sociedad no los puede afrontar con correctivos deshonestos. La sexualidad se ha convertido en un simple objeto de consumo, y lo que se consume se tiene, se aprovecha y se abandona. Frente al objeto que se consume, no se afrontan responsabilidades. Esto tiende a desvalorizar lo que viene detrás de él y a desligar los actores de sus consecuencias en todos los ámbitos. Y, en concreto, tiende a desvalorizar la vida misma de un nuevo ser y a través de ella, la vida que es de otro.

Según esta asunción consumista de la sexualidad, la justificación del aborto es una consecuencia lógica, una necesidad perentoria. Pero no llegará a ser justa, por el hecho de buscar una vida mejor para los que lleguen a nacer y para los que ya viven.

### LA POSICION DE LA IGLESIA

La posición de la iglesia respecto a este tema, ha sido invariable, cuando se presenta en los países algún atisbo de legalizar el aborto, a pesar de que en la Biblia no existe mención explícita sobre el aborto, su condena es frontal. Los pastores se dirigen a los feligreses para recordarles la grave responsabilidad moral y cívica de defender el derecho a la vida desde sus comienzos. Atentar contra la vida humana, incluso embrionaria, es despreciar uno de los valores esenciales de nuestra civilización (Pablo VI). En el Vaticano II se condena el aborto como un crimen abominable que envilece la dignidad humana y degrada la civilización. Construir una humanidad sobre las ruinas mortales de seres inocente e indefensos es un retroceso en el avance de la historia, una vuelta a la barbarie<sup>25,27,28</sup>.

Juan Pablo II en 1981 al respecto señala: “La iglesia se opone precisamente al aborto, en la medida en que trunca y cercena un proceso que desembocaría en la vida humana plena, porque ya contiene un germen esa misma vida humana”

La iglesia tiene dos mil años de lucha a favor de la vida y no dos mil años en contra del aborto, por lo tanto no es obsesión de la iglesia ser antiabortista, antidivorcista, etc. Es mandato de la iglesia que nadie puede disponer de la vida, ni de la propia ni de la ajena, hacerlo es ir contra el mandato de Dios y violar un derecho fundamental y primordial del hombre.

El momento exacto en que el alma creada por Dios anima el germen humano es el momento de la concepción. Desde entonces hay un hombre en proceso continuo de formación, que tiene derecho inviolable de llegar a la plenitud de la vida. El crimen de exterminar la vida de un ser humano antes de nacer no es menor moralmente que el asesinato de un adulto.

Los abortistas quieren imponer una nueva religión; el humanismo secular: un humanismo (¿?) sin trascendencia, en el que la moralidad de un acto se mide por las ventajas del momento. A esto se llama utilitarismo<sup>29</sup>.

Algunos facultativos han expresado que en países donde el aborto es completamente legal, un doctor puede verse obligado a llevar a cabo una cantidad enorme de operaciones en mujeres sanas a lo largo de un solo día; puede suceder que el médico quede abatido de tal forma, que acabe necesitando ayuda psiquiátrica. Parece ser que para estos abortos se necesita una constitución especial, como de un robot, que no lo poseen todos los doctores<sup>25</sup>.

## MORAL Y ABORTO TERAPÉUTICO

Considerando el aborto terapéutico como el que se puede realizar para salvar la vida de la madre, según la moral católica no se puede nunca eliminar directamente una vida, incluso para salvar otra vida, por que ningún fin justifica el homicidio de una persona inocente. El aborto directo aunque sea terapéutico, no es moralmente lícito.

Respecto al aborto eugenésico, es decir el de los malformados, la iglesia dice: "En el caso de constatar malformaciones ciertas en el hijo que puede sobrevivir, no existe justificación para provocarle la muerte, también los minusválidos tienen derecho a la vida"<sup>21</sup>.

El debate queda así constreñido a un asunto muy controversial, difícil de resolver.

## LEGISLACION PERUANA SOBRE ABORTO

En 1989 varias organizaciones feministas se unieron para exigir legalizar el aborto. En el Perú en junio y julio de 1990 se empezó a discutir la inclusión del aborto terapéutico en el proyecto del Código Penal, finalmente los expertos que concluyeron el Proyecto presentaron la propuesta que despenalizaba el aborto en casos de violación, la propuesta estaba contenida en el artículo 120. Esta posición fue duramente criticada por la Iglesia Católica cuando estaba por aprobarse el nuevo Código Penal. En Julio de 1990 la polémica se hizo mas fuerte a tal punto que el gobierno saliente no promulgó la ley, por considerar que muy pocos la conocían.

Hubieron manifestaciones de apoyo y rechazo a esta negativa de promulgar la ley, mujeres violadas protestaban en un medio escrito<sup>4</sup>, cartas públicas en apoyo a la decisión eran firmadas por ginecólogos, obstetras y ex ministros de justicia, representantes de la Iglesia Católica agradecieron personalmente al presidente de entonces.

En abril de 1991 se aprueba el nuevo Código Penal, en el título I de los delitos contra la vida, el cuerpo y la salud se registra al aborto sin considerar la despenalización en casos de violación.

El Código Penal establece sanciones contra las mujeres que se practican el aborto y contra las personas que lo realizan. Los artículos del 114 al 120 dicen lo siguiente<sup>12</sup>:

Art. 114 : La mujer que causa su aborto o consiente que otro le practique un aborto será reprimida con pena privativa de libertad no mayor de dos años.

Art. 115.- El que causa el aborto con el consentimiento de la gestante será reprimido con pena privativa de la libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años. Si sobreviene la muerte de la mujer la pena no será menor de dos ni mayor de cinco años.

Art. 116: El que hace abortar a una muchacha sin su consentimiento será reprimido con pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de cinco años. Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado la pena será no menor de cinco ni mayor de 10 años.

Art. 117: El médico, obstetra, farmacéutico o cualquier profesional sanitario que abusa de su ciencia para causar el aborto será reprimido según las sanciones previstas e inhabilitado.

Art. 119: No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal cuando es el único medio de salvar la vida de la gestante.

Art. 120.- El aborto es reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres meses cuando el embarazo sea consecuencia de una violación sexual fuera de matrimonio y siempre que los hechos hubieran sido investigados. También cuando es probable que el ser en formación conlleve al nacimiento taras físicas o psíquicas.

La Constitución del Perú del año 1993 ratifica la prohibición del aborto. En el Artículo 2 inciso 1 cuando señala: "El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece"



La Ley General de Salud (N° 26842) establece en su artículo 30°, la obligación de que los establecimientos de salud y los médicos tratantes, informen a la autoridad policial sobre los casos en los que exista sospecha de aborto provocado.

## **OBJETIVOS**

### **◆ Objetivo General**

Analizar los factores que contribuyen al aborto clandestino, determinar su impacto en la salud pública, y analizar la situación legal en el Perú a partir de la opinión de agentes involucrados acerca del aborto.

### **❖ Objetivos Específicos**

- Obj. Esp. 1: Análisis de factores asociados del aborto clandestino:
  - Determinar los factores que involucran la decisión de interrumpir el embarazo
- Obj. Esp. 2: Determinar el impacto del aborto en la Salud Pública
  - Precisar el número de muertes maternas ocurridas en el país por causa del aborto en los últimos años.
  - Establecer en que medida la infertilidad es una consecuencia del aborto clandestino.
- Obj. Esp. 3: Analizar la situación legal del aborto clandestino a partir de los agentes involucrados
  - Conocer el número de denuncias por aborto realizadas por el Ministerio Público.
  - Conocer la opinión de pacientes hospitalizadas por aborto provocado, respecto a la situación legal del aborto.
  - Conocer la opinión de los Médicos ginecólogos respecto a la situación legal del aborto
  - Conocer la opinión de los Sacerdotes respecto a la situación legal del aborto.

### 3 MATERIAL Y MÉTODOS

La presente tesis ha sido conformada por seis trabajos de investigación que han confluído en uno sólo: la problemática del aborto

#### TIPO DE INVESTIGACIÓN Y LUGARES DONDE SE REALIZA

Según el tiempo de ocurrencia, según la secuencia y según la inferencia del investigador los seis trabajos se encuadran en los siguientes tipos de investigación:

1. Los factores que condiciona el aborto: Estudio prospectivo, transversal, observacional, explicativo. Se realizó en el Hospital “Sergio e Bernales”
2. Determinación del aborto como causa de muerte materna: Retrospectivo transversal, observacional, explicativo. En Oficina General de Epidemiología.
3. El aborto como factor coadyuvante de infertilidad: Retrospectivo, transversal, observacional, explicativo. Se realizó en el Hospital “Arzobispo Loayza”
4. Determinación del número de denuncias de la Fiscalía por aborto; Estudio retrospectivo, transversal, observacional, explicativo. Ministerio Público.
5. Opinión de los médicos ginecólogos sobre situación legal del aborto: Estudio prospectivo, transversal, observacional, explicativo. Encuestas en las reuniones de SPOG, hospitales, consultorios y clínicas particulares.
6. Opinión de sacerdotes sobre la situación legal del aborto: Estudio prospectivo, transversal, observacional, explicativo. Se realizó encuestas en el Seminario Santo Toribio y Parroquias de 4 distritos de Lima.

#### METODOLOGIA :

La recolección de los datos, según los objetivos específicos, se realizó de la siguiente manera:

Objetivo Específico 1: Investigación de la situación actual del aborto clandestino y los factores que contribuyen:

- Se realizó una encuesta a 268 pacientes hospitalizadas por aborto incompleto, en el Hospital “Sergio E Bernales” de Collique , entre enero y septiembre del año 2004. Asimismo se hizo uso de los archivos personales y del hospital para obtener el número de nacimientos y de abortos incompletos hospitalizados en los últimos 15 años.

Objetivo Específico 2: : Determinar el impacto del aborto en la Salud Pública, mediante la evaluación de la mortalidad materna por aborto y la morbilidad producida por esta patología en el desencadenamiento de infertilidad

- a) Para precisar el número de muertes maternas ocurridas en el país por causa del aborto en los últimos años se ha recurrido a los archivos de la Oficina General de Epidemiología del MINSA en donde se ha revisado la documentación pertinente para establecer con exactitud la causa del deceso. Se han realizado 2 tipos de estudio:
- Revisión de los informes anuales remitidos por las 34 DISAs. Estos formularios describen en una sola línea el nombre de la paciente fallecida, edad, fecha de defunción, lugar de ocurrencia, control prenatal, periodo en que ocurrió la muerte y causa básica, intermedia y final de la muerte. De estas fichas son tomados los datos por personal del MINSA para publicar las cifras oficiales. Estos datos son tomados por personal que no son médicos especialistas y por las deficiencias en los datos reportados o por la inexperiencia en la especialidad del tabulador de datos siempre hay el riesgo de confundir involuntariamente las causas de la muerte. En la investigación hemos revisado las fichas de notificación de muerte materna de las 34 DISAs de los años 2001 y 2002 para confirmar y en algunos casos rectificar las causas de muerte materna.
  - Revisión de 526 fichas de investigación epidemiológica de muerte materna de las 34 DISAs ocurridas en los años 2001 y 2002: Son fichas que se llenan en la zona de ocurrencia de la muerte. Constan de 6 páginas que contiene 15 ítems entre los que se encuentran los datos del fallecimiento, de la fallecida, del recién nacido, los antecedentes del embarazo, datos comunitarios como la “autopsia verbal”, datos no médicos como la “autopsia social”, sobre la demora en la atención de la paciente, etc. Se ha aprovechado la experiencia en la especialidad del investigador para realizar un profundo análisis de cada una de estas fichas y determinar la verdadera causa de la muerte, de esta manera se han rectificado muchos diagnósticos.

- b) Para establecer en que medida la infertilidad es una consecuencia del aborto clandestino se acudió al Hospital Loayza en donde se entrevistó a 100 pacientes que llegaron a estudio por infertilidad. El objetivo fue determinar si hay antecedentes de aborto provocado y en que medida este episodios tienen gravitación clínica y psicológica importante. Se aplicó una encuesta de 7 ítems.

