

Gaceta Médica de México

Volumen
Volume **139**

Suplemento
Supplement **1**

Julio-Agosto
July-August **2003**

Artículo:

Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: Resultados de una encuesta nacional

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: Resultados de una encuesta nacional

Sandra G. García,* Diana Lara,** Lisa Goldman***

Resumen

En 2002 se llevó a cabo la primera encuesta entre médicos mexicanos para conocer sus opiniones, prácticas y conocimientos en relación al tema del aborto. Participaron 1,206 médicos seleccionados aleatoriamente de un censo nacional de instituciones públicas de salud en México quienes respondieron un cuestionario auto-administrado. De los participantes el 70% eran hombres y el 53% médicos generales; el 86% se identificó como católicos. El 84% identificó correctamente las leyes que en ocasiones permiten el aborto, mientras que 16% consideró que el aborto era siempre ilegal. Se consideró que el aborto debía ser legal cuando el embarazo era resultado de una violación (86%), cuando pone en peligro la vida de la mujer (93%) o su salud está en riesgo (87%) o cuando el producto presenta defectos congénitos serios (82%). Mientras que el 84% consideró que todas las instituciones públicas de salud deberían ofrecer abortos legales, solo el 11% había llevado a cabo un aborto. El 81% de los participantes manifestaron el deseo de contar con mayor información sobre aspectos legales, el 65% sobre aspectos éticos y el 56% sobre regímenes aprobados de aborto. Nuestros hallazgos aportan información válida sobre las opiniones de estos médicos y pueden contribuir a informar sobre el debate en torno al aborto en México.

Palabras claves: Aborto, leyes, México, encuesta, médicos, nacional

Summary

In 2002, we surveyed Mexican physicians to learn about their abortion-related knowledge, opinions, and practices. We sampled 1,206 physicians working at randomly chosen medical institutions drawn from a national census of urban health facilities in Mexico. Respondents privately answered an anonymous, self-administered questionnaire and sealed it in an envelope for later collection. The majority of respondents were male (70%), general practitioners (53%), and identified themselves as Roman Catholic (86%). A large majority (84%) correctly knew that Mexican laws sometimes allow abortion, while 16% incorrectly believed that abortion was always illegal. Most respondents felt abortion should be legal when pregnancy results from rape (86%), when it places a woman's life (93%) or health in danger (87%), and when a fetus has serious congenital defects (82%). While 84% of physicians felt that all public medical facilities in Mexico should offer legal abortions, only 11% had ever performed one themselves. Respondents wanted more information about legal (81%) and ethical (65%) aspects of abortion, as well as information concerning approved medical abortion regimens (56%). This is the first abortion survey conducted among a national sample of Mexican physicians. Our findings provide valid information on these physicians' views on abortion and may, in turn, provide information for Mexico's ongoing abortion debate.

Key words: Abortion, law, Mexico, survey, physicians, national

* Directora del Programa de Salud Reproductiva, Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, México, DF.

** Investigadora Asociada, Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, México, DF.

*** Investigadora Asociada, Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, México, DF.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Toda la correspondencia sobre este manuscrito debe dirigirse a Sandra G. García, Population Council, Panzacola 92-102, Col. Villa Coyoacan, México D.F., 04000, México. Tel: (52-55) 5999-8658, Fax: (52-55) 5554-1226, e-mail: sgarcia@popcouncil.org.mx

Introducción

América Latina es la región con el índice mas elevado de abortos inseguros en el mundo. En esta región ocurren 3.7 millones de aborto al año, estimándose una tasa de aborto de 26 por 1,000 mujeres en edad reproductiva.¹ Los abortos inseguros constituyen cerca del 25% de todas las muertes maternas en Latino América y el Caribe, alrededor de 12% de todas las muertes en África y 10% en Asia.² Se estima que en México la mortalidad asociada con el aborto es la tercera o cuarta causa de mortalidad materna.^{3,4} Muchas de estas muertes innecesarias posiblemente son resultado de abortos clandestinos llevados a cabo por personal sin entrenamiento, en condiciones insalubres y con poco o ningún acceso a servicios médicos de emergencia. Cuando el aborto se practica por médicos debidamente entrenados y en condiciones seguras, éste puede ser menos riesgoso que un nacimiento. Aproximadamente 76,000 mujeres en el mundo mueren anualmente debido a abortos inseguros, convirtiendo la mortalidad asociada al aborto en uno de los riesgos mas complejos (y prevenibles) que enfrenta la salud pública y la comunidad médica actualmente.^{2,5}

Las leyes mexicanas sobre aborto varían de acuerdo al estado, sin embargo, en todos los 31 estados y el Distrito Federal, el aborto está permitido en casos de violación. En 27 estados el aborto también está permitido para salvar la vida de la mujer.⁶ La legislación más reciente en el Distrito Federal, añadió a la lista de circunstancias permisibles el aborto para salvar la vida de la mujer y el aborto en casos de malformaciones congénitas.⁷ Mientras que las leyes mexicanas son menos restrictivas en comparación con otros países latinoamericanos, la mortalidad asociada al aborto constituye una carga importante de salud pública. La falta de conocimiento o el conocimiento erróneo entre la población general en México (y probablemente entre los médicos también), podría ser un factor que contribuya a los índices tan altos de mortalidad asociada al aborto. Otro factor podría ser que las mujeres mexicanas (en el lado de la demanda del servicio) y los médicos (en el lado de la oferta), duden de un respaldo real de la legislación aun en las pocas circunstancias en donde el aborto está permitido por la ley. Este miedo puede a su vez promover la demanda de servicios de aborto inseguro como la única opción. Se requiere contar con conocimiento confiable y estudios de opinión para documentar y llegar a una comprensión más adecuada del contexto del aborto inseguro y el aborto legal en México.

Algunos estudios han documentado los conocimientos y actitudes de la población mexicana hacia el aborto utilizando muestras representativas a nivel nacional.⁸⁻¹⁰ Por ejemplo, una encuesta nacional reciente entre 3000 mexicanos de 15 a 65 años detectó que solo el 45% de los residentes de zonas urbanas y 32% de zonas rurales, conocían que el aborto está legalmente permitido en

algunos casos. Sin embargo, esta misma encuesta informó que la gran mayoría de los participantes (69%) creían que el aborto debía ser legal en algunas circunstancias, que las principales instituciones médicas del país (como IMSS, ISSSTE y la Secretaría de Salud) deberían ofrecer servicios de aborto legal (76-80%) y que los estudiantes de medicina debían recibir entrenamiento adecuado sobre comoprácticas servicios de aborto legal (80%).¹¹

Es incuestionable que los médicos mexicanos juegan un papel crucial en la provisión de servicios de aborto seguros y legales. Es importante conocer los puntos de vista de todos los médicos, pero especialmente aquellos con más probabilidad de encontrar casos de aborto espontáneo o inducido (ya sean o no legales), ya que representan un sector importante de la población. No obstante, hasta la fecha no se ha llevado a cabo ningún estudio con una muestra representativa a nivel nacional que documente los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos en relación al aborto.

