

Universidad de Lima
Facultad de Comunicación
Carrera de Comunicación



**ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN
COMUNICACIONAL DE LA LEY DEL
ABORTO TERAPÉUTICO EN MUJERES DE
UN CENTRO DE SALUD DEL MINSA**


Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Comunicación

**Ania María Hildebrandt de los Heros
Código 20130621**

Asesor

Peter Busse Cárdenas

Lima – Perú
Junio del 2019



**ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN
COMUNICACIONAL DE LA LEY DEL
ABORTO TERAPÉUTICO EN MUJERES DE
UN CENTRO DE SALUD DEL MINSA**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES	3
1.1. Contexto local.....	3
1.2. El caso de Colombia.....	6
1.3. El caso de Ruanda	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. Estigmas Sociales	14
2.2. Medios, ciudadanía y democracia	16
2.3. Teoría de usos y gratificaciones (TUG)	18
CAPÍTULO III: JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	23
3.1. Justificación.....	23
3.2. Objetivos.....	24
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	25
4.1. Diseño de investigación.....	25
4.2. Procedimientos	26
4.3. Análisis de datos.....	26
4.4. Consideraciones éticas	26
CAPÍTULO V: RESULTADOS	28
5.1. Nivel de información sobre la ley del aborto terapéutico.....	31
5.2. Fuentes de información sobre políticas de salud pública	35
5.3. Fuentes de información en general.....	40
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN.....	45
6.1. Implicaciones prácticas	50
6.2. Perspectivas de investigación hacia el futuro.....	51
6.3. Limitaciones	52
CONCLUSIONES	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Información demográfica	28
Tabla 2. Nivel de información sobre leyes abortivas	31



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1. Hijos.....	30
Gráfico 5.2. Número de hijos.....	30
Gráfico 5.3. Nivel de educación obtenido	31
Gráfico 5.4. ¿Está al tanto de las leyes que hay sobre aborto en el Perú?	33
Gráfico 5.5. ¿Hay alguna forma de aborto legal en el Perú.....	33
Gráfico 5.6. ¿Sabía usted que si la vida o la salud de una mujer que esta embarazada hasta las 22 semanas se encuentran en peligro, ella está en su derecho de interrumpir su embarazo?	34
Gráfico 5.7. ¿Cómo se entera de noticias relacionadas al seguro social, por ejemplo nuevas campañas de salud u otros?.....	35
Gráfico 5.8. ¿Por dónde le gustaría informarse sobre la ley del aborto terapéutico (medios de comunicación, instituciones, otros lugares)?	36
Gráfico 5.9. Si fueran medios, ¿Cuáles?.....	37
Gráfico 5.10. Preferiría que la información se proporcione: gráficamente (puede ser virtual) o en un video explicativo?	38
Gráfico 5.11. Preferencia por gráficos.....	39
Gráfico 5.12. ¿Suele estar al tanto de las noticias diarias en general?	40
Gráfico 5.13. ¿A través de qué medios de comunicación se entera de las noticias?	41
Gráfico 5.14. ¿Utiliza redes sociales?.....	42
Gráfico 5.15. ¿Para qué utiliza las redes sociales: para informarse, para entretenerse o para comunicarse con otras personas?	42
Gráfico 5.16. Menciones.....	43
Gráfico 5.17. ¿Las utiliza diariamente?	43
Gráfico 5.18. ¿Cuáles utiliza?.....	44

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Glosario.....	61
Anexo 1: Modelo de consentimiento informado	63
Anexo 1: Encuesta	64



INTRODUCCIÓN

En el Perú el Aborto Terapéutico (AT) está permitido por la ley desde 1924 (Távora Orozco, 2015). Según el artículo 119 del Código Penal: “No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2016, p.96). Sin embargo, en muchos casos esta ley no es respetada, por la fuerte estigmatización que existe alrededor de la práctica por parte de los profesionales de salud. Por otro lado, existe incluso un desconocimiento de la misma ley por parte de los profesionales, los centros médicos y también de las pacientes. Por lo tanto, muchas mujeres que se encuentran en estas situaciones de riesgo no reciben el procedimiento terapéutico requerido por más de que sea su derecho y muchos profesionales conozcan la ley, al no estar de acuerdo con ella e incluso por temor a ser sancionados. Es importante mencionar que, a pesar de que existe esta ley desde hace más de noventa años, recién en el 2014 se aprobó una guía técnica que la reglamenta (El Peruano, 2014).

Según Ayala Peralta, et al. (2009), en el Perú se encuentra una de las tasas más altas de mortalidad materna en América Latina (185 por 100,000 nacidos vivos), de tal manera que este índice es considerado en nuestro país como un problema de salud pública nacional. Por otro lado, “[s]e estima que en el Perú existen a la fecha cerca de 400,000 abortos inducidos por año, entre los cuales habría un número importante por razones de salud, que los especialistas calculan entre 1 y 2% del total de embarazos” (Ayala Peralta, et al., 2009, p.9). Incluso, a la fecha podrían llegar a ser hasta 450,000 abortos inducidos por año (Promsex, 2013). Según los mismos autores, existe un sub registro muy grande en el número de AT practicados en el Perú. Llama la atención que “solo uno de cada 258 casos de aborto atendidos corresponde a AT, lo que estaría indicando un sub registro o, lo que es peor, barreras en el acceso de mujeres que solicitan una interrupción terapéutica del embarazo por causales de salud” (Ayala Peralta, et al., 2009, p.4). Son muy pocos los casos registrados de AT a nivel nacional y ello resulta en un gran problema; como no se puede tener acceso a estadísticas reales, esto puede significar la pérdida de vidas o graves

repercusiones en la salud de las mujeres, pues si no se registran se podría decir que este procedimiento no es necesario, cuando en realidad muchas mujeres lo requieren. Por otro lado, “[e]xiste además pobre información por parte de las pacientes y algunos proveedores de servicios de salud, sobre el derecho que tienen las mujeres para interrumpir su embarazo por causas de salud dentro del marco legal” (Ayala Peralta, et al., 2009, p.5).

Según el Foro: Fortaleciendo Respuestas para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres y Adolescentes en Situaciones de Riesgo, llevado a cabo el 25 de mayo del 2018 en la ciudad de Lima y organizado por la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Pathfinder International y Católicas por el Derecho a Decidir, existen muchas barreras para los profesionales de salud a nivel legal, a nivel de gestión, a nivel ético y también administrativo. Entre estas barreras se encuentran la criminalización del aborto, el miedo a ser denunciados, el estigma social del aborto, la práctica de denunciar los abortos a la policía, agregando complicaciones policiales y judiciales a las mujeres que llegan a los establecimientos de salud públicos, desconocimiento del Artículo 119 del Código Penal, desconocimiento de la ley general de salud y de las normas del sector salud, desconocimiento de que el aborto inseguro es la tercera causa de muerte materna en el Perú, falta de decisión política de los responsables de los establecimientos de salud, la falta de estadísticas reales sobre el número de abortos en el país, que el estudio de la ética no esté incluido en el currículum o formación de pre-grado y de post grado de medicina, desconocimiento del flujograma de atención del AT y desconocimiento de los documentos necesarios para el trámite: Solicitud, Junta Médica y Consentimiento Informado (Católicas por el Derecho a Decidir, Pathfinder International, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, 2018).

En el foro se repitió que, a pesar de que hay avances en la atención en salud a nivel nacional en temas de salud sexual y reproductiva, estos son muy poco relevantes y es aquí que resurgen las barreras mencionadas, las cuales evidentemente son muy difíciles de superar y, por lo tanto, son casi las mismas desde hace décadas. Sin embargo, rara vez el problema es abordado desde la perspectiva de las pacientes y podría ser interesante darle una mirada distinta al problema para - tal vez - descubrir nuevas soluciones. Esta investigación pretende hacer un esfuerzo para acercarse a nuevas miradas o posibilidades.

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES

1.1. Contexto local

Se sabe que el Perú se encuentra atrasado, junto a muchos otros países del mundo en vías de desarrollo, en cuanto a materia de aplicación de políticas de salud pública nacional (Sánchez-Moreno, 2014). Estas políticas, que garantizan el acceso a derechos básicos de salud de la población, están fuertemente ligadas a los aspectos socioculturales de los países, pues asegurar su acceso significa que este sea igualitario para todas las personas de todas las clases sociales; sin que haya una desigualdad en cuanto a raza, género, u otro factor. Es importante resaltar en este contexto que, en diversas ocasiones, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, así como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), el Comité contra la Tortura (CAT) y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) han declarado su preocupación respecto a las restricciones legales y el incumplimiento de los derechos de acceso al aborto en el Perú (Centro de Derechos Reproductivos, 2015). Esta brecha de acceso a los servicios básicos de salud para las mujeres aún existe en el país y dos casos son los que representan mejor la realidad. Son los casos de K.L vs. Perú y L.C. vs. Perú, los cuales fueron presentados ante el Comité de Derechos Humanos de la ONU y el Comité de la CEDAW respectivamente, por parte del Centro de Derechos Reproductivos (CDR) y PROMSEX.

En el caso de K.L., no se le quiso practicar un AT, a pesar de que el feto era anencefálico y la continuación del embarazo significaba poner en riesgo su calidad de vida:

En el 2005, el Comité de Derechos Humanos de la ONU (el Comité) se pronunció a favor de K.L., una joven de 17 años que fue obligada a llevar a término un embarazo con una malformación fetal que era incompatible con la vida. En esa oportunidad, el Comité estableció que la negación del acceso al aborto legal violaba el derecho de K.L. a una vida libre de torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes. A su vez, el Comité recomendó al Estado peruano adoptar las medidas que fuesen necesarias para evitar que se repitieran casos semejantes (Centro de Derechos Reproductivos, 2015, pp.1-2).

En el caso de L.C.:

Quedó embarazada cuando tenía 13 años como producto de repetidas violaciones e intentó suicidarse saltando desde el techo de la casa de un vecino y sufrió una lesión en la médula espinal. Trasladada a un hospital público, los médicos recomendaron una intervención quirúrgica urgente para evitar que se consolidara el daño sufrido por la caída. La cirugía no se realizó cuando se confirmó su embarazo, pese a que se solicitó formalmente un aborto terapéutico a la dirección del hospital, el aborto fue negado. Sólo cuando L.C. sufrió un aborto espontáneo, casi 3 meses después de haber sufrido la lesión, fue operada pero la intervención quirúrgica no impidió que quedara cuadripléjica (Centro de Derechos Reproductivos, 2015, p.2).