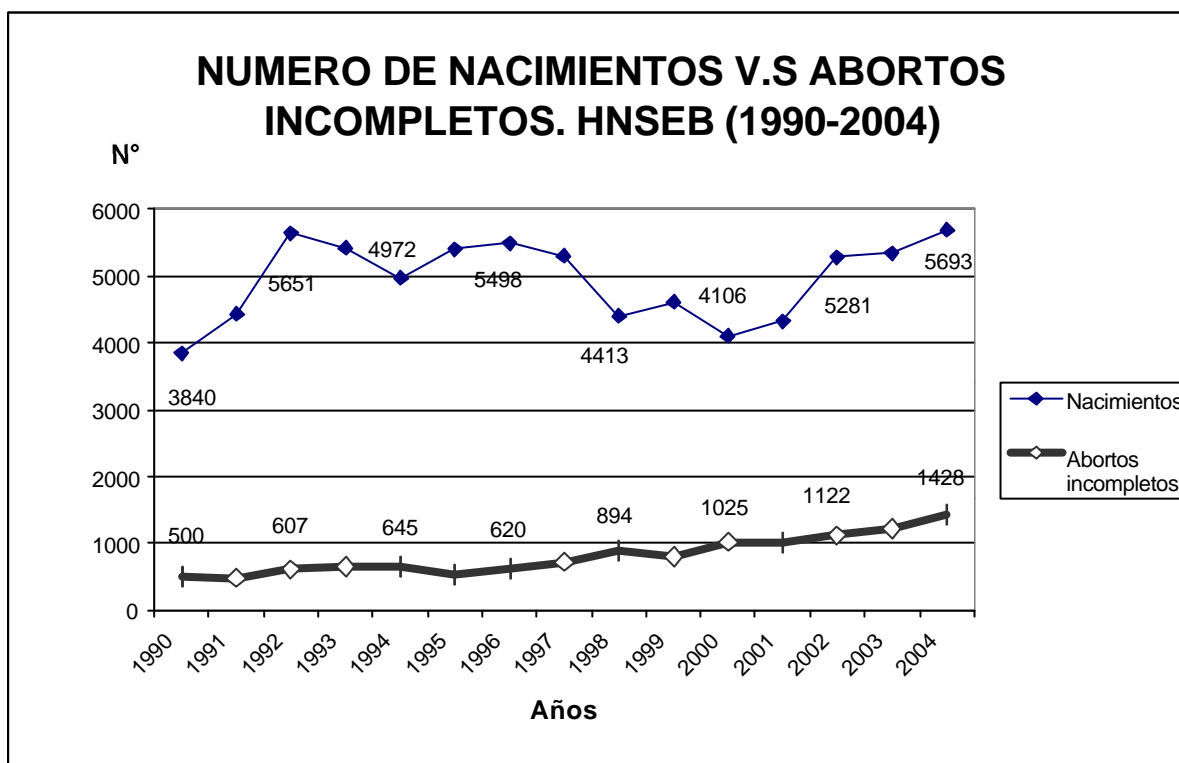
Objetivo Específico 3: Analizar la situación legal del aborto clandestino a partir de los agentes involucrados:

- a) De las denuncias presentadas por el Ministerio Público: En la Fiscalía de la Nación se investigó la cantidad de denuncias realizadas en el distrito Judicial de Lima, referente al delito de aborto durante el periodo 1993 al 2003.
- b) De la opinión de pacientes involucrados: En la encuesta que se realizó a las 268 pacientes hospitalizados por aborto incompleto en el hospital “Sergio E Bernales” de Collique, se agregó dos preguntas relacionadas a recabar su opinión respecto a la despenalización del aborto.
- c) De la opinión de los Médicos ginecólogos: En hospitales, reuniones de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y clínicas particulares se entrevistó anónimamente a 75 médicos ginecólogos para registrar su opinión respecto a la problemática del aborto clandestino. Se aplicó un cuestionario de 10 preguntas.
- d) De la opinión de los Sacerdotes: Se entrevistó a 68 sacerdotes del Seminario Santo Toribio de Mogrovejo, de una casa de retiro de La Molina y de 6 parroquias de 4 distritos limeños, se les aplicó un cuestionario de 13 preguntas para conocer su opinión respecto a ítems de salud reproductiva y la situación legal del aborto.

## 4 RESULTADOS

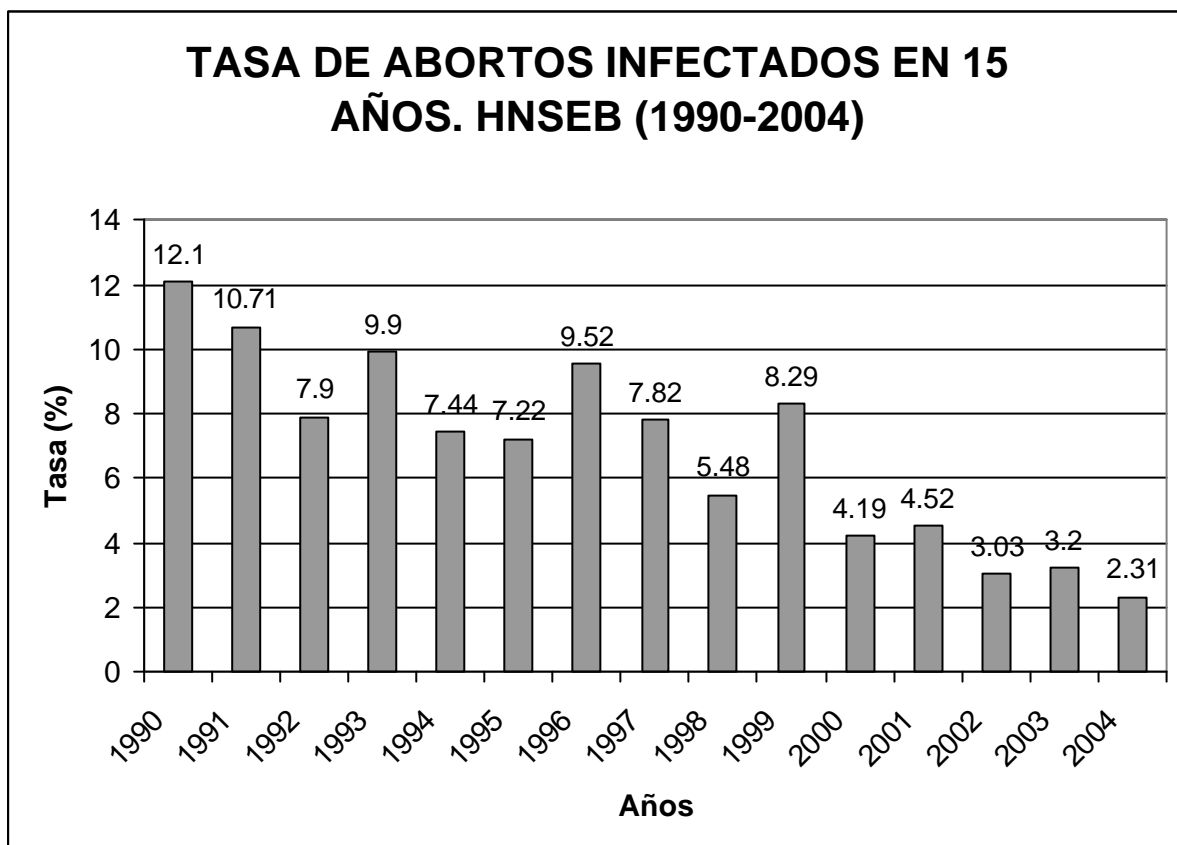
### 4.1 SITUACIÓN ACTUAL DEL ABORTO CLANDESTINO Y FACTORES QUE CONTRIBUYEN

Figura 1



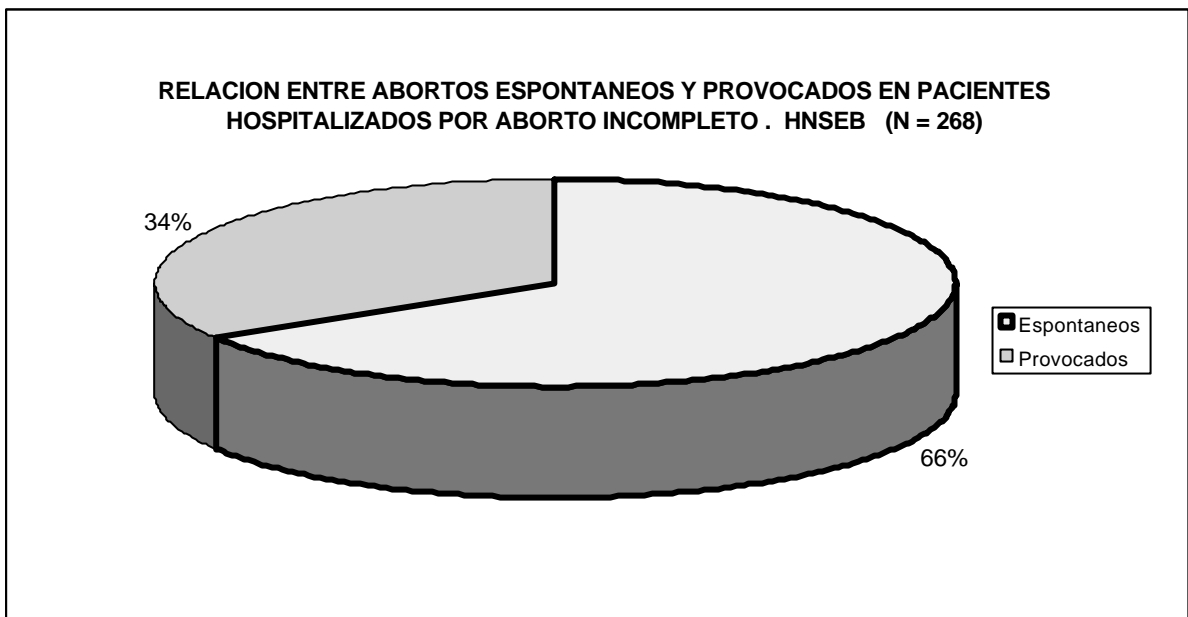
En los últimos 15 años en el hospital “Sergio E Bernales” los nacimientos han evolucionado de 4000 a 6000 por año con algunos altibajos pero sin mayores variaciones, en cambio el numero de abortos ha mantenido un incremento constante, en 1990 se hospitalizaron aproximadamente 500 pacientes por aborto incompleto, en el 2003 este número fue de 1200.

Figura 2



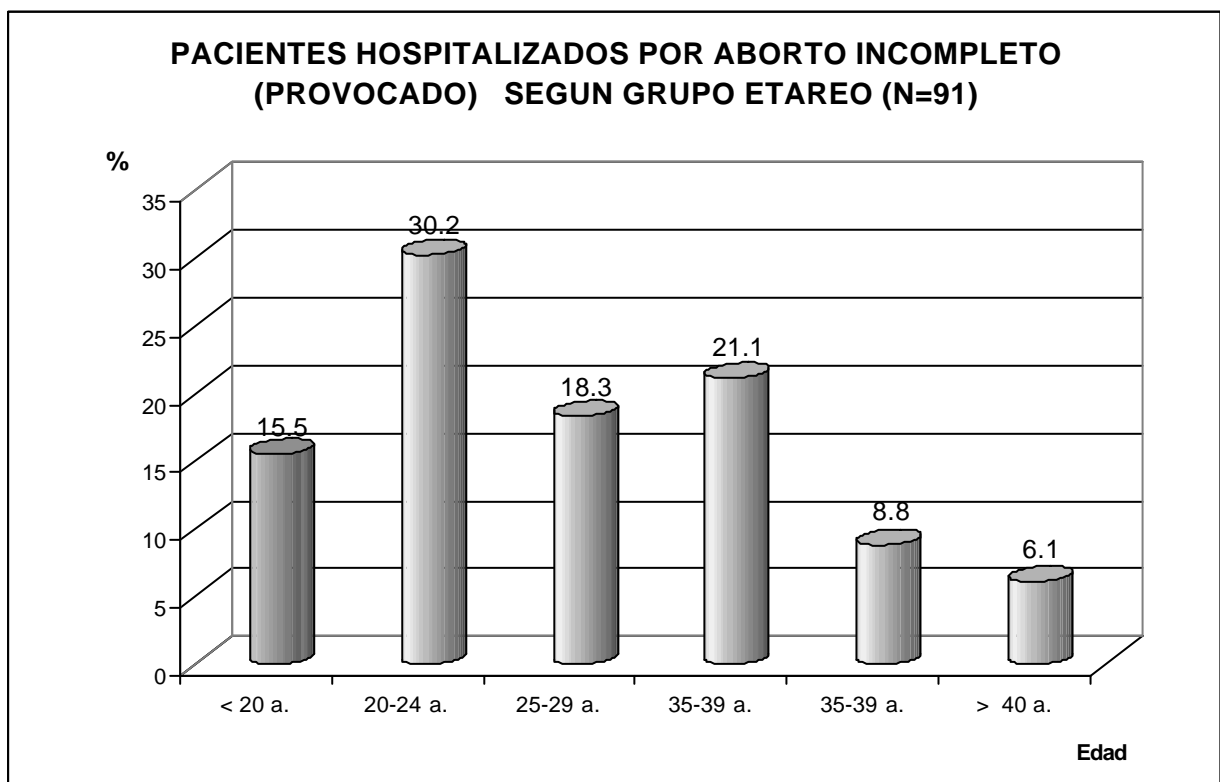
La tasa de abortos infectados si muestra una clara y constante disminución, en estos 15 años, si en 1990 fue el 12.1%, en 2003 por cada 100 abortos solo 3 son infectados, se considera que el uso de misoprostol y el AMEU ha influido notablemente en esta reducción.

Figura 3



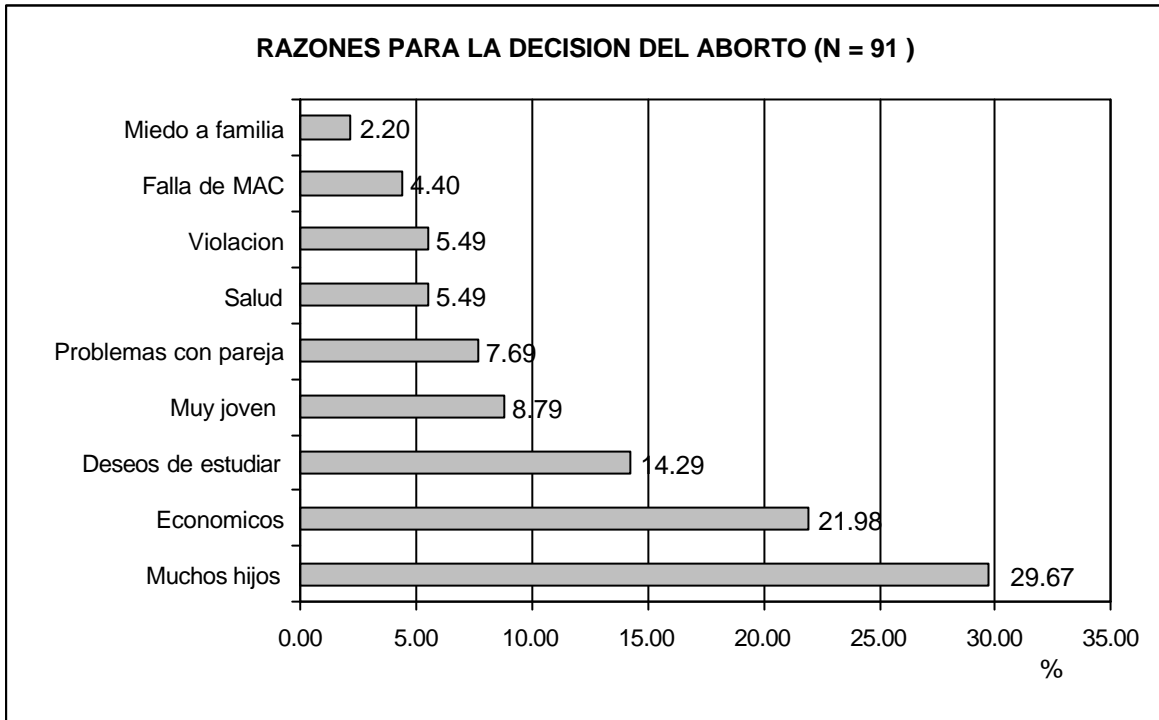
De 268 pacientes hospitalizados por aborto incompleto, 91 (34%) reconocieron haber sido provocados

Figura 4



De los 91 pacientes que se provocaron el aborto casi la mitad (48.5%) se encuentran entre los 20 y 29 años, pero hay un 15.5% que fueron adolescentes.

