

Instituto Nacional de Salud Pública

**ACTITUDES, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE ABORTO POR
PROVEEDORAS Y PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD: UN
ANÁLISIS BASADO EN LA LEGISLACIÓN DEL ABORTO EN MÉXICO**

Nubia Naneri García Núñez

Comité de tesis

Erika Atienzo

Directora

Dilys Walker

Asesora

Ila Dayananda

Asesora

Generación 2009-2011

Febrero 2012

Actualmente las complicaciones del aborto inseguro son una causa común de morbilidad y mortalidad materna en el mundo, constituyendo un grave problema de salud pública.^(1, 2) Cuando un aborto es practicado en condiciones inseguras o realizado con métodos poco efectivos, éste puede producir complicaciones con secuelas permanentes y en algunos casos hasta la muerte de la mujer.⁽³⁾ En una reciente publicación del Guttmacher Institute (2006), se reporta que cada año alrededor de 5.3 millones de mujeres se exponen a un aborto inseguro y sufren alguna discapacidad temporal o permanente.⁽⁴⁾

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2008 se practicaron 21.6 millones de abortos inseguros en el mundo de los cuales 47,000 terminaron en muertes maternas, siendo prácticamente todas muertes evitables.⁽⁵⁾ Asimismo indica que de todos los abortos inseguros realizados ese año en el mundo, 21.2 millones ocurrieron en países en vías de desarrollo y la tasa de aborto inseguro en esos países era de 16 por cada mil. De acuerdo a dicho reporte, Asia tenía una tasa de aborto inseguro por debajo de la de los países en vías de desarrollo (11 por cada mil mujeres 15 a 44 años de edad), y África la rebasó con una tasa de 28 por cada mil mujeres.⁽⁵⁾

Por su parte, la región de Latinoamérica se ubica con la tasa más alta de aborto inseguro entre todos los países en vías de desarrollo con 31 abortos por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años de edad, equivaliendo a 4.2 millones de abortos inseguros. Al interior de la región, Sudamérica contó con la mayor tasa (32 por cada mil mujeres de 15 a 44 años de edad) y El Caribe con la menor (18 por cada 1000 entre 15 y 44 años).⁽⁵⁾

Obtener datos precisos sobre el aborto en México representa un gran reto debido al subregistro existente (más aún cuando se trata de abortos inducidos). Las cifras más recientes sobre aborto inducido en dicho país resultan dispares debido a variaciones relacionadas con las distintas fuentes de información y métodos utilizados para realizar las estimaciones. Por ejemplo, para el año 2006 en México se reportan estimaciones que varían entre 150 mil abortos inducidos con una tasa de 103 abortos por cada 10 mil mujeres de 15 a 49 años,⁽⁶⁾ hasta 874,747 abortos inducidos y una tasa de 33 por cada mil mujeres

de 15 a 44 años.⁽⁷⁾ Adicionalmente, se estima que el número de mujeres hospitalizadas por complicaciones derivadas de abortos inducidos ascendió 40% entre 1990 y 2006, representando casi 150,000 mujeres que requirieron hospitalización por esta causa en el 2006.⁽⁸⁾

En el mundo, una barrera particularmente importante para el acceso a servicios de interrupción de embarazos es la condición jurídica que regula su práctica. Se sabe que en países con leyes restrictivas hacia el aborto, las complicaciones por abortos inseguros son una de las principales causas de muertes maternas.⁽⁴⁾ Según la OMS, en países desarrollados, la tasa de muertes por abortos ilegales es 40 veces más alta que la de abortos legales de esos mismos países.⁽⁵⁾

En 2008 en el 98% de los países del mundo* el aborto era legal para preservar la vida de la mujer; en 67% de las naciones era legal para proteger la salud física de la mujer, mientras en 65% era legal por salud mental. Menos de la mitad del total de países permitía el aborto por violación (49%). Únicamente en 28% de los países, el aborto era legal a petición de la mujer.⁽⁵⁾

Para AL, la situación es similar a la recién descrita, pues en toda la región la interrupción de un embarazo producto de una violación es legal en menos de la mitad de sus países (42%). No obstante, existen diferencias importantes en las distintas sub-regiones, siendo Centroamérica la que tiene las leyes más restrictivas. Por ejemplo, en esta sub-región, el aborto por violación solamente es legal en el 25% de sus países y es legal para preservar la vida de la mujer solamente en 75%; el 95% de todos los abortos inducidos son practicados en condiciones inseguras.⁽⁹⁾

Un marco jurídico restrictivo hacia el aborto incide además en que éste sea interpretado por la sociedad como un acto delictivo, favoreciendo actitudes negativas en la población que pueden impedir que las mujeres accedan a servicios seguros de aborto debido al estigma social que rodea su práctica.⁽¹⁰⁾

* Estudio realizado en 193 países de Asia, África, Europa, América Latina y Oceanía.

Sin embargo, el marco legal y las actitudes negativas hacia el aborto no son los únicos aspectos determinantes del acceso a interrupciones seguras del embarazo. Existen muchos factores que intervienen en la práctica de abortos inseguros y que contribuyen a las elevadas tasas de abortos en diferentes regiones del mundo. Por ejemplo, existen países donde se encuentra legislada la Interrupción legal del embarazo (ILE), sin embargo el acceso a ella no es ágil debido a la falta de suficientes proveedores capacitados para prestar su servicio.⁽¹¹⁾

Las y los proveedores de servicios de salud son actores clave en la interrupción segura del embarazo y en la prevención y atención de complicaciones por abortos inseguros. Sus actitudes y opiniones en relación al aborto resultan de particular interés ya que pueden afectar sus prácticas médicas.⁽¹²⁻¹⁴⁾ A la vez, sus actitudes pueden verse influenciadas por otros factores,^(13, 15, 16) entre ellos la religiosidad,⁽¹⁶⁾ temor por la integridad propia y de la familia debido a amenazas de grupos radicales,⁽¹³⁾ la existencia de una opinión negativa hacia el aborto en el entorno social^{(13) (17)} y el motivo o circunstancia por el cual una mujer solicita un aborto.^(17, 18) Por ejemplo, el temor al estigma social, puede desembocar en una actitud de rechazo y por lo tanto en la negación del servicio de aborto por parte del proveedor. Percibir al aborto inseguro como un problema en la comunidad⁽¹⁶⁾ o contar con una experiencia de aborto propia o de la pareja,⁽¹⁹⁾ puede originar actitudes más favorables hacia el mismo y por lo tanto tener prácticas seguras de interrupción de embarazos.