Los estudios realizados hasta la fecha han abordado los conocimientos, actitudes y prácticas de diversos proveedores de servicios de salud desde diferentes puntos de vista. Algunos se han enfocado en registrar la experiencia de un determinado grupo de proveedores de salud, generalmente médicos,¹²⁻¹⁶ entanto que otros han estudiado y comparado la opinión que sobre el mismo tema tienen diferentes profesionales de la salud involucrados en la atención de mujeres que sufren abortos, como médicos, trabajadoras sociales, enfermeras y psicólogos.^{17,18} Algunas investigaciones han recolectado información de médicos en formación, estudiantes de medicina, residentes de gineco-obstetricia,^{13,14} y otros médicos de diferentes especialidades como ginecobstetras, pediatras, internistas, anestesiólogos y neurólogos.^{12,16,17,18}

En general, los estudios realizados hasta la fecha han usado muestras relativamente pequeñas (no mayores a 200 participantes). Además, la obtención de la información publicada en revistas científicas se ha limitado a hospitales públicos del Distrito Federal. Solamente un estudio se realizó en San Luis Potosí. En cuanto a las metodologías utilizadas para recolectar la información, ha predominado el uso del cuestionario auto-administrado.^{13-15,18} En otros estudios se han realizado entrevistas personales¹² y observación participativa.¹⁶

La mayoría de los estudios coinciden en demostrar un conocimiento limitado sobre las circunstancias bajo las cuales el aborto no está penalizado. Los estudios de González de León (1997, 2000) informan que 68% de los médicos en formación y 64% de los residentes de ginecobstetricia conocían que el aborto no estaba penalizado bajo ciertas circunstancias. El estudio de Saldaña (1999) informó una variación del 7% al 86% en cuanto al conocimiento de las leyes concernientes al aborto.

Los estudios mencionados anteriormente revelan una actitud positiva de los proveedores de salud hacia la práctica del aborto bajo las condiciones establecidas en la ley y una actitud negativa hacia la práctica del aborto por otras razones incluyendo las causas económicas (limitaciones financieras), la falla de un método anticonceptivo, el embarazo en adolescentes, el abandono o la muerte del cónyuge o la voluntad personal.

El objetivo de este estudio es describir los conocimientos y las opiniones de los médicos generales, familiares y los ginecobiétetas sobre los aspectos legales del aborto en México y las técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas para realizar abortos. Finalmente, informamos la experiencia de estos médicos en cuanto a la práctica de abortos legales y el manejo de abortos incompletos, así como sus necesidades en cuanto a información y capacitación técnica.

Métodos

Marco de muestreo de médicos a nivel nacional

Enfocamos nuestro estudio en los médicos que atienden con mayor frecuencia a mujeres que presentan abortos. Los médicos generales (MG), familiares (MF) y ginecobiétetas (GO) son quienes generalmente atienden en su práctica diaria tanto a mujeres con abortos en evolución espontáneos o provocados como a mujeres que desean practicarse un aborto legal. En el caso de los médicos generales, decidimos establecer un período mínimo de experiencia profesional de 3 años, lapso en el cual habrían tenido la oportunidad de atender pacientes con este problema.

No fue posible contar con un marco de muestreo idóneo para realizar una selección aleatoria de MG, MF y GO que ejercen profesionalmente en la República Mexicana. Algunos países cuentan con censos de los médicos acreditados para ejercer la profesión, con información actualizada de domicilio y lugar de trabajo. En el caso de México, aunque existe un organismo gubernamental que expide a los médicos las cédulas profesionales, la información sobre el tipo de ejercicio profesional, lugar de trabajo y domicilio no se actualiza de forma regular. Debido a esta limitante, decidimos seleccionar a los médicos que queríamos incluir en nuestra muestra utilizando dos bases de datos proporcionadas por la Secretaría de Salud de México, una correspondiente a un censo de unidades médicas de la Secretaría de Salud del año 2000 y otra un censo realizado en el año 2001 de unidades médicas del sector privado en todo el país. En ambos casos el censo fue realizado por la Secretaría de Salud.

Las base de datos de unidades de la Secretaría de Salud contaba con 11,551 unidades médicas distribuidas en todo

el país (La Secretaría de Salud de México es la institución que cuenta con más unidades médicas en todo el país. Las 11,551 unidades médicas de la Secretaría de Salud representan el 60.4% de todas las unidades médicas que existen en el país (19,107). En segundo lugar se encuentra el Instituto Mexicano del Seguro Social que cuenta con 5,393 unidades, representando el 28% de todas las unidades que existen en el país.¹⁹⁾ tanto en áreas urbanas como rurales, en donde laboraban 2,141 ginecobiétetas y 14,694 médicos generales, arrojando un total de 16,835 médicos. La base de datos se depuró para concentrar el estudio sólo en unidades urbanas, ya que la mayoría de los médicos que laboran en áreas rurales son médicos pasantes en formación y los médicos generales que trabajan en estas unidades cuentan con una experiencia profesional menor a tres años. Posteriormente, eliminamos 9,395 unidades ubicadas en zonas rurales y 154 unidades en las que no estaban contratados médicos elegibles, es decir MG, MF y GO. El marco de muestreo se redujo a 2004 unidades de salud del sector público, en las cuales laboran 11,044 médicos.

La base de datos de unidades privadas inicialmente contaba con 2,922 unidades médicas en las cuales laboraban 8,781 médicos. De igual forma, realizamos una depuración de la información, eliminando 731 unidades que no contaban con médicos elegibles (MG, MF y GO). El marco de muestreo se redujo a 2,191 unidades médicas privadas en las cuales laboran 8,781 médicos.

Dados los problemas logísticos para levantar la información se realizó una última etapa de depuración del marco muestral. De las unidades seleccionadas de forma aleatoria en toda la República Mexicana, deseábamos seleccionar cuatro médicos en cada una para asegurar un número mínimo de entrevistas en cada unidad pública y privada. Muchas unidades contaban con menos de cuatro médicos elegibles (67% de las unidades médicas del marco de muestreo), en estos casos decidimos unir varias unidades cercanas geográficamente que formaran parte del marco de muestreo para formar un conglomerado de unidades que contaran con por lo menos cuatro médicos en total. Sin embargo, al realizar una revisión de la localización de las unidades, generalmente se encontraban muy lejanas unas de otras, lo que representaba un problema logístico difícil de resolver. Por esta razón, eliminamos del marco de muestreo las unidades médicas (públicas y privadas) que contaran sólo con cuatro o menos médicos elegibles.