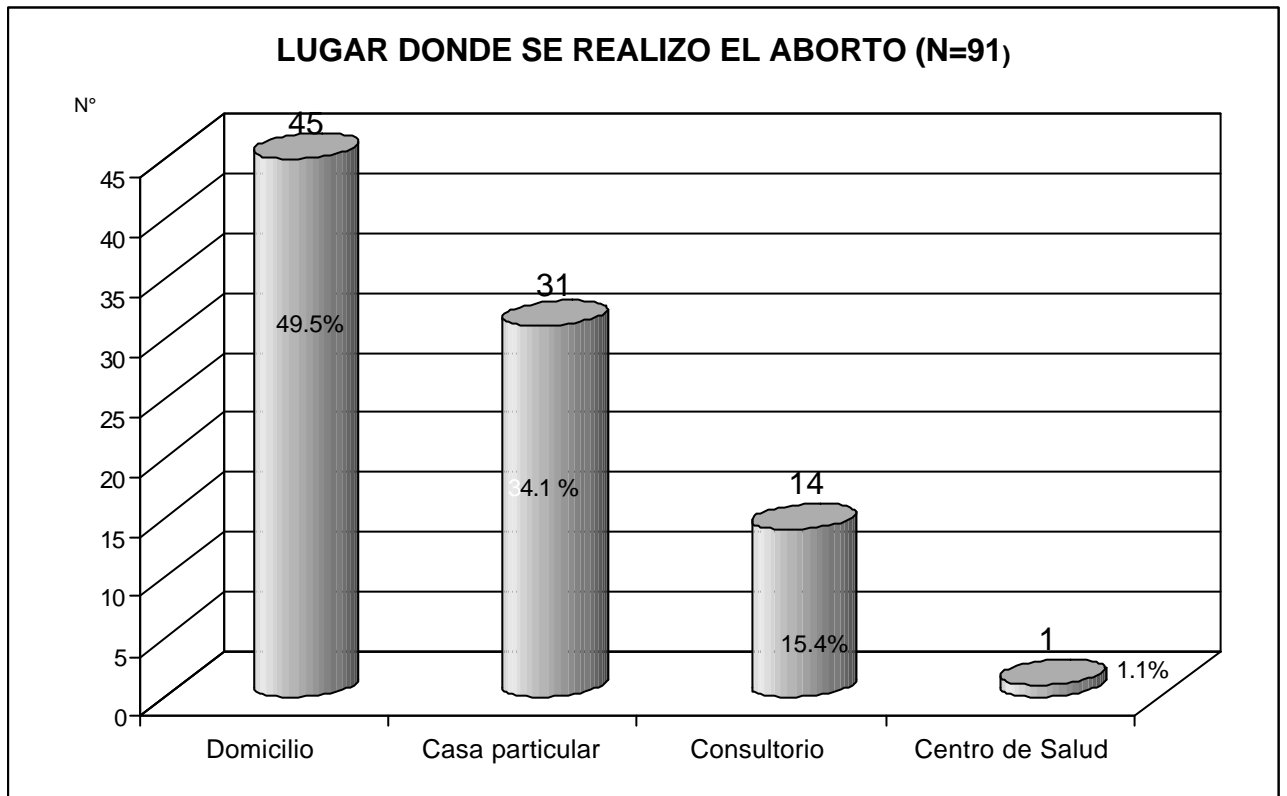
Figura 5



El motivo principal por el cual se realizaron el aborto fue el excesivo numero de hijos. Motivos económicos, deseos de estudiar y el hecho de ser muy jóvenes fueron las siguientes razones. Hubieron 5 casos de mujeres que abortaron por haber sido violadas

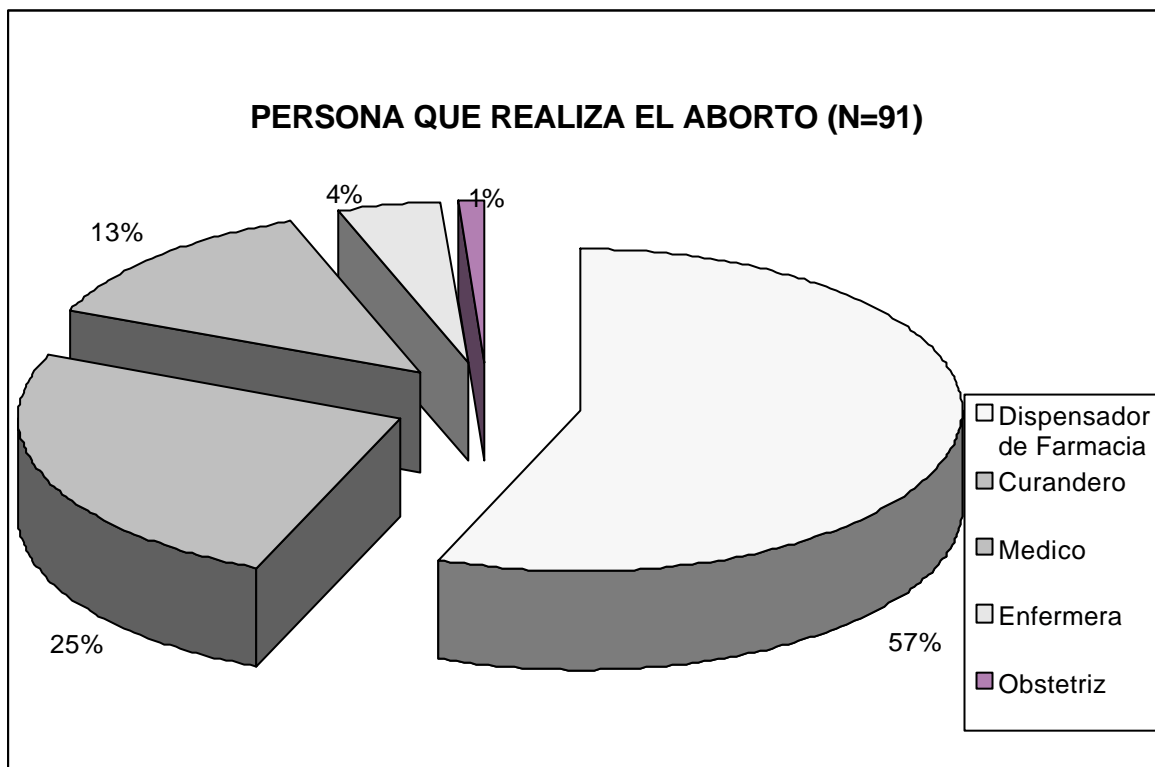


Figura 6



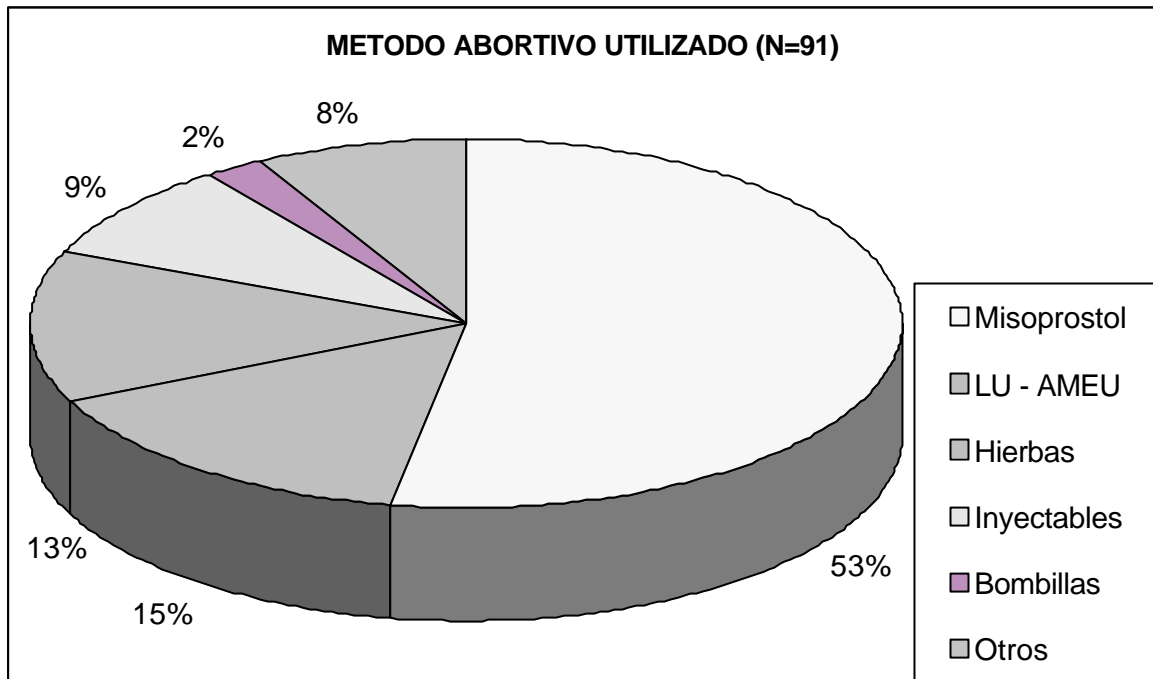
La mitad de los casos se realizaron en la casa de él, de ella o de la pareja mediante automedicación; el 34% fue en una casa particular generalmente de la comadrona que le aplica tabletas de misoprostol o le realiza maniobras abortivas; en 14 casos se realizaron en un consultorio médico.

Figura 7



El dispensador de farmacia es el que provoca el aborto en un 57% de los casos al proveer de pastillas abortivas a la mujer que lo solicita. El curandero sigue siendo un abortero frecuente en la cuarta parte de los casos y son los que con mayor frecuencia proveen los casos de aborto infectado a los hospitales.

Figura 8



En mas de la mitad de los casos el método abortivo utilizado fueron la ingesta de tabletas de misoprostol, el uso de hierbas y bombillas en el 15% de los casos estuvo presente. Los legrados mal realizados fue el método utilizado en 14 casos.

### **CONCLUSIONES PRELIMINARES (1)**

- En el hospital "Sergio E Bernales" actualmente se atienden un promedio de 5300 partos al año con una tasa de abortos incompletos totales de 228 por mil nacimientos.
- El número de abortos incompletos se ha incrementado pero han disminuido los abortos infectados.
- De 268 pacientes hospitalizados por aborto incompleto el 34% son provocados.
- 1 de cada 7 abortos provocados son en adolescentes
- El principal motivo por el que abortan es el excesivo numero de hijos
- En la mitad de los caso han sido provocados en el propio domicilio, por automedicación.
- En 5 de cada 10 abortos provocados ha sido utilizado el misoprostol
- 1 de cada 2 abortos han sido inducidos por el dispensador de farmacia.
- 1 de cada 6 abortos son provocados por el uso de hierbas y bombillas.

## 4.2 IMPACTO DEL ABORTO EN LA SALUD PUBLICA

### 4.2.1 MORTALIDAD MATERNA POR ABORTO: RESULTADOS

Cuadro 1.

DIFERENCIA EN LA CAUSA DE MUERTE MATERNA, SEGÚN FUENTE INVESTIGADA  
MINSA 2001 - 2002

FUENTE DE INVESTIG.	Informes Anuales (N:1237)		Revisión de Fichas (N: 526)	
	N°	%	N°	%
<b>Directas:</b>				
Hemorragia	526	43.22	207	39.35
Preeclampsia	249	20.46	124	23.57
Infeccion	137	10.71	49	9.31
<b>Aborto</b>	<b>75</b>	<b>6.16</b>	<b>44</b>	<b>8.36</b>
Parto Obstruido	22	1.81	21	3.99
Otros	3	0.25	0	0.00
<b>Indirectas:</b>				
Cardiopatía/IMA	22	1.81	4	0.76
Bronconeumonia	22	1.81	11	2.09
Envenenamiento	15	1.23	3	0.57
ACV	15	1.23	6	1.14
TBC	14	1.15	8	1.53
Malaria	14	1.15	9	1.72
Cancer	11	0.90	5	0.95
Hepatitis Viral	7	0.58	0	0.00
SIDA	6	0.49	0	0.00
Tromboembolia	4	0.33	1	0.19
Broncoaspiracion	3	0.25	5	0.96
Bartonelosis	2	0.16	1	0.19
Infeccion Urinaria	0	0.00	5	0.95
Otras	70	5.75	23	4.37
<b>TOTAL</b>	<b>1217</b>	<b>100.00</b>	<b>526</b>	<b>100.00</b>

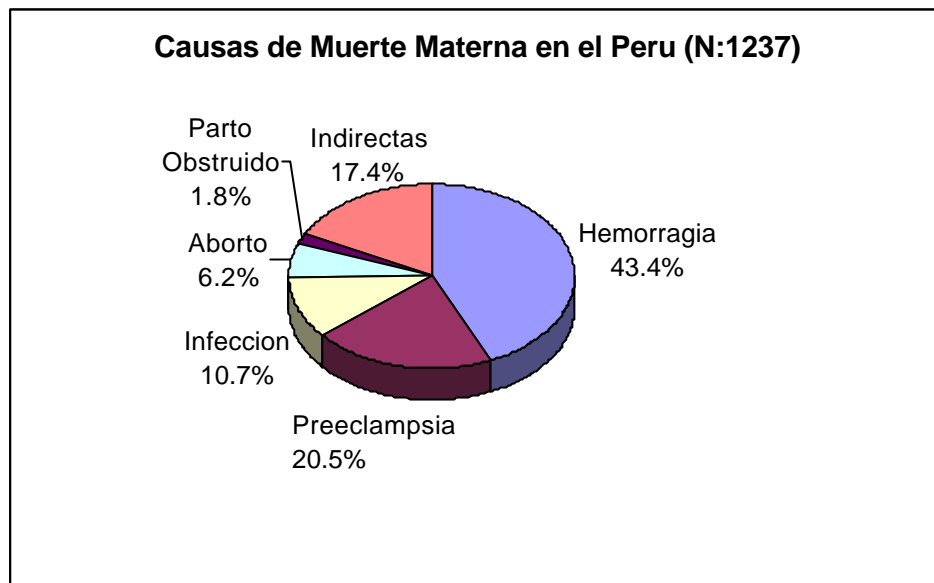
#### Comentario Cuadro 1:

Al revisar los informes anuales de muertes maternas enviados por las Disas obtuvimos cifras parecidas a las oficiales, pero al realizar una revisión pormenorizada de cada una de las 526 fichas de notificación de muertes maternas, los porcentajes variaron significativamente, así la hemorragia sigue siendo la principal causa pero con 4 puntos porcentuales menos. En los informes anuales de las Disas, en varios casos se han considerado erróneamente como causa de la muerte a casos de hemorragia, problemas de ACV o de IMA, cuando la verdadera causa fue la preeclampsia severa según nuestra investigación, ello incrementó en 3 puntos a esta patología. Del mismo modo pacientes que murieron desangradas o infectadas por abortos fueron consideradas en hemorragias e infecciones respectivamente, siendo el aborto la verdadera causa. Nuestra investigación incrementó el aborto a 8.36% como causa de muerte materna.