Las prácticas de abortos se ven influenciadas también por el conocimiento correcto que las/los proveedores tienen sobre las leyes que regulan esta práctica.^(17, 18) El desconocimiento de las causales bajo las cuales el aborto se practica legalmente puede repercutir en una negación del servicio por parte de proveedores.⁽¹²⁻¹⁴⁾ Así mismo, se ha encontrado que los proveedores con más conocimientos sobre las leyes de aborto tienen una actitud más favorable hacia éste y más disposición para practicar abortos en caso de violación.⁽¹²⁾ Adicionalmente se debe tener en cuenta que también la inexistencia o desconocimiento del protocolo a seguir en esos casos podría afectar dichas prácticas de manera negativa.

En la Ciudad de México el 24 de abril de 2007, la Asamblea Legislativa del DF aprobó modificaciones al Código Penal y a la Ley de Salud del DF, *estableciendo como aborto a la “...interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación.”*, y como consecuencia se estableció el programa de ILE.⁽²¹⁾ Como respuesta de grupos conservadores en algunas entidades del país, se modificaron las constituciones estatales “para proteger la vida del producto desde el momento de la concepción/fecundación”.⁽²²⁾

En México se ha encontrado que una opinión pública más favorable hacia el aborto es un factor clave para una mayor práctica de interrupciones seguras de embarazos por parte del personal médico.⁽¹⁴⁾ Mientras tanto, otra investigación realizada con personal de servicios de salud en la misma ciudad, encontró que más de la mitad apoya la ley que permite la ILE y leyes semejantes se generen en otras entidades federativas.⁽²⁴⁾

Una reciente investigación realizada en la Ciudad de México con población general, encontró que tener conocimiento de estos cambios legales (o de las iniciativas de cambio), se asocia a una mayor aceptación del aborto cuando este es realizado en el primer trimestre del embarazo.⁽²³⁾

Recientemente, una investigación indicó que la opinión favorable hacia el aborto ha incrementado después de implementarse la ley que permite la interrupción legal del embarazo (ILE) en el Distrito Federal. En ella se encontró que 83% de los entrevistados opinan que esta ley debería extenderse al resto del país y 60% considera que debería ser accesible a mujeres menores de 18 años (aunque no se especifica bajo qué condiciones).⁽²⁰⁾

Ante los mencionados cambios, la comunidad médica se vio inmersa en el debate debido a que ello afecta su quehacer diario, y fue así que la Academia Nacional de Medicina de México (ANMM) se pronunció en contra de la “criminalización de las mujeres que enfrentan la decisión de interrumpir un embarazo no planeado, no deseado, forzado o que atente contra su bienestar físico, mental o social” desde un marco de respeto a los derechos humanos.⁽²⁵⁾

Así, las restricciones legales, la desinformación y el juicio moral de la sociedad en general hacia el aborto, puede desalentar a muchos proveedores de servicios de salud a practicar abortos,⁽²⁶⁾ incluso en situaciones respaldadas por alguna causal despenalizada. En contra parte, las actitudes y la ética médica juegan sin duda un papel crucial en la defensa de la salud y los derechos de las mujeres si la comunidad médica profesional, está informada de aspectos clínicos del aborto, pero también de su legislación, concientizada en una visión de salud integral desde un marco derechos.⁽²⁷⁾

En este sentido, el presente trabajo analiza cómo las actitudes hacia el aborto, la legislación en relación al mismo y el conocimiento que se tenga de dicha legislación impactan en la práctica de abortos con medicamentos y técnicas quirúrgicas entre proveedores de servicios de salud en México.

Esta investigación aportará datos novedosos al estudio del aborto, desde la perspectiva de profesionales de la salud, principalmente médicos gineco-obstetras.

Material y métodos

El presente es un estudio transversal. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta auto-aplicada a proveedoras/es de servicios de salud que acudieron a una reunión nacional del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (COMEGO), a quienes en 2009* se les aplicó un cuestionario para explorar sus conocimientos, actitudes y prácticas en relación al aborto. Para la aplicación del cuestionario se empleó la tecnología ACASI (Audio Computer-Assisted Self-Interviewing) con la finalidad de guardar la mayor privacidad y asegurar lo mayor confiabilidad posible al responder.

* De acuerdo a información sobre el número de participantes que asistieron a reuniones de COMEGO en años previos se esperaba que en 2009 hubieran 4,000, y que de ellas/os respondieran la encuesta al menos 15%. Aunque se desconoce el número exacto de participantes que asistieron ese año, datos extraoficiales indican que fueron 3,000, por lo que la participación en la encuesta pudo haber superado la expectativa, sin embargo no hay forma de corroborarlo.

En total, se obtuvieron 418 encuestas completas. La selección de la muestra fue a conveniencia. Durante el evento, un grupo de reclutadoras/es con capacitación previa se acercó a los participantes en la reunión, para invitarles a responder una encuesta sobre la atención del aborto en México. Los criterios de inclusión para participar en la encuesta fueron que las/los proveedores de salud (incluyendo médicos generales y enfermeros) realizaran su práctica profesional en México, prestaran sus servicios en la atención a la salud de las mujeres, que hablaran español y que aceptaran participar de manera voluntaria en la encuesta.

El consentimiento de participación solicitado a las/los proveedores fue de forma oral. Ningún dato que permitiera identificar a cada participante y sus respuestas fue requerido, con lo cual se garantizar el anonimato.

Mediciones

El cuestionario buscó captar la siguiente información: socio-demográfica (edad, sexo, si trabaja en ámbito público, privado o ambos, entre otras) conocimiento del estatus legal del aborto en la entidad federativa en la cual ejerce su profesión, opiniones personales acerca del aborto, atención de las pacientes con complicaciones de abortos, prácticas del mismo, y preferencias en la práctica profesional sobre técnicas de aborto con medicamento o quirúrgico, incluyendo Aspiración manual endouterina (AMEU).

Variables dependientes. Las variables dependientes en este estudio son: 1. practicar abortos con medicamentos, 2. practicar abortos quirúrgicos, 3. atender a pacientes cuando acuden a consulta con complicaciones por abortos, 4. tener interés en recibir más información sobre cómo realizar abortos seguros con medicamentos y/o técnicas quirúrgicas y 5) tener conocimiento correcto de la legislación vigente en relación a la práctica del aborto. Todas las variables dependientes fueron manejadas como variables dicotómicas (0= no; 1=sí), las cuales se describen a continuación.

Para conocer la prevalencia de la práctica de abortos con medicamentos y técnicas quirúrgicas se preguntó al total de los participantes si al momento de

la encuesta ofrecían esos servicios. Asimismo se indagó sobre si atienden a pacientes que acuden con complicaciones por abortos, ya sea que hayan respondido “siempre” o solamente en casos donde “la complicación es mínima”.