El marco de muestreo quedó conformado por 1,369 unidades, 845 del sector público (de la Secretaría de Salud) y 524 del sector privado ubicadas en áreas urbanas (municipios con más de 2,500 habitantes), que contaban con cinco o más MG, MF y/o GO. En estas unidades laboraban 13,900 médicos elegibles, 63% (n=8,810) en unidades públicas y 37% (n=5,090) en unidades privadas.

Selección y diseño de la muestra actual

Realizamos la selección aleatoria de la muestra de unidades de salud, considerando una muestra de 1,200 médicos elegibles (MG, MG y GO) en todo el país, con un margen de error de $\pm 2.73\%$ y un intervalo de confianza (IC) del 95%. Utilizamos un muestreo por cuotas, dividiendo el país en tres regiones (norte, centro y sur). Con el objetivo de recolectar por lo menos 400 entrevistas en cada una, se eligieron 131 unidades médicas de forma aleatoria en la región norte y centro y 130 en la región sur. Utilizando un IC del 95 %, se calcularon los siguientes márgenes de error por área: norte 4.6%, centro 4.8% y sur 4.6%. En cada unidad seleccionada, se llevarían a cabo 4 entrevistas con MG, MF y GO seleccionados de forma conveniente para tener una muestra potencial de 1,586 médicos elegibles. El cálculo de la muestra de unidades médicas ($n=392$) se realizó considerando una tasa de no respuesta de los médicos elegibles del 30% ($n = 386$ entrevistas). La selección de médicos se realizó de forma conveniente, debido a que previo a la realización de este estudio nacional, realizamos un estudio piloto en cuatro hospitales de la ciudad de México, en los cuales encontramos oposición de las autoridades de algunos hospitales para brindar el listado de los médicos que laboraban en la unidad.

Cuestionario y aplicación

Se diseñó un cuestionario auto-administrado estructurado que contenía 56 preguntas sobre dos temas importantes de salud reproductiva: el aborto y el cáncer cervico-uterino. Previo a la realización del estudio formamos ocho grupos focales para evaluar la aceptación de un cuestionario que sólo abordaba los temas de aborto vs un cuestionario que incluyera temas de aborto y cáncer

cervico-uterino. Encontramos mayor aceptación del instrumento que contemplaba los dos temas de salud reproductiva. Este artículo sólo contempla los resultados sobre aborto.

El cuestionario fue anónimo, confidencial y comprendió 12 preguntas de información sociodemográfica y datos sobre el perfil del médico como: universidad de egreso, año de graduación, tipo de especialidad, sector en el que labora (público y/o privado), cargo que desempeña, servicio en el que labora y experiencia profesional. Se incluyeron 28 preguntas sobre conocimientos, actitudes y prácticas en relación al aborto. Las preguntas realizadas consideraron la actitud y práctica hacia abortos legales e ilegales. También se indagó sobre la disponibilidad de los médicos a participar en servicios de aborto legal, aceptación de la introducción del aborto médico (por ejemplo, el régimen internacionalmente aceptado de mifepristona y misoprostol para inducir un aborto en embarazos de menos de 56 días de gestación)²⁰⁻²² y temas de capacitación y actualización de interés.

Recolección de datos

El trabajo de campo estuvo a cargo de la empresa Grupo IDM (Investigación de Mercado y Asesoría, S.A. de C.V.). Entre el 2 de julio y el 16 de agosto del 2002, 74 entrevistadores de ambos sexos y 25 supervisores recolectaron la información.

En cada unidad seleccionada los entrevistadores concertaban una cita con el director de la unidad de salud para explicar los objetivos del estudio y entregar un paquete de material de apoyo que contenía información sobre la organización no-gubernamental que estaba realizando el estudio (Population Council), objetivos y finalidad del estudio, dos artículos científicos (sobre otros temas de salud reproductiva) e información sobre

Cuadro I. La distribución de unidades y médicos seleccionadas en la muestra final. Estudio nacional de conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos en relación al aborto, México 2002

	Total n	Norte n (%)		Centro n (%)		Sur n (%)	
Total							
Unidades	288	96	(33)	103	(36)	89	(31)
Médicos	1206	406	(34)	426	(35)	374	(31)
Publico							
Unidades	170	58	(34)	50	(29)	62	(36)
Médicos	694	243	(35)	185	(27)	266	(38)
Privado							
Unidades	118	38	(32)	53	(45)	27	(23)
Médicos	512	163	(32)	241	(47)	108	(21)

Cuadro II. Características sociodemográficas de los médicos incluidos en la muestra. Estudio nacional de conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos en relación al aborto (n = 1206), México 2002

Características	Médicos Total n = 1206	
	n	(%)
Edad		
24-33 años	257	(21)
34-43 años	391	(32)
44-53 años	448	(37)
54-60 años	110	(9)
Género		
Femenino	363	(30)
Masculino	843	(70)
Estado civil		
Soltero(a)	215	(18)
Casado(a)	909	(75)
Unión libre	18	(2)
Divorciado(a) / Separado(a) / Viudo(a)	64	(5)
Religión*		
Católica	1024	(85)
Otra	102	(8)
Ninguna	75	(6)
Frecuencia de asistencia a servicios religiosos**		
Nunca o casi nunca	476	(40)
1 o 2 veces al mes	368	(31)
Cada semana	304	(25)
Más de una vez a la semana	45	(4)
Ingreso mensual***		
Hasta 9,000 pesos	808	(69)
9001 a 13,500 pesos	222	(19)
Más de 13,500 pesos	147	(12)
Tiene hijos		
Si	985	(82)
No	221	(18)
Especialidad		
Medico General	638	(54)
Gineco-obstetra	317	(25)
Medico Familiar	251	(21)
Universidad de la cual egresó		
Universidad autónoma de México	381	(32)
Instituto Politécnico Nacional	59	(5)
Otra universidad pública	688	(57)
Universidad privada	78	(6)
Año que finalizó la carrera		
1990-2002	412	(34)
1980-1989	485	(40)
1970-1979	270	(22)
1960-1969	39	(3)
Sector en el que labora		
Público	396	(33)
Privado	486	(40)
Mixto	324	(27)

* Five physicians did not answer n = 1201

** Thirteen physicians did not answer n = 1193

***Twenty-nine physicians did not answer n = 1177

una línea telefónica gratuita en toda la República Mexicana que se instaló como un recurso de apoyo para brindar información detallada sobre el estudio a los médicos participantes. Si el director de la clínica u hospital aceptaba que la unidad bajo su cargo participara en el estudio, un entrevistador entregaba el cuestionario a cuatro médicos generales, familiares, y/o ginecobstetras elegidos de forma conveniente.

