

FACTORES ASOCIADOS A LAS DENUNCIAS DE CASOS DE ABORTO: PERSPECTIVAS DE MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS EN EL PERÚ

FACTORS INFLUENCING THE REPORTING OF ABORTION CASES: PERSPECTIVES OF OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS IN PERU

Lucero Cuba Varas^{1,a} , Enrique Guevara-Ríos^{2,3,4,b,c} , Francesca Encalada Yong^{1,d} , Eurídice Vargas Velarde^{1,e} 

RESUMEN

Introducción. La criminalización del aborto en el Perú plantea dilemas ético-legales para los profesionales de la salud. **Objetivos.** Evaluar los factores asociados a la notificación de abortos inducidos y explorar las percepciones de médicos gineco-obstetras. **Métodos.** Se realizó un estudio mixto secuencial, con fase cuantitativa seguida de una cualitativa. Participaron cien médicos gineco-obstetras mediante un cuestionario estructurado, y diez fueron entrevistados en profundidad. Las variables incluyeron tipo de establecimiento, percepción sobre la Ley General de Salud (LGS), experiencia previa y actitudes hacia la notificación. El análisis cuantitativo empleó estadística descriptiva, chi cuadrado y modelo de Poisson con varianza robusta. El análisis cualitativo fue temático e inductivo. Se garantizó la confidencialidad, anonimato y consentimiento informado, conforme a principios éticos vigentes. **Resultados.** El 28,0 % informó haber notificado un aborto en los últimos diez años. Se encontraron asociaciones significativas entre la notificación y haber informado previamente (RP=0,01; IC95 %: 0,00–0,05; p<0,001), no considerar necesario preguntar si fue inducido (OR=0,84; IC95 %: 0,51–0,96; p=0,046), y conocer a un colega que haya informado (OR=0,89; IC95 %: 0,62–0,98; p=0,012). La fase cualitativa reveló discrecionalidad en los criterios clínicos, influencia de estereotipos, temor de las pacientes a ser denunciadas y presión institucional, especialmente en establecimientos públicos. **Conclusión.** La notificación de abortos inducidos está influenciada más por factores contextuales e institucionales que clínicos, lo que evidencia la necesidad de normativas claras y protección del secreto profesional.

Palabras clave: Aborto; Interrupción voluntaria del embarazo; Gineco-obstetricia; Ética profesional médica.

ABSTRACT

Introduction. The criminalization of abortion in Peru poses ethical and legal dilemmas for healthcare professionals. **Objectives.** To evaluate the factors associated with the reporting of induced abortions and to explore the perceptions of obstetrician-gynecologists. **Methods.** A sequential mixed-methods study was conducted, with a quantitative phase followed by a qualitative one. One hundred obstetrician-gynecologists participated via a structured questionnaire, and ten were interviewed in depth. Variables included type of healthcare facility, perceptions of the General Health Law (GHL), prior experience, and attitudes toward reporting. Quantitative analysis used descriptive statistics, chi-square test, and Poisson regression with robust variance. Qualitative analysis followed an inductive thematic approach. Confidentiality, anonymity, and informed consent were ensured, in accordance with current ethical standards. **Results.** 28.0% of participants reported having notified an abortion case in the past ten years. Significant associations were found between reporting and having previously reported (PR=0.01; 95% CI: 0.00–0.05; p<0.001), not considering it necessary to inquire whether the abortion was induced (OR=0.84; 95% CI: 0.51–0.96; p=0.046), and knowing a colleague who had reported a case (OR=0.89; 95% CI: 0.62–0.98; p=0.012). The qualitative phase revealed discretion in clinical criteria, influence of stereotypes, patient fear of being reported, and institutional pressure, particularly in public facilities. **Conclusion.** The reporting of induced abortions is more strongly influenced by contextual and institutional factors than by clinical ones, underscoring the need for clear guidelines and the protection of professional confidentiality.

Key words: Abortion; Induced abortion; Obstetrics and gynecology; Medical professional ethics.

¹ Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

² Departamento de Obstetricia y Perinatología, Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú.

³ Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

⁴ Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Lima, Perú.

^a Socióloga.

^b Médico ginecólogo obstetra.

^c Profesor ordinario.

^d Psicóloga.

^e Geógrafa.

Citar como: Cuba L et al. Factores asociados a las denuncias de casos de aborto: Perspectivas de médicos gineco-obstetras en el Perú. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2025; 14(1): 9-18. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025425>

INTRODUCCIÓN

En el Perú, la criminalización del aborto constituye un problema relevante de salud pública. A pesar de las restricciones vigentes, el 19% de las mujeres peruanas ha abortado⁽¹⁾, y la ausencia de atención o la atención tardía ante complicaciones postaborto representa una de las principales causas de muerte materna^(2,3).