El interés por aprender a practicar abortos con medicamentos y/o técnicas quirúrgicas se midió utilizando dos reactivos para cada caso: a) a aquellos participantes que señalaron no practicar abortos se les preguntó si estaban interesados en aprender a practicar abortos seguros con medicamentos o técnicas quirúrgicas; y b) a quienes si refirieron practicar abortos, se les preguntó si sería de beneficio para su práctica profesional recibir mayor entrenamiento en la técnica para inducir abortos con medicamentos y/o técnicas quirúrgicas.

Por otro lado, se preguntó a los participantes si el aborto es legal o no en su entidad bajo determinadas circunstancias. Para analizar esta información, se revisó la legislación vigente en cada una de las entidades al momento de la encuesta (noviembre del 2009) y con base en esto se creó una variable para identificar aquellos participantes que señalaron correctamente como legal todas las causales de excepción pertinentes en su entidad (y que fueron preguntadas en nuestro cuestionario) y como ilegal aquellas que no. A los participantes que no señalaron correctamente cada una de las causales preguntadas se les clasificó como “conocimiento incorrecto”.

Variables independientes. Las principales variables independientes son: a) la actitud de los proveedores en relación al aborto; b) la procedencia de entidades con un marco legal mayor o menormente restrictivo en relación a la práctica del aborto; y c) características sociodemográficas de los participantes; todas ellas descritas a continuación.

Para medir las actitudes en relación al aborto se creó un índice que evalúa una mayor aceptación o rechazo hacia la práctica del aborto. Para ello se tomaron variables dicotómicas que midieron la opinión de los participantes en relación a si el aborto debería ser legal o no bajo diversas circunstancias (0= no; 1=sí).

Dichas circunstancias fueron: a. “cuando el embarazo es producto de una violación”, b. “cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer”, c. “cuando el embarazo pone en riesgo la salud de la mujer”, d. “cuando hay anomalías en el feto”, e. “cuando el embarazo es producto de inseminación artificial no consentida”, f. “cuando hay restricciones económicas”, g. “cuando la mujer es soltera”, h. “cuando la mujer es menor de edad (menor de 18 años)”, i. “cuando la mujer toma la decisión”, y j. “cuando el método anticonceptivo falla”.

Para crear el índice se utilizó la técnica de análisis de componentes principales por correlación policórica.⁽²⁸⁾ Con este procedimiento se creó una variable continua que mide la mayor o menor aceptación del aborto en la diversidad de circunstancias preguntadas y dicha variable fue dividida en cuartiles, en donde el 25% (primer cuartil) corresponde a participantes con una menor aceptación hacia el aborto, mientras que el último cuartil (a partir del 75% de la población) representa a aquellos participantes con mayor aceptación hacia el mismo.

En general las causales que permiten el aborto en México son eminentemente restrictivas, sin embargo, para fines de este estudio se realizó una distinción entre entidades según su legislación sobre el mismo. Con la finalidad de diferenciar a participantes que practican en entidades -llamadas aquí- jurídicamente *más restrictivas* o *menos restrictivas*, en relación a sus leyes de aborto, se creó una variable dicotómica de acuerdo a las leyes vigentes por entidad al momento de aplicar la encuesta. El criterio de *menor restricción* se definió conforme al número de causales despenalizadas en cada entidad, clasificadas como *menos restrictivas* aquellas con cinco o seis causales despenalizadas; el resto de entidades de entre dos y cuatro causales despenalizadas se clasificaron como *más restrictivas*. Para realizar esta clasificación se consultó el marco legal que regula al aborto en México a través de la información proporcionada por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), sobre los códigos penales estatales de cada entidad federativa del país.⁽²²⁾

Como variables sociodemográficas se consideran sexo, edad, religión, tiempo transcurrido desde que terminó su entrenamiento, ámbito en el cual

desempeña su trabajo (sector privado o público) y la región del país en la cual realiza su práctica clínica, clasificando a las entidades en norte, centro y sur. Asimismo se analizó la condición profesional distinguiendo aquellos médicos gineco-obstetras que cuentan con alguna sub-especialidad, aquellos sin sub-especialidad u otro tipo de proveedoras/es (médicos generales, residentes de gineco-obstetricia o personal de enfermería).

Además de las variables ya descritas, se exploraron algunas otras variables relacionadas con las actitudes y opiniones de los participantes en relación al aborto, no obstante el análisis para estas variables consideró únicamente un análisis descriptivo pues estas no forman parte del análisis multivariado. Entre estas se exploró si los participantes consideran el aborto como un problema de salud pública, la frecuencia y razones por las cuales ellos creen que las mujeres solicitan un aborto médico y/o quirúrgico, entre otras.

Utilizando la misma fuente de información sobre el marco jurídico en México ⁽²²⁾ se identificaron las entidades federativas que al momento de la encuesta habían tenido modificaciones en sus constituciones estatales “para la protección de la vida desde la concepción/fecundación”. Con esto se creó una variable para identificar a participantes de entidades donde ocurrió dicho cambio después del 2007 (0= sin cambio constitucional, 1= con cambio constitucional). Esta variable se utilizó únicamente con fines de ajuste para el modelo multivariado, considerando que dichas modificaciones constitucionales, aunque son independientes de las causales despenalizadas para la práctica del aborto, podrían confundir a algunas/os participantes en cuanto a las situaciones en las que la práctica del aborto es legal o no, y afectar por tanto la medición sobre el conocimiento correcto de las leyes.

El manejo de los datos se realizó mediante el programa estadístico Stata V.10. En este estudio se ajustaron modelos de regresión logística multivariados para cada una de las variables dependientes definidas, con el objetivo de identificar la asociación entre estas y una actitud de mayor aceptación del aborto, la pertenencia a una entidad federativa más o menos restrictiva y características de los participantes.

Resultados

Características de los participantes

Del total de la muestra, 22% de participantes provenían del norte del país, 51% del centro y 27% del sur. Casi la mitad tenía 45 años o más (45%), y eran de religión católica (81%). Médicos gineco-obstetras con y sin subespecialidad integraron el 90% de la muestra. Poco más de la mitad de participantes terminó su entrenamiento hace más de 10 años (54%); un porcentaje similar ejerce su práctica tanto en el ámbito público y privado (53%). En total el 53% reportó atender complicaciones de abortos.

Se encontró que solamente el 15% de la muestra practica abortos con medicamentos, mientras 21% reporta practicarlos con técnicas quirúrgicas. Sin embargo, del total de participantes, un poco más de la mitad reporta estar interesado/a en aprender más sobre el aborto con medicamentos (55%), mientras que un 35% reporta interés en aprender sobre abortos quirúrgicos (cuadro1). La distribución de los participantes de acuerdo a la clasificación del marco jurídico sobre las leyes de aborto utilizado en este análisis se puede observar en la figura 1.