A cada médico seleccionado se le entregó un paquete que contenía la misma información brindada al director del hospital. Si el médico aceptaba participar se le entregaba un sobre y el cuestionario auto-administrado, con la indicación de introducirlo en el sobre y sellarlo sin poner su nombre. Uno o 2 días posterior a la entrega, el mismo entrevistador recolectó el sobre.

Análisis de datos

La captura de la información se realizó utilizando el paquete SPSS MR- In2quest (versión 4.5) y el análisis con SPSS-PC (versión 10). Debido a que el estudio se realizó por cuotas no proporcionales a la distribución de médicos que existía en el marco de muestreo (400 entrevistas por cada región), para llevar a cabo el análisis estadístico fue necesario utilizar ponderadores para cada región. El cálculo de los ponderadores se realizó utilizando la distribución por región de los médicos del marco muestral seleccionado (n=19,825 médicos): norte 17.9% (n=3,559 médicos), centro 63.1% (n=12,940 médicos) y sur 16.2% (n=3,326 médicos). La distribución de los médicos en la muestra fue la siguiente: norte 33.6% (n=406 médicos), centro 35.3% (n=426) y sur 31% (n=374). Para calcular los ponderadores por región se dividió la distribución del marco muestral entre la distribución de la muestra: norte ($17.9\%/33.6\% = 0.5317$), centro ($63.1\%/35.3\% = 1.8488$) y sur ($16.2\%/31.0\% = 0.5419$).

Resultados

Características de la muestra

De los 1,586 médicos elegibles, 1206 que laboraban en 288 unidades médicas aceptaron participar, obteniendo una tasa de no-respuesta del 24%. La tasa de no respuesta de los médicos que fueron entrevistados en unidades privadas fue mayor comparada con la de los médicos entrevistados en unidades públicas (28% vs. 21%). Aproximadamente una tercera parte de los médicos entrevistados pertenecía a cada una de las regiones del país (norte 33%, centro 36%, sur 31%) (Cuadro I). No se recibieron llamadas en la línea 1-800 que se estableció para el estudio.

Perfil socio-demográfico de los médicos

En el cuadro II se muestran las características socio-demográficas de los médicos entrevistados.

La mayoría de los médicos en nuestra muestra eran hombres (70%) entre 34 y 53 años (69%), casados (75%), con hijos (82%) y un ingreso mensual de hasta \$9,000 pesos (69%). Aun cuando la mayoría de los participantes se identificaron como católicos (85%), la mayoría nunca o casi nunca asistía a servicios religiosos (40%). Casi la mitad (54%) de los médicos en nuestra muestra eran médicos generales, seguidos de ginecobstetras (25%) y médicos familiares (21%). Una gran mayoría (89%) de los

médicos eran egresados de universidades públicas: 32% de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y 57% provenían de otras universidades públicas. El 33% de nuestra muestra trabajaba exclusivamente en el sector público mientras que el 27% trabajaba en el sector público y el privado. En promedio, los médicos que solo trabajaban en el sector privado laboraban aproximadamente 12 horas por semana menos que aquellos que trabajaban en el sector público (promedio de horas: 24.9 vs. 36.5). La gran mayoría (79%) de los médicos del sector público están adscritos a los servicios de consulta externa. Pocos eran jefes de departamento (7%); de hecho, casi tres cuartas partes (72%) eran médicos adscritos.

Cuadro III. Conocimiento sobre leyes acerca del aborto y técnicas médicas para la atención de abortos incompletos y legales. Estudio nacional de conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos en relación al aborto (n = 1206), México 2002

Conocimiento	Médicos Total n = 1206 n (%)
Respondió correctamente que el aborto es legal en algunas circunstancias	1008 (83)
Médicos que identificaron correctamente el estatus legal a el aborto en su estado por causal*	
Accidente o imprudencia de la mujer embarazada	394 (33)
Violación	883 (73)
La mujer embarazada corra peligro de muerte	803 (67)
La mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud	489 (40)
Alteraciones genéticas o congénitas graves del producto	682 (57)
Resultado de una inseminación artificial no querida ni consentida	376 (31)
Falta de recursos económicos	1136 (94)
La mujer es madre soltera	1164 (96)
Conocimiento de procedimientos para aborto incompleto (respuestas afirmativas)*	
Legrado uterino instrumental (LUI)	1099 (91)
Aspiración manual endouterina (AMEU)	587 (49)
Misoprostol (Cytotec) solo u otras prostaglandinas solas	597 (49)
Mifepristona (RU-486) + misoprostol (Cytotec)	350 (29)
Metotrexate (Ledertrexate) + misoprostol (Cytotec)	278 (23)
Conocimientos de procedimientos para aborto legal (respuestas afirmativas)*	
Legrado uterino instrumental (LUI)	874 (72)
Aspiración manual endouterina (AMEU)	574 (48)
Misoprostol (Cytotec) solo u otras prostaglandinas solas	738 (61)
Mifepristona (RU-486) + misoprostol (Cytotec)	520 (43)
Metotrexate (Ledertrexate) + misoprostol (Cytotec)	408 (34)

* Las leyes sobre el aborto en México varían de un estado a otro, excepto en el caso de embarazo por violación circunstancia que es legal en todos los estados. En la mayoría de los estados, el aborto es legal en caso de imprudencia o accidente de la madre y cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer. En el caso de imprudencia o accidente es legal en todos los estados excepto Chiapas, Nuevo León, y Tabasco. En el caso de peligro de la vida de la mujer embarazada es legal en todos los estados excepto el Distrito Federal, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, y Querétaro. En las siguientes circunstancias el aborto es legal en muy pocos estados: embarazo que cause grave daño a la salud de la mujer, embarazo por inseminación artificial no consentida, alteraciones genéticas o congénitas graves del producto y por razones económicas. En el caso de daño grave a la salud solamente está permitido en 9 estados: Distrito Federal, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas. Bajo la circunstancia de inseminación artificial no consentida el aborto es legal en los siguientes 8 estados: Baja California, Baja California Sur, Colima, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Guerrero, Morelos, y Tabasco. En el caso de alteraciones genéticas o congénitas graves del producto el aborto no está penalizado en 13 estados: Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chiapas, Distrito Federal, Guerrero, México, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán. Solamente en Yucatán el aborto no está penalizado cuando la mujer embarazada tenga por lo menos tres hijos y carezca de recursos económicos para mantener un hijo más. El aborto no está permitido en ningún estado si la mujer embarazada es madre soltera.