En este contexto, el artículo 30 de la Ley General de Salud (LGS) establece que “el médico que brinda atención médica a una persona por herida de arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente”⁽⁴⁾. Esta disposición genera un conflicto ético y legal para los profesionales de la salud en el Perú, donde la presión institucional y jurídica puede influir en sus decisiones clínicas.

Normativas como el artículo 30 de la LGS, que penalizan el aborto, representan un desafío crítico para la salud pública, al restringir el acceso a servicios seguros y legales, lo cual conlleva un incremento de abortos clandestinos e inseguros⁽⁵⁾. Esta situación pone en riesgo la vida y salud de las mujeres, y agrava las desigualdades socioeconómicas y sanitarias, especialmente entre aquellas con ingresos bajos y acceso limitado a servicios de salud sexual y reproductiva^(5,6). Al limitar los derechos reproductivos, se perpetúa un ciclo de pobreza y desigualdad. Así, la penalización del aborto no solo vulnera los derechos humanos, sino que también profundiza la crisis de salud pública al obstaculizar el acceso equitativo a una atención médica segura y de calidad^(5,7,8).

La protección de los derechos de las mujeres, la confidencialidad y la calidad de la atención médica en contextos de aborto inducido evidencian la necesidad de investigar en profundidad los factores que influyen en las decisiones de denuncia por parte de los médicos gineco-obstetras⁽⁹⁾.

Por tanto, este estudio tiene como objetivo evaluar los factores asociados a la notificación de abortos inducidos en el Perú, así como explorar las percepciones y prácticas de los profesionales frente a esta problemática, considerando los aspectos personales, sociales e institucionales que determinan su conducta.

MATERIALES Y METODOS

Diseño y área de estudio

Se realizó un estudio con diseño mixto secuencial de tipo exploratorio, en el que la fase cuantitativa precedió a la cualitativa. Este enfoque permitió, en una primera etapa, establecer una base cuantitativa sobre las percepciones y actitudes de los médicos gineco-obstetras frente a la

notificación de casos de aborto inducido, y posteriormente explorar en profundidad sus experiencias, justificaciones éticas y consideraciones legales mediante entrevistas individuales. La fase cuantitativa tuvo como propósito identificar patrones generales, mientras que la fase cualitativa permitió comprender las motivaciones subyacentes que orientan dichas actitudes y conductas.

Población y muestra

La población estuvo conformada por médicos gineco-obstetras en ejercicio, pertenecientes a establecimientos de salud públicos, privados o mixtos. Se excluyó a quienes no contaban con la especialidad de ginecología y obstetricia o no ejercían durante el periodo de recolección de datos. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, que incluyó a 100 médicos gineco-obstetras. Este tamaño muestral se definió considerando la viabilidad de acceso y la necesidad de contar con una base de datos adecuada para análisis estadísticos exploratorios. Si bien este tipo de muestreo limita la aleatoriedad, permitió incluir participantes de diversas regiones y tipos de establecimientos de salud.

Para las entrevistas en profundidad se empleó un muestreo intencional, seleccionándose a diez médicos gineco-obstetras. El número de entrevistas se estableció conforme al criterio de saturación teórica, completándose cuando no emergieron nuevos hallazgos relevantes. Los participantes fueron contactados mediante redes profesionales, gremios médicos y referencias entre colegas. La invitación se envió por correo electrónico, incluyendo el enlace al cuestionario y la propuesta de entrevista.

Variables e instrumentos de recolección

En la fase cuantitativa, la variable dependiente fue la práctica de notificación a la policía sobre casos de aborto inducido (sí/no). Entre las variables independientes se incluyeron el tipo de establecimiento (público/privado), el nivel de acuerdo con el artículo 30 de la Ley General de Salud (LGS), la percepción del secreto profesional, el conocimiento de casos notificados por colegas, las razones personales para notificar y las actitudes hacia la indagación del aborto inducido. El instrumento fue un cuestionario estructurado con preguntas de opción múltiple y dicotómicas, validado por juicio de expertos. Para la fase cualitativa, se utilizó una guía de entrevista semiestructurada, aplicada de manera individual y virtual. Las entrevistas fueron grabadas con consentimiento previo y transcritas de manera literal.

Procedimientos

La recolección de datos se llevó a cabo entre octubre y diciembre del año 2023 por el equipo investigador. Se contactó con los especialistas a través de correo electrónico, una vez confirmada su participación se procedió con el envío de las encuestas. Las encuestas fueron autoaplicadas en línea a través de la plataforma

Google Forms, de forma anónima. La duración promedio fue de quince minutos. Las entrevistas se realizaron por videollamada y tuvieron una duración promedio de cuarenta minutos.