Ambos juicios fueron ganados por las organizaciones mencionadas en la Corte Interamericana de Derechos Humanos y representan un precedente histórico para el reconocimiento de los derechos de las mujeres y no solamente en el Perú, pues se reconoció el deber de los Estados de tomar medidas para garantizar los servicios correspondientes en los casos en que el aborto se encuentra dentro del marco legal (Centro de Derechos Reproductivos, 2015).

Se sabe que el aborto en el Perú es en la mayoría de casos de carácter clandestino (Ferrando y Hlatshwayo, 2006) y que todavía no existen estadísticas confiables que especifiquen las cifras reales del AT. A pesar de ello:

Los estudiosos del tema estiman que, del total de embarazos, existe la necesidad de interrumpir hasta el 1% de gestaciones para proteger a la madre de riesgos graves en su salud o de riesgo de muerte. [...] si se tiene en cuenta que en el Perú existen alrededor de 1 millón de embarazos anualmente, se puede inferir que habría aproximadamente 10,000 mujeres que requieren de un aborto terapéutico (Távora Orozco, Romero Borda, Marín Sandoval, y Ramírez Huaroto, 2011, p.16).

Es importante en este contexto conocer cuál es el papel de los profesionales de salud a nivel nacional con respecto al aborto, incluyendo los estigmas y las barreras que existen dentro de este grupo social. En un estudio realizado por Távora Orozco y Sacsa Delgado (2008), sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos gineco-obstetras con relación a este tema, se puede ver que los estigmas persisten, y que son en

su mayoría de carácter religioso, los cuales desacreditan la práctica del aborto en general por el miedo de ser criticados o posibles consecuencias legales. No obstante, resulta interesante ver que, según los mismos autores:

A pesar de las prohibiciones legales y religiosas, el aborto continúa existiendo y constituye la causa de 10 a 15% de las muertes maternas en el Perú. Otro 15% de las muertes maternas que ocurren en nuestro país resulta de complicaciones existentes antes del embarazo (muertes maternas indirectas), que se agravaron en el curso del mismo. Esto significa que, si estas mujeres hubieran tenido la oportunidad de interrumpir la gestación dentro de la ley, se habría evitado su defunción (Távora Orozco y Sacsá Delgado, 2008, pp.4-5).

Los resultados de Távora Orozco y Sacsá Delgado, (2008) son valiosos pues los autores llegan a hallazgos interesantes acerca de los profesionales de salud quienes, a pesar de que hacia el año 2008 parecían mostrar mucho mayor apertura para hablar sobre el tema y tenían opiniones que parecían respaldar esta apertura, en la práctica los resultados no lo reflejaban, ni lo hacen hasta el momento, pues las cifras de mortalidad materna indirecta han seguido aumentando (Dirección General de Epidemiología - Ministerio de Salud., 2013).

Pareciera ser que en la actualidad los especialistas en salud estuvieran más dispuestos a abordar este problema y un poco más abiertos. Sin embargo, muchos años han pasado desde ese último estudio exhaustivo en cuanto a las percepciones de los profesionales de salud, pero los cambios no son importantes. Se puede ver nuevamente que los especialistas que dan servicios de salud sexual y reproductiva en los centros médicos del Estado carecen de información y, además, mantienen estigmas contra las mujeres que interrumpen su gestación y contra los mismos profesionales que las atienden (Távora Orozco, 2015). Este problema podría haberse explicado por la falta de una atención estandarizada por la ausencia de una guía técnica, pero, incluso con el protocolo que reglamenta y estandariza la ley, aprobado hace ya más de cuatro años, las cifras han seguido en aumento. La situación demuestra que hay algún factor que no está funcionando bien dentro del sistema y que es necesario dar un giro en algún punto de la problemática para comenzar a ver cambios pues, además de que se trata de un problema de salud pública a nivel nacional, es responsable de altos costos (tanto económicos como sociales) para las mujeres, así como para el mismo Estado. Es así que se propone el deber de informar y educar más a las mujeres, para empoderarlas en su derecho a la interrupción

legal del embarazo por cuestiones médicas. Para lograr esta intervención, la participación de las organizaciones civiles es un factor clave (Távora Orozco, 2015.)

En los esfuerzos de mostrar caminos más o menos parecidos para tomar como referencia o incluso poder replicar en la medida de lo posible, se presentan dos casos de países en los que se logró una transformación real de la política pública y cuyas circunstancias además convergen en varios aspectos con las locales. Acaso se pueda aprender, mediante la narración de sus historias, para una futura aplicación de políticas públicas relacionadas a la problemática planteada.

1.2. El caso de Colombia

Dentro del contexto latinoamericano, el caso de la legalización del aborto por tres causales en Colombia y lo que significó ese proceso de cambio para el país, por el respectivo esfuerzo de las organizaciones participantes, guarda similitudes con la problemática local en amplios aspectos. En Colombia el aborto en cualquier caso estaba tipificado como delito hasta el 2006, año en que finalmente se aprobó la ley en tres casos: cuando se trata de una violación, si el feto presenta una malformación incompatible con la vida y para salvar la vida o salud de la mujer. La gran victoria de iniciativas feministas como el proyecto LAICIA (Litigio de alto impacto en Colombia: la inconstitucionalidad del aborto), además de finalmente lograr que la Corte Constitucional Colombiana despenalice el aborto en tres causales (más que la mayoría de países de la región) fue lograr convertir el debate sobre el aborto en un espacio de discusión, en donde comenzó a ser percibido como un problema de salud pública, equidad de género y justicia social (Gómez, 2006). De hecho, de no haber sido así, nunca se habría llegado a la medida deseada; el solo hecho de haber cambiado los términos del debate en el país fue victoria suficiente para la organización, pues esto logró modificar la opinión pública. Como acción posterior a la resolución de la corte, el proyecto LAICIA buscó promover, en un reporte realizado por Gómez (2006), y a través de la narración de su historia, la figura de “la acción pública de inconstitucionalidad como una herramienta para el cambio social y, en esa medida, validarla como una expresión de las políticas públicas” (Gómez, 2006, p.93). Además, busca hacer un llamado de atención a la necesidad de “sincronizar agendas, establecer compromisos y afianzar flujos de información para construir campañas conjuntas que involucren no sólo a activistas sino también a académicos/as,

médicos/as, políticos/as, empresario/as, etc., para diseñar políticas públicas que trasmitan, argumenten y materialicen el discurso de los derechos de las mujeres” (Gómez, 2006, p.93). El proyecto tomó como punto de partida tres componentes de la primera fase de una política pública: visibilizar, influenciar y modificar, para así poder insertar el problema en la agenda pública (Gómez, 2006).

Como primera acción, el proyecto interpuso una demanda frente a la Corte Constitucional Colombiana en el 2005, la cual reclamaba la declaración de inconstitucionalidad del artículo del código penal que regía el aborto y que lo criminalizaba sin excepción; solicitando el cambio para las tres causales que finalmente fueron aceptadas. A través del litigio de alto impacto se fueron llevando a cabo una serie de acciones coordinadas con el objetivo de visibilizar el problema para poder influenciar y luego modificar la problemática. En resumen y en orden, estas acciones fueron, y, en primer lugar, para visibilizar: la construcción de una red de aliados y expertos con la respectiva asignación de roles para abarcar todas las aristas del problema; la coordinación permanente con diferentes organismos de la sociedad civil, creando así una campaña en común; finalmente, la implementación de una estrategia de comunicación, en donde los medios de comunicación fueron los aliados imprescindibles y en la cual se consideraron tres fases.

La primera fase se basó en la sensibilización de los medios frente al tema, para lo cual fue necesario reunirse con periodistas, resaltando el rol de los medios en la difusión de información relacionada a la salud sexual y reproductiva y en cuanto a la necesaria desmitificación del debate alrededor del aborto (Gómez, 2006). En la segunda fase se pretendió impulsar la comunicación y la difusión de la acción jurídica aplicada, proporcionando a los medios una carpeta informativa con los argumentos de la demanda, el estado de la problemática a nivel nacional e internacional, así como datos y estadísticas; y finalmente reportes de la percepción de Colombia como país en cuanto a la legislación del fenómeno en los diversos acuerdos internacionales de derechos humanos. Por último, en esta segunda fase se incluyó también la elaboración de mensajes claves y comunicados de prensa resaltando el restrictivo marco legal del país. La tercera fase, que fue de mantenimiento del tema en los medios, superó considerablemente las expectativas ya que, de esperar como máximo un mes la duración del debate mediático, este se extendió por más de nueve meses (Gómez, 2006).

Por otro lado, para influenciar, fueron decisivas las intervenciones ciudadanas pues funcionaron como una herramienta de argumentación, la cual fue promovida por la red de aliados tanto a nivel nacional como internacional, y esto jugó un papel especialmente decisivo. Las intervenciones son trascendentales ya que sirven como fuente de información a las cortes en la toma de decisiones (Gómez, 2006). Finalmente, todo esto incide en la modificación de la realidad, desde la renovación de los términos del debate alrededor del aborto, logrando la participación activa de la sociedad (tanto en el mismo debate como con las intervenciones), hasta la reforma en la legislación (que en este caso se dio luego de publicado el artículo citado, pero de todas maneras no le cerró las puertas al debate) (Gómez, 2006). Luego de identificar las acciones realizadas por el proyecto LAICIA, pueden indicarse tres aciertos en la aplicación de su estrategia: lograr que los aliados se apropien del proyecto; generar un diálogo con cada uno de ellos para crear un sistema de flujo informativo y, por último, exponer el aborto como un problema social, proporcionando materiales con datos reales y veraces, así como dando a conocer siempre las fuentes de estos (Gómez, 2006).

La transformación en Colombia fue notablemente apoyada y reforzada por las instituciones públicas del país; mediante una tutela, el alto tribunal solicitó ejecutar campañas masivas al Ministerio de Salud, al Ministerio de Educación, a la Procuraduría, y a la Defensoría del Pueblo (El Espectador, 2016). No obstante, para el 2016, diez años después de aprobada la ley, era grande todavía la brecha existente entre cómo debía estar la situación y la realidad. La gran diferencia entre Colombia y Perú es que sus instituciones tienen un papel activo en la aplicación de campañas para promover el respeto a sus propias leyes. Ese mismo año, el alto tribunal comenzó a exigir con firmeza la ejecución de las campañas masivas con el lanzamiento de piezas audiovisuales que luego fueron publicadas en el canal de YouTube del Ministerio de Salud, para explicar la ley. Estas no fueron las primeras acciones, pero sí las de mayor acogida e impacto a nivel nacional (El Espectador, 2016). En palabras de Cristina Rosero, abogada de Women's Link Worldwide: "[c]onsideramos que es un avance importante pero no el único, porque sin duda el problema de la desinformación es uno de los principales obstáculos para acceder a este derecho. Esto nos puede ayudar a que las mujeres sepan que tienen derecho, pero es necesario que las entidades de salud estén informadas, porque hay unas que ponen obstáculos y niegan el servicio" (El Espectador, 2016, párr. 3).