#### Observación:

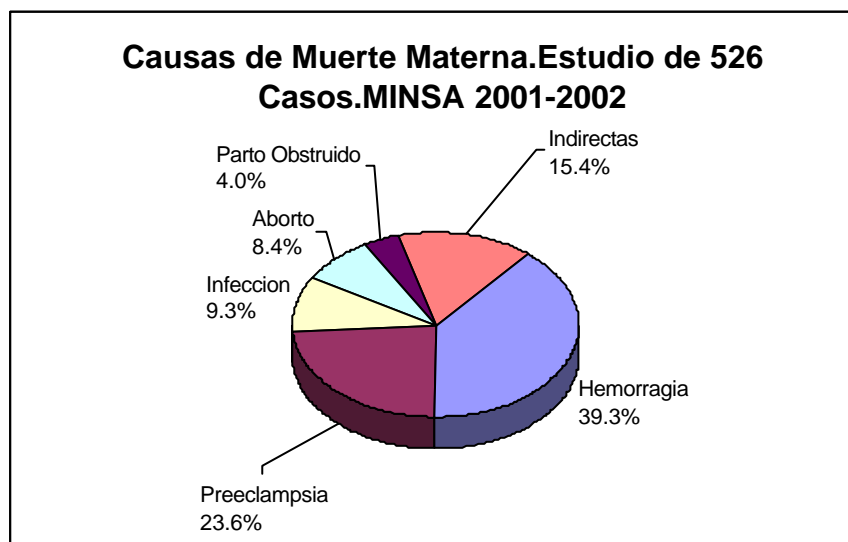
Para los siguientes cuadros es necesario diferenciar la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) y la Razón de Mortalidad Materna (RMM). La Tasa de Mortalidad Materna se determina dividiendo las muertes maternas por las mujeres en edad fértil, expresadas por cien mil MEF. Para el cálculo de la Razón de Mortalidad Materna, se divide el número de muertes maternas por el número de nacimientos expresados por cien mil nacimientos. Por lo tanto utilizaremos el indicador que por consenso se utiliza internacionalmente: Razón de Mortalidad Materna.

**Figura 9**  
**CAUSAS DE MUERTE MATERNA, REVISIÓN DE INFORMES ANUALES**  
**MINSA 2001 – 2002**



Fuente: Revisión de los informes anuales remitidos por las 34 DISAs

**Figura 10 .**  
**CAUSAS DE MUERTE MATERNA, ESTUDIO DE 526 CASOS**  
**MINSA 2001 – 2002**



Fuente: Revisión de 526 fichas de investigación epidemiológica de muerte materna de las 34 DISAs

La comparación de ambas figuras muestra claramente el incremento en 2.2% la cifra de aborto como causa de muerte materna cuando hacemos un estudio minucioso de las fichas de investigación epidemiológica.

Cuadro 2

**EL ABORTO COMO CAUSA DE MUERTE MATERNA POR ABORTO,  
NUMEROS Y RAZONES SEGÚN DPTOS. MINSA 2001-2002**

Nº.	Departamentos	Nacimientos estimados	Nº de Muertes Maternas. (Registradas) *	Razón de MM (x 100mil nv) **	Nº de Muertes Maternas por Aborto (Registradas) *	Razón MM por Abortos (x 100 mil nv.) **
1	Amazonas	24,572	37	256.38	3	20.34
2	Ancash	51,242	56	185.39	2	7.80
3	Apurimac	23,744	28	197.94	1	8.42
4	Arequipa	43,114	17	67.26	1	4.63
5	Ayacucho	27,672	53	324.23	1	7.22
6	Cajamarca	80,556	125	264.41	7	14.89
7	Callao	27,740	11	68.49	2	10.81
8	Cuzco	61,134	105	292.79	5	11.45
9	Huancavelica	28,806	51	302.02	2	10.41
10	Huanuco	47,828	88	313.62	7	25.08
11	Ica	27,720	5	28.86	1	7.21
12	Junin	60,192	59	167.79	8	23.25
13	La Libertad	68,638	66	163.17	7	18.85
14	Lambayeque	49,456	42	143.56	0	0.00
15	Lima	221,276	120	92.19	9	6.77
16	Loreto	55,030	66	203.52	1	3.63
17	Madre de Dios	4,644	7	258.39	0	0.00
18	Moquegua	5,216	1	38.34	1	19.17
19	Pasco	12,820	17	249.60	1	15.60
20	Piura	77,820	91	199.17	6	12.85
21	Puno	62,830	120	324.68	1	3.18
22	San Martin	38,280	30	133.22	2	12.39
23	Tacna	10,890	5	73.46	1	18.36
24	Tumbes	8,732	4	80.16	1	22.90
25	Ucayali	24,898	22	148.60	4	28.11
	<b>TOTAL</b>	<b>1,144,850</b>	<b>1225</b>	<b>172.36</b>	<b>74</b>	<b>10.56</b>

\* Datos obtenidas de revisión de informes anuales remitidos por los DISAS.

\*\* Razón de MM obtenidas de informes anuales de los 2 años, expandidas con las estimaciones de ENDES IV.

De la revisión de los informes anuales de los años 2001 y 2002 registramos 1225 MM, de estas, 75 fueron por aborto, utilizando los nacimientos estimados por INEI y empleando la cifra de mortalidad materna provista por ENDES IV hemos expandido las cifras para estimar la razón de mortalidad materna en general y por aborto, en cada uno de los departamentos. Mejor descripción de las tasas por departamentos se aprecia en las figuras 11 y 12.

Figura 11

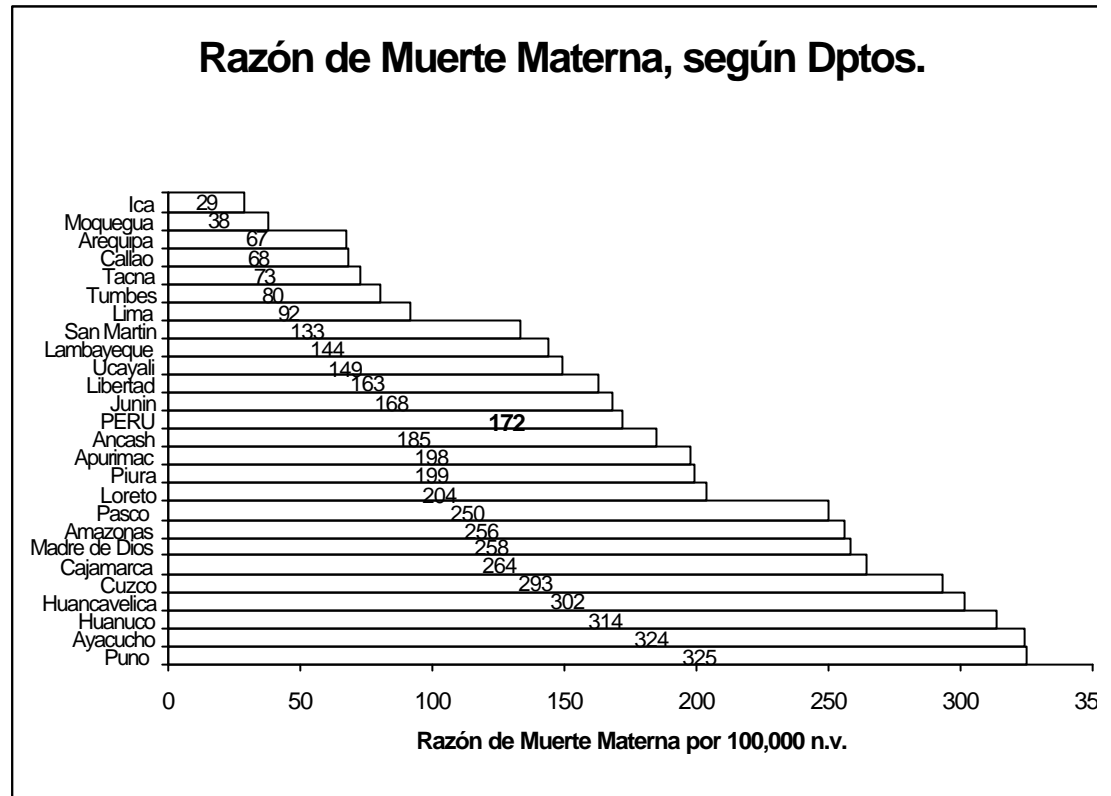
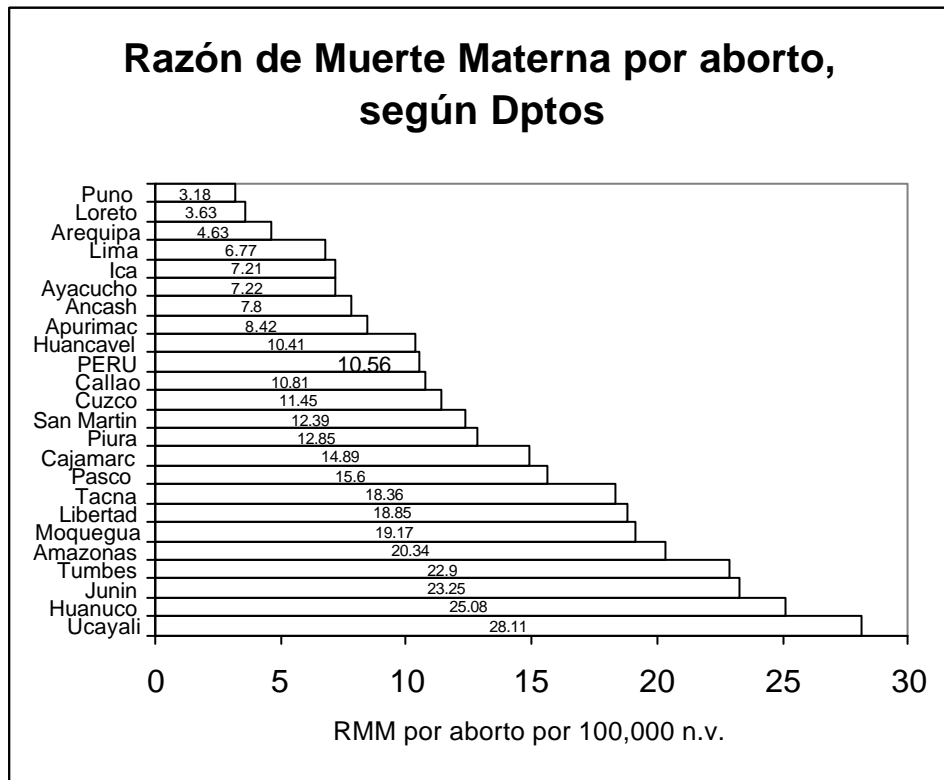


Figura 12





### Cuadro 3

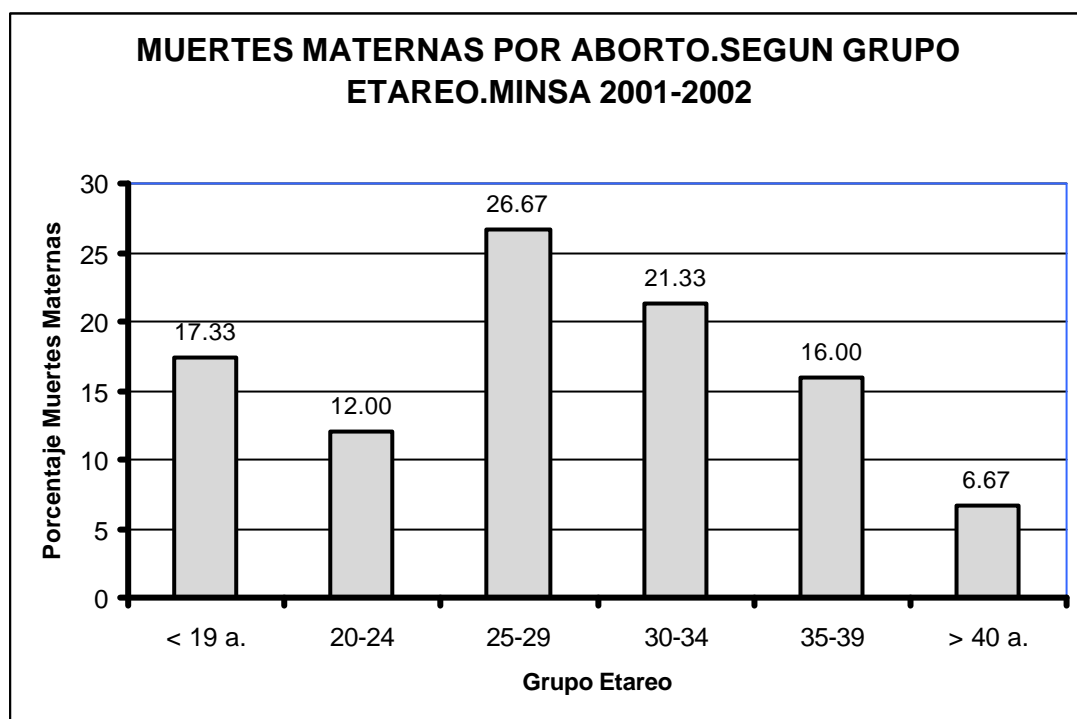
#### 10 DPTOS CON MAS ALTA RAZON DE M.M. POR ABORTO MINSA 2001 - 2002

No.	DPTOS	Nacimientos	No.de Muertes por Aborto(Registradas)	N°. de MM por aborto (e) según ENDES	Razón de MM por aborto (e) *
1	Ucayali	24,898	4	7	28.11
2	Huanuco	47,828	7	12	25.08
3	Junin	60,192	8	14	23.25
4	Tumbes	8,732	1	2	22.90
5	Amazonas	8,870	3	5	20.34
6	Moquegua	5,216	1	1	19.17
7	La Libertad	68,638	7	12	18.85
8	Tacna	10,890	1	2	18.36
9	Pasco	12,820	1	2	15.60
10	Cajamarca	80,556	7	12	14.89

\* Razón de MM obtenidas de informes anuales de los 2 años, expandidas con las estimaciones de ENDES IV.