Análisis estadístico

El análisis cuantitativo se realizó utilizando el software SPSS. Se aplicó estadística descriptiva para caracterizar la muestra, y se empleó la prueba de chi cuadrado para explorar asociaciones bivariadas entre las variables categóricas. Para estimar las medidas de asociación entre las variables independientes y el desenlace principal, se utilizó un modelo de regresión de Poisson con varianza robusta. Este modelo permitió calcular la razón de prevalencias (RP) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%) y el valor de p correspondiente, a fin de determinar la significancia estadística de las asociaciones observadas.

En cuanto al análisis cualitativo, los datos fueron codificados y analizados mediante un enfoque inductivo de análisis temático, con el propósito de identificar categorías clave relacionadas con las percepciones y actitudes de los médicos gineco-obstetras sobre la notificación de abortos inducidos.

Aspectos éticos

Este estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Bioética en Investigación de Vía Libre. Se respetaron los principios de la Declaración de Helsinki y las normativas éticas vigentes. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes, garantizándose la participación voluntaria, la confidencialidad y el anonimato de la información recopilada.

RESULTADOS

Resultados cuantitativos

Se encuestó a 100 médicos gineco-obstetras. El 75,0% fueron hombres y el 25,0% mujeres. El grupo etario más representado fue el de 60 años o más (40,0%), seguido por el de 50 a 59 años (27,0%). La mayoría ejercía en Lima (76,0%) y el 50,0% trabajaba exclusivamente en establecimientos públicos. El 63,0 % reportó más de 15 años de servicio. El 80,0% indicó pertenecer a la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, y el 83,0% se identificó con la religión católica (Tabla 1).

Respecto al artículo 30 de la LGS, el 53,5% consideró que su contenido era adecuado y necesario, mientras que el 46,5% expresó desacuerdo. Asimismo, el 60,6% opinó que su aplicación podía impedir una atención médica adecuada y el 66,7% lo consideró contradictorio con el principio del secreto profesional. Ante un aborto incompleto, el 59,6% sostuvo que era necesario preguntar si fue inducido o espontáneo, y el 40,4% indicó que no debía preguntarse. En los últimos diez años, el 28,0% informó haber notificado al menos un caso de

aborto a la policía, y el 49,5 % conocía a un colega que también lo había hecho. Solo el 26,0% recibió alguna comunicación institucional instando a cumplir con lo dispuesto en el artículo 30 (Tabla 2).

El 70,0% de los encuestados opinó que el secreto profesional debía prevalecer sobre la obligación de informar a las autoridades, el 20,0% priorizó la notificación y el 10,0% manifestó no tener una opinión definida (Tabla 3).

En cuanto a situaciones clínicas específicas, el 26,0 % afirmó que se debía informar a la policía en casos de aborto séptico, el 60,0% indicó que requería más información antes de decidir y el 14,0% se opuso a notificar. Para abortos incompletos con laceración de cuello uterino, el 19,0% señaló que debía informarse, el 64,0% solicitaba más información y el 17,0% consideraba que no debía notificarse. Ante la presencia de restos de tabletas en la cavidad vaginal, el 20,0 % opinó que debía informarse, el 43,0% necesitaba más detalles y el 37,0% se mostró en desacuerdo con la notificación. Frente a abortos espontáneos, solo el 1,0% refirió que se debía informar, el 17,0% que se requería mayor información, y el 82,0% rechazó la notificación (Tabla 4).

En relación con las razones atribuidas por los médicos gineco-obstetras para que las mujeres aborten, el 81,0% mencionó que las pacientes tenían planes de vida distintos a la maternidad, el 74,0% indicó el abandono o la falta de apoyo de la pareja y el 69,0% señaló la falta de información y educación. El 57,0% consideró que la irresponsabilidad era una causa frecuente, mientras que el 43,0% opinó que no lo era. La condición de ser adolescentes fue considerada frecuente por el 47,0%, y poco frecuente por el 53,0%. El fallo en el uso de métodos anticonceptivos fue visto como razón frecuente por el 47,0% y poco frecuente por el 53,0%. Solo el 27,0% identificó el embarazo por violación sexual como una causa común, frente al 73,0% que la consideró poco habitual (Tabla 5).