A pesar de que con esta investigación no se pretende específicamente cambiar la ley alrededor de la problemática en el Perú, pues ya existe la legislación, y el problema más bien es el incumplimiento de esta; es interesante y valioso prestar atención al proceso de cambio social, institucional y legal que tuvo lugar en un país de la misma región como Colombia, al hacer visible el fenómeno y educar a la población mediante una toma de acciones organizadas. Sobre todo, conviene tener su historia de legalización como referencia pues las causales y el contexto alrededor de la problemática son muy parecidas, al tener este país un marco cultural similar al peruano.

1.3. El caso de Ruanda

Hay casos similares en otras partes del mundo que valen la pena rescatar pues, aunque no hayan nacido de la misma problemática, pueden servir como referencia por los factores y barreras en común. En el caso de Ruanda, en los años posteriores al genocidio que sufrió en 1994, hubo un gran descenso de la tasa de prevalencia anticonceptiva en el país (uso de anticonceptivos). Una suma de circunstancias, como la destrucción de infraestructura del sistema de salud y las barreras sociales/culturales existentes por la fuerte presencia de la iglesia católica y la fuerte cultura pro natalista del país, sumada al acontecimiento reciente en el que muchas familias perdieron a seres queridos, contribuyó a que la tasa de natalidad de Ruanda (el país más densamente poblado de África) se dispare y, con ella, también la mortalidad infantil y materna (Solo, 2008). En este escenario de aumento de pobreza y freno del desarrollo, el gobierno ruandés estableció la planificación familiar como prioridad nacional. Es necesario, para realizar alguna comparación con la problemática local presentada, y sobre todo con las acciones que llevaron a que se legalice el aborto en tres causales en Colombia, identificar todas las causas de que seis años después del genocidio en Ruanda el uso de anticonceptivos haya descendido en un 9% y solo cinco años después haya aumentado nuevamente en un 6%, convirtiendo al país africano en uno de los más exitosos en materia de aplicación de políticas públicas de planificación familiar; sobre todo por el periodo relativamente corto de tiempo en que se llevaron a cabo (Solo, 2008).

En primer lugar, y tal vez la razón más importante, fue el apoyo y el compromiso del gobierno para implementar todas las acciones establecidas en el proyecto de planificación familiar, al reconocer que se trata de una herramienta de desarrollo, como

el propio ministro de salud de Ruanda afirmaba, para poder reducir la pobreza y las tasas de mortalidad materna e infantil (Solo, 2008). Sin embargo, es interesante ver cómo en este caso se repite la creación de alianzas con otros agentes, y la coordinación y asignación de funciones a cada uno de estos para llevar a cabo metódicamente las acciones establecidas hacia un mismo fin. En el gobierno se contó con la participación activa de los Ministerios de Salud, Finanzas, Administración local, Educación, Género y Mujeres en Desarrollo, así como de la Red de Parlamentarios Ruandeses para la Población y el Desarrollo. Asimismo, se contó con el apoyo técnico y donaciones de importantes organizaciones, universidades, organizaciones no gubernamentales locales y fundaciones internacionales de diferentes países (Solo, 2008). Un hecho interesante de resaltar en el caso de Ruanda es que estas políticas no fueron impuestas desde afuera, sino que fueron adoptadas y respaldadas por el propio Estado. El mensaje para la población, que venía también desde los mismos políticos y del presidente, fue cambiado de limitar el número de hijos y hablar de las consecuencias negativas, a hablar de las ventajas de tener familias más pequeñas para acceder a mayor calidad educativa y de salud. Aquí fueron dos los factores que hicieron posible que haya una respuesta positiva a estos mensajes: primero, que en Ruanda existe un gran nivel de obediencia hacia el gobierno y, segundo, el hecho de que el ministro de salud en ese entonces fue un férreo defensor de esta política, incluso haciendo demostraciones de cómo utilizar condones en la TV e increpando públicamente a los líderes religiosos por no apoyar la planificación familiar (Solo, 2008). Las políticas públicas aplicadas por este firme aval del gobierno se basaron en las siguientes acciones: liderazgo, descentralización, coordinación, disponibilidad de suministros, de servicios, entrenamiento constante del personal y motivación, búsqueda de articulaciones, dentro de lo cual se dio la creación de postas médicas secundarias pues el 40% de centros de salud eran apoyadas por iglesias que no ofrecían anticonceptivos modernos, así como la integración con los servicios de VIH/SIDA del país para volverlo más eficiente; la incorporación y entrenamiento de trabajadores de salud de las mismas comunidades y la participación activa de estas comunidades en los centros de salud para el mantenimiento de los mismos, y la ejecución de campañas de comunicación para trabajar con la motivación de la población y así aumentar la demanda de anticonceptivos, pues las barreras socioculturales eran las más fuertes (Solo, 2008).

Como se ha podido revisar, en ambos casos se trata del desarrollo de una estrategia y de un conjunto de prácticas ejecutadas sistemáticamente y alineadas bajo un mismo objetivo para lograr resultados tangibles a nivel nacional. En el Perú hace falta un trabajo unificado y colaborativo, que incluya a diversos agentes desde amplios frentes, tanto del mismo Estado como de la sociedad civil, así como de organizaciones a nivel nacional e internacional. Es importante tener claro que, por mayores esfuerzos que se hagan desde afuera, hasta que no exista convicción por parte del gobierno para llevar a cabo políticas en materia de salud sexual y reproductiva, el problema podría mejorar hasta cierto punto, pero no existirán resultados consistentes. Se necesita que los representantes de los Ministerios y las instituciones públicas apoyen activamente las políticas de salud sexual y reproductiva, sobre todo si se trata de cumplimiento de leyes, en donde se debe tomar en especial consideración a las campañas comunicativas y educativas, pero también advertir cambios a nivel estructural. En este contexto, como se ha podido ver en los dos casos mencionados, juega un papel sumamente importante la utilización de datos y estadísticas como argumentos sociales y económicos en el debate previo a la aplicación de cualquier política pública.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Para intentar abordar la compleja problemática del aborto es indispensable comenzar por precisar los conceptos que se desprenden de este término desde un sentido técnico, pues son muchas más aún las variables que engendra el tema más allá de lo técnico. En este caso será conveniente definir los términos que tienen relación directa con el AT específicamente, por lo cual primero se debe tener claro qué es el aborto, además de clasificarlo por sus diferentes metodologías y tipificaciones técnicas. Astete, Beca y Lecaros (2014) presentan varias definiciones relacionadas al tema. En primer lugar, según la OMS, citada en Astete, Beca y Lecaros (2014), “el aborto es la interrupción del embarazo cuando el embrión o feto todavía no es viable fuera del vientre materno” (Astete, Beca y Lecaros, 2014, p.1450). Sin embargo, cuando este ya es viable, “la interrupción del embarazo se considera inducción de parto prematuro” (Astete, Beca y Lecaros, 2014, p. 1450). Mientras que “si la intención es la eliminación del feto, se considera aborto tardío” (Astete, Beca y Lecaros, 2014, p.1450). Por otro lado, “aborto en sentido jurídico es toda maniobra destinada a interrumpir el embarazo impidiendo que llegue al término natural, con destrucción o muerte del producto” (Astete, Beca y Lecaros, 2014, p.1450). Para mayores especificaciones técnicas de conceptos relacionados a la ley del AT en el Perú, se presenta un glosario sintetizado con los términos de mayor relación al tema en cuestión; esto con la intención de proporcionar un marco conceptual más amplio que pueda ayudar en la comprensión y la discusión de la problemática, y el cual puede ser revisado en la sección de Anexos.

Siguiendo con las definiciones contextuales, se hace necesario por otro lado especificar qué es la salud. De acuerdo a la OMS, la salud es “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2014). Como bien se sabe, la posición de esta institución es la de proteger y defender el derecho a la salud, lo que incluye también el derecho a la salud reproductiva de las personas y lo cual está contemplado en los diversos tratados internacionales de derechos humanos a los que están suscritos los Estados (Távora Orozco et al., 2011). Debe recordarse que existe una serie de Derechos Sexuales y Reproductivos, señalados por la ONU como parte del conjunto de derechos

humanos, teniendo relación directa con esta investigación los Derechos Reproductivos de toda persona. Según el Centro de Derechos Reproductivos (2008), estos Derechos están enraizados en los principios más elementales del conjunto y engloban dos principalmente: el derecho a la atención reproductiva y a la autodeterminación reproductiva. Estos derechos son importantes pues promueven la salud reproductiva y empoderan a las mujeres para poder superar las circunstancias sociales que ponen en riesgo su salud y su vida (Centro de Derechos Reproductivos, 2008). Las violaciones de derechos reproductivos, como son los abortos inseguros, las muertes maternas, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil, se encuentran considerablemente toleradas y consideradas como naturales o inevitables, e incluso tradicionales y necesarias. Sin embargo, se trata de violaciones de derechos que los Estados están obligados a afrontar (Centro de Derechos Reproductivos, 2008). Se puede ver entonces que estos derechos desempeñan una función esencial en todas las sociedades, pues su cumplimiento garantiza el desarrollo social de las mismas en amplios aspectos, y, además, se trata de derechos humanos que deberían ser respetados como todos los demás.

La Interrupción Terapéutica del Embarazo (ITE) o Aborto Terapéutico (AT) se define como “el aborto inducido con la intención de proteger la salud o la vida de la embarazada cuando éstas se encuentran en grave riesgo” (Astete, Beca y Lecaros, 2014, p.1450). De esta manera, se trata de un tipo de aborto inducido para salvaguardar la salud de la madre, aunque no exista un riesgo de muerte necesariamente. Es por ello que, al hablar de una ITE, es inevitable que se esté hablando sobre derechos humanos. Por otro lado, un índice que se repite constantemente al abordar este problema y conviene aclarar, es el de Mortalidad Materna. Según la Organización Mundial de la Salud, se trata de:

La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (Organización Panamericana de la Salud, 2003, pp. 139-140).