Conocimiento sobre aspectos legales y médicos del aborto

El cuadro III muestra el conocimiento de los médicos sobre las leyes de aborto y los procedimientos médicos para llevar a cabo un aborto. El 83% de los médicos encuestados sabían que el aborto en México es legal en algunas circunstancias mientras que el 16% estimó incorrectamente que el aborto nunca es legal. Se les preguntó a los médicos que identificaran el estatus de la legislación sobre aborto en su estado de acuerdo a diferentes circunstancias. La mayoría de médicos en esta muestra identificó correctamente la legislación en el caso de embarazo producto de una violación (73%). De igual modo, 67% conocía la legislación para casos donde la vida de la mujer está en peligro; 118 (9%) consideraron que era ilegal cuando de hecho era legal en su estado. Aproximadamente un tercio de los médicos conocía la legislación de su estado en los casos de accidente o imprudencia de la mujer (33%) y más de un tercio identificó de manera correcta si el aborto era legal o ilegal cuando la salud de la mujer está en riesgo (41%). El 57% identificó correctamente si el aborto era legal o ilegal cuando hay alteraciones genéticas o congénitas graves del producto.

En cuanto a conocimiento sobre procedimientos de aborto, 1099 (91%) de los médicos sabían que podían llevar a cabo un legrado uterino instrumental (LUI), procedimiento para aborto incompleto, y 874 (72%) sabía que podían utilizar el LUI para aborto legal. Un menor número de médicos sabía que podían utilizar la aspiración manual endouterina (AMEU) como procedimiento para tratar el aborto incompleto (49%) y para el aborto legal (48%). Cuando se les preguntó sobre el uso de los regímenes de aborto médico, 597 (49%) médicos sabían que podían utilizar misoprostol solo u otras prostaglandinas solas para aborto incompleto y 738 (61%) sabían que lo podían utilizar para aborto legal.

Opiniones y actitudes en relación al aborto

Como se muestra en el Cuadro IV, los médicos citaban a las mujeres como el grupo que debe ser más escuchado para diseñar leyes sobre aborto (54%), seguido por la comunidad médica (23%). Cuando se les preguntó porque pensaban que las mujeres abortaban, una tercera parte consideró que abortaban porque eran irresponsables (34%) o porque habían sido violadas (30%). Pocos médicos opinaban que las mujeres abortan porque no están listas para tener un hijo (14%), no contaban con una relación estable (8%), debido a una carga financiera (7%), por ser menores de 18 años (6%) o porque estaban satisfechas con el número de hijos que tenían (2%).

Las opiniones de los proveedores de servicios de aborto también se muestran en el cuadro IV. El 84% de los médicos sentía que todas las instituciones públicas deberían ofrecer servicios de aborto legal, el 56% consideró que el aborto se debía ofrecer sólo durante el primer trimestre (los lineamientos de organización y operación de los servicios de salud del Distrito Federal emitidos en Abril del 2002, estipulan que los médicos deben practicar el aborto legal si el embarazo tiene menos de 20 semanas de gestación.²³ En muchos estados no está estipulada una edad gestacional límite para practicar el procedimiento).⁶ Cuando se les planteó la respuesta hipotética de si estarían o no dispuestos a practicar abortos si la institución pública donde trabajaban contara con un servicio especializado para el manejo y tratamiento de mujeres que lo solicitaran, la mitad (55%) respondió que sí los practicarían. Tres cuartas partes de los médicos mencionaron que utilizarían los tratamientos de aborto médico si estuvieran disponibles en los hospitales y las clínicas del sector público.

El cuadro V muestra la diferencia en el porcentaje de médicos que están de acuerdo con la práctica del aborto bajo circunstancias específicas y el porcentaje que llevaría a cabo un aborto bajo las mismas circunstancias. En cada caso, el porcentaje de participantes que llevaría a cabo un aborto siempre fue menor al porcentaje que estaba de acuerdo. Por ejemplo, 86% estaban de acuerdo que el aborto debía ser legal en el caso de embarazo producto de una violación, pero un porcentaje menor (71%) estaría de acuerdo en llevar a cabo el procedimiento en este caso.

Práctica médica

En el caso de una mujer que se presentara con un aborto incompleto o con complicaciones post-aborto o de una mujer que requiriera un aborto legal, solo el 23% de los médicos en esta muestra informaron que resolverían estos casos de manera directa, mientras que el 22% resolvería algunos casos y referiría otros y el 40% referiría todos los casos (Cuadro VI). Tanto los médicos del sector público como los del privado, informaron que el legrado uterino instrumental (LUI) era el procedimiento más comúnmente utilizado para abortos incompletos (93% y 92% respectivamente). La AMEU es utilizada con mayor frecuencia para resolver abortos incompletos por los GO que laboran en el sector público (45%) y privado (35%) en comparación con los MF y MG que laboran en el sector público (14%) y privado (21% y 13%, respectivamente). En términos del aborto médico, 9% de los médicos en el sector público y 8% del sector privado informó que el Cytotec (prostaglandinas) se utilizaba para abortos incompletos. También los GO que laboran tanto en el sector privado como en el público, informaron utilizar con mayor frecuencia el Cytotec (13% y 11%

Cuadro IV. Opiniones de los médicos acerca del aborto. Estudio nacional de conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos en relación al aborto (n = 1206), México 2002

Opiniones	Médicos	
	Total n = 1206	n %
Grupo que debe ser mas escuchado para leyes sobre aborto		
Mujeres	653	(54)
Sociedad en general	197	(16)
Comunidad Médica	281	(23)
Iglesia	75	(6)
Razones en que cree que las mujeres abortan		
Falta de responsabilidad	406	(34)
Resultado de una violación	359	(30)
No están listas o preparadas para tener un hijo	164	(14)
No tienen una relación de pareja estable	93	(8)
Falta de recursos económicos	83	(7)
Son menores de edad	77	(6)
Están satisfechas con el numero de hijos que tienen	24	(2)
Considera que las instituciones publicas de salud deberían ofrecer servicios para el aborto legal		
Si	1013	(84)
No	193	(16)
Hasta que trimestre deberían de ofrecer abortos*		
Primer trimestre	673	(56)
Segundo trimestre	317	(26)
No debería haber límite	110	(9)
En ningun momento	106	(9)
Estaría dispuesto a practicar abortos legales en un servicio dedicado al manejo y tratamiento de mujeres que solicitan abortos legales (público)**		
Si	394	(55)
No	326	(45)
Utilizaría un tratamiento médico/farmacológico para la atención de los abortos legales (público)**		
Si	539	(75)
No	181	(25)

* Una persona dijo que hasta las 30 semanas

** Sólo se preguntó a participantes que laboraban en el sector público (n = 720)

Cuadro V. Circunstancias en que los médicos están de acuerdo que en una mujer se practica un aborto y en las que estarían dispuestos a realizar un aborto. Estudio nacional de conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos en relación al aborto, (n = 1206) México 2002

Circunstancia	De acuerdo*		Atendería ⁺	
	n	(%)	n	(%)
Violación	1041	(86)	852	(71)
La mujer embarazada corra peligro de muerte	1119	(93)	1030	(85)
La mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud	1054	(87)	891	(74)
Alteraciones genéticas o congénitas graves del producto	998	(83)	842	(70)
Resultado de una inseminación artificial no querida ni consentida	680	(56)	438	(36)
Falta de recursos económicos	161	(13)	82	(7)
La mujer es madre soltera	93	(8)	43	(4)
La mujer es menor de edad (menos 18 años)	158	(13)	94	(8)
Falló un método anticonceptivo	179	(15)	127	(10)
La mujer así lo decida	242	(20)	127	(11)

* ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con que el aborto sea legal o no en las siguientes circunstancias?