De toda la muestra, únicamente la mitad (54%) reconoce la causal de violación como una circunstancia en la cual el aborto está despenalizado en su entidad. Al analizar en conjunto todas las causales por las cuales se les preguntó en el cuestionario, se encontró que solamente el 8% de participantes tiene un conocimiento correcto de las leyes sobre aborto en el estado en el cual ejerce. Por ello, el conocimiento correcto sobre las leyes no se incluyó como una variable dependiente en los modelos multivariados.

En relación a las actitudes de los participantes hacia la práctica del aborto, en general la mayoría estuvo de acuerdo en que el aborto es aceptable en algunas circunstancias (71%). Sin embargo, al especificar sobre circunstancias particulares en las cuales estarían de acuerdo o no en la legalización del aborto, se puede observar que mayoritariamente lo aprueban cuando el embarazo es resultado de violación (83%), así como por malformaciones en el feto (83%). El acuerdo en el aborto legal para preservar la salud de la mujer es

de más de la mitad de la muestra (63%), mientras que la circunstancia de ser soltera resultó apenas apoyada por una pequeña proporción (8%) (cuadro 2).

En la figura 2 se puede observar la aceptación del aborto de acuerdo a los cuartiles del índice de actitudes creado con el análisis de componentes principales.⁽²⁸⁾ Se puede apreciar que en el cuartil 1 (25% de la muestra) se clasifican aquellos participantes con una menor aceptación hacia el aborto, pues se trata de participantes que aprueban la legalidad del aborto en un menor número de circunstancias o bien, lo apoyan sólo en condiciones que se encuentran fuera del control de la mujer (por ejemplo por violación, por riesgo a la vida y anomalías en el feto). Conforme el puntaje va aumentando, lo cual se refleja en los diferentes cuartiles, se aprecia que existe aceptación de una mayor cantidad de causales bajo las cuales se aprueba el aborto, de tal forma que en el cuartil 4 se encuentran aquellos que aceptan la práctica del aborto en mayor número y más variadas circunstancias.

Acerca de las razones por las cuales las mujeres recurren a un aborto, pocos opinan que con mucha frecuencia lo hacen “por razones de salud” (5%). De manera inversa opinan que la razón por la que frecuentemente las mujeres optan por interrumpir sus embarazos es “porque no están listas para tener hijos” (62%), “porque están satisfechas con el número de hijos que tienen” (34%), o “porque no tienen una relación estable con su pareja” (34%) (cuadro 2).

El 83% de participantes opina que las mujeres prefieren aborto quirúrgico en lugar de aborto con medicamentos “porque ésta es una técnica más rápida” (en México, al momento de la encuesta se utilizaba únicamente Misoprostol para inducir abortos con medicamentos). El 48% opina que aquellas mujeres que prefieren un aborto quirúrgico en lugar de aborto con medicamentos, son mujeres que “tienen más dinero”.

Por otro lado, el 65% de la muestra refiere que las mujeres prefieren aborto con medicamentos por la dificultad de encontrar a alguien que practique abortos quirúrgicos. Asimismo, el 87% de participantes opina que las mujeres que

optan por practicarse un aborto con medicamentos prefieren esta técnica porque es fácil obtener los medicamentos para lograrlo; el 72% opina que lo prefieren porque es más barato que un aborto quirúrgico, mientras 68% opina que lo elijen por ser un método más privado y porque es más natural (41%).

Desde la perspectiva de los participantes, las mujeres que inducen su aborto con misoprostol, obtienen esta sustancia en farmacias sin receta médica (86%). Sin embargo, el 46% opina que entre las mujeres con nivel socioeconómico bajo, “solamente algunas podrían seguir las indicaciones” para lograr el aborto con medicamentos.

Análisis multivariado

Los resultados del análisis multivariado indican que existe una tendencia en donde a mayor aceptación del aborto, mayor posibilidad de practicarlo. En el caso particular del aborto quirúrgico, los participantes ubicados en el cuartil 3 tiene 2.4 veces más posibilidad de realizar este tipo de procedimientos en comparación con los participantes ubicados en el cuartil 1, mientras que aquellos clasificados en el cuartil 4 tienen 4.3 veces más esta posibilidad. En relación al aborto con medicamentos, los participantes del cuartil 3 tienen 1.5 veces más posibilidad de realizarlos, sin embargo esta posibilidad asciende a 6.6 en el cuartil 4 (ver cuadro 3).

En el caso de la atención a pacientes con complicaciones por abortos y el interés por aprender más sobre abortos con medicamentos y con técnicas quirúrgicas, también se observa que una mayor aceptación hacia el aborto se refleja en mayor posibilidad de atender complicaciones y mayor interés en aprender sobre estas técnicas. No obstante, esta tendencia es menos evidente pues las posibilidades de atender complicaciones o bien tener interés por aprender más sobre aborto no es muy distinta entre participantes del cuartil 3 y 4. De acuerdo a su ubicación en los cuartiles de aceptación, pareciera que aquellos participantes que tienen deseos de aprender sobre técnicas seguras para realizar abortos son en general participantes que apoyan la práctica de éste, independientemente de cuales circunstancias ellos aprueban.

Por su parte, no se logró demostrar una asociación entre el sexo del participante y las prácticas de aborto, excepto en el caso del manejo de complicaciones de aborto, donde los hombres resultaron con más posibilidades de prestar esta atención en comparación con las mujeres (ver cuadro 3).

En cuanto a provenir de una entidad más o menos restrictiva, no se encontró asociación con ninguna de las variables dependientes. Sin embargo, cabe señalar que aunque no se encuentra significancia estadística, los coeficientes de las regresiones logísticas muestran que entre los participantes de entidades con leyes menos restrictivas existe mayor posibilidad de practicar abortos quirúrgicos, de interesarse en aprender a realizar este tipo de procedimientos así como de abortos con medicamentos, y de atender complicaciones de aborto.

Entre proveedoras/es ginecólogos, tener alguna subespecialidad resultó ser un factor importante para tener una mayor práctica de abortos tanto con medicamentos como quirúrgicos, no así para la atención de complicaciones. Ejercer solamente en el ámbito privado resultó asociado a menor posibilidad de practicar abortos quirúrgicos (RM: 0.52 IC: 0.25, 1.06), y menor posibilidad de interesarse en aprender a practicar abortos con medicamentos (RM: 0.60 IC: 0.35, 0.96), sin embargo resultó en una mayor posibilidad de atender complicaciones de abortos (RM: 2.3 IC: 1.29, 4.03) (cuadro 3).