Dentro de esta definición debe hacerse una distinción entre mortalidad materna directa y mortalidad materna indirecta, pues la primera se refiere al resultado de “complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, así como de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas; mientras que la segunda “es la que resulta

de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante este, no debida a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo” (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud, s.f., p.47).

Según la OMS:

La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas; en el Níger es de 1/7, mientras que en Irlanda es de 1/48000. Además de las diferencias entre países, también hay grandes disparidades dentro de un mismo país entre ricos y pobres, así como entre poblaciones urbanas y rurales (Organización Mundial de la Salud, s.f., párr. 2).

El índice de mortalidad materna es especialmente relevante pues se trata de un indicador acertado de los problemas económicos y sociales existentes en los países, al medir no solamente el acceso y la calidad de los servicios de salud, sino también al proporcionar una idea sobre la equidad de género en una sociedad.

Una vez que se tienen claros estos conceptos, más allá de una definición técnica se debe profundizar en un marco más general o sistémico, si se quiere, pues para consideraciones de esta naturaleza es indispensable entender el contexto sociocultural del cual han sido extraídos estos términos. El concepto de estigma, como se ha podido evidenciar en casi todos los antecedentes revisados, representa un componente esencial del marco sociocultural local, del cual se ha realizado el análisis, pues es casi transversal a los diferentes factores que componen la compleja problemática que significa el aborto; y lo es aún más en el caso de la inaplicación de un aborto que se practica por cuestiones de salud.

2.1. Estigmas Sociales

Aunque poca, la teorización del estigma alrededor de este tema en particular proporciona una interesante aproximación a la problemática local. En primer lugar, se revisó la teoría del estigma social desarrollada por Goffman, quien sostiene que el término hace referencia a “un atributo profundamente desacreditador” o “una clase especial de relación entre atributo y estereotipo” (Goffman, 1963, p.2). En consecuencia, este tiene un efecto

negativo en la identidad del individuo, la cual se ve deteriorada. La definición de Goffman, sin embargo, quien presenta una de las primeras teorizaciones sobre estigma, se desarrolló principalmente para los atributos físicos de estigmatización de los individuos, lo cual sería una explicación muy limitada del concepto en un campo multifacético como este. Es por eso que, buscando profundizar en él, Kumar, Hessini y Mitchell (2009) proporcionan un enfoque más acertado. Estos autores proponen que en lugar de una verdad universal, se trata de un fenómeno social construido y reproducido localmente mediante varios caminos (Kumar, Hessini y Mitchel, 2009, p.4)¹. En este estudio se plantea una definición de estigma alrededor del aborto como un atributo negativo asignado a las mujeres que buscan interrumpir un embarazo que las marca, interna o externamente, como inferiores a los ideales de la feminidad (Kumar, Hessini y Mitchel, 2009, p.4). Proponen, además, que, aunque las definiciones de feminidad puedan variar en cada cultura, en general una mujer que decide abortar en realidad está desafiando supuestos ampliamente aceptados sobre la 'naturaleza' de las mujeres; esto es, en la gran mayoría de culturas (Kumar, Hessini y Mitchel, 2009). Al profundizar aún más en este concepto, se puede ver que el estigma del aborto, además de ser un proceso de desacreditación social tal como sostiene Goffman, también es un indicador de profundas desigualdades sociales (Kumar, Hessini y Mitchel, 2009). Los autores manifiestan que esta problemática se encuentra enraizada en la ideología colectiva de un grupo humano, pero más aún, que es perpetuada por las instituciones sociales, lo cual podría esconder problemas estructurales más profundos, pues las instituciones son reflejos de la ideología y, de esta manera, las leyes que no hacen más que alimentar los estigmas, terminan instauradas en estas mismas estructuras que son el núcleo de la sociedad; como lo son el sistema educativo, el económico, el legal y el de salud. El hecho de que en 69 países el aborto sea considerado un delito, y la criminalización del procedimiento (que solamente las mujeres necesitan) es otro indicador de que la discriminación de género termina consagrada en estas estructuras (Kumar, Hessini y Mitchel, 2009).

Es posible percibir entonces, que toda esta problemática se desenvuelve dentro de otra mucho más grande y compleja como la de las arraigadas desigualdades sociales y económicas existentes aún en muchos Estados, dentro de lo cual se entiende que la desigualdad de género (que es social), es igual de importante que la desigualdad

¹ Traducción propia para Kumar, Hessini, y Mitchel, 2009.

económica; pero conviene prestarle especial atención pues, como se ha podido ver, no resulta ser fácilmente perceptible como sí resulta ser la económica, y en la mayoría de casos, se esconde en los cimientos más profundos de las culturas (Kumar, Hessini y Mitchel, 2009). En realidad, se vuelve un problema tan complejo como sutil a la vez, que, en palabras de los autores, se trata de:

un "estigma compuesto", es decir, se basa en otras formas de discriminación e injusticias estructurales. El estigma depende de la apropiación y el uso de diferentes formas de poder. En última instancia, el estigma del aborto sirve para borrar y disfrazar un procedimiento médico legítimo, desacreditar a quienes lo proporcionarían o consiguen, y para dañar a quienes abogan por su legalidad y accesibilidad (Kumar, Hessini, y Mitchel, 2009, p.10).

Según los autores, si bien las raíces de estos estigmas son muy fuertes (de donde nacen también las restringidas ideas sobre los roles de género, del control de la sexualidad femenina y de maternidad obligatoria), en realidad son estigmas que parten de un constructo social que se puede deconstruir. Como señalan, aunque la reformulación del aborto es un proceso complicado que solo puede ser pensado a largo plazo, el que a las mujeres a quienes se les practica un aborto y el que los profesionales de salud que proveen este servicio no sean percibidos negativamente o desacreditados, se trata en realidad de un objetivo que puede ser factible de lograr en el futuro (Kumar, Hessini y Mitchel, 2009).

2.2. Medios, ciudadanía y democracia

Según la UNESCO, la libertad de información se define como "el derecho a tener acceso a la información que está en manos de entidades públicas" (UNESCO, s.f., párr. 1). Este derecho se desprende del principio básico de libertad de expresión, el cual, a la vez, incluye el de "investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión" (UNESCO, s.f., párr. 1). Así, la legislación da cuenta del hecho que toda la información en poder de las instituciones gubernamentales es de naturaleza pública y su retención será válida sólo por razones legítimas como la privacidad y la seguridad (UNESCO, s.f.).

Las leyes, por lo tanto, deberían ser de conocimiento público en los Estados. No obstante, mucha gente desconoce los marcos legales en sus respectivos países y esto representa un inconveniente en materia del ejercicio de su ciudadanía, pues al no poder

ejercer sus propios derechos por ignorancia de estos; en este caso las mujeres, corren el riesgo de terminar en calidad de víctimas de su propia desinformación, con graves repercusiones en su salud o su vida. En este contexto, comienzan a tener especial relevancia ciertos actores de la sociedad, que son los que tienen llegada a la ciudadanía y a los cuales se les atribuyen varias roles y funciones para con la sociedad, como es el de información, educación o formación de opinión. Los medios de comunicación de masas, a los cuales también se les conoce como el cuarto poder, así como las redes sociales, ya reconocidas a su vez como el quinto poder, son una gran herramienta en el desarrollo social de los países porque justamente pueden llevar a cabo su función educativa en una escala masiva. De acuerdo a Hermosilla (1995) estos pueden contribuir en la constitución de la/s ciudadanía/s (respetando la multiculturalidad y el plurilingüismo) y así, promover la autonomía de los ciudadanos en la gestión y construcción de sus vidas, sobre la base del desarrollo de las condiciones en las que se encuentran (como se citó en Camacho Azurduy, 2005, p.29). El ejercicio de la ciudadanía consolida una sociedad democrática y es así que, mediante el acceso y la participación en los medios, “las personas pueden ejercer su rol ciudadano al hacer uso de la libertad de expresión y acceder al espacio público, al mismo tiempo que “controlar” las instituciones y ejercer presión sobre ellas” (Camacho Azurduy, 2005, p.30).

En el Perú, la realidad del acceso a la información en las diferentes poblaciones de distintas zonas geográficas es irregular, o en todo caso, muy variado entre sí. Las mujeres en las zonas rurales no gozan de la misma cantidad de flujo informativo que las que viven en las zonas urbanas, lo cual como se ha visto, podría significar una brecha en el ejercicio de su ciudadanía. En el primer trimestre del 2018, en el 90,6% de los hogares del país (como promedio) existía al menos un miembro con teléfono celular. Los porcentajes para Lima Metropolitana fueron de 94,2%, para el resto de áreas urbanas del país 93,5% y para las zonas rurales de 79,6%. Sin embargo, estos porcentajes representan el acceso de al menos una persona en el hogar, por lo que el acceso a información para los demás miembros no está garantizado, ni estos números lo representan. El porcentaje de acceso a internet en el país, por área geográfica de residencia fue de 70,9% para Lima Metropolitana, 55,6% para áreas urbanas del resto del país y 13,2% para las rurales. Aquí llama la atención que, según género, el 54,7% de hombres en el Perú utilizan internet, mientras solo un 47,3% de mujeres accede a este servicio, lo cual significa una brecha de género de 7,4 puntos. El porcentaje de acceso a la TV en los hogares según área

geográfica de residencia fue de 97,0%, 90,2% y 50,7%, respectivamente. De la misma manera, los porcentajes de acceso a la radio fueron de 74,9%, 76,0% y 73,5% (INEI, 2018).

Siguiendo con el autor, esto impediría a un gran segmento de la población de “controlar” las instituciones a las que acuden o de ejercer algún tipo de presión sobre ellas. Todo esto sin considerar la relativamente alta tasa de analfabetismo que persiste aún en las zonas rurales, pues en regiones como Apurímac y Huancavelica la tasa es el doble o triple que el promedio nacional (Perú21, 2018a). Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la última encuesta que se realizó en el 2016 indica que “se encuentra alfabetizada el 96,3% de la población del área urbana del país y 85,4% del área rural. De acuerdo al sexo, en el área urbana 94,5% de las mujeres y 98,2% de hombres están alfabetizados; y en el área rural, 76,6% y 93,2%, respectivamente” (INEI, 2017, párr. 4). Es imprescindible tener en cuenta que no todas las mujeres en el país tienen el mismo acceso a la tecnología y por lo tanto a la misma información, aunque a este problema deba sumarse el analfabetismo, así como también el analfabetismo de la lengua castellana.