⁺ En algunas de las siguientes circunstancias el aborto es legal y en otras no lo es. ¿Bajo cuáles de las siguientes circunstancias estaría usted dispuesto a realizar un aborto si una paciente se lo solicita y usted tuviera el suficiente entrenamiento para realizarlo?

Cuadro VI. Atención y práctica del aborto. Estudio nacional de conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos en relación al aborto, (n = 1206) México 2002

	Médicos Total n = 1206 n (%)	Especialidad		
		Ginecólogo-obstetra n = 296 (25%) n (%)	Familiar n = 258 (21%) n (%)	General n = 652 (54%) n (%)
Atiende o refiere mujeres con abortos incompletos, complicaciones post-aborto o abortos legales				
Refiere todos los casos	481 (40)	18 (6)	140 (54)	323 (50)
Resuelve directamente	278 (23)	185 (63)	18 (7)	75 (11)
Resuelve unos casos y otros los refiere	266 (22)	75 (25)	55 (21)	136 (21)
No atiende casos de este tipo	180 (15)	17 (6)	45 (18)	118 (18)
Procedimientos utilizados en el sector público para atender a una mujer con un aborto incompleto[†]				
Legrado uterino instrumental (LUI)	267 (93)	151 (95)	51 (88)	65 (95)
Aspiración manual endouterina (AMEU)	89 (31)	72 (45)	8 (14)	9 (14)
Solo prostaglandinas (Cytotec)	27 (9)	21 (13)	3 (5)	3 (4)
Procedimientos utilizados en el sector privado para atender a una mujer con un aborto incompleto^{*j}				
Legrado uterino instrumental (LUI)	395 (92)	206 (95)	30 (93)	159 (88)
Aspiración manual endouterina (AMEU)	107 (25)	77 (35)	7 (21)	23 (13)
Solo prostaglandinas (Cytotec)	32 (8)	24 (11)	1 (2)	8 (4)
Alguna vez ha llevado a cabo un aborto legal*				
Si	59 (11)	33 (13)	7 (9)	20 (9)
No	486 (89)	228 (87)	66 (91)	192 (91)

* Se preguntó sólo a los participantes que reportaron que resolverían todos los casos o referirían algunos casos y resolverían otros de mujeres solicitando un aborto (n = 544).

† Se preguntó sólo a los participantes que laboraban en el sector público.

j Se preguntó sólo a los participantes que laboraban en el sector privado.

respectivamente) en comparación con los MG y MF (Cuadro VI). Solo el 11% de los médicos en esta muestra han llevado a cabo un aborto alguna vez en su carrera (Cuadro VI) y de éstos, el número promedio de abortos fue de 1.8.

Necesidades de capacitación

Cuando se preguntó a los médicos si deseaban recibir entrenamientos sobre varios temas relacionados con aborto, la mayoría de los entrevistados estuvo de acuerdo (Cuadro VII). El 81% deseaba entrenamiento sobre aspectos legales de aborto y 65% sobre aspectos éticos del aborto. Casi la mitad deseaba entrenamiento en aborto médico (56%), técnicas quirúrgicas y farmacológicas para realizar abortos legales (55%) y AMEU. El 46% deseaba entrenamiento en LUI y apoyos diagnósticos de gabinete. Menor porcentaje deseaba entrenamiento sobre aspectos epidemiológicos del aborto (39%) y uso de anestésicos en aborto (38%).

Discusión

La revisión exhaustiva de la literatura científica disponible, revela que la encuesta descrita parecería ser la primera

Cuadro VII. Temas de entrenamiento con relación al aborto. Estudio nacional de conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos en relación al aborto, (n = 1206) México 2002

Temas de entrenamiento	Médicos Total n = 1206 n (%)
Aspectos legales del aborto	981 (81)
Aspectos éticos del aborto	786 (65)
Aborto médico/farmacológico*	671 (56)
Técnicas quirúrgicas y farmacológicas para realizar abortos legales	667 (55)
Aspiración manual endouterina (AMEU)	626 (52)
Legrado uterino instrumental (LUI)	555 (46)
Apoyos diagnósticos de gabinete (ultrasonido)	549 (46)
Interacción médico-paciente	507 (42)
Aspectos epidemiológicos del aborto	476 (39)
Uso de anestesia en el aborto	460 (38)

*Uso de prostaglandinas, mifepristona, metrotexate

realizada con una muestra nacional de médicos mexicanos de las áreas urbanas. Mientras que esta investigación mantiene una muestra probabilística a nivel de las instituciones de salud de las áreas urbanas muestreadas,

las dificultades logísticas (y muy probablemente políticas) impidieron la obtención de una muestra aleatoria de médicos elegibles en cada uno de los sitios seleccionados aleatoriamente. Esto constituye una limitación importante para generalizar nuestros resultados. Mientras que podemos aseverar que nuestro marco muestral garantizó una selección nacional representativa de todas las instituciones médicas afiliadas a la Secretaría de Salud (que cuentan con ciertas características que se describen en la sección de Métodos), así como de todas las instituciones privadas de salud en las áreas urbanas de México, no es posible asegurar que nuestros resultados sean representativos de los médicos generales, familiares y ginecobstetras que laboran en dichas instituciones a nivel nacional. Otra limitante del estudio es que no muestreamos médicos que laboran en las zonas rurales (comunidades con menos de 2,500 habitantes). Las encuestas nacionales válidas y bien conducidas son costosas y difíciles de implementar; el costo y logística son factores importantes al elegir concentrarse en médicos de zonas urbanas. En el futuro, la información en México sobre conocimientos y opiniones acerca del aborto debe darle prioridad a los médicos de zonas rurales (y quizás otros profesionales de la salud), ya que el contexto del aborto en los escenarios rurales es probablemente muy diferente de las zonas urbanas, especialmente en lo relativo al acceso de las mujeres a los servicios de salud, el entrenamiento de los médicos, la educación médica continua y la disponibilidad de insumos y/o tecnología médica.