El análisis multivariado mostró que haber informado previamente un caso de aborto en los últimos diez años se asoció significativamente con una mayor prevalencia de notificación (RP=0,01; IC95%: 0,00–0,05; $p=0,000$). No se encontró asociación significativa con el tipo de establecimiento de salud (RP=0,91; IC95%: 0,47–0,99; $p=0,062$). Considerar necesario preguntar si el aborto fue inducido o espontáneo se asoció con menor prevalencia de notificación (RP=0,84; IC95%: 0,51–0,96; $p=0,046$), al igual que conocer a un colega que había informado un caso (RP=0,89; IC95%: 0,62–0,98; $p=0,012$). Las creencias sobre la obligación de informar por mandato legal (RP=0,67; IC95%: 0,27–0,92; valor de $p=0,411$) y por evitar repercusiones personales (RP=0,74; IC95%: 0,33–0,94; $p=0,235$) no mostraron asociaciones estadísticamente significativas (Tabla 6).

Tabla 1. Distribución de las características sociodemográficas y profesionales de los médicos gineco-obstetras encuestados durante el periodo octubre – diciembre 2023 (n = 100).

Características de los médicos gineco-obstetras participantes	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo		
Femenino	25	25,0
Masculino	75	75,0
Edad (años)		
30 – 39	11	11,0
40 – 49	22	22,0
50 – 59	27	27,0
60 o más	40	40,0
Región		
Lima	76	76,0
Norte	13	13,0
Centro	1	1,0
Sur	5	5,0
Selva	5	5,0
Religión		
Católica	83	83,0
Evangélica	3	3,0
Otra	5	5,0
Ninguna	9	9,0
Tipo de establecimiento de salud donde labora		
Privado	17	17,0
Público	50	50,0
Ambos	30	30,0
Tiempo de servicio en el establecimiento (años)		
0 – 4	10	10,0
5 – 9	12	12,0
10 – 14	13	13,0
15 o más	63	63,0
Pertenencia a la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología		
Sí pertenece	80	80,0
No pertenece	20	20,0

Tabla 2. Respuestas de los médicos encuestados sobre el Artículo 30 de la Ley General de Salud y su aplicación durante el periodo octubre-diciembre 2023.

Afirmaciones sobre el Artículo 30 y su aplicación.	En desacuerdo		De acuerdo	
	n	%	n	%
Lo establecido en el Artículo 30 de la LGS es adecuado y necesario*.	46	46,5	53	53,5
Lo establecido en el Artículo 30 de la LGS puede impedir una adecuada atención médica*.	39	39,4	60	60,6
Lo establecido en el Artículo 30 de la LGS es contradictorio respecto al principio del secreto profesional*.	33	33,3	66	66,7
Al atender a una paciente por un caso de aborto incompleto, es necesario hacer preguntas para determinar si el aborto fue inducido o espontáneo*.	40	40,4	59	59,6
En los últimos 10 años, ¿alguna vez ha informado a la policía sobre algún caso de aborto que ha atendido? *	28	28,0	72	72,0
En los últimos 10 años, ¿conoce de algún colega que haya informado a la policía o fiscalía un caso de aborto inducido de una paciente? *	49	49,5	50	50,5
En el centro de salud en que trabaja o ha trabajado previamente, ¿alguna vez recibió una comunicación o aviso que le exhorte a cumplir lo establecido en el Artículo 30 de la LGS?	26	26,0	74	74,0

*Se omitió un participante debido a la falta de dato. LGS: Ley General de Salud. n: Frecuencia. %: Porcentaje relativo

Tabla 3. Opinión de los médicos gineco-obstetras sobre la primacía del secreto profesional frente a la obligación de informar a las autoridades.

¿Considera que es más importante el secreto profesional o informar a las autoridades?	n	%
El secreto profesional debe primar	70	70,0
Informar a las autoridades	20	20,0
No sabe /No opina	10	10,0

n: Frecuencia. %: Porcentaje relativo

Tabla 4. Opinión de los médicos gineco-obstetras sobre la obligación de informar a la policía según el tipo de caso de aborto.

Se debe informar a la policía cuando...	Sí se debe informar		Se deben conocer más detalles antes de informar		No se debe informar	
	n	%	n	%	n	%
Una paciente llega con un aborto séptico	26	26,0	60	60,0	14	14,0
Una paciente llega con un aborto incompleto y laceración de cuello uterino	19	19,0	64	64,0	17	17,0
Una paciente llega con un aborto incompleto y encuentra restos de una tableta en la cavidad vaginal	20	20,0	43	43,0	37	37,0
Una paciente llega con indicios de un aborto espontáneo	1	1,0	17	17,0	82	82,0

n: Frecuencia. %: Porcentaje relativo

Tabla 5. Opiniones de los gineco-obstetras sobre las razones más frecuentes por las cuales las mujeres recurren al aborto.