2.3. Teoría de usos y gratificaciones (TUG)

En el campo de la investigación de los medios de comunicación de masas y sus efectos existen varias teorías y enfoques que abordan el fenómeno. El modelo escogido por su relevancia con el presente estudio es el de la teoría de usos y gratificaciones. En contraste con la teoría que le antecedía, este modelo, que cobró importancia en la década de los 60's, le dio un giro al enfoque que tradicionalmente había brotado de la pregunta: ¿Qué le hacen los medios a la gente? (Katz, 1959, p.2) hacia una nueva interrogación que partía de la pregunta: ¿Qué hace la gente con los medios? (Katz, 1959, p.2). Este cambio de enfoque significó una manera completamente diferente de abordar el campo en cuestión, pues se comenzaron a considerar a las audiencias como consumidoras activas de los medios de comunicación, y a darles una individualidad con respecto a cómo habían sido concebidas anteriormente; es decir, de una manera pasiva en cuanto a sus capacidades de elección del contenido y simplemente como partes de una masa. “La información, desde esta perspectiva, será considerada como una necesidad personal que precisa de satisfacción” (Álvarez-Gálvez, 2012, p.7). Resulta relevante sobre todo para el trabajo de

campo de esta investigación prestarle atención a esta teoría, con especial consideración a los aportes mencionados de Katz, pues el papel activo de las mujeres con respecto a sus necesidades informativas tiene una importancia estructural en el propósito final de esta, así como en la construcción de los métodos de recopilación de información.

Katz, Haas y Gurevitch (1973) proponen 5 grandes categorías para agrupar las necesidades de los individuos en el contexto de los medios masivos. En primer lugar, están las necesidades cognitivas, que son las que tienen que ver con el fortalecimiento de la información, el conocimiento y la comprensión. Luego, las necesidades afectivas, relacionadas con el fortalecimiento de la experiencia estética, placentera y emocional. Después están las necesidades a nivel de personalidad, que tienen que ver con la confianza, la estabilidad, la credibilidad y el status, y en donde se reúnen elementos cognitivos, así como afectivos. Por otro lado, están las necesidades de integración a nivel social, que son relacionadas al fortalecimiento del contacto con la familia, los amigos y el mundo. Por último, las necesidades de evasión, las cuales se refieren al escape o liberación de tensión, el alejamiento de los roles sociales propios y el deseo de diversión.

Las conclusiones (cuyas variables están relacionadas con la presente investigación) de este artículo tienen que ver en primer lugar con que, para todas estas necesidades, las satisfechas por fuentes no mediáticas resultaron ser más gratificantes que las satisfechas en medios de comunicación. A pesar de que los medios podían ser importantes fuentes de gratificación, la búsqueda de la misma en la comunicación interpersonal seguía siendo igual de importante (Katz, Haas y Gurevitch, 1973). Por otro lado, es interesante rescatar que hacia la década de los 70's (cuando se llevó a cabo el estudio), siguiendo con los mismos autores, al satisfacer las necesidades asociadas a uno mismo, los libros son más útiles para los mejor educados; mientras que la televisión es más útil para los menos educados. Particularmente en el área de la gratificación personal, los libros y la televisión intercambian lugares a medida que aumenta el nivel educativo (Katz, Haas y Gurevitch, 1973, p.180). Esto no necesariamente se ha mantenido igual en la actualidad. En un estudio realizado en un contexto temporal cercano al anterior, pero en una zona geográfica distinta, Bogue (1962) sugiere que la impresión es el medio apropiado para la difusión de información de planificación familiar, refiriéndose a la durabilidad de la impresión y la privacidad en la que esta se consume (como se citó en Katz, Haas y Gurevitch, 1973, p.165). Este caso en la India podría ser relevante para el presente estudio ya que, a pesar de que este no se trate de planificación familiar, el hecho

de que se pretenda distribuir información no necesariamente buscada activamente por los usuarios y que se trate de un tema íntimo o tabú, si se quiere, podría guardar cierta relación y tomarse en cuenta para la elaboración del instrumento y la recopilación de datos.

Los hallazgos de estas investigaciones o teorías existentes, que son las que tienen mayor conexión con este estudio, se convierten en hipótesis que pueden servir para dar algunas luces en la comprensión del acto de la comunicación en los medios masivos. Sin embargo, muchos años han pasado y en un contexto tan diferente como el actual (a pesar de que las variables puedan ser similares o las necesidades las mismas), en la búsqueda de la gratificación de necesidades informativas de las usuarias o la difusión de la información por parte de los medios (en donde normalmente estarían detrás diferentes organizaciones o el Estado) existen nuevas y muy diferentes alternativas o canales, pues la tecnología y los hábitos informativos han cambiado considerablemente en los últimos 50-60 años. La literatura consultada proporciona un marco teórico para comprender el fenómeno, pero las maneras en que se informan las mujeres solamente podrán ser corroboradas en el trabajo de campo realizado. En relación a esto, Ji y Wayne Fu (2013)² ayudan a comprender el lugar de las gratificaciones en contexto con la tecnología actual. Los autores afirman que como internet ha cambiado fundamentalmente las formas de comunicación, ahora muchas necesidades se satisfacen de maneras muy diferentes (dentro del ciberespacio) y, además, este ofrece múltiples oportunidades de interacción social. Estas oportunidades de conexión se han convertido en un potente pronóstico de la afinidad hacia internet, pero mientras que las gratificaciones sociales (en línea) se vuelven más populares entre los usuarios, podrían disminuir la importancia relativa de otras gratificaciones en línea como las genéricas y tener un efecto negativo en la actitud hacia este tipo de gratificaciones. (Ji y Wayne Fu, 2013).

El estudio, llevado a cabo en Singapur, ayuda a conocer los usos que los usuarios le dan a internet y las redes sociales como medios de comunicación y socialización para satisfacer sus necesidades de información y socialización, y cómo estas son gratificadas en estas nuevas plataformas en comparación con cómo lo eran antes, cuando la teoría de los usos y gratificaciones fue formulada. Entre sus hallazgos, en primer lugar, al preguntarles a las personas por qué usaban internet, la información fue una de los motivos

² Traducción propia para Ji y Wayne Fu, 2013.

principales de la mayoría. Como se mencionó anteriormente, aunque la gratificación de la información puede incrementar la afinidad por internet o por el contenido en línea, las gratificaciones sociales, que incluyen la interacción y el acceso permanente, son las que dominan el mundo virtual, por lo que podrían eclipsar la importancia de la información (Ji y Wayne Fu, 2013).

Es importante tener en cuenta, para las posibles aplicaciones prácticas que se desprendan de los resultados obtenidos del presente trabajo de campo, a los estudios sobre los usos y gratificaciones de los medios de comunicación y las redes sociales porque pueden ser útiles en la construcción de campañas informativas; pues, si bien muchas tecnologías ofrecen información, pocas permiten la variedad o el nivel de interactividad que ofrece internet (Ji y Wayne Fu, 2013). Según los mismos autores, internet puede ser atractivo al ser considerado como un medio efectivo para un fin, pero es posible que esto no genere como resultado afinidad hacia el contenido mismo o hacia la tecnología. En cambio, la búsqueda de gratificaciones sociales (en contraste con las necesidades informativas), suele ser voluntaria y se puede además elegir con quién y cómo interactuar en internet. Siguiendo con los autores, como recibir las gratificaciones que uno busca por voluntad propia genera sentimientos de auto realización, esto incrementa la actitud positiva hacia las fuentes de gratificación (Ji y Wayne Fu, 2013).

Sin embargo, resulta de especial relevancia considerar cómo estos cambios están incrementando las expectativas de los usuarios acerca de cómo debe ser gratificada su necesidad de información para poder generar afinidad, integrándola de esta manera a los usos en su mayoría sociales o interactivos cada vez mayores que se hacen del ciberespacio en la actualidad (Ji y Wayne Fu, 2013). Como bien explican los autores, la información se vuelve cada vez más importante para la vida, pero también es cada vez más difícil para la información sola complacer a los usuarios (Ji y Wayne Fu, 2013, p.408). Asimismo, señalan que la presentación de la información es tan importante en la experiencia del usuario como el contenido, así como la reducción de obstáculos para facilitar su consumo y poder lograr una comunicación efectiva: la información debe ofrecerse en múltiples plataformas, incluidos páginas web, blogs o aplicaciones de mensajería instantánea, para que los usuarios siempre puedan publicar, compartir o producir información. En función del impacto de las gratificaciones de interacción, se deben aprovechar las diferentes formas de interacción en línea, como comentarios, re-publicaciones, lista de correo, BBS,

salas de chat o SNS, para mejorar la experiencia de los usuarios en la recepción de información (Ji y Wayne Fu, 2013, p.408).

Considerando que este estudio se llevó a cabo en un país desarrollado como Singapur, es imperante que cualquier intento de llevar a la práctica en el contexto local se lleve a cabo bajo supuestos muy distintos, pues la realidad nacional en torno a educación, comprensión o incluso acceso a la información es significativamente menor en países que se encuentran en vías de desarrollo como es el caso del Perú. Bajo esta premisa, facilitar el consumo de la información para evitar cualquier tipo de obstáculo comunicativo se convierte en una tarea primordial.



CAPÍTULO III: Justificación y Objetivos

3.1. Justificación

Existen estudios acerca de las actitudes de los médicos gineco-obstetras en el país con relación al aborto (Távora Orozco y Sacsa Delgado, 2008), pero el abordaje desde su rol comunicativo ha sido muy deficiente o casi inexistente. Tampoco se ha abordado la problemática desde el punto de vista de las mismas usuarias, y menos desde el análisis de su nivel de información sobre este tema específico. Es importante conocer el aspecto comunicacional de esta problemática porque es muy difícil que sin comunicación haya desarrollo (Quezada, 2007). Se debe replantear esta situación para abordarla desde un lado más humano y esperar que al menos la única ley permitida para salvaguardar los derechos y la salud de las mujeres peruanas más desfavorecidas se cumpla satisfactoriamente. Además de esto, se trata de encontrar posibles maneras de empoderar a las mujeres para que puedan decidir libremente respaldadas por la ley, es decir, que puedan ser capaces de ejercer el derecho que les corresponde. Por más de que las cifras no sean miles, muchas mujeres en el Perú siguen muriendo por una causa que debería haberse eliminado hace mucho tiempo, o terminado de eliminarse hace 4 años. Sin embargo, las estadísticas continúan demostrando lo contrario y eso ya es suficiente como para intentar abordar la problemática desde otro ángulo y participar en la investigación para esperar proporcionar en la medida de lo posible un acercamiento a soluciones. Si esta investigación pudiera servir al menos como una aproximación al fenómeno, será suficiente para que en un futuro otras personas puedan realizar trabajos de aplicación basados en comunicación.