A pesar de estas limitaciones, nuestro estudio reveló varios aspectos importantes en relación al conocimiento y prácticas de los médicos así como sus opiniones sobre el aborto. Por ejemplo, a diferencia de la población general adulta en México, donde solo el 45% de los participantes identificaron correctamente que el aborto es legal en algunas circunstancias (a diferencia de ser legal siempre o nunca),^{10,11} nuestra investigación encontró que la mayoría de los médicos identificaron adecuadamente el estatus de la legislación estatal sobre el aborto en las siguientes circunstancias: embarazo producto de una violación (73%), cuando un embarazo constituye un riesgo serio para la vida de la mujer (67%) y aquel embarazo donde el producto presenta malformaciones congénitas severas (57%). Sin embargo, un hallazgo preocupante fue que aun a pesar de contar con información relativamente acertada sobre legislación de aborto, solo el 11% de los médicos habían llevado a cabo un aborto legal alguna vez en el transcurso de su carrera profesional. Este hallazgo es aun más preocupante dado que casi la mitad de nuestra muestra (46%) tenía entre 44 a 60 años, un indicador de que muy probablemente habían practicado medicina por un periodo largo de tiempo. De igual manera, entre todos los médicos muestreados, solo el 23%

declaró que ellos mismos habían atendido a mujeres que se presentaban con cualquier tipo de condiciones relacionadas con aborto, ya sea que hubieran atendido mujeres con complicaciones post-aborto o abortos espontáneos en evolución, o a mujeres que solicitaban un aborto legal (inducido). La mayoría de los médicos en nuestra muestra (40%) informó que ellos referían dichos casos a otros colegas.

La falta de práctica que se informó al tratar abortos incompletos o complicaciones post-aborto, así como la falta de experiencia para llevar a cabo abortos inducidos legales, también se reflejó en las respuestas a algunas de las preguntas sobre conocimientos de aborto. Por ejemplo, de la muestra total solo la mitad de los participantes conocía que la AMEU es una alternativa más segura y sencilla que el LIU en los estadios iniciales del embarazo y que puede ser utilizada para tratar abortos incompletos (49%) o para llevar a cabo un aborto legal (48%). De hecho, casi todos los participantes que trabajaban ya sea en el sector público (93%) o en el privado (92%) confirmaron que el LIU era un procedimiento común para tratar abortos incompletos en sus respectivos sitios de trabajo. Los lineamientos clínicos publicados recomiendan el uso de la aspiración manual endouterina para el tratamiento de abortos espontáneos, inducidos e incompletos y sólo recomiendan el uso de LIU si no está disponible el equipo necesario para realizar un AMEU o si el embarazo supera las 12 semanas de gestación.²⁴⁻²⁶ De igual forma, el conocimiento de los médicos sobre las tres fármacos más utilizados y estudiados para aborto inducido (mifepristona, misoprostol y metotrexate),^{20,21} fue igualmente pobre: en promedio, para circunstancias ya sea de aborto incompleto o legal (inducido), la proporción de médicos que informó conocer cualquiera de estos fármacos fue menor a la mitad. Aun cuando el uso de la mifepristona no ha sido todavía aprobado en México, el misoprostol y el metotrexate están ya disponibles, esperándose con esto que más médicos en el estudio reconocieran las propiedades de estos fármacos para inducir abortos.

Nuestra encuesta identificó una necesidad importante de brindar mayor información y entrenamiento tanto en técnicas de aborto quirúrgico como farmacológico; de hecho, la mayoría de los médicos expresaron un interés en aprender sobre estos temas. Cuando se les preguntó en forma directa, la mayoría respondió que deseaban conocer más sobre esquemas aprobados de aborto (56%), técnicas médicas y quirúrgicas para llevar a cabo abortos legales inducidos (55%), AMEU (52%) y demás temas relacionados como aspectos legales (81%) y éticos (65%) del aborto. Sin embargo, a pesar de su entusiasmo por obtener información actualizada sobre aborto legal, solo el 55% de los médicos que trabajaban al menos de tiempo completo en el sector público

informaron que estarían dispuestos a llevar a cabo abortos legales, aun si la institución donde laboran estableciera un servicio clínico dedicado a ofrecer servicios de aborto legal. A pesar de nuestro esfuerzo por asegurar a nuestros participantes el completo anonimato en este estudio, este hallazgo parcialmente conservador podría reflejar un temor a informar por escrito la disposición para llevar a cabo abortos legales. Por otro lado, estos médicos pueden estar genuinamente opuestos a ofrecer a las mujeres servicios de aborto legal aun a pesar de que la mayoría de los participantes estuvieron de acuerdo en que el aborto era legal bajo algunas circunstancias. Las discrepancias entre las perspectivas públicas y privadas sobre temas sensibles frecuentemente se revelan en las encuestas de opinión.

De acuerdo con hallazgos de encuestas previas sobre aborto en México,^{13,14,18} la mayoría de los médicos que muestreamos apoyaron el aborto legal en aquellas circunstancias previamente aprobadas en la mayoría de las leyes estatales: embarazo producto de una violación –en cuyo caso el aborto está legalmente permitido en 88% de los estados en México y que fue apoyado por el 93% de los participantes del estudio– así como el embarazo donde el producto presenta malformaciones congénitas severas –causal de aborto legalmente permitido en 41% de los estados y que fue apoyado por 93% de los médicos en nuestra muestra-. Yucatán es el único estado que permite a una mujer tener un aborto cuando ya cuenta con tres hijos y puede demostrar recursos financieros limitados para mantener otro hijo. Siguiendo esta tendencia, una baja proporción de los participantes (13%) favoreció el aborto legal para mujeres de escasos recursos. En marcado contraste con esta tendencia, el 87% de los participantes favorecieron el aborto legal cuando el embarazo pone en grave riesgo la salud de la mujer, aun cuando solo el 31% de los estados en México favorecen el aborto legal en esta circunstancia. Nuestros participantes apoyaron de manera importante el aborto legal cuando la salud de la mujer está en riesgo, lo cual es probablemente un reflejo de la filosofía médica de preservar la salud física y mental de los pacientes.