¿Cuáles son las razones más frecuentes por las que las mujeres abortan?	Usualmente/ Casi siempre		Nunca/ Pocas veces	
	n	%	n	%
Porque tienen planes de vida distintos a la maternidad	81	81,0	19	19,0
Por falta de apoyo o abandono de la pareja	74	74,0	26	26,0
Por falta de información y educación	69	69,0	31	31,0
Por irresponsabilidad	57	57,0	43	43,0
Porque son adolescentes	47	47,0	53	53,0
Porque falló en el uso de métodos anticonceptivos	47	47,0	53	53,0
Porque el embarazo es producto de una violación sexual	27	27,0	73	73,0

n: Frecuencia. %: Porcentaje relativo

Tabla 6. Percepciones y creencias de las médicos asociadas a la notificación de casos de aborto inducido a las autoridades

Variable	RP	IC95%	Valor p
Intercepto: ¿Ha informado a la policía sobre algún caso de aborto en los últimos 10 años?	0,01	0,00 - 0,05	0,000
Tipo de establecimiento de salud	0,91	0,47 - 0,99	0,062
Considera necesario preguntar si el aborto fue inducido o espontáneo	0,84	0,51 - 0,96	0,046
Conoce a algún colega que haya informado un caso de aborto inducido	0,89	0,62 - 0,98	0,012
Cree que debe informar por mandato legal	0,67	0,27 - 0,92	0,411
Cree que debe informar para evitar repercusiones personales	0,74	0,33 - 0,94	0,235

RP: Relación de prevalencia. IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Resultados cualitativos

El análisis cualitativo reveló que la identificación de un "aborto criminal" por parte de los médicos gineco-obstetras no se basó en criterios clínicos estandarizados, sino en percepciones subjetivas. Entre los elementos empleados para inferir que un aborto fue inducido se encontraron conductas como evitar la mirada, observarse los genitales, o factores como la edad, el número de hijos y la situación socioeconómica de la paciente. Esto evidenció la influencia de estereotipos personales en la toma de decisiones clínicas.

Además, se documentó que el temor de las pacientes a ser denunciadas podía desincentivar su asistencia a los servicios de salud, lo que constituye una barrera de

acceso a la atención médica oportuna. En cuanto a la indagación clínica, algunos médicos manifestaron que preguntar si el aborto fue inducido o espontáneo era parte de la anamnesis, al considerarlo relevante tanto para el tratamiento como para la decisión de notificación.

Otro hallazgo fue la influencia de las políticas institucionales. En los establecimientos públicos, a diferencia de los privados, se reportó mayor presión para informar a los superiores los casos sospechosos, con el objetivo de proteger al personal ante posibles denuncias. El estado clínico de la paciente también fue un factor determinante: en casos graves como abortos sépticos o perforaciones uterinas, los médicos justificaron la notificación por motivos médicos, legales e institucionales.

Finalmente, la presencia de fuerzas policiales en los establecimientos de salud fue percibida como un elemento de vigilancia externa que condicionaba la

autonomía profesional y la relación médico-paciente, generando tensiones entre la ética clínica y las exigencias legales (Tabla 7).

Tabla 7. Factores que inciden en la notificación de abortos criminales según médicos gineco-obstetras (análisis cualitativo).

Categoría analítica	Descripción del hallazgo	Citas textuales de participantes
Variabilidad en la identificación del "aborto criminal"	Los profesionales reportan criterios diversos para identificar un aborto como criminal, incluyendo aspectos conductuales o características sociodemográficas.	<p>"El aborto inducido se reconoce cuando la paciente se mira mucho los genitales, o mira a un costado, no te mira de frente, rehúye la mirada" (Médico 01).</p> <p>"Si es una adolescente en situación de aborto, se sospecha por aborto provocado. O si es una mujer que ya tiene sus hijos completos, yo pienso que ya se lo ha inducido." (Médico 06).</p>
Relación médico-paciente ante riesgo de denuncia	Se menciona que el temor a ser denunciadas puede disuadir a las pacientes de acudir al establecimiento de salud.	"La paciente a veces ya no quiere venir, porque sabe que pueden denunciarla" (Médico 04).
Indagación activa sobre el origen del aborto como parte del procedimiento clínico	Algunos profesionales indican que preguntan si el aborto fue inducido o espontáneo como parte de la anamnesis.	"Es parte de la anamnesis preguntar si fue provocado o espontáneo, hay que saberlo para determinar el tratamiento posterior." (Médico 03).
Referencia a lineamientos institucionales	Se reporta que en establecimientos públicos existe mayor énfasis en informar a los superiores y documentar los casos.	"En la clínica [privada] no hay tanto control, pero aquí en el hospital es mejor informar todo al superior, para estar protegido ante eventuales denuncias que hacen los familiares." (Médico 07).
Estado clínico como criterio para notificación	La gravedad de la condición de la paciente, como abortos sépticos o perforaciones uterinas, se menciona como motivo para comunicar el caso.	"Si es un aborto séptico o hay perforación, sí o sí debemos informar, hay mayor riesgo de muerte y, en esos casos, siempre revisan los expedientes. Si no informamos luego pueden decir: '¿Y este doctor por qué no reportó?'" (Médico 02).
Presencia de fuerzas policiales en hospitales	Algunos entrevistados refieren que la presencia policial en establecimientos de salud influye en el manejo clínico.	"A veces los policías están ahí, preguntan. Uno se siente vigilado. Se meten en un terreno que debería ser médico." (Médico 08).