Preguntas paraguas

¿En dónde se encuentra la raíz del problema de que el artículo 119 del Código Penal no se esté cumpliendo en su totalidad? ¿En dónde es que hay que actuar para poder revertir esta situación y lograr que la única ley que protege a las mujeres con respecto al aborto y la preservación de su vida y su salud en el Perú se cumpla?

Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de información de las mujeres de entre 18 a 45 años de edad en el Centro de Salud Todos Los Santos en San Borja (MINSA) sobre la ley del AT?

3.2. Objetivos

Objetivo General

Analizar el nivel de información de las mujeres de entre 18 y 45 años de edad en el Centro de Salud Todos Los Santos en San Borja (MINSA) sobre la ley del AT.

Objetivos específicos

1. Conocer el nivel de información de las mujeres sobre leyes relacionadas al aborto en el Perú en general y sobre el AT en particular
2. Identificar las fuentes de información de las mujeres sobre políticas de salud pública del MINSA
3. Conocer las fuentes de información en general de las mujeres

CAPÍTULO IV: Metodología

4.1. Diseño de investigación

En esta investigación se procedió con un método mixto. Se ha escogido esta metodología pues el estudio abarca variables tanto cuantitativas como cualitativas. Para la primera parte, la cual tiene un enfoque cuantitativo, se utilizó una encuesta. Sin embargo, dentro del carácter cualitativo de la investigación, también se aplicó como método la observación etnográfica, pues al tratarse de un tema estigmatizado y de alguna manera tabú, es importante estar al tanto de la experiencia de campo, de los comportamientos e interacciones con el grupo de estudio seleccionado en el momento de llevar a cabo las encuestas, tomando en cuenta los aspectos culturales del grupo. Esta observación incluyó el registro de las interacciones mediante notas de campo y grabaciones de voz. Cabe resaltar que en un diseño etnográfico no se puede establecer un procedimiento específico pues se guía por la propia experiencia en el campo (Hernández Sampieri, Hernández Collado, Baptista Lucio, 2014). Por su gran componente cuantitativo, se trata de una investigación de alcance descriptivo mediante la realización de encuestas, que también incluye un componente cualitativo. El componente cuantitativo de la investigación tiene como unidad de análisis a mujeres de entre 18 y 45 años que se encontraban esperando una consulta médica en el Centro de Salud Todos Los Santos, en San Borja.

Selección de la muestra

La muestra estuvo comprendida por 102 mujeres de entre 18 y 45 años que se encontraban en consulta médica en el Centro de Salud Todos Los Santos en San Borja (MINSA). Se trata de un muestreo no probabilístico, pues se hizo una selección mediante criterios que fueron determinados por el investigador, tomando en cuenta aspectos legales y demográficos, y porque el universo es difícilmente accesible en su totalidad.

Según la Sala de Situación del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA a la quinta semana del 2018, el rango de edades entre 20 a 35 años es en donde se presenta el mayor porcentaje de mortalidad materna (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2018). Sin

embargo, existe un número considerable de mujeres atendidas por AT en la Maternidad de Lima (INMP) menores de 20 años y mayores de 35 años entre el 2009 y el 2018, según la Oficina de Estadística e Informática de esta institución.³

4.2. Procedimientos

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Todos Los Santos - San Borja, contando con el permiso de dicha institución. Fueron siete visitas a lo largo de tres semanas entre los meses de setiembre y octubre del 2018. Se procedió con la aproximación a las pacientes en espera de consulta de todas las especialidades del centro y se les comunicó a las potenciales participantes que se trataba de un estudio voluntario y anónimo para conocer a través de qué medios se informaban y su nivel de conocimiento acerca de políticas públicas relacionadas a la salud. Primero se les entregó un formulario de Consentimiento Informado, el cual está incluido en la sección de Anexos, y el cual fue llenado por la investigadora con el primer nombre de las usuarias y la fecha. Se les pidió también permiso para grabar en audio la encuesta. Las encuestas impresas fueron llenadas a modo de entrevista con las usuarias. Si alguien no deseaba participar o deseaba interrumpir la entrevista en cualquier momento, se les informó que estaban en todo su derecho de hacerlo (todo esto estaba además especificado en el formulario de consentimiento).

4.3. Análisis de datos

Los resultados obtenidos de la investigación de campo fueron analizados y sintetizados en una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel. Se procedió a realizar un análisis descriptivo de los datos, utilizando frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central (promedios).

4.4. Consideraciones éticas

Como se trató de un estudio voluntario y anónimo, las participantes leyeron el documento del Consentimiento Informado, llenado con primer nombre y fecha. Una copia quedó

³ Información recibida en una entrevista personal en el Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima, 3 de Julio del 2018)

para ellas y otra para la investigadora. Toda la información recopilada fue confidencial, y para fines académico-universitarios, por lo cual no representa ningún riesgo para las participantes ni la institución. Todo esto se esclareció en el documento, el cual se puede ver en la sección de Anexos. Las encuestas fueron estrictamente voluntarias y anónimas, con posibilidad de interrupción. Además, se les dijo a las participantes que los datos recopilados eran exclusivamente para fines de la investigación.



CAPÍTULO V: Resultados

A continuación, la información será expuesta según los objetivos del estudio, sin embargo, se presentará previamente la información demográfica recopilada de las usuarias participantes de la encuesta. Es importante mencionar que de las 125 mujeres que fueron solicitadas para participar de la encuesta (que cumplían con la edad), fueron 15 las que se negaron a participar, lo cual significa un margen de 12% de no respuesta para el estudio. Del total de 110 que sí aceptaron participar, 8 tuvieron que ser excluidas por interrupciones durante la entrevista o errores en la recolección de información; por lo cual, la muestra final es de 102 participantes. En la Tabla 1 se pueden ver estos datos organizados de acuerdo al orden de la encuesta.

Tabla 5.1.

Información demográfica

Pregunta	Total	Categoría de respuesta	Número	Porcentaje %
Registro de audios	102	mujeres que no quisieron ser grabadas	13	12,74%
¿Tiene hijos?	102	no tenían hijos	18	17.64%
		sí tenían hijos	84	82.35%
¿Cuántos?	84	un hijo	51	60.71%
		dos hijos	24	28.57%
		tres hijos	7	8.33%
		cuatro hijos	2	2.38%
Nivel de educación	102	superior	66	64.70%

		secundaria	29	28.43%
		primaria	7	6.86%

Del total de 102 entrevistas, 13 audios no pudieron ser registrados ya que el permiso para grabar no fue concedido por las usuarias. Este número representa el 12,74% del total de entrevistas, las cuales sí fueron incluidas en el estudio pues se tomó nota de sus respuestas. La edad promedio de las mujeres que no quisieron que sus entrevistas sean grabadas en audio fue de 32,9 años. Solo 2 de estas mujeres estaban embarazadas y también solo 2 no tenían hijos. La mayoría (8) dijeron estar al tanto de las noticias diarias, mientras que 8 contaban con estudios superiores, 3 con secundaria completa y 2 con primaria. Asimismo, la gran mayoría se informaba de las noticias diarias a través de la TV y solo una de ellas aseguró no utilizar redes sociales. De las que sí las utilizaban (12), la mitad (6) no las utilizaba todos los días. Sin embargo, estos datos en realidad no sesgan las respuestas a los objetivos de investigación, pues no se hallaron muchas diferencias entre este grupo de participantes y las participantes del grupo que sí fueron grabadas. Por ello, a continuación, se presentan los resultados conjuntos de toda la muestra (n=102).

El mínimo y máximo de edades de las 102 encuestadas fue de 18 y 45 años, respectivamente; en donde se encontró que la edad promedio era de 31 años. Solo 9 mujeres (8,82%) estaban embarazadas en el momento de la entrevista, de las cuales el promedio de edad era de 28 años y su número de hijos actuales promedio fue de 0,88 hijos. Esto quiere decir que la mayoría de las mujeres que estaban embarazadas ya tenían un hijo.

Del total de entrevistadas, solo el 18% no tenía hijos (Gráfico 5.1). Del 82% restante que sí tenía hijos, más del 60% tenía solo un hijo, el 28,5% tenía dos hijos, un 8% tenía tres hijos y solo un 2% tenía cuatro hijos (Gráfico 5.2). El promedio total del número de hijos de todas las encuestadas fue de 1,25 hijos. Por otro lado, el 64,70% del total de encuestadas afirmó contar con estudios superiores, mientras que el 28,43% solo completó la secundaria y el 6,86% restante solamente la primaria (Gráfico 5.3). Aquí vale la pena destacar que la gran mayoría que contaba con estudios superiores contaban con títulos técnicos.

Gráfico 5.1.

Hijos

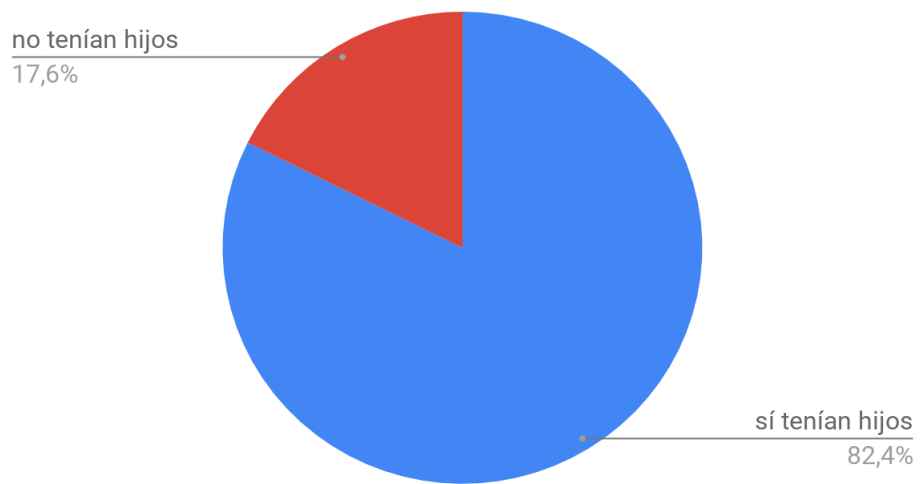


Gráfico 5.2.