Aunque no se encontró una asociación estadísticamente significativa, es importante notar que existe una tendencia de mayor posibilidad de practicar cualquiera de los dos tipos de abortos, interesarse en aprender a realizar abortos con dichas técnicas, y atender complicaciones de aborto entre aquellos participantes más jóvenes.

Discusión

En el presente estudio se exploró el impacto que pueden tener las actitudes hacia el aborto, la legislación que lo regula y el conocimiento de dicha legislación sobre la práctica de abortos con medicamentos y/o con técnicas quirúrgicas, así como en el interés en aprender más sobre cómo realizar abortos con estas técnicas en una muestra de profesionales de la salud en México.

De acuerdo a lo esperado, los resultados sugieren que una mayor aceptación hacia el aborto se asocia positivamente con la práctica del mismo. Sin embargo, queda claro que las prácticas de abortos no ocurren exclusivamente entre proveedoras/es que aceptan ampliamente esta práctica. Es decir, la práctica del aborto, especialmente cuando se realiza con medicamentos, también es realizada por personal de servicios de salud con diferentes niveles de aceptación del aborto. Por otro lado, la atención a pacientes que acuden con complicaciones por abortos y el interés por aprender más sobre éste, también se asocian positivamente a actitudes más favorables hacia el aborto, aunque en una menor variación de los niveles de aceptación de este.

En esta muestra de proveedores, el apoyo expresado hacia el aborto se concentra principalmente en aquellas circunstancias en las que el embarazo es producto de situaciones ajenas a la decisión de la mujer -por ejemplo en casos de violación- no así cuando las circunstancias se refieren a ejercer su autonomía en la decisión de terminar un embarazo -por ejemplo ser soltera o por decisión de la mujer-. Sin embargo, como se muestra en este estudio, su decisión de practicar abortos o no, podría estar relacionada también con otros factores diferentes a su actitud hacia el mismo, por ejemplo la situación específica de cada mujer que le solicita un aborto (edad, situación económica, historia de vida, etc.) o factores institucionales, sociales e incluso económicos. A pesar de esto, la práctica de abortos a diferentes grados de su aceptación hace pensar que existe cierta sensibilización por parte de las/los proveedoras hacia el aborto como una necesidad de salud pública y que aunque no lo acepten bajo todo tipo de circunstancia, pueden decidir practicarlo.

Aunque existe una proporción importante de proveedores que practican abortos con medicamentos, la mitad de las/los participantes en este estudio consideran que no todas las mujeres de nivel socio-económico (NSE) bajo y más bien solo algunas podrían seguir las indicaciones para lograr un aborto con esta técnica. Esto llama la atención pues un reporte reciente sobre las prácticas de ILE en la Ciudad de México indican que desde abril del 2007 al año 2010, el 72% (12,263) de los procedimientos realizados en las clínicas del D.F. fueron utilizando Misoprostol. ⁽²⁹⁾ Esto puede sugerir que los proveedores están dispuestos a realizar el procedimiento con medicamentos, sin embargo no creen que las mujeres con menos recursos sean capaces de realizarlos por cuenta propia.

Por otro lado, existe un contraste entre las circunstancias por las que los proveedores consideran que las mujeres recurren a un aborto y su opinión sobre cuándo el aborto debería ser legal: opinan que las mujeres abortan por razones relacionadas a su autonomía, pero consideran que solamente debería ser legal en circunstancias ajenas a la decisión de las mujeres, por ejemplo para preservar su salud, por violación y malformaciones fetales, lo cual corresponde con resultados encontrados anteriormente en este país. ⁽³⁰⁾

El interés de los participantes en aprender a realizar abortos con medicamentos, podría deberse a un mayor contacto con la información que se ha generado en los últimos años sobre esta técnica, resultando tal vez en una mayor sensibilización hacia la necesidad de abortos con técnicas seguras. Por el contrario, la falta de interés de algunos otros podría deberse a que se trata de personal médico que ya tiene esta información o bien, de proveedores que no reciben en su consultorio este tipo de emergencias, por lo que no perciben como una necesidad el aprender más sobre cómo utilizar medicamentos para practicar abortos.

Pese a lo esperado, no se encontró asociación entre las prácticas de abortos y el hecho de provenir de alguna entidad jurídicamente menos restrictiva. La ausencia de asociación no es de extrañar cuando se considera que una mínima proporción de la muestra conoce correctamente la legislación que

regula el aborto en la entidad en la cual ejerce, indicando que en este grupo, no se puede afirmar que la decisión de un proveedor de practicar un aborto depende o no de las leyes vigentes, ya que estos no tienen conocimiento de ellas. En estudios realizados en otros países se ha encontrado que una legislación restrictiva influye negativamente en la práctica de abortos por parte de las y los profesionales de la salud. ^(17, 18) En base a esto, se podría suponer que un mayor conocimiento del marco jurídico respecto al aborto, podría marcar una diferencia en las prácticas del mismo también en proveedores de México.

La falta de conocimiento correcto sobre las leyes que regulan el aborto en esta muestra de profesionales de la salud, representa un problema muy serio que debe ser considerado en toda capacitación dirigida a personal que atiende la salud de la mujer, toda vez que un profesional mal informado puede derivar en la negación de un servicio de aborto legal y por lo tanto seguro.

De acuerdo a evidencia previa se esperaba encontrar asociación entre el sexo de los participantes y sus prácticas e intereses en relación al aborto. Aunque no se encontró significancia estadística cabe señalar que los resultados encontrados sugieren que existe menor posibilidad de practicar aborto y de tener interés en este tema entre las mujeres, lo cual concuerda con resultados de estudios previos que indican que esto podría deberse a las educación tradicional de género que muchas de ellas han recibido, especialmente en relación “al deber” de la maternidad. ⁽²⁷⁾

Esta investigación fue realizada con rigor metodológico, sin embargo existen algunas limitaciones. La selección de la muestra fue a conveniencia, por lo que la posibilidad de extrapolar los resultados encontrados es limitada debido a las características de muestreo utilizado. Dichos resultados pueden generalizarse únicamente a proveedoras/es de servicios de salud que acuden a eventos como en el cual se aplicó la encuesta utilizada en este estudio y que mostraron cierto interés por participar en un estudio sobre aborto.

Por otro lado, podría haber resultado de mayor beneficio elegir otro tipo de criterio para definir las entidades jurídicamente *más restrictivas y menos restrictivas*, por ejemplo una clasificación por tipo de causal (la causal de razones económicas supone menor restricción que por violación). Sin embargo, no fue posible utilizar dicho criterio debido a que el reducido tamaño de muestra en este estudio, impidió el obtener variación en la proporción de participantes en las diferentes categorías de tipo de causal.