Las razones mas elevadas de muerte materna por aborto se concentran en la selva y sierra central. Siendo el promedio nacional de 10.56 por 100 mil nacimientos, cifras como las descritas en el cuadro son alarmantes y confirman de alguna manera la presencia de factores coadyuvantes en estas zonas como son la precocidad sexual y alta incidencia de embarazos no deseados, especialmente en la región de la selva peruana.

Figura 13



**MUERTES EN ADOLESCENTES POR ABORTO (Reportados), CUADRO RESUMEN 2001-2002**

MUERTES MATERNAS	N°	%
Muertes maternas registradas	1237	100
Muertes maternas en adolescentes	176	14.75
Muertes maternas por abortos	75	8.4
Adolescentes muertas por aborto	13	1.05

De las 75 muertes maternas ocurridas por aborto 13 fueron en adolescentes, lo cual constituye el 17.33% de este tipo de muertes. Es decir 1 de cada 6 muertes por aborto son adolescentes.

## ESTIMACIÓN REAL DE LA INCIDENCIA DEL ABORTO COMO CAUSA DE MUERTE MATERNA EN EL PAÍS

Si la tasa de mortalidad materna, según ENDES, es de 185 por 100 mil nacidos vivos, al año se están produciendo 1,121 muertes maternas. Considerando que hemos realizado un análisis exhaustivo de las probables causas de subregistro de muertes maternas por aborto, hemos estimado que las muertes por aborto, incluyendo las que no se han registrado, deben estar divididas de la siguiente manera:

- Muertes por aborto registrados en MINSA (corregida en el estudio): 8.77%
- Muertes por aborto que son sepultados clandestinamente por familiares en lugares apartados, sin avisar a autoridades : 2.00%
- Muertes por aborto cuyo diagnostico es adulterado por profesionales y son sepultados con diagnóstico no obstétrico: 1.00%
- Muertes por aborto que son reportados al MINSA, pero cuyo diagnóstico es alterado por profesionales para evitar ser involucrados en un proceso judicial: 1.00%
- Incidencia máxima de muerte materna por aborto (estimada) 13%

Al año se producen 146 muertes maternas por aborto inducido (13%). Consideramos que es el número máximo de muertes por aborto que se puede calcular. Estos resultados coinciden con el promedio estimado por la OMS a nivel mundial y discrepan con las estimaciones publicadas por diferentes ONGs algunas de las cuales la catalogan como la primera causa de muerte materna. La principal causa de muerte materna sigue siendo, lejanamente, la hemorragia (39%).

## **CONCLUSIONES PRELIMINARES ( II )**

- En los años 2001 y 2002 el Minsa registró 1237 muertes maternas de las 2242 MM ocurridas según Endes IV, lo cual constituye un subregistro del 45%.
- El análisis de 526 fichas de notificación de muerte materna muestra al aborto como causa en un 8.36%, cifra mayor en 2.2% que las cifras oficiales.
- Las razones mas elevadas de muerte materna por aborto se concentran en la selva y sierra central. Siendo el promedio nacional de 10.56 por 100 mil nacimientos, Ucayali, Huanuco y Junín tienen una razón mayor de 23.
- Las muertes maternas en adolescentes registradas en los 2 años fueron 176 (14.75%)
- De 75 MM por aborto (8.4%) registradas en 2 años, el 17.33% fueron en adolescentes.
- 1 de cada 6 muertes por aborto son en adolescentes.
- Estimamos que 13% es el porcentaje máximo de muertes materna por aborto. La hemorragia es lejanamente la primera causa.
- Las muertes maternas por aborto, estimamos, presentan un subregistro de 70% considerando que hay gran cantidad de casos que se obvian reportar por evitar involucrarse en investigaciones de abortos provocados.

#### 4.2.2 INFERTILIDAD COMO CONSECUENCIA DEL ABORTO INDUCIDO: RESULTADOS

Cuadro 4

PACIENTES ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE INFERTILIDAD,  
SEGÚN EDAD

<b>EDAD</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
20-24 a.	2	2
25-29 a.	17	17
30-34 a.	22	22
35-39 a.	37	37
40-44 a.	18	18
45-49 a.	2	2
50 a +	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

El mayor grupo de pacientes que se tratan por infertilidad en el Hospital Loayza se encuentran entre 30 a 39 años, correspondiendo a un 59%.

Cuadro 5

PACIENTES ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE INFERTILIDAD,  
SEGÚN NUMERO DE HIJOS

<b>N° de hijos</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Ningún hijo	46	46
1 hijo	40	40
2 hijos	12	12
3 ó + hijos	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Casi 5 de cada 10 mujeres que se tratan por infertilidad no han tenido hijos.

Cuadro 6

FACTOR CAUSANTE DE SU INFERTILIDAD,  
SEGÚN PERCEPCION DE LA PACIENTE

<b>FACTOR</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Ovario	12	12
Trompa	54	54
Utero	17	17
Cuello	4	4
Otro	4	4
No sabe	14	14
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Mas de la mitad de las pacientes que se atienden por infertilidad le atribuyen el problema al factor tubario

Cuadro 7

PACIENTES ENCUESTADAS EN EL SERVICIO DE INFERTILIDAD,  
SEGÚN ANTECEDENTE DE ABORTO PROVOCADO

<b>No. ABORTOS</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Ninguno	69	69
1	18	18
2	8	8
3 ó +	5	5
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

El 31% de los pacientes que se atienden por problemas de infertilidad tienen el antecedente de haberse provocado uno o mas abortos

### Cuadro 8

#### INFLUENCIA DE LOS ABORTOS PROVOCADOS EN SU INFERTILIDAD, SEGÚN OPINION DE PACIENTES EN TRATAMIENTO

<b>INFLUENCIA</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Si ha influido	29	93.5
No ha influido	2	6.5
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

De los 31 pacientes que se han practicado uno o mas abortos 29 creen que si ha influido este procedimiento en su problema actual de infertilidad, y reconocen un profundo arrepentimiento y sentimiento de culpa.

### Cuadro 9

#### LEGALIZACION DEL ABORTO, SEGÚN OPINION DE PACIENTES EN TRATAMIENTO POR INFERTILIDAD

<b>OPINIÓN</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Debe ser legal	1	1
No debe ser legal	33	33
En algunos casos	66	66
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Un tercio de los pacientes opina que el aborto no debe ser legal, pero, a pesar del problema de infertilidad por la que atraviesan, dos tercios de las pacientes entrevistadas opinan que la legalización del aborto se debe dar en algunos casos.

### Cuadro 10

#### CASOS EN QUE DEBE ESTAR PERMITIDO EL ABORTO, SEGÚN OPINION DE 66 PACIENTES DE INFERTILIDAD

<b>OPINION</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
En violación	47	37.6
En enf.grave que peligra su vida	45	36.8
En falla de MAC	10	8.0
Mala situación económica	8	6.4
Si es abandonada por la pareja	5	4.0
Si en trabajo no la aceptan embarazada	5	4.0
La mujer no desea el embarazo	4	3.2
<b>TOTAL</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

De los 66 pacientes que opinaron que en algunos casos se debía despenalizar al aborto entre otras alternativas, el 38% manifestaron que debía ser en casos de violación y un 37% en la situación actual, es decir en enfermedad grave que peligra la vida de la madre.



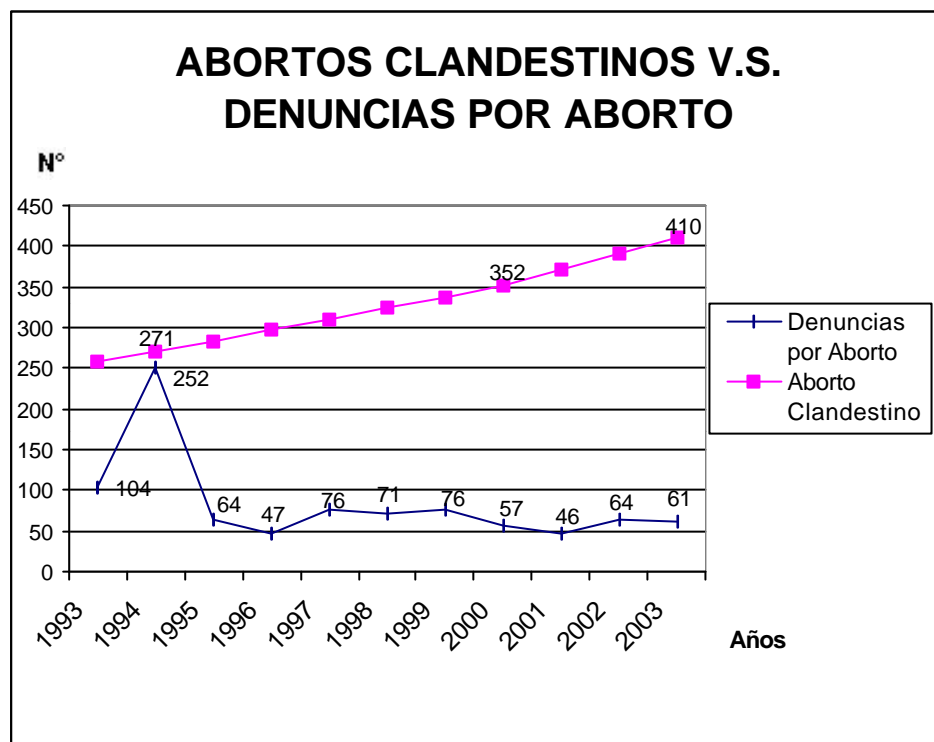
### **CONCLUSIONES PRELIMINARES ( III )**

- El mayor grupo de pacientes que se tratan por infertilidad en el Hospital Loayza se encuentran entre 30 a 39 años, correspondiendo a un 59%.
- Casi 5 de cada 10 mujeres que se tratan por infertilidad no han tenido hijos.
- Mas de la mitad de las pacientes que se atienden por infertilidad le atribuyen el problema al factor tubario.
- El 31% de los pacientes que se atienden por problemas de infertilidad tienen el antecedente de haberse provocado uno o mas abortos
- De los 31 pacientes que se han practicado uno o mas abortos, 29 creen que si ha influido este procedimiento en su problema actual de infertilidad, y reconocen un profundo arrepentimiento y sentimiento de culpa.
- Un tercio de los pacientes opina que el aborto no debe ser legal, pero, a pesar del problema de infertilidad por la que atraviesan, dos tercios de las pacientes entrevistadas opinan que la legalización del aborto se debe dar en algunos casos
- De los 66 pacientes que opinaron que en algunos casos se debía despenalizar al aborto entre otras alternativas, el 38% manifestaron que debía ser en casos de violación y un 37% en la situación legal actual, es decir en enfermedad grave que pelagra la vida de la madre.

#### 4.3 PERCEPCIÓN DE LA SITUACIÓN LEGAL DEL ABORTO CLANDESTINO

##### 4.3.1 DENUNCIAS POR ABORTO DEL MINISTERIO PUBLICO: RESULTADOS

Figura 14



Delicia Ferrando (Pathfinder) empleando un método estadístico muy innovador y efectivo para todo Latinoamérica ha estimado la cantidad de abortos clandestinos que se han realizado en los últimos 14 años en el Perú, de esta manera observamos que este tipo de abortos se han incrementado de 271 mil en 1994 a 410 mil en el año 2004.

Contrariamente, el número de denuncias por abortos clandestinos en los últimos 14 años se han mantenido casi inalterables, a excepción de 1994, el promedio en estos años ha sido de 83 denuncias por año en el Distrito Judicial de Lima.



Comentario cuadro 11:

Se ha realizado una investigación para determinar el número de denuncias por aborto realizadas por el Ministerio Público durante el periodo 1993 al 2003. Se utilizó como muestra únicamente el Distrito Judicial de Lima. A pesar de existir registros desgregados se ha logrado establecer el número de denuncias realizadas en los últimos 11 años.

Se ha estimado la cifra de denuncias por abortos clandestinos realizados con los siguientes datos:

- Denuncias realizadas en 11 años: 918. Promedio anual: 83 denuncias
- Número de abortos clandestinos realizados en Lima (e): 90,723.