Número de hijos

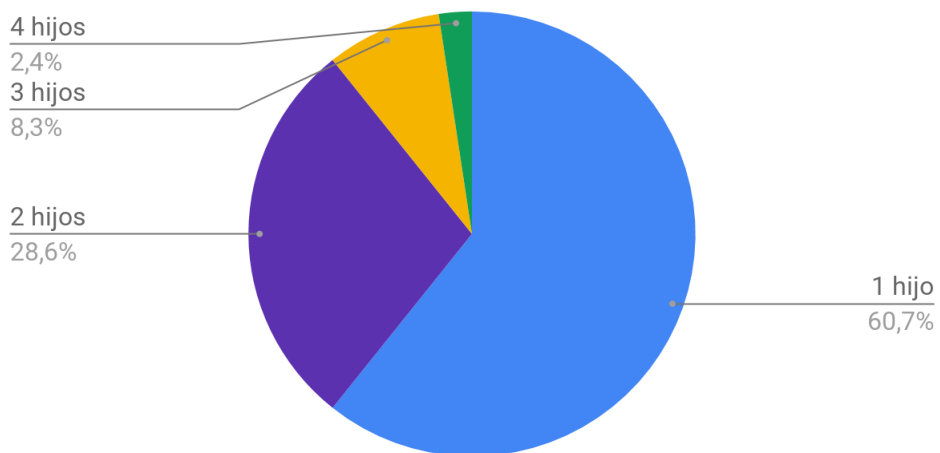
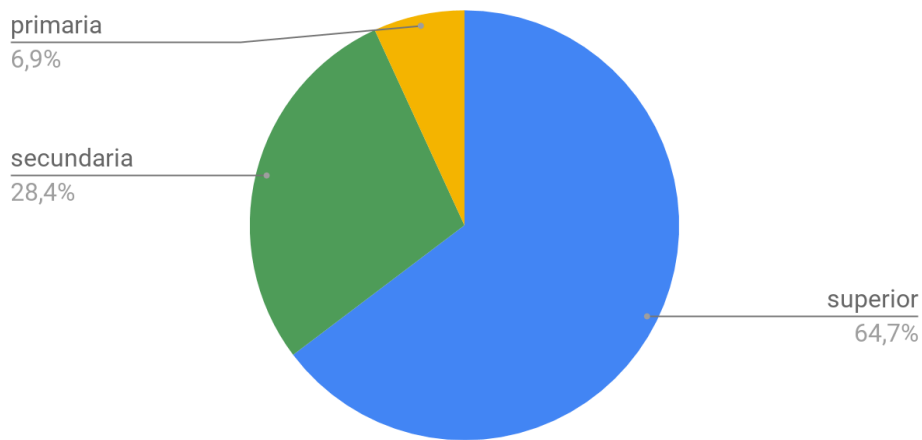


Gráfico 5.3.

Nivel de educación obtenido



5.1. Nivel de información sobre la ley del aborto terapéutico

Las participantes de la encuesta se encontraron en su mayoría desinformadas acerca de las leyes abortivas en el Perú de manera general y así, se pudo comprobar que también lo estaban con respecto a la ley del AT específicamente. En la Tabla 2 se pueden ver estos datos organizados siguiendo el orden de la encuesta.

Tabla 5.2.

Nivel de información sobre leyes abortivas

Pregunta	Total	Categoría de respuesta	Número	Porcentaje %
¿Está al tanto de las leyes que hay sobre aborto en el Perú?	102	sí	32	31,37%
		no	52	50,98%
		no estoy segura	19	18,62%
¿Hay alguna forma de aborto legal en el Perú?	102	sí	12	11,76%
		no	76	74,50%

		no estoy segura	14	13.72%
¿Sabía usted que si... (explicación de la ley)	102	sí	33	32.35%
		no	62	60.78%
		no estoy segura	7	6.86%
¿Conoce a alguien que haya recurrido alguna vez al AT o ITE?	102	sí	7	6.86%
		no	95	93,14%

Más del 30% afirmó estar al tanto de las leyes sobre aborto, mientras que cerca del 20% dijo no estar segura de estar al tanto y más del 50% afirmó no estar al tanto (Gráfico 5.4). Sin embargo, cuando se les preguntó si había alguna forma de aborto legal en el Perú, solo poco más del 10% aseguró que sí (Gráfico 5.5). Aquí se puede ver una brecha del 20% entre las mujeres que afirmaron estar al tanto de las leyes sobre aborto (30%) y solo el 10% que luego aseguró que sí hay alguna forma legal. A las 12 mujeres que respondieron que sí, se les pidió que especificaran de qué forma, en donde fueron mencionados: el AT 4 veces, si es que la madre está en riesgo 4 veces, por malformaciones 3 veces, por violaciones a niñas o menores de edad 3 veces, por razones médicas 2 veces y por enfermedad 1 vez. Esto significa que solo una tercera parte de las que aseguraron que sí había alguna forma realmente sabía, mientras que casi todo el resto tenía cierta idea, pero no pudo precisar. Se puede ver también que había mujeres que parecían estar confundiendo por el debate existente alrededor del aborto por violaciones a niñas o menores de edad. Es interesante en este respecto que un gran número de mujeres mencionaban información vaga que habían escuchado en las noticias sobre el debate existente alrededor del tema, pero ninguna sabía concretamente cuál es la situación, como se puede apreciar en la respuesta de E.: “Bueno tengo entendido que todavía no hay en sí una ley, están que sí que no, entre que sí y que no pero la gente no...” Asimismo, resulta sumamente interesante el caso de otra mujer, E., quien era una visitadora médica y aseguró conocer las leyes de aborto en el país pero dijo que todavía no había ninguna forma de aborto legal. Aquí se puede ver cómo dentro de la misma comunidad médica existe un gran nivel de desinformación al respecto. Por otro lado, solo menos del 15%

dijeron no estar seguras de que hubiera alguna forma de aborto legal en el Perú, mientras que cerca del 75% aseguraron que no existe ninguna forma de aborto legal.

Gráfico 5.4.

¿Está al tanto de las leyes que hay sobre aborto en el Perú?

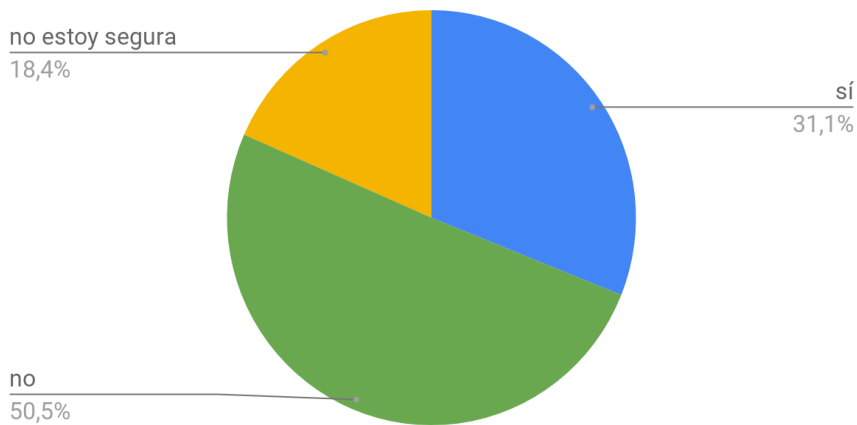
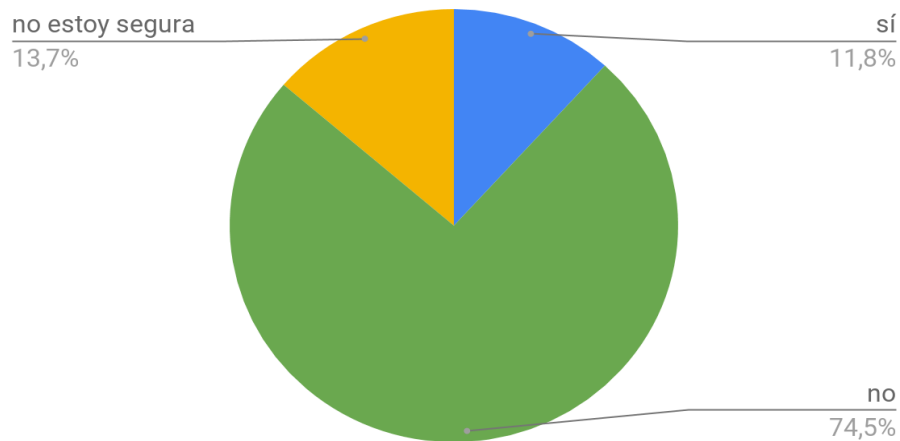


Gráfico 5.5.

¿Hay alguna forma de aborto legal en el Perú?

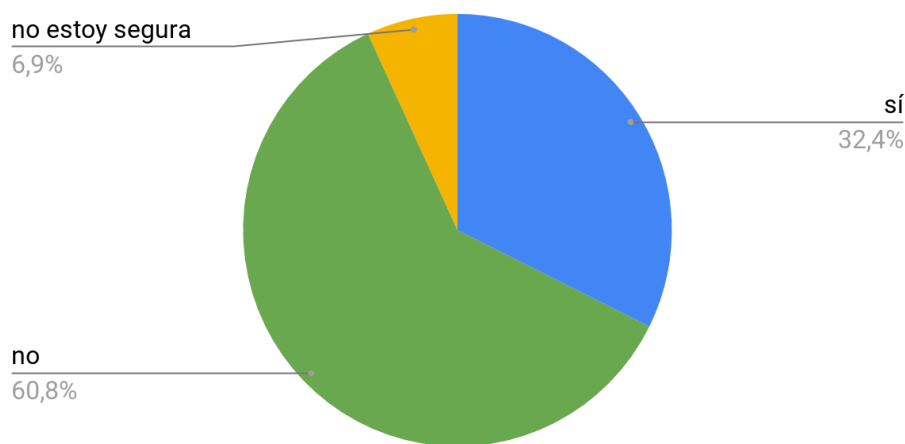


Por otro lado, cuando se les preguntó si es que sabían que si la vida o la salud de una mujer que está embarazada hasta las 22 semanas se encuentra en peligro, esta mujer está en su derecho de interrumpir su embarazo, la tercera parte de las encuestadas (32,5%) afirmó sí conocer esto, versus cerca de solamente 10% de encuestadas que antes habían

asegurado que sí hay alguna forma de aborto en el Perú (y de las cuales solo la tercera parte efectivamente sabía). Este margen de 20% de diferencia entre estas otras dos respuestas se explica porque muchas mujeres afirmaron haberse olvidado de que en realidad sí conocían esta información y al hacerles la segunda pregunta dijeron recordarlo. Por otro lado, solo el 7% afirmó no estar segura de saber que la ley sea así, mientras que más del 60% aseguró no saber (Gráfico 5.6). En esta pregunta fueron interesantes algunas respuestas registradas de las usuarias, como la expresión “wow”, que fue repetida continuamente pues la mayoría estaban sorprendidas al recibir esta información. Sin embargo, también resaltaron ciertas respuestas, como la de S., quien aseveró: “No, pero igual yo estoy en contra de eso, creo que el único que puede quitar la vida es Dios, los seres humanos no.”