Debido a que no se solicitaron datos de identificación al responder la encuesta, es posible que algunos participantes respondieran varias veces a la encuesta, sin embargo esto se trató de controlar poniendo una marca en el gafete de cada participante, para distinguir a aquellas/os que habían respondido anteriormente.

Ya que el tema investigado es particularmente sensible por sus implicaciones sociales, profesionales y legales, existe la posibilidad de sub-registro en las prácticas de abortos. Para reducirlo se utilizó una novedosa metodología (ACASI) para explorar sobre temas sensibles e incluso ilegales (según la entidad de procedencia, garantizando privacidad en las respuestas. En una investigación adicional realizada con la misma muestra, se encontró que esta metodología arroja una mayor aceptabilidad y confiabilidad de los resultados en comparación con una encuesta en papel, y que esta es especialmente aceptable entre proveedores que practican abortos (artículo en preparación).

Existen trabajos previos en México sobre las actitudes y su relación con el aborto, sin embargo éstos han sido realizados principalmente en población general,⁽³¹⁻³⁴⁾ algunos otros con estudiantes de medicina,^(27, 30) o con muestras compuestas mayoritariamente con médicos generales y pocos participantes de diversas especialidades.^(14, 35) En este sentido, este trabajo aporta evidencia substancial en una muestra compuesta en su mayoría por médicos gineco-obstetras (90%), por lo que los hallazgos son especialmente relevantes al analizar las prácticas de abortos desde la perspectiva de proveedores de servicios de salud reproductiva. En este marco, es importante destacar que de

acuerdo a los resultados existe en general cierta aceptación del aborto por parte de este tipo de proveedores.

En México, la mayoría de los estudios realizados sobre el aborto son con médicos generales, de todas las especialidades o estudiantes de medicina, por otro lado, son principalmente sobre sus opiniones sobre el aborto, sin contemplar el auto-reporte de sus prácticas; por tanto en este estudio, realizado con una muestra compuesta 90% por médicos gineco-obstetras, sobre sus opiniones, actitudes y auto-reporte de prácticas de abortos, no es posible realizar una comparación exacta de los resultados aquí encontrados con otros estudios, no obstante esto hace que los hallazgos del mismo sean aún más valiosos ya que proporciona información novedosa y útil para la comprensión del tema desde la perspectiva de gineco-obstetras en el marco de los recientes cambios en las constituciones estatales que, según apunta la ANMM, podrían llegar a interferir en las prácticas seguras de abortos en México.

Cuadro1. Características sociodemográficas y profesionales de las/los participantes del estudio

Características (n=418)	n	%
Sexo		
Mujeres	196	47
Hombres	222	53
Religión		
Católica	341	81
Otra	41	10
Sin religión	36	9
Edad		
22-34	86	21
35-44	144	34
45 y más	188	45
Región del país		
Norte	91	22
Centro	213	51
Sur	114	27
Condición profesional		
Otros proveedores de servicios de salud	40	10
Gineco-obstetras sin subespecialidad	256	61
Gineco-obstetras con subespecialidad	122	29
Hace cuánto tiempo terminó su entrenamiento		
Aún no termina / hace menos de 5 años	130	31
Entre 5 y 10 años	63	15
Hace más de 10 años	225	54
Ámbito de su práctica clínica		
Público	78	19
Privado	112	27
Otro (público y privado)	228	54
Trabaja con residentes	307	73
Practica aborto médico	62	15
Practica aborto quirúrgico	86	21
Atiende complicaciones por abortos	191	53
Interesado en aprender aborto con medicamentos	229	55
Interesado en aprender aborto quirúrgico	148	35

Cuadro 2. Actitudes, opiniones y conocimientos de los participantes sobre el aborto

Actitudes			Opiniones			Conocimientos		
	n	%		n	%		n	
El aborto es aceptable en algunas o la mayoría de circunstancias	347	83	El aborto inseguro es un problema en su comunidad	356	85	Sabe que el misoprostol es un método para aborto con medicamentos	209	
El aborto debería ser legal por/cuando:			Con frecuencia las mujeres buscan un aborto porque:				35	
Violación	349	83	No están listas para tener hijos	260	62	Conoce correctamente las causales despenalizadas de aborto de su entidad**		
Peligro para la vida de la mujer	371	89	Están satisfechas con los hijos que tienen	142	26			
Peligro para la salud de la mujer	263	63	Restricciones económicas	168	27	Cree que el aborto no es legal por violación o no lo sabe	191	
Anomalías en el feto	349	83	Razones de salud	75	13	Cree que el aborto no es legal por riesgo a la vida de la mujer***	50	
Inseminación artificial no consentida	175	42	Embarazo producto de violación	137	18			
Restricciones económicas	67	16	Son menores de edad (18 años)	191	28	Cree que el aborto es legal en su estado por riesgo a su salud****	92	
La mujer es soltera	32	8	No tienen relación estable con su pareja	236	34			
La mujer es menor de edad	64	15	El métodos anticonceptivo falló	177	28			
La mujer toma la decisión	127	30						
El anticonceptivo falla	80	19	D/A las mujeres prefieren aborto quirúrgico porque es rápido	183	44			
	191	46	T/A las mujeres prefieren aborto con medicamentos ya que es fácil obtener los medicamentos para realizarlo	195	47			
			Las mujeres consiguen misoprostol en farmacias sin receta médica	360	86			
			Solamente algunas mujeres de NSE* bajo pueden seguir indicaciones para un aborto con medicamentos	191	46			

* Nivel socioeconómico

** Variable compuesta por variables individuales de conocimiento de esta información, de cada entidad federativa, exceptuando Chihuahua que no contó con participantes en este estudio.