DISCUSIÓN

Los hallazgos cualitativos evidenciaron un alto nivel de discrecionalidad en la identificación de abortos inducidos por parte de médicos gineco-obstetras. Estigmas asociados a la juventud, el estado civil o la actitud corporal de las pacientes no solo revelaron arbitrariedad diagnóstica, sino que reflejaron construcciones discursivas de género arraigadas en el campo médico. Los servicios de gineco-obstetricia

operan dentro de un modelo biomédico hegemónico que naturaliza roles femeninos —como la maternidad, el cuidado y la sumisión— y deslegitima experiencias reproductivas que se apartan de esa norma⁽¹⁰⁻¹³⁾.

En ese sentido, el aborto continúa siendo atribuido principalmente a la "irresponsabilidad" reproductiva femenina, superando incluso los niveles reportados hace más de una década^(14,15). En este estudio, el 57,0 % de

los médicos encuestados mencionó esta razón como una causa frecuente del aborto, lo que evidencia la persistencia del estigma hacia las mujeres que deciden interrumpir un embarazo. Esta estigmatización no se limita al plano discursivo: investigaciones recientes documentan cómo los hospitales públicos en el Perú pueden convertirse en espacios de transición hacia el sistema penal, donde las pacientes son interrogadas sin representación legal y sus historias clínicas se utilizan como prueba sin su consentimiento^(16,17).

En este contexto, el principio del secreto profesional adquiere centralidad. Este deber, reconocido por la Constitución Política del Perú, los códigos de ética profesional y la jurisprudencia nacional^(18,19), entra en conflicto con el artículo 30 de la LGS, que impone la obligación de informar sobre posibles abortos criminales⁽⁴⁾. En el presente estudio, el 70,0 % de los médicos consideró que el secreto profesional debía prevalecer sobre la notificación a las autoridades. Este hallazgo es coherente con estudios previos en el sector público peruano que muestran niveles similares de desacuerdo con la obligación de informar⁽¹⁴⁾ e incluso porcentajes superiores al 90,0 % en otras investigaciones⁽¹⁵⁾. Esta contradicción normativa delega en los profesionales de salud la resolución de dilemas ético-legales sin directrices claras ni respaldo jurídico suficiente, lo que compromete tanto su seguridad legal como el acceso oportuno y seguro de las usuarias a servicios de salud reproductiva^(20,21).

Otro hallazgo relevante fue el papel de los establecimientos públicos como espacios donde aumenta la probabilidad de denuncia. La adscripción a estos centros, según el análisis multivariado y estudios comparativos en Honduras, Perú y Brasil^(14,15,22), se relaciona con mayor presión institucional para cumplir con la normativa vigente. Dicho entorno, caracterizado por vigilancia jerárquica, exigencias administrativas y presencia policial, condiciona la toma de decisiones clínicas. La presencia activa de la Policía Nacional del Perú en contextos hospitalarios, señalada por los propios médicos, intensifica la presión para denunciar, vulnerando la confidencialidad e institucionalizando un entorno de vigilancia y control penal dentro del ámbito asistencial⁽¹⁴⁾.

Esta dinámica ha sido descrita en la literatura bajo la lógica de la “protección legal”, que adopta diversas formas en el ejercicio médico. Por un lado, se manifiesta como “medicina defensiva”, donde la notificación no responde a motivos clínicos, sino a la necesidad de evitar sanciones legales ante posibles complicaciones o auditorías^(14,23–25). Por otro lado, se expresa como “medicina vacilante” (hesitant medicine), marcada por la indecisión clínica derivada del temor a consecuencias legales⁽²⁶⁾. Ambas estrategias reflejan un entorno normativo punitivo que desplaza el enfoque centrado en la paciente y fragmenta la relación médico-paciente. Aunque comprensibles bajo el marco legal vigente, estas prácticas incrementan el

riesgo de criminalización para las usuarias, especialmente para aquellas con menores ingresos que acceden a servicios públicos. Tal como documenta la literatura, esta configuración convierte a los establecimientos de salud en puntos de derivación directa al sistema penal, reproduciendo desigualdades estructurales y limitando el acceso seguro a servicios obstétricos⁽²⁵⁾. A nivel internacional, también se ha documentado cómo la criminalización del aborto restringe no solo los derechos de las usuarias⁽²⁴⁾, sino también la autonomía de quienes brindan atención médica⁽²⁴⁻²⁶⁾. Los hallazgos del presente estudio evidencian este fenómeno: los médicos gineco-obstetras en Perú reportaron modificar su conducta clínica —como indagar activamente si un aborto fue inducido o incluso notificarlo— debido a presiones institucionales, legales o policiales, aun cuando estas acciones pudieran vulnerar los derechos de las pacientes.