Datos utilizados para la estimación:

- Número de abortos realizados en Perú en los últimos 10 años (utilizando el promedio de las cifras del año 1994 y 2001): 311,550 abortos por año.
- Población de Lima: 7'559,831 habitantes (29.12% de población nacional)
- 29.12% de 311,550 abortos: 90,723 abortos ocurridos en Lima
- Número de denuncias por abortos realizados en Lima: 1 denuncia de la Fiscalía por cada 1093 abortos clandestinos ocurridos.

### **CONCLUSIONES PRELIMINARES ( IV )**

- Denuncias por aborto realizadas en 11 años (Lima): 918
- Promedio anual de denuncias: 83
- N° de abortos clandestinos en Lima (e): 90,723
- La fiscalía realiza 1 denuncia por cada 1093 abortos clandestinos ocurridos.
- El aborto es el delito más cometido y menos sancionado legalmente. Existe una tácita aceptación si se compara el número de detenciones con el número de abortos inducidos que se realizan en nuestro país.

#### 4.3.2 OPINIÓN DE PACIENTES INVOLUCRADAS EN ABORTO

Cuadro 12

#### OPINIÓN DE PACIENTES RESPECTO A LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO (HSEB)

<b>Opinión</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
En todos los casos	26	28.6
En ningún caso	5	5.5
En algunos casos	60	65.9
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

De las 91 pacientes que reconocieron haberse practicado el aborto, dos tercios opinaron que se debería legalizar en algunos casos, casi un 29% creen que debe ser despenalizado y poder realizarse cuando la mujer lo desee.

Cuadro 13

PORCENTAJE DE MUJERES CON OPINIÓN FAVORABLE AL ABORTO EN CIRCUNSTANCIAS SELECCIONADAS (N=60). HSEB.

<b>Circunstancia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Enf, grave de la madre	53	88.3
Violación	41	68.3
Mala condición económica	24	40
Falla de MAC	22	36.7
Abandono de la pareja	17	28.3
No la aceptan en el trabajo	16	26.7
Total de mujeres	60	

De las 60 mujeres que se provocaron un aborto y opinaron que en algunos casos debería despenalizarse, la mayor parte estuvieron de acuerdo en que se practicara el aborto cuando estuviera en riesgo la vida de la madre (88%), y si el embarazo fue resultado de un violación (68%). Un 40% se mostraron favorables a permitir el aborto cuando se presentan problemas económicos.

### 4.3.3 OPINIÓN DE MÉDICOS GINECÓLOGOS

Cuadro 14

#### PERIODO EN QUE EMPIEZA LA VIDA, SEGÚN OPINION DE GINECOLOGOS

PERIODO	No	%
Fecundación	58	77.3
Implantación	17	22.7
Actividad cardiaca	0	0
>8 sem de edad gestacional	0	0
TOTAL	75	100

Casi 8 de cada 10 ginecólogos opinan que la vida empieza con la fecundación.

Cuadro 15

#### CONOCIMIENTO DE GINECOLOGOS SOBRE LEGISLACION ACTUAL EN ABORTO

CASOS QUE LO PERMITE LA LEY	No	%
Único medio de salvar vida a la gestante	42	56
Solo en malformaciones fetales (MF)	8	10.7
MF, Violación y salvar vida a la gestante	5	6.7
En ningún caso	20	26.6
TOTAL	75	100

Solo el 56% de ginecólogos acertaron respecto a la verdadera situación legal del aborto en el Perú. 1 de cada 4 especialistas piensan que está prohibido el aborto en todos los casos. Es interesante saber que 4 de cada 10 ginecólogos no conocen con exactitud en que casos se puede realizar legalmente un aborto.

Cuadro 16

CONOCIMIENTO DEL GINECOLOGO SOBRE LEGISLACION ACTUAL  
EN FETO ANENCEFALICO

SITUACION LEGAL	No	%
Se puede terminar con la gestación	41	54.7
No se puede terminar con la gestación	34	45.3
TOTAL	75	100

La información sobre que conducta tomar, ajustándose a la ley, respecto a una gestante con feto anencefálico están divididos, la mitad piensa que legalmente se puede terminar un embarazo de esta naturaleza en cualquier edad gestacional.

Cuadro 17

MANEJO DE GESTANTES DE 15 SEMANAS CON FETO ANENCEFALICO  
SEGÚN OPINION DEL GINECOLOGO

SUGERENCIA	No	%
Terminar gestación con junta médica	42	56
Esperar trabajo de parto	22	29.3
Terminar gestación con autorización de paciente	9	12
Administrar misoprostol sin consentimiento	2	2.7
TOTAL	75	100

Respecto a la actitud que tomarían frente a un caso clínico de paciente con feto anencefálico, la mayoría prefiere llamar a junta médica para decidir la situación, un 29% prefiere tener una conducta expectante y esperar el inicio espontáneo del parto.



Cuadro 18

CASOS EN QUE DEBERIA ESTAR PERMITIDO EL ABORTO,  
SEGÚN OPINION DE GINECOLOGOS

CASOS	No	%
En todos los casos	17	22.7
En violación y Enf. grave de la madre	29	38.7
Solo en enf.grave de la madre	24	32
Solo en malformaciones fetales	3	4
En ningún caso	2	2.7
TOTAL	75	100

Aunque el 23% de especialistas opinan que debe estar legalizado el aborto en todos los casos, hay una gran mayoría, el 75%, que cree que debería ser legal en algunos casos, casi un tercio opina que debe seguir tal como está, es decir legalizado solo cuando peligra la vida de la madre.

Cuadro 19

CONSECUENCIAS DE LA LEGALIZACION DEL ABORTO  
SEGÚN OPINION DEL GINECOLOGO

CONSECUENCIAS	No	%
Aumento de muertes maternas	1	1
Disminución de muertes maternas	51	50
Disminución de abortos provocados	30	29.4
Aumento de abortos provocados	20	19.6
TOTAL DE RESPUESTAS	102	100

Los ginecólogos consideran mayoritariamente que la legalización del aborto traería consigo menor morbilidad materna, la mitad opina que disminuiría las muertes maternas y casi un tercio piensa que disminuiría el número de abortos.

## Cuadro 20

### EDAD GESTACIONAL EN QUE DEBERIA PERMITIRSE EL ABORTO, SEGÚN OPINION DEL GINECOLOGO

EDAD GESTACIONAL	No	%
En ningun caso	17	22.7
Hasta 6 semanas	10	13.3
Hasta 8 semanas	14	18.7
Hasta 12 semanas	19	25.3
Hasta 20 semanas	15	20
TOTAL	75	100

El 23% no respondieron o se reafirmaron en la negativa de definir la edad gestacional límite para abortar en una hipotética legalización del aborto, la cuarta parte de entrevistados opinaron que las 12 semanas puede ser el límite.

### **CONCLUSIONES PRELIMINARES** ( V )

- 8 de cada 10 ginecólogos opinan que la vida empieza con la fecundación.
- 1 de cada 4 especialistas piensan que está prohibido el aborto en todos los casos
- 1 de cada 2 ginecólogos piensa que un embarazo con feto anencefálico se puede terminar legalmente
- 23% de especialistas opinan que debe estar legalizado el aborto en todos los casos, el 75% cree que debería ser legal en algunos casos
- La mitad opina que la despenalización disminuiría las muertes maternas y casi un tercio piensa que disminuiría el número de abortos.
- 1 de cada 4 opinan que en el supuesto que se permita legalmente el aborto, las 12 semanas de gestación puede ser el límite.

#### 4.3.4 OPINIÓN DE SACERDOTES

Cuadro 21

PROHIBICION DE RELACIONES SEXUALES PREMATRIMONIALES,  
SEGÚN OPINION DE SACERDOTES

OPINIÓN	No	%
Totalmente de acuerdo	34	50
De acuerdo	17	25
En desacuerdo	11	16.2
Muy en desacuerdo	6	8.8
TOTAL	68	100

Los sacerdotes opinan en un 75% que el inicio de las relaciones sexuales deben postergarse para después del matrimonio.

### Cuadro 22

#### METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR CON LOS QUE EL SACERDOTE ESTA DE ACUERDO

METODOS DE PF	No	%
Métodos naturales	23	33.8
Condón	0	0
Otros artificiales	0	0
Cualquier método	3	4.4
Ningún método de PF	42	61.7
TOTAL	68	100

El 96% de sacerdotes no están de acuerdo con los métodos modernos de planificación familiar. 1 de cada 3 justifican el uso de métodos naturales para regular la fertilidad.

### Cuadro 23

#### REALIZACION DE LIGADURA DE TROMPAS, SEGÚN OPINION DE SACERDOTES

OPINIÓN	No	%
No, en ningún caso	38	55.9
Si, en algunos casos	9	13.2
Si, previa consejería	18	26.5
Si, en todos los casos	3	4.4
TOTAL	68	100

Respecto al AQV, mas de la mitad de sacerdotes no están de acuerdo con su práctica, aunque el 27% lo permitiría previa consejería.

Cuadro 24

CASOS EN QUE DEBERIA ESTAR PERMITIDO EL ABORTO,  
SEGÚN OPINION DEL SACERDOTE

OPINIÓN	No	%
En ningún caso	65	95.6
En violación	0	0
En falla de MAC	0	0
En enf.grave que peligra su vida	3	4.4
Si es abandonada por la pareja	0	0
Mala situación económica	0	0
Si en trabajo no la aceptan embarazada	0	0
Si la mujer no desea el embarazo	0	0
TOTAL	68	100

Como es de esperarse el 96% están en desacuerdo con el aborto, aun así no hay consenso, 3 de los 68 sacerdotes manifestaron que podría permitirse el aborto cuando peligra la vida de la madre.

Cuadro 25

CONSECUENCIA DE LA LEGALIZACION DEL ABORTO,  
SEGÚN OPINIÓN DEL SACERDOTE

CONSECUENCIAS	No	%
Aumento de muertes maternas y abortos	24	35.3
Disminución de muertes maternas	0	0
Disminución de abortos provocados	6	8.8
Aumento de abortos provocados	38	55.9
TOTAL	68	100

En este cuadro se describe lo que también se esperaba, el 91% opina que aumentará el número de muertes maternas y abortos, aunque 1 de cada 10 piensa que podría disminuir la cantidad de abortos en el supuesto de que se legalizara esta práctica.

## Cuadro 26

### MEDIDAS PARA DISMINUIR ABORTOS CLANDESTINOS, SEGÚN OPINIÓN DEL SACERDOTE

MEDIDAS QUE RECOMIENDAN	No	%
Reforzar valores morales de la población.	34	50
Profundizar campañas de PF y reforzar valores morales	22	32.4
Perfeccionar sistemas policiales	9	13.2
Las 3 medidas anteriores	3	4.4
Penalizar con mayor rigor	0	0
TOTAL	68	100

1 de cada 2 sacerdotes enfatiza en que para evitar el aborto hay que reforzar los valores morales de la persona. Un tercio de los 68 entrevistados opina que además de este refuerzo se debe profundizar campañas de planificación familiar con métodos naturales.

### **CONCLUSIONES PRELIMINARES** ( VI)

- 3 de cada 4 sacerdotes opinan que el inicio de las relaciones sexuales deben postergarse para después del matrimonio
- El 96% no están de acuerdo con los métodos modernos de planificación familiar. 1 de cada 3 recomiendan el uso de métodos naturales.
- El 96% están en desacuerdo con el aborto, aun así no hay consenso, 3 de los 68 sacerdotes creen que podría permitirse el aborto cuando peligra la vida de la madre.
- El 91% opina que aumentará el número de muertes maternas y abortos, 1 de cada 2 sacerdotes enfatiza en que para evitar el aborto hay que reforzar los valores morales de la persona.



## 5 DISCUSIÓN

El embarazo no deseado sigue siendo una de las mayores debilidades del sistema de salud de nuestro país, se considera que dos tercios de los embarazos producidos son no deseados y la mitad de estos son interrumpidos clandestinamente. El aborto es una de las prácticas ilegales más frecuentemente realizadas en el Perú y la condición de clandestinidad arroja, a cientos de miles de mujeres al año, a la exposición de su integridad física, cuando no, a la muerte propiamente.

El aborto provocado tiene características que se modifican cada cierto tiempo de acuerdo a factores sociales, económicos o adelantos científicos específicos. Es pertinente hacer un corte de la situación actual del aborto utilizando como muestra la realidad del hospital "Sergio E Bernales" de Collique, uno de los hospitales de mayor casuística obstétrica del país, y que tiene características similares a la mayoría de hospitales nacionales por su condición de atender a personas de bajos recursos económicos.

En los últimos 15 años el número de nacimientos se ha mantenido con ligero y dubitativo incremento, lo que no ha sucedido con el número de abortos incompletos hospitalizados, los cuales se han mantenido en un constante incremento, ello podría tener una explicación de causa efecto. El crecimiento constante de los nacimientos, que por el crecimiento poblacional se debería producir, no ocurre, probablemente por una mayor cobertura del uso de métodos modernos de anticoncepción, pero también por el incremento del número de abortos estadísticamente demostrado en el estudio.

Es notable descubrir de que manera las técnicas modernas de aborto, como la aspiración manual endouterina y el uso del misoprostol, han contribuido a disminuir la tasa de abortos infectados y por ende la muerte por shock séptico a causa de maniobras abortivas.

Una de cada tres pacientes hospitalizadas por aborto incompleto reconocieron haberlo provocado, cifra superior al que encontramos hace 8 años (34 vs 28%) en

estudio parecido. Uno de cada dos pacientes se encuentran entre los 20 y 29 años.

Las razones para abortar también se han modificado, en 1993 Chirinos<sup>30,31</sup> encuentra los items razones económicas y muchos hijos en 52% y 12%; Sandoval<sup>18</sup> en 1997 las observa en 40% y 19% y actualmente estas razones se manifiestan en 22% y 30% respectivamente.