***Excluyendo aquellas entidades federativas donde realmente está penalizada esta causal

****Excluyendo las entidades federativas donde realmente está despenalizada esta causal

D/A: De acuerdo

T/A: Total acuerdo

Cuadro 3. Modelos de regresión logística multivariados para explorar factores asociados a las variables dependientes del estudio en relación al aborto

Variables independientes	Variables dependientes									
	Práctica de aborto con medicamentos		Práctica de aborto quirúrgico		Manejo de complicaciones de aborto		Interesado en aprender aborto con medicamentos		Interesado en aprender aborto quirúrgico	
	OR	I.C. 95%	OR	I.C. 95%	OR	I.C. 95%	OR	I.C. 95%	OR	I.C. 95%
Sexo (hombres=1)	0.7	(0.353, 1.259)	1.5	(0.855, 2.587)	2.2	(1.386, 3.544)	0.96	(0.625, 1.479)	1.4	(0.868, 2.138)
Edad (45 años y más=1)										
35 a 44	0.77	(0.364, 1.644)	0.6	(0.312, 1.146)	1.6**	(0.945, 2.697)	0.87	(0.540, 1.405)	0.8	(0.487, 1.362)
22 a 34	3.5	(1.41, 8.67)	1.6	(0.745, 3.550)	1.7	(0.826, 3.521)	1.2	(0.636, 2.356)	1.7	(0.883, 3.157)
Vivir en entidad jurídicamente menos restrictiva	1.06	(0.455, 2.475)	1.9**	(0.980, 3.865)	1.9**	(0.998, 3.605)	1.2	(0.693, 2.274)	1.4	(0.751, 2.492)
Especialidad (Otro proveedor de servicios de salud =1)										
Gineco-obstetra sin subespecialidad	1.8	(0.545, 6.300)	2.5	(0.803, 8.118)	2.5	(1.021, 6.342)	0.91	(0.435, 1.903)	1	(0.464, 2.009)
Gineco-obstetra con subespecialidad	3.7**	(0.994, 13.762)	3.4**	(0.990, 11.565)	2.5**	(0.910, 6.628)	0.53	(0.236, 1.203)	0.52	(0.214, 1.141)
Ámbito en el que ejerce (Público y PrivadoOtro=1)										
Sólo Público	0.5	(0.180, 1.247)	0.7	(0.319, 1.613)	0.33	(0.157, 0.695)	1.2	(0.632, 2.329)	1.9**	(0.994, 3.547)
Sólo Privado	0.84	(0.389, 1.845)	0.52**	(0.256, 1.068)	2.3	(1.296, 4.031)	0.6	(0.356, 0.960)	0.64	(0.369, 1.107)
Aceptación del aborto (cuartil 1 =1)										
Cuartil 2	1.02	(0.348, 3.00)	0.94	(0.371, 2.408)	1.1	(0.589, 2.146)	1.02	(0.574, 1.840)	0.83	(0.421, 1.601)
Cuartil 3	1.5	(0.613, 3.768)	2.4	(1.153, 4.898)	1.8**	(0.998, 3.354)	3	(1.739, 5.176)	2**	(1.181, 3.640)
Cuartil 4	6.6	(2.794, 15.763)	4.3	(1.987, 9.379)	1.8**	(0.929, 3.498)	3.8	(2.002, 7.222)	2**	(1.050, 3.740)
Religión (Católica=1)										
Otras religiones	0.71	(0.215, 2.355)	1.8	(0.770, 4.167)	1	(0.454, 2.148)	0.43	(0.208, 0.886)	0.8	(0.367, 1.648)
Sin religión	1.9	(0.783, 4.934)	1.3	(0.536, 3.138)	0.73	(0.317, 1.683)	0.85	(0.395, 1.828)	1	(0.444, 2.097)
Aborto problema de salud en su comunidad	1	(0.403, 2.498)	1.2	(0.588, 2.629)	1.2	(0.599, 2.337)	0.86	(0.477, 1.560)	1.2	(0.628, 2.165)
Vivir en el D.F.	2	(0.713, 5.851)	1.2	(0.504, 3.137)	0.84	(0.329, 2.161)	0.71	(0.297, 1.700)	1.15	(0.488, 2.711)

OR con valor p<0.05

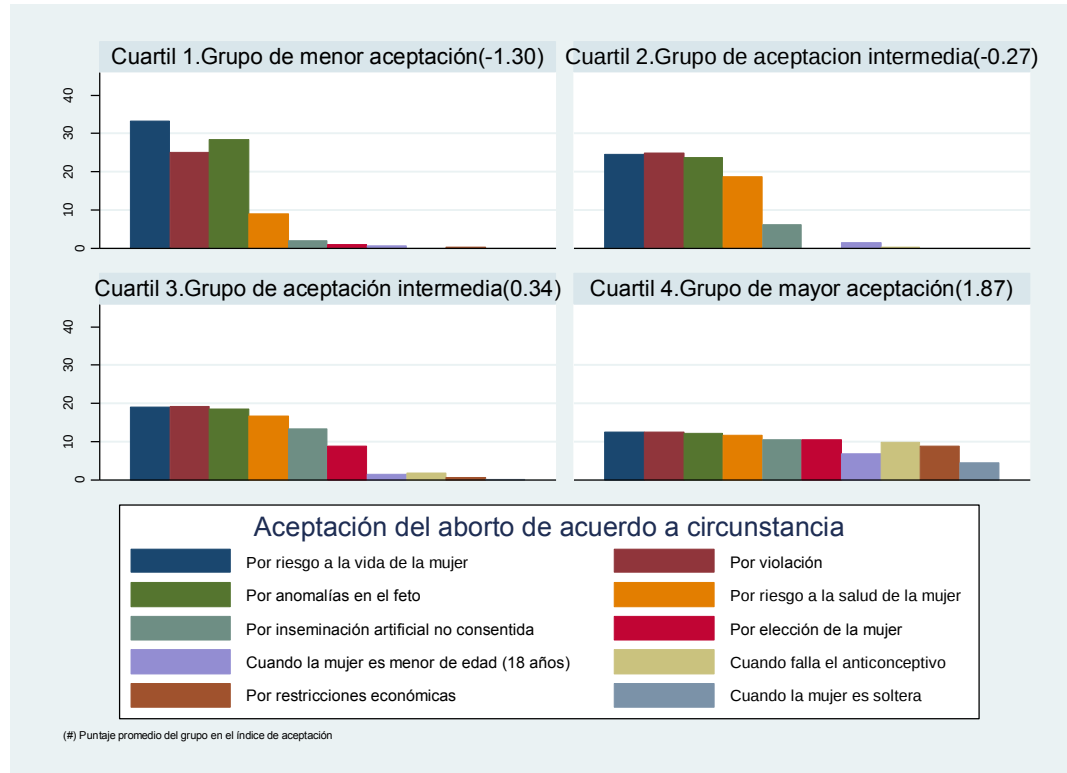
** OR con valor p<0.09

Figura 1. Distribución de participantes, de acuerdo a la categorización de entidades federativas por su legislación del aborto (n=418).



* El estado de Chihuahua resultó clasificado como menos restrictivo, sin embargo no hubieron participantes de dicha entidad.

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



*El índice creado utilizó la técnica de análisis de componentes principales por correlación policórica, donde el puntaje inferior indica menor aceptación del aborto y el superior más aceptación del mismo.