En este escenario, se recomienda revisar la legislación peruana sobre el aborto a la luz de los estándares internacionales que protegen el derecho a la salud, el secreto profesional y la integridad ética del personal médico. Mientras el artículo 30 de la LGS se mantenga vigente, resulta indispensable establecer criterios clínicos estandarizados que regulen la notificación de abortos inducidos. Asimismo, se sugiere implementar capacitaciones integrales dirigidas a médicos gineco-obstetras en aspectos éticos, legales y clínicos relacionados con el aborto, y fomentar líneas de investigación centradas en las experiencias de las usuarias dentro del sistema público de salud.

Una limitación de este estudio es la variabilidad observada en la notificación de casos de aborto inducido, influida por la ausencia de criterios estandarizados y factores contextuales como la presión institucional y la presencia policial. Además, la heterogeneidad de experiencias entre médicos de distintos tipos de establecimientos de salud podría haber afectado la uniformidad de los resultados. A pesar de estas limitaciones, los hallazgos ofrecen una perspectiva valiosa sobre los factores ético-legales que condicionan la práctica médica en contextos de criminalización del aborto.

CONCLUSIONES

Los resultados cuantitativos evidencian asociaciones significativas entre la notificación de abortos inducidos y tres factores, que son, haber informado previamente a la policía, no considerar necesario preguntar si el aborto fue inducido o espontáneo, y conocer a colegas que han reportado casos. En contraste, no se encontraron asociaciones significativas con el tipo de establecimiento de salud, la creencia en la obligación legal de informar o el temor a repercusiones personales.

Desde el enfoque cualitativo, se identificó variabilidad en los criterios usados para definir un aborto como

criminal, predominando juicios basados en percepciones subjetivas. Los médicos señalaron que el miedo a ser denunciadas puede alejar a las pacientes de los servicios de salud. Asimismo, se reportó que en establecimientos públicos existe mayor presión para informar y que la presencia policial en hospitales genera una sensación de vigilancia que interfiere en la labor clínica. Estos hallazgos reflejan la ausencia de criterios estandarizados y el peso del contexto institucional en las decisiones médicas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las y los 100 médicos gineco-obstetras de todo el país que participaron de manera voluntaria en el cuestionario, así como a los diez profesionales que, de manera generosa, nos brindaron su tiempo para las entrevistas. Su colaboración ha sido fundamental para el desarrollo de este estudio.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en la publicación de este trabajo. Se confirma que no existen relaciones financieras ni personales que puedan influir de manera inapropiada en los resultados y conclusiones presentados en este documento. La integridad de la investigación se ha mantenido imparcial y transparente en todas sus etapas.