Actualmente las pacientes hospitalizadas reconocen que se realizaron el aborto fundamentalmente con el uso de misoprostol facilitado por el dispensador de farmacia. En la mitad de los casos se automedicaron en la casa de ella o de su pareja. Hace 7 años el aborto lo realizaba, en el 68% de casos, un médico, en su consultorio particular y por técnicas quirúrgicas, y mayoritariamente las pacientes que ingresaron al hospital por aborto incompleto era por un legrado uterino insuficiente.

Evidentemente la venta libre de misoprostol y la fácil administración por cualquier persona, ha facilitado la evacuación uterina, bajando los índices de infección pero incrementando la complicación de hemorragia, lo cual motiva la hospitalización. Igualmente el uso difundido del AMEU ha facilitado la práctica del aborto, pero su operación por manos no médicas ha sido responsable de la hospitalización del 15% de pacientes que describe el trabajo.

El impacto del aborto en la salud pública se explica en la mortalidad y morbilidad materna. Muchos agentes interesados han utilizado de manera caprichosa la tasa de aborto como causa de muerte materna, por ejemplo la ONG feminista Flora Tristán dice: “En el Perú, el aborto ocupa el cuarto lugar como causa de muerte materna (7%), según el Ministerio de Salud; sin embargo, numerosos estudios sostienen que dentro de las muertes por hemorragias (60%) e infecciones (13%) se encuentran subregistradas muchas muertes por aborto. En consecuencia, si existiera un buen registro de las muertes maternas, el aborto ocuparía posiblemente el primer lugar”<sup>9</sup>.

No resulta tan cierta esta aseveración. En las publicaciones que realiza el MINSA reportan al aborto como causa de muerte materna en una incidencia de 5.2% y 6.1 % para los años 2001 y 2002 respectivamente. El análisis de las 262 fichas de notificación mostró al aborto como causa de muerte materna en un 8.77% en el año 2002, 2.48% mas que lo hallado con los informes oficiales anuales.

Realizamos la Estimación real de la incidencia del aborto como causa de muerte materna en el país considerando tres factores que motivan el subregistro.

Fruto de esta estimación concluimos que en el Perú, al año se producen 146 muertes maternas por aborto inducido (13%), resultando ser la tercera causa de muerte materna. Consideramos que es el número máximo de muertes por aborto que se puede calcular. Estos resultados coinciden con el promedio estimado por la OMS a nivel mundial y discrepan con las estimaciones publicadas por diferentes ONGs algunas de las cuales la catalogan como la primera causa<sup>13,16</sup>. La principal causa de muerte materna sigue siendo, lejanamente, la hemorragia (39%).

La infertilidad como consecuencia del aborto inducido es un conocimiento aparentemente obvio pero que no se basa en evidencias científicas, en este objetivo se llegó a conocer, mediante el estudio realizado con pacientes de infertilidad en el Hospital "A. Loayza", el impacto que tuvo en ellas un aborto provocado. Se determinó que de las 100 pacientes entrevistadas el 31% reconoció haber tenido una experiencia con uno o mas abortos inducidos, estas 31 pacientes encuentran en un 94% una fuerte relación entre el aborto que se provocaron y el problema de esterilidad que adolecen, y reconocen gran arrepentimiento y sentimiento de culpa. Estos resultados coinciden con otros estudios realizados en el extranjero.

Obviamente no existen cifras oficiales en países donde el aborto es ilegal. En el Perú las únicas cifras que se conocen son las estimaciones publicados por el Alan Guttmacher Institute (AGI) y Delicia Ferrando<sup>9,33</sup> que se basan en encuestas periódicas realizadas a los proveedores de abortos, mujeres involucradas y datos de hospitales que reciben pacientes por aborto incompleto<sup>9,30</sup>. Algunos dicen que

pueden ser datos inexactos, aun así los tomamos como datos referenciales para el estudio. Según los estudios de AGI en 1994 se realizaron 271.1 mil abortos y en el año 2004, en un tercer estudio y empleando la misma metodología, la cifra ascendió a 410 mil abortos.

Es reveladora la curva que expresa la evolución de las denuncias por aborto del Ministerio Público en los últimos 11 años, prácticamente no se ha modificado. Mientras las denuncias de la Fiscalía se han mantenido en un bajo número los abortos realizados se han incrementado en 52% en 10 años. Consideramos así que el aborto es uno de los delitos más cometido y menos sancionado legalmente en el Perú. Al hallarse una denuncia del Ministerio Público por 1093 abortos inducidos, existe una tácita aceptación del hecho. En este caso conviene la norma que dice que, cuando un delito no es sancionado muchas veces, podría no ser problema del delito mismo sino de la norma.

Resulta interesante la opinión que sobre la despenalización del aborto tienen agentes involucrados como las pacientes propiamente y los ginecólogos inmersos en el tema; es relevante igualmente, analizar las respuestas, aparentemente obvias, que sobre esta modificación legal tienen los sacerdotes.

Un 74% de pacientes que se practicaron un aborto opinan que debe ampliarse la despenalización mas allá del riesgo para la madre, preferentemente en casos de violación y por razones económicas para mantener un número elevado de hijos. Este porcentaje en la opinión de ginecólogos es de 63%. Como es de esperarse, el 4.4% de sacerdotes solamente están de acuerdo con la única excepción que existe actualmente, es decir cuando peligra la vida de la madre, el 95.6% está en contra de todo tipo de aborto.

En los seminarios realizados por la Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia respecto a la responsabilidad de las Sociedades científicas de la especialidad frente al manejo del aborto para reducir la mortalidad materna, advierten que la penalización del aborto no disminuye su frecuencia y por el contrario aumenta la morbilidad y mortalidad materna y lamentablemente las complicaciones del aborto se dan con mayor frecuencia en las mujeres de mas

bajos recursos. Asimismo insta a los especialistas asumir una posición clara frente a la interrupción del embarazo<sup>5</sup>.

Hay un Impacto a nivel económico que no se debe soslayar. La existencia de un "mercado negro" de servicios de aborto agrava la problemática. En el país existe una gran cantidad de dinero que se mueve alrededor del sufrimiento de las mujeres que tienen un embarazo no deseado. Si 410 mil mujeres pagan un promedio de sólo 200 soles por aborto, se calcula un total de 82 millones de soles (25 millones de dólares) al año. Los costos son mayores cuando consideramos las complicaciones del aborto (con gastos médicos mucho más costosos y hospitalizaciones prolongadas) y la inevitable corrupción de las instituciones policiales y judiciales que se encargan de encubrir estas prácticas

Analizar la situación legal del aborto en el Perú implica necesariamente objetivar el contexto mundial y regional. El aborto es enteramente o parcialmente legal en muchos países del mundo, incluyendo la India, la China, Rusia, y Sudáfrica, Cuba, Puerto Rico. Solamente en algunos países, como Chile, está totalmente prohibido<sup>12,34</sup>.

En América Latina la práctica del aborto está regulada jurídicamente por el sistema de las indicaciones. Este señala que el aborto es punitivo, salvo que sea autorizado por la concurrencia de determinadas indicaciones. Estas indicaciones son terapéuticas o médicas por riesgo para la vida de la mujer (en Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Haití, jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela); eugenésicas, por enfermedad fetal grave o incurable (en Panamá, Trinidad y Tobago, Uruguay); éticas o criminológicas, por violación sexual (en Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, México, Uruguay); económicas o sociales, por precaria situación familiar (en Uruguay)<sup>12,13</sup>.

El aborto es un tema permanentemente polémico, en donde el dogmatismo y apasionamiento de posiciones contrarias nos ha obligado a ser lo mas objetivo posibles con los resultados de nuestras investigaciones.

Los conservadores podrán decir que la ciencia no puede medirlo todo y que los valores y la fé están por encima de lo técnicamente demostrable. Pero hay evidencias que resultan irrefutables para cualquier observador imparcial del problema del aborto.

También hay apasionamiento en muchos partidarios de la despenalización sin restricciones, y en este proceder pierden objetividad cuando refieren que se mueren millones de mujeres al año en América latina, cuando dicen que es la primera causa de muerte materna en el país, cuando exageran el número de abortos provocados con estudios de poco rigor científico, cuando consideran que la despenalización es la única medida para evitar muertes maternas.

Sin embargo hay verdades que no admiten mayor debate cuando demostramos que el aborto como causa de muerte materna no es la cifra menor que describen las autoridades de salud, cuando evidenciamos el sufrimiento que presentan mujeres infértiles con antecedentes de aborto, cuando establecemos que un feto anencefálico que no se evacua puede hacer peligrar la vida de la madre, cuando exponemos que una paciente abortadora o infértil no cree en las leyes restrictivas del aborto. Hay otra gran verdad que descubrimos en el fragor de la investigación, que la penalización del aborto no convence a la mujer de no abortar, sino, más bien, la obliga a hacerlo en condiciones peligrosas que amenazan su vida y su salud.

Aun así sentimos que la solución de los problemas de salud materna tiene fundamentalmente tres líneas de acción: en primer lugar las condiciones generales de la población (educación, alimentación, accesibilidad), en segundo nivel la mejor implementación y aprovisionamiento de los establecimientos de salud (planificación familiar), y en tercer lugar la modificación del marco legal en relación al aborto.

El presente estudio ha pretendido aplicar el mayor rigor científico en un tema que resulta muy delicado y controversial. Sin el apasionamiento de las dos corrientes denominadas en el mundo como “pro choice” y “pro life” pretendemos aportar

elementos de juicio para un mejor razonamiento de esta problemática, que converja en la implementación de mejores estrategias para disminuir la morbilidad y mortalidad materna.

## 6 CONCLUSIONES

- El número de abortos incompletos hospitalizados se ha incrementado en los últimos 10 años, pero han disminuido los abortos infectados. Las mujeres actualmente abortan mayormente por tener excesivo número de hijos, en la mitad de los casos provocados en el propio domicilio, por automedicación, facilitado por el dispensador de farmacia
- El impacto del aborto en la salud pública se manifiesta en las muertes maternas por aborto que, según nuestra investigación, resulta ser en un mayor porcentaje que las cifras oficiales del MINSA y en una mayor morbilidad, sobre todo problemas de infertilidad por causa de obstrucción tubaria.
- El Perú es uno de los países latinoamericanos donde se practica el mayor número de abortos. Sólo un reducido número de abortos clandestinos es denunciado. Por lo tanto es uno de los delitos más cometido y menos sancionado legalmente. Agentes comprometidos en el tema, como pacientes y médicos ginecólogos, opinan que la legislación debería ser modificada y que el aborto debe permitirse bajo circunstancias específicas.



## 7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO), Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data, 3rd ed. Ginebra, 1998, p. 3.
2. Stanley K, Henshaw, Susheela Singh y Taylor Haas. La Incidencia del Aborto Inducido a Nivel Mundial Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. 1999, p. 16-24.
3. Flora Tristán ,Centro de la mujer. El aborto: un problema social y de Salud Pública. Lima, marzo 2004.
4. Galdós S, Cáceres C. El aborto: aproximándonos a la realidad y conociendo diferentes posiciones. Lima Perú, 1999.
5. SPOG, Seminario Internacional: “Responsabilidad de las Sociedades de Obst y Ginec frente al manejo del aborto para reducir la mortalidad materna”, Lima, 26 y 27 de Enero de 1998. publicación SPOG
6. JAMA. The myth of the abortion trauma syndrome. Comentary. 1992; 268(15):2078-2079
7. Yáñez V. El aborto en: Hablemos de sexo. Lima, 1991, p. 113-130.
8. SPOG, Boletín GINOBS, Marzo Abril de 1998, p. 6-9.
9. Alan Guttmacher Institute (AGI), Ferrando D. Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana, 1994.
10. INEI, La mujer en el Perú. Agosto 1996. p. 71-75,
11. Briozo M. Rev Médica Uruguaya 2003.
12. Montoya CS. Impunidad del aborto frente a la eugenesia y al honor. Editora RAO, Primera edición, Lima, 2004, 235pp.
13. Cardich R. Visiones del aborto, Ediciones Movimiento Manuela Ramos, the Population Council, Lima, 1993.
14. Faúndes A, Barzelato J. El drama del aborto, en busca de un consenso. Editores TM S.A. Primera edición. Bogotá, 2005.
15. IMAPE, Curso Nacional “Aborto y Salud Reproductiva”, Ediciones Instituto Materno Perinatal, Lima, 1997,
16. Flora Tristan, “El aborto”, Ediciones Flora Tristan y Manuela Ramos, Primera edición, Lima, 1997.
17. Henry P, David et al. Born unwanted. Development effects of denied abortion springer publishing company. New York,1998.
18. Myhrman Antero et al. Does the wantedness of a pregnancy predict a child's educational attainment? Family planning perspectives, May-Jun 1995, Vol 27: 116.