Referencias

1. Espinoza H. Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistentes en América Latina. *Pan Am J Public Health*. 2002;11(3).
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. 2000 [cited 2010 13 de Mayo]; Available from: http://www.beta.undp.org/undp/es/home/mdgoverview/mdg_goals/mdg5.html.
3. Grimes D, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua F, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Journal Paper Sexual and Reproductive Health* 4 [serial on the Internet].
4. Warriner I, Shah I. Preventing Unsafe Abortion and its Consequences. Priorities for Research and Action. New York: Guttmacher Institute 2006. ISBN: 0-939253-76-3
5. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality en 2008. 6th ed. ISBN 978 92 4 150111 8
6. Freyermuth G y Troncoso E. Aborto, acciones médicas y estrategias sociales. Editado por Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos., Ipas México. Primera edición, noviembre 2008. Impreso en México ISBN 13-978-978-968-5866-14-9
7. Datos sobre el aborto inducido en México. Hoja informativa. Octubre del 2008. [cited 2011 23 de diciembre]; Available from: http://www.guttmacher.org/pubs/2008/10/01/FIB_IA_Mexico_sp.pdf
8. Juarez F, Singh S, Garcia S, Diaz C. Estimates of Induced Abortion in Mexico: What's Changed Between 1990 and 2006? *International Family Planning Perspectives*. 2008;34:2-12.
9. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet*. 2007;350(9595):1338-45.
10. Faúndes A, Barzelatto J. El drama del aborto. En busca de un consenso. 2005.
11. Harries J, Stinson K, Orner P. Health care providers' attitudes towards termination of pregnancy: a qualitative study in South Africa. *BMC Public Health*. 2009;18(9).
12. Silva M, Billings D, Garcia S, Lara D. Physicians' agreement and willingness to provide abortion services in the case of pregnancy from rape in Mexico. *Contraception*. 2009(79):56-64.
13. Kade K, Kumar D, Polis C, Shaffer K. Effect of nurses' attitudes on hospital-based abortion procedures in Massachusetts. *Contraception*. 2004;69:59-62.
14. Dijk M, Lara D, García S. Opinions of decision-makers on the liberalization of abortion laws in Mexico. *Salud pública de México*. 2007 noviembre-diciembre;49(6):394-9.
15. Ramachandar L, Pelto P. Abortion providers and safety of abortion: a community-based study in a rural district of Tamil Nadu, India. *Reproductive Health Matters*. 2004;12(24 supplement):138-46.
16. Onah H, Ogbuokiri CM, Obi SN, Oguano TC. Knowledge, attitude and practice of private medical practitioners towards abortion and post abortion care in Enugu, South-eastern Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009;29(5):415-8.
17. Pace L, Grossman D, Chavez S, Tavera L, Lara D, Guerrero R. Aborto legal en Perú: conocimiento, actitudes y prácticas entre un grupo de médicos líderes de opinión 2005.
18. McNaughton H, Mitchell EM, Blandon M. Should the doctors be the judges? Ambiguous policies on legal abortion in Nicaragua? *Reproductive Health Matters*. 2004;12(24 Supplement):18-26.
19. Faúndes A, Alves G, Andalaft J, Sousa M. The closer you are, the better you understand: the reaction of brazilian obstetrician-gynecologists to unwanted pregnancy. *Reproductive Health Matters*. 2004;12(24 Suplemento):47-56.
20. Wilson K, García S, Díaz-Olavarrieta C, Villalobos-Hernández A, Valencia J, Sanhueza P, et al. Public opinion on abortion in Mexico City after the landmark reform. *Studies in family planning*. 2011;42(3).

21. Gaceta oficial del Distrito Federal. Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal. [cited 2010 23 de febrero]; Available from: http://www.gire.org.mx/publica2/GacetaGDF_AbortoLeySalud260407.pdf
22. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Reformas aprobadas a las constituciones estatales que protegen la vida desde la concepción/fecundación 2008-2011. [cited 2011 23 de diciembre]; Available from: http://www.gire.org.mx/publica2/ReformasAbortoConstitucion_Marzo14_2011.pdf
23. Valencia J, Wilson K, Díaz-Olavarrieta C, García S, Sánchez M. Public opinion on abortion in eight mexican states amid opposition to legalization. *Studies in family planning*. 2011;42(3).
24. Contreras X, Van-Dijk M, Sanchez T, Sanhueza P. Experiences and opinions of health-care professionals regarding legal abortion in Mexico City: a qualitative study. *Studies in family planning*. 2011;42(3).
25. Pronunciamiento de la Academia Nacional de Medicina de México ante la salud reproductiva y los derechos de la mujer. 12 de abril de 2010, *Revista Salud Mental* Vol. 33, No. 2, pág. 207-208, marzo-abril 2010 [cited 2012 29 de enero]; Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v33n2/v33n2a11.pdf>
26. González de León-Aguirre D, Billings D. El aborto en México: Ipas, México 2002.
27. González de León-Aguirre D, Salinas A. Los médicos en formación y el aborto: opinión de estudiantes de medicina en la Ciudad de México. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997 Abril-junio [cited 2012 28 de enero] ; 13(2): 227-236.
28. Kolenikov S, Angeles G. The use of discrete data in principal component analysis with applications to socio-economic indices. *CPC/MEASURE*. 2004.
29. Secretaria de Salud del Distrito Federal. Agenda estadística 2010. Secretaria de salud del Distrito Federal (2010).
30. González de León-Aguirre D, Billings D. Attitudes towards abortion among medical trainees in Mexico City public hospitals. *Gender & Development*. (2001) 9(2), 87-94 [cited 2011 23 de diciembre]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13552070127739>
31. Fawcett G, Aldaz E, Cruz G, Barraza C. Resultados de la encuesta de opinión católica en México.: Católicas por el derecho a decidir, A.C 2004.
32. García S, Lara D, Goldman L. Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto. Resultados de una encuesta nacional. *Gaceta Médica de México*. 2003;139(1):91-102
33. Population Council. ¿Qué piensan y opinan las y los mexicanos del aborto? 2001 [cited 2010 17 de septiembre]; Available from: <http://www.andar.org.mx/aborto/docint/aborto1b.html>
34. Population Council México. ¿Qué piensan quienes habitan el Distrito Federal sobre la ley que permite a las mujeres obtener la interrupción legal del embarazo hasta las primeras doce semanas de gestación? (2009) Available from: http://www.catolicasmexico.org/ns/publicaciones/otras/doc_details/166-ique-piensen-quienes-habitan-el-df-sobre-la-ley-que-permite-la-interrupcion-legal-del-embarazo.html
35. Contraception. Physicians' agreement with and willingness to provide abortion services in the case of pregnancy from rape in Mexico. (2009) 56–64.