Gráfico 5.6.

¿Sabía usted que si la vida o la salud de una mujer que está embarazada hasta las 22 semanas se encuentran en peligro, ella está en su derecho de interrumpir su embarazo?



Cuando se les preguntó si conocían a alguien que había recurrido alguna vez al AT o ITE, solamente 7 (6.86%) de las encuestadas afirmaron conocer a alguien (una de ellas de afuera del país), de las cuales todas lograron practicarse el aborto sin dificultades (a excepción de una que no sabía si la persona había tenido alguna dificultad para acceder al procedimiento). En esta sección fue interesante encontrar que 9 mujeres mencionaron conocer a alguien que había abortado, a quienes se les tuvo que repetir que la pregunta se trataba exclusivamente de casos de AT y luego corrigieron su respuesta. Estas mujeres

en un inicio, al simplemente escuchar la palabra aborto, decían que sí conocían a alguien rápidamente. En este caso lo dijeron sin escuchar bien la pregunta o como un comentario que escapaba a la pregunta, por eso, aunque no tenga mayor relación con este estudio, podrían ser por lo menos 9 las mujeres del total de encuestadas que conocen a alguien que ha abortado (ilegalmente), pero es posible que este número sea mayor.

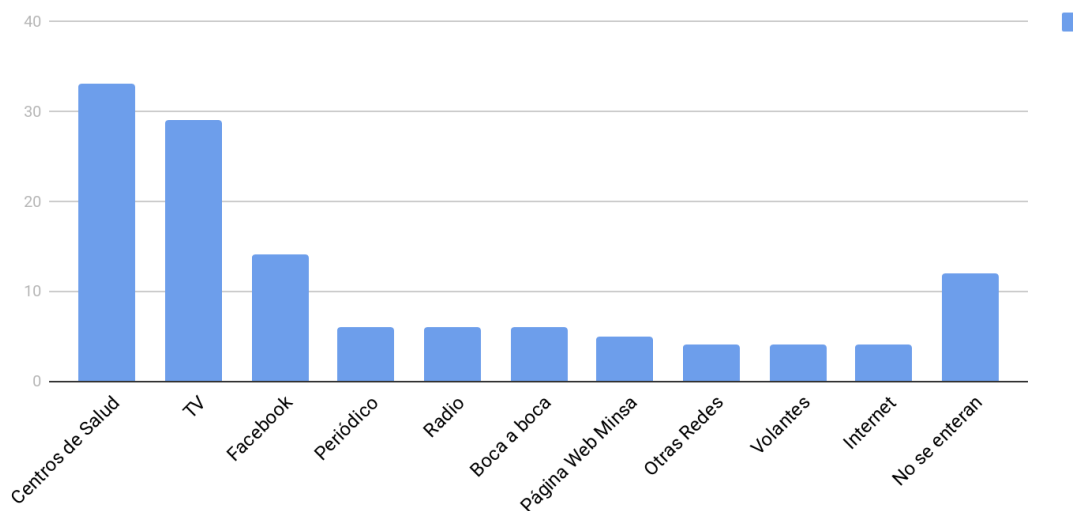
Solo dos mujeres (una de ellas fuera del país y otra en una clínica privada) dijeron haber recurrido a un AT. Esta cifra representa casi el 2% de la muestra. Ninguna de las dos tuvo alguna dificultad para acceder a este procedimiento. Una tercera dijo que en la Maternidad de Lima le informaron acerca de la posibilidad de practicarle un AT, pues se encontraba en riesgo, pero al final por el tratamiento que le dieron se mejoró y no fue necesario realizarle el procedimiento. Entre las respuestas de las usuarias para esta pregunta resaltaron expresiones como "No, gracias a Dios" y "No, pero si me dieran a elegir sí". Se puede ver que entre las encuestadas había dos grupos. Por un lado, estaba el de mujeres más conservadoras, el cual se pudo apreciar mejor por los comentarios que expresaron, y en el otro, el de mujeres que parecían ser más abiertas en lo que respecta a las decisiones sobre su vida reproductiva, pues estaban sorprendidas de desconocer esa información e incluso agradecían por presentárselas o abogaban por su propagación.

5.2. Fuentes de información sobre políticas de salud pública

Las respuestas de cómo se enteraban las usuarias de noticias relacionadas al seguro social fueron bastante variadas. La forma más mencionada fueron los centros de salud, con 33 menciones, seguidas de la TV con 29 menciones. Luego se encontró Facebook con 14 menciones, mientras periódico, radio y el boca a boca con 6 menciones cada uno. También fueron mencionados la página web del MINSA, 5 veces; otras redes sociales, volantes e internet con 4 menciones cada una, mientras que la Municipalidad de San Borja, Carteles, Universidad y revistas con una mención solamente. Finalmente, 12 mujeres (que representan un 11.76%), dijeron no enterarse (Gráfico 5.7).

Gráfico 5.7.

¿Cómo se entera de noticias relacionadas al seguro social, por ejemplo, nuevas campañas de salud u otros?

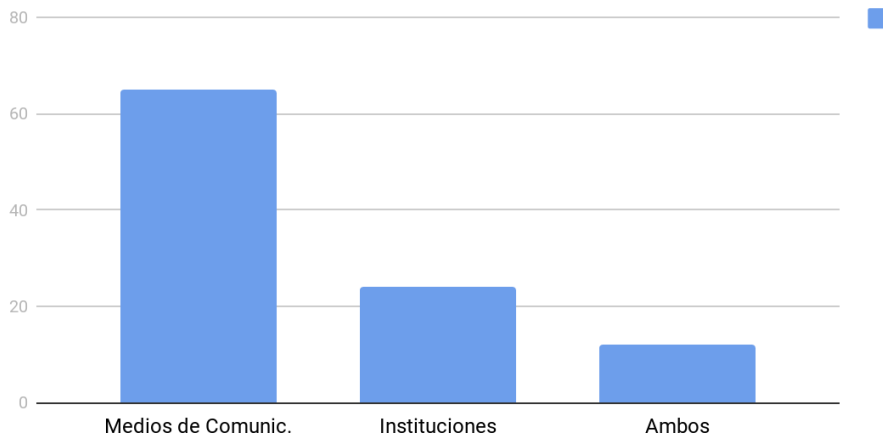


Total de participantes: 102

La información más relevante (por su utilidad) hallada en este estudio tiene que ver con las fuentes que dijeron preferir las mujeres al preguntarles por dónde les gustaría informarse acerca de la ley del AT, la cual la mayoría desconocía. De esta manera, cuando se les preguntó a través de qué medio les gustaría informarse sobre esta ley, se les mencionó tres opciones: medios de comunicación, instituciones u otro lugar. En este caso, los medios de comunicación fueron mencionados 65 veces, instituciones 24 veces (todas especificando que en centros de salud), mientras que la preferencia por los dos a la vez se repitió 21 veces (Gráfico 5.8). Esto quiere decir que existe en realidad una importante preferencia por los medios de comunicación, pues casi el doble de las que eligieron instituciones los eligió; sin embargo, la preferencia por las instituciones es también significativa, sobre todo por el peso que tienen los centros de salud en la elección de las encuestadas cuando se les habló de instituciones.

Gráfico 5.8.

¿Por dónde le gustaría informarse sobre la ley del aborto terapéutico (medios de comunicación, instituciones, otros lugares)?

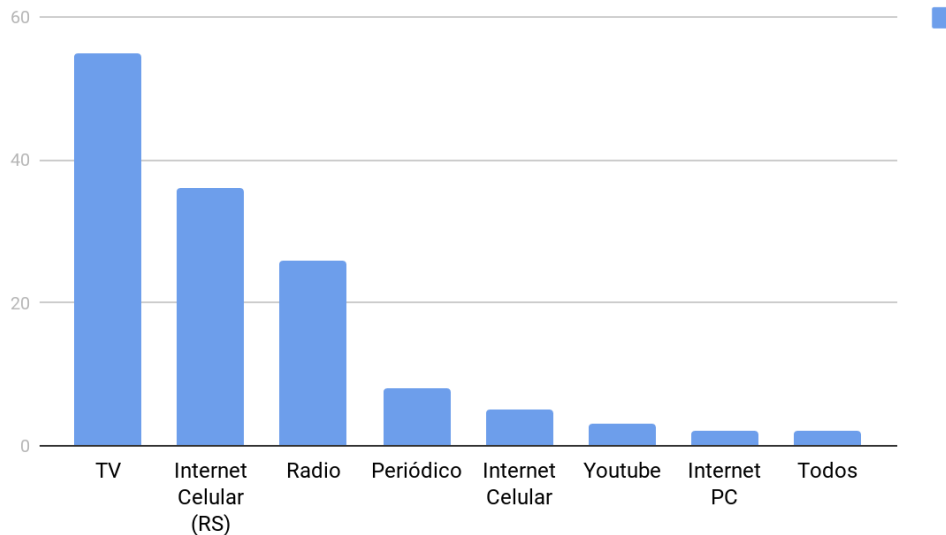


Total de participantes: 102

Era necesario especificar en cuáles medios de comunicación las usuarias preferirían recibir la información y esta vez, la TV fue la que tuvo más menciones con una diferencia considerable sobre los demás medios, con 55 repeticiones, seguida de internet en el celular, pero con especificación de redes sociales, con 36 menciones. Luego fue la radio, con 26 menciones, seguida del periódico con 8 menciones, internet en el celular (no redes sociales) con 5 menciones, YouTube con 3 menciones, todos los medios con 2 menciones y correo electrónico e internet en computadora con 1 mención cada uno (Gráfico 5.9). Es importante resaltar que, en esta pregunta, Facebook fue mencionado de manera directa 26 veces, antes de pedirles que especificaran a través de qué medio, como se les había preguntado. Se puede ver que la radio sigue siendo un medio importante