19. UNFPA 1997/ Tha Alan Guttmacher 1994, citado en El Aborto en Contexto.
20. Villarreal J. Aspectos no médicos del aborto. Rev Colombiana Obstet y gin. 1998; 49:48-51.
21. Romero Inés. El aborto clandestino en el Perú. Editorial Flora Tristán. Lima, 2002. p. 62.
22. Rodríguez Vélez J. "ABC del derecho penal, parte especial: ABORTO", editorial JUS editores, 1era Edición, Lima, 1995.
23. Clifford Grobenstein. Science and the unborn: Choosing human futures. Basic Books Inc.1988.
24. Kissiling Frances. El vaticano y las políticas de S:R, en Conciencia Latinoamericana. Brasil. 2000, volXII, N°2
25. Rodríguez A, Lievano M. Hay que defender la vida, Obispado de Caracas, Arquidiócesis familiar, Caracas, 1982.
26. Vida Humana Internacional (VHI). Boletín electrónico: Defender la vida y la familia en fidelidad al Magisterio de la Iglesia Católica. 12 de diciembre del 2002, vol. 6, N°16.
27. Tolat Jean. El aborto ¿Crimen o liberación?. Edición francesa traducida al español. 1975.
28. Delicado Baeza J. "El derecho de nacer". Biblioteca de Autores Cristianos, cuadernos BAC, Madrid, 1983.
29. Gudorf C.E. Contraception and abortion in Roman Catholicism. In Maguire DC Editor. New York, Oxford University Press, 2003, p. 55-78.
30. Chirinos JL. El aborto en el Perú. En: Reproducción humana y planificación familiar. Instituto de estudios de población. UPCH vol. 2, N° 3. Lima, marzo 1989, p. 6.
31. Chirinos Cáceres L. El aborto en el Perú: Estudio epidemiológico hospitalario en la ciudad de Iquitos, Piura y Puno", Tesis doctoral, UPCH, 1993.
32. Sandoval J, Paz P. Consideraciones médico sociales del aborto. Congreso de Ginecología y Obstetricia. Lima, 1997. Temas libres, p. 62.
33. Ferrando Delicia, Pathfinder. El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras. Marzo 2002, 33pp.
34. Sanger Alex. Aborto Inseguro: El Problema que no desaparece. Fascículo: Archivo Sanger, Núm. 9. Nov 2002.
35. Rachel N. Pine. "Achieving Public Health Objectives through Family Planning Services", En: Making Abortion Safe And Legal: The Ethics And Dynamics Of Change. Reproductive Health Matters, N- 2, noviembre de 1993, p. 80.

36. Lavín, citado en Pobreza e inequidad de género: Salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe, documento presentado por el FNUAP, Santiago de Chile, noviembre 1997, p.28.
37. Melo Graciela, Fundación Ford. Problemática religiosa dela mujer que aborta. Bogotá. 1994, p. 11-34.
38. World Health Organization (WHO). Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment, Ginebra, 1994, p.19.
39. Alan Guttmacher Institute (AGI), Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide, Nueva York, 1999, p. 32-33
40. Faúndes Aníbal. Aspectos médicos del aborto inducido. Ponencia. Bogotá, octubre de 1998, p. 4.
41. Radhakrishna A, Gringle R, Greenslade F. "Adolescent Women Face Triple Jeopardy: Unwanted Pregnancy, HIV/AIDS and Unsafe Abortion", en Women's Health Journal N°58, feb 1997
42. OPS - OMS, Evaluación del plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna, Washington, 1996. El aborto y la tarea parlamentaria en América Latina, Universidad Externado de Colombia y GIRE, 1998, p.13.
43. Miller, D.H., Medical and Psychological Consequences of Legal Abortion in the United States; A Resource Book, SAGE Publications, 1996, p.17-32,
44. Acevedo JF. El Aborto como fenómeno social en el Perú. 1993.
45. OMS. Salud Reproductiva. Abortos sin riesgo. Recopilación de artículos 2000, 78:580-592.
46. Pathfinder International, "Tratamiento del aborto incompleto, AMEU en IMAPE", Publicación, Lima. Octubre 1995.
47. Informes médicos, "Interrupción del embarazo", Rev. del Centro Medico de la U de Washigton, Serie F, Numero 1, Abril de 1973.
48. Nathanson, E , "Aborto... ¿Derecho de la mujer?", Colección "Caminos de evangelización". Editorial Salesiana, 1987.
49. OMS, Instituto Guttmacher. "Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe", Bogotá del 15 al 18 de Noviembre de 1994.
50. Pathfinder Intenational, Seminario "Responsabilidad médica frente al manejo del aborto para reducir la mortalidad materna", Pachacamac 7 – 8 de Julio de 1997. Publicación Pathfinder.
51. Ahman E, Shah I. Unsafe abortion: Worldwide Estimates for 200. Reprod Health Matters, 2002,10(19):13-17.
52. Cates W, Grimes D, Schulz K. The public health impact of legal abortion: 30 years later. Perspect Sex Reprod Health, 2003; 35:25-28.

53. Faundes A, Lecadio E, Andalaft-Neto J. Making legal abortion accesible en Brazil. *Reprod Health Matters*, 2002,10(19):120 -127.
54. Greenne M, Ecker J. Abortion, health and the law. *New England J Med*, 2004; 350(2):184-186.
55. Henshaw SK, Finer LB. The accessibility of abortion services in the United States, 2003; 35:16-24.
56. Pope LM, Adler NE, Tschann JM. Postabortion psychological adjustment: are minors at increased risk?. *J Adoles Health*, 2001;29(1):2-11.

## **8 ANEXOS**

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
DOCTORADO EN MEDICINA

CUESTIONARIO A PACIENTES HOSPITALIZADAS POR ABORTO INCOMPLETO

1. Edad .....
2. Estado civil: Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( ) Otro .....
3. Ocupación .....
4. Paridad .....
5. Conoce de métodos anticonceptivos No ( ) Si ( ) Mencione.....
6. Este aborto ha sido provocado Si ( ) No ( )
7. Quien tomo la decisión de terminar este embarazo  
Ella misma ( ) Marido ( ) Ambos ( ) Los padres ( ) Otros.....
8. ¿Cuales fueron las razones para terminar el embarazo?  
Salud ( ) Económicas ( ) Deseos de estudiar ( ) Muchos hijos ( )  
Falla MAC ( ) Otros .....
9. ¿En que lugar se realizó el aborto?  
En su domicilio ( ) Hospital ( ) Centro de salud ( )  
Consultorio particular ( ) Casa particular ( ) Otro .....
10. Quien la atendió?  
Médico ( ) Obstetrix ( ) Enfermero ( ) Curandera ( ) Otro.....
11. Uso tabletas (cytotec) para abortar? Si ( ) No ( )
12. Cuantas tabletas usó y por que vía? .....
13. Que molestias tuvo con las tabletas? Nauseas ( ) Vómitos ( )  
Mucho sangrado ( ) Fiebre ( ) Otro .....
14. Se dio cuenta que método uso la persona que realizó el aborto?  
Aspiración ( ) Solo pinzas ( ) Solo tabletas ( ) Otro.....
15. Que tipo de complicaciones tuvo?  
Hemorragia ( ) Infección ( ) Mucho dolor ( ) Fiebre ( ) Otro .....
16. Cuanto le cobró quien le practicó el aborto? .....
17. Cree que el aborto debería ser legal?  
En todos los casos ( ) En algunos casos ( ) En ningún caso ( )
18. En que casos cree que debería estar permitido el aborto?  
En violación ( ) En falla del MAC ( ) En enfermedad grave de la mujer ( )  
Cuando es abandonada por la pareja ( ) En problemas económicos ( )  
En malformaciones congénitas ( ) En todos los casos ( )

Investigador: Dr. José Sandoval Paredes

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
DOCTORADO EN MEDICINA

CUESTIONARIO A PACIENTES EN ESTUDIO POR INFERTILIDAD  
(HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA)

1. ¿Qué edad tiene? .....
2. ¿Cuántos hijos vivos tiene?  
Ninguno ( )      Uno ( )      Dos ( )      Mas de dos ( )
3. ¿Donde cree Ud. que está el problema de su infertilidad?  
Ovario ) )    Trompa ( )    Útero ( )    Cuello ( )    Otro ( )    No sabe ( )
4. ¿Ha tenido abortos provocados?  
No ( )      Si ( )    ¿Cuántos? .....
5. ¿Usted cree que los abortos provocados han influido en la infertilidad?  
No ( )      Si ( ):    Poco ( )    Mas o menos ( )    Mucho ( )
6. ¿Cree que el aborto debería ser legal?  
En todos los casos ( )    En ningún caso ( )    En algunos casos ( )
7. ¿En que casos cree que debería estar permitido el aborto?  
( ) En ningún caso  
( ) En violación  
( ) En falla del método anticonceptivo  
( ) En enfermedad grave que peligra la vida de la mujer  
( ) Cuando es abandonada por la pareja  
( ) Mala situación económica para mantener a su hijo  
( ) Cuando en el trabajo no la aceptan embarazada  
( ) Simplemente la mujer no desea el hijo

Investigador: Dr. José Sandoval Paredes

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
CUESTIONARIO SOBRE ABORTO A MEDICOS GINECOLOGOS

1. ¿Cuántos años tiene Ud. de médico especialista en ginecología y Obstetricia?  
Menos de 5 años ( ) 5 a 10 años ( ) 10 a 20 años ( ) Mas de 20 años ( )
2. Para Ud. la vida empieza con :  
La fecundación ( ) la implantación ( ) Con actividad cardiaca por ecog. ( )  
Después de las 8 semanas ( )
3. ¿En que casos cree que está penalizado el aborto? (marque una o mas)  
( ) El ser en formación lleva taras físicas o psíquicas  
( ) Embarazo producto de violación  
( ) Como único medio de salvar la vida de la gestante  
( ) Autorización de la mujer y su esposo  
( ) En ningún caso
4. En gestación con feto anencefálico ¿Ud. cree que esta permitido legalmente terminar con el embarazo ?  
Si ( ) No ( )
5. Si a las 15 semanas de gestación se diagnostica un feto anencefálico. A pesar de la penalización ¿que es lo que usted sugiere?  
( ) Terminar la gestación previa Junta Médica.  
( ) Esperar el inicio espontáneo del trabajo de parto.  
( ) Terminar la gestación con solo la autorización de la paciente.  
( ) Administrar misoprostol sin necesidad de consentimiento.
6. ¿Cree que el aborto debería ser legal?  
En todos los casos ( ) En ningún caso ( ) En algunos casos ( )
7. ¿En que casos cree que debería estar permitido el aborto? (marque una o mas alternativas )  
( ) En ningún caso  
( ) En violación  
( ) En falla del método anticonceptivo  
( ) En enfermedad grave que pelagra la vida de la mujer  
( ) Cuando es abandonada por la pareja  
( ) Mala situación económica para mantener a su hijo  
( ) Cuando en el trabajo no la aceptan embarazada  
( ) Simplemente la mujer no desea el hijo
8. Usted cree que la legalización del aborto traería consigo : ( marque una o mas alternativas )  
( ) Aumento de muertes maternas  
( ) Disminución de muertes maternas  
( ) Disminución del número de abortos provocados  
( ) Aumento de la frecuencia de abortos provocados
9. ¿A partir de cuantas semanas de gestación debería estar permitido el aborto?  
En ningún caso ( ) Menos de 6 sem. ( ) Menos de 8 sem. ( )  
Menos de 12 sem. ( ) Menos de 20 sem. ( )
10. ¿Que religión profesa?  
Católico ( ) Evangelista ( ) Agnóstico ( ) Ateo ( ) Otros ( )

Investigador: Dr. José Sandoval Paredes



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
DOCTORADO EN MEDICINA

CUESTIONARIO DE OPINION SOBRE ABORTO A SACERDOTES

1. ¿Cuántos años tiene Ud. de SACERDOTE  
 Menos de 5 años     5 a 10 años     10 a 20 años     Mas de 20 años
2. Para Ud. la vida empieza con :  
 La fecundación     La implantación     Con latidos del corazón  
 Con movimientos fetales
3. ¿Usted considera que tener relaciones sexuales sin propósito de procrear es un pecado?  
 Totalmente de acuerdo     De acuerdo     En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo
4. Tener relaciones sexuales antes del matrimonio debe estar siempre prohibido  
 Totalmente de acuerdo     De acuerdo     En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo
5. ¿Con que métodos de planificación familiar esta usted de acuerdo? (marque una o mas)  
 Métodos naturales (abstinencia periódica, moco cervical, temperatura, etc)  
 Condón  
 Resto de métodos artificiales (T de cobre, píldoras, norplant, inyectables, etc)  
 En todos los casos  
 En ningún caso
6. ¿Que opina del AQV (ligadura de trompas y vasectomía) ?  
 No debería realizarse en ningún caso  
 Debería realizarse en algunos casos  
 Debería realizarse previa conserjería de las pacientes  
 Debería realizarse libremente
7. ¿Esta de acuerdo con el uso de condones para prevenir el Sida?  
 Totalmente de acuerdo     De acuerdo     En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo
8. ¿Debe la iglesia católica participar en establecer una política de población en el país?  
 Totalmente de acuerdo     De acuerdo     En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo
9. Si en una mujer a las 4 meses de gestación se le diagnostica un feto anencefálico (no tiene cerebro, puede llegar hasta los 9 meses pero morirá al nacer). ¿Que es lo que usted sugiere?  
 Dejar que continúe la gestación y esperar el inicio espontáneo del parto.  
 Terminar la gestación previa Junta Médica.  
 Terminar la gestación si peligr la vida de la madre.  
 Terminar la gestación previa confesión con sacerdote del hospital.
10. La mujer que tiene un embarazo no deseado, es la que debería decidir respecto a practicarse un aborto  
 Totalmente de acuerdo     De acuerdo     En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo

11. ¿En que casos cree que debería estar permitido legalmente el aborto? (marque una o mas alternativas )
- En ningún caso
  - En violación
  - En falla del método anticonceptivo
  - En enfermedad grave que pelagra la vida de la mujer
  - Cuando es abandonada por la pareja
  - Mala situación económica para mantener a su hijo
  - Cuando en el trabajo no la aceptan embarazada
  - Simplemente la mujer no desea el hijo
12. Usted cree que la legalización del aborto traería consigo : ( marque una o mas alternativas )
- Aumento de muertes maternas
  - Disminución de muertes maternas
  - Disminución del número de abortos provocados
  - Aumento de la frecuencia de abortos provocados
13. Según estudios realizados, en el Perú se realizan mas de 300 mil abortos clandestinos al año. ¿Que sugiere usted para disminuirlos? (marque una o mas respuestas)
- Que se perfeccionen los sistemas policiales para detener a los aborteros
  - Que se castigue con el mayor rigor de la ley
  - Que se profundicen las campañas de planificación familiar
  - Que se refuercen los valores morales de la población
  - Se podría probar legalizándolo en algunas circunstancias.

SI USTEDE DESEA PUEDE AGREGAR ALGUN  
COMENTARIO.....

.....

.....

.....

.....

.....

Investigador: Dr. José Sandoval Paredes