Reformar la legislación sobre aborto puede ayudar a convertir al aborto en un procedimiento seguro. Sin embargo, esto por sí mismo no es suficiente.²⁷ Para aquellas circunstancias en donde el aborto es legal, los médicos juegan un papel crucial al brindar servicios de aborto de calidad que son accesibles a las mujeres, toman en consideración sus necesidades y son seguros. Por su papel como proveedores de servicios de aborto, los médicos representan un segmento de la población en México cuyas ideas y opiniones deben ser escuchadas. En México existe actualmente un clima favorable para un debate nacional sobre la despenalización del aborto. Desde hace algunos años, tanto los grupos liberales

como los conservadores en relación al aborto, han vertido sus opiniones en foros académicos y a través de los diferentes medios de comunicación.^{28-31,6} La sociedad mexicana ha tenido mayor acceso a la información y ha opinado más abiertamente sobre un tema que hasta hace unos años era considerado como tabú.⁸ Sin embargo, hasta la fecha, los médicos mexicanos no han expresado sus opiniones sobre este tema a través de una encuesta representativa al nivel nacional. La encuesta aquí presentada podría ser el primer paso para acortar esta brecha, al ofrecer información sobre las opiniones de los médicos con más probabilidades de llevar a cabo un aborto o de tratar sus complicaciones –los médicos generales, los familiares y los ginecobstetras–. En este sentido, la encuesta podría ser de utilidad a universidades, organizaciones e instituciones de salud que ofrecen entrenamiento y cursos de actualización a médicos, así como a profesionales que intervienen en el diseño de servicios de salud.

Agradecimientos: Nuestro agradecimiento a las siguientes instituciones: Secretaría de Salud de México, Grupo Investigación de Mercado y Asesoría (IDM), Universidad Autónoma Metropolitana, Instituto Mexicano del Seguro Social y Academia Nacional de Medicina.

Agradecemos a las siguientes personas por su apoyo en diferentes aspectos de esta investigación: Marilú Alarcón, Tess Aldrich, Javier Arellano, Davida Becker, Deborah Billings, Leticia de la Cruz, Claudia Díaz, Charlotte Ellertson, Henry Espinoza, Alejandra Gasca, Stanley Henshaw, Ana Langer, Doroteo Mendoza, Rafael Lozano, Maricarmen Meza, Patricio Sanhueza, Raffaela Schiavon, Irvin Sivin, Julio Sotelo, Javier Suárez, David Trejo, Salme Tamus y Raúl Wong.

Referencias

1. Ahman E, Shah I. Unsafe abortion: worldwide estimates for 2000. *Reprod Health Matters* 2002;10:13-17.
2. World Health Organization. Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion, with a listing of available country data. Geneva, Switzerland:WHO;1998.
3. Consejo Nacional de Población. Situación actual de la mujer en México. Diagnóstico sociodemográfico. Serie documentos técnicos. México: CONAPO;2000.
4. Consejo Nacional de Población. Ejecución del programa de acción de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo: México Informe. México: CONAPO;1999.
5. Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide. New York:AGI;1999.
6. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Mirada sobre el aborto. México: GIRE;2000.
7. Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Decreto por el que reforman y adicionan diversas disposiciones del código penal para el Distrito Federal y del código de procedimientos penales del Distrito Federal. En: Gaceta oficial del Distrito Federal, México 2000;148:2-3.
8. Lamas M, Bissell S. Abortion and politics in Mexico: "Context is All". *Rep Health Matters* 2002;8:10-23.

9. **Pick S, Givaduan M, Fawcett G.** Resultado de tres encuestas nacionales de opinión sobre el aborto, México 1991-1993 pp.85-103, En: Universidad Externado de Colombia. Representaciones sociales y movimientos sociales Parte 2. Santa Fé de Bogotá, Colombia: Universidad Externado de Colombia;1994, presentado en la conferencia: Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, 1, Santa Fé de Bogotá, Colombia: 15-18 Noviembre 1994.
10. **Becker D, García S, Larsen U.** Knowledge and opinions about abortion law among Mexican youth. *Int Fam Plann Perspec* 2002; 28:205-213.
11. **García SG, Becker D.** ¿Qué piensan y opinan las y los Mexicanos sobre el aborto? Resultados de una encuesta nacional de opinión pública. México: The Population Council y Grupo Investigación de Mercado, S.A. de C.V.;2001.
12. **Saldaña A, Martínez M, Ortiz J, Catalán A.** Conocimientos y actitudes de los profesionales de salud hacia el aborto inducido legal por causas genéticas. Presentado en el Congreso Nacional sobre defectos al nacimiento, México, 1999.
13. **González de León D, Salinas A.** Los médicos en formación y el aborto. *Cad Saúde PUBL Rio de Janeiro* 1997;13:227-235.
14. **González de León D, Salinas A.** Resultados de una encuesta sobre aborto aplicada a residentes de la especialidad en ginecología y obstetricia en hospitales públicos de la ciudad de México. Reporte de investigación no. 89. México: Universidad Autónoma Metropolitana;2000.
15. **Casanueva E, Lisker R, Carnevale A, Alonso E.** Attitudes of Mexican physicians toward induced abortion. *Internacional J Gynecol Obstet* 1997;56:47-52.
16. **Torres E.** Actitudes de los médicos tratantes de los abortos que se presentan en los hospitales del Distrito Federal. México: Population Council;1993.
17. **Fienholz-Klip D.** El dilema del embarazo no previsto: visión del personal de salud. *Rev Perinatal Reprod Hum Mex* 1999;13:112-125.
18. **Billings DL, Moreno C, Ramos C, González de León D,**
19. **Ramírez R, Villaseñor L, Rivera M.** Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reprod Health Matters* 2002;10:86-94.
20. **Creining M.** Medical abortion regimens: historical context and overview. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:S3-S9.
21. **Grimes D.** Medical abortion: public health and private lives. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:S1-S2.
22. **Espinosa H, Ellertson C, García S, Schiavon R, Langer A.** Medicamentos para la interrupción de la gestación: una revisión de la literatura y sus posibles implicaciones para México y América Latina. *Gac Med Mex* 2002;138:347-356.
23. Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Salud del Distrito Federal. Lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud relacionados con la interrupción del embarazo en el Distrito Federal. Circular/GDF-SSD/02/02, En: Gaceta Oficial del Distrito Federal, México 2002; 57:22-25.
24. **Baird TL, Flinn SK.** Manual vacuum aspirations: expanding women's access to safe abortion services. NC,USA: Ipas;2001.
25. World Health Organization (WHO). Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. Geneva, Switzerland:WHO; 2000.
26. National Abortion Federation. Manual vacuuun aspiration, a training and resource manual. Washington, DC,USA:NAF;1998.
27. **Berer M.** Making abortion a woman's right worldwide. *Reprod Health Matters* 2002;10:1-8.
28. **Taracena R.** Social actors and discourse on abortion in the Mexican press: the Paulina case. *Reprod Health Matters* 2002;10:103-110.
29. **Ortiz-Ortega A.** Si los hombres se embarazaran, ¿el aborto sería legal?. México: Edamex-Population Council; 2001.
30. **Ortiz-Ortega A.** Razones y pasiones en torno al aborto. México: Edamex-Population Council;1994.
31. **Poniatowska A.** Las mil y una...(la herida de Paulina). México: Plaza & Janes;2000.