FINANCIAMIENTO

El presente estudio fue realizado gracias al financiamiento del O'Neill Institute for National and Global Health Law.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Apolaya J. El aborto en cifras: encuesta a mujeres en el Perú [Internet]. Promsex. [citado el 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://promsex.org/publicaciones/el-aborto-en-cifras-encuesta-a-mujeres-en-el-peru/>
2. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. [citado el 12 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. Ipas México. El aborto como un asunto de salud pública [Internet]. 2021 [citado el 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://ipasmexico.org/2021/01/20/el-aborto-como-un-asunto-de-salud-publica-2/>
4. Ministerio de Salud del Perú. Ley N.º 26842 [Internet]. [citado el 5 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>
5. Human Rights Watch. "¿Por qué me quieren volver hacer sufrir?": el impacto de la criminalización del aborto en Ecuador [Internet]. [citado el 20 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.hrw.org/es/report/2021/07/14/por-que-me-quieren-volver-hacer-sufrir/el-impacto-de-la-criminalizacion-del>
6. Moore B, Poss C, Coast E, Lattof SR, Rodgers Y van der M. The economics of abortion and its links with stigma: a secondary analysis from a scoping review on the economics of abortion. PLOS ONE. 2021;16(2):e0246238. doi:10.1371/journal.pone.0246238
7. Organización Mundial de la Salud. Abortion care guideline [Internet]. [citado el 18 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240039483>
8. The Lancet Global Health. The top global causes of adolescent mortality and morbidity by age and sex, 2019 [Internet]. [citado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34489057/>
9. Alveal-Álamos C, Sánchez BP, Cid AO, Carte L, Sepúlveda LJ. La objeción de conciencia frente a la interrupción voluntaria del embarazo: motivaciones que traspasan las creencias morales y religiosas en profesionales de la salud chilenos. Rev Punto Género. 2022;(17):307–44. doi:10.5354/2735-7473.2022.67663
10. Pacheco JAL. La (re)irrupción del discurso de la «ideología de género» en América Latina: protestas, atención del público y respuestas gubernamentales. Estud Políticos. 2021;(60):145–77. doi:10.17533/udea.espo.n60a07
11. Pereira LDN, Chaves GK, Sturza JM. A (des)criminalização do aborto: uma questão de saúde pública. Rev Derecho Salud | Universidad Blas Pascal. 2020;4(4):129–35. doi:10.37767/2591-3476(2020)11
12. Herrero MB, Greco A. Investigación soberana para el buen gobierno en salud: desafíos y oportunidades. Debate Público. 2024;14(28):14. doi:10.62174/DPdp.10110
13. Molina R. Monopolizando el derecho a la vida: un estudio sobre las injusticias del sistema de salud mexicano y cómo otros países latinoamericanos están abordando generaciones de inequidad. Boller Rev [Internet]. 2020 [citado el 25 de febrero de 2025];5. doi:10.18776/tcu/br/5/121
14. Copello NV. Derecho a la salud intramuros. 2020;279–87. doi:10.37767/2591-3476(2020)32
15. d'Ávila LS, Andrade EIG, Aith FMA. Consecuencias políticas e institucionales de la judicialización de la salud en Brasil y Colombia: un análisis comparado. Rev Derecho Salud | Universidad Blas Pascal. 2020;4(4):64–75. doi:10.37767/2591-3476(2020)05
16. Quintero-Roa EM, Ochoa-Vera ME. Actitudes de los gineco-obstetras ante la interrupción legal voluntaria del embarazo. Rev Salud Pública. 2015;17(5):776–88. doi:10.15446/rsap.v17n5.39249
17. Sánchez Calderón S, Mere del Castillo J, Pacora Portella P, Chávez Alvarado S, Guerrero Vásquez R,

- Barrientos Pacherre M, et al. Opiniones, percepciones y prácticas de médicos ginecoobstetras respecto a informar de las pacientes con aborto inducido a la policía, Lima, Perú, 2014. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2015;61(3):227–35.
18. Gonçalves Fernande A. Ética profissional, deontologia jurídica e ética judicial. *Quaestio Iuris.* 2022;15(3):946–86.
 19. Gianella C, Álvarez B. Judicial lawfare: analysis of legal arguments against abortion rights in Peruvian courts. *Rev Direito GV.* 2021;17:e2146. doi:10.1590/2317-6172202146
 20. *Revista Derecho y Salud.* Derecho a la salud: recurso extraordinario y arbitrariedad [Internet]. [citado el 28 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://revistas.ubp.edu.ar/index.php/rdys/article/view/235>
 21. Huapaya-Huertas OS, Zafra-Tanaka JH, Viru-Bazan CR, Gil-Loayza KA, Cruzado-Zafra IM, Taype-Rondan Á, et al. Quality of clinical practice guidelines approved in Peru between 2015 and 2017. *Rev Fac Med.* 2020;68(1):77–83. doi:10.15446/revfacmed.v68n1.70515
 22. Ruibal A. A controvérsia constitucional do aborto no Brasil: inovação na interação entre movimento social e Supremo Tribunal Federal. *Rev Direito E Práxis.* 2020;11:1166–87. doi:10.1590/2179-8966/2020/50431
 23. Peralta-Jiménez GA, Rissetti-Villalobos JA, Palma-Acuña VP, Rubilar-Pérez HF, Moraga-Palacios AM, Peralta-Jiménez GA, et al. Actitudes hacia el aborto deseado en estudiantes de ciencias de la salud chilenos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2023;88(4):205–14. doi:10.24875/rechog.23000028
 24. Guevara Ríos E. Interrupción terapéutica del embarazo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú, 2009–2013. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2016;62(1):19–30.
 25. Marván ML, Orihuela-Cortés F, Río AÁ del. Actitudes hacia la interrupción voluntaria del embarazo en jóvenes mexicanos, y su opinión acerca del aborto inseguro como problema de salud pública. *Cad Saúde Pública.* 2018;34:e00192717. doi:10.1590/0102-311X00192717
-

Correspondencia

Lucero Cuba Varas

Dirección: Av. Universitaria 620 Dpto 1304, San Miguel, Lima

Teléfono: (+51) 991940288

Correo electrónico: lucero.cuba@pucp.edu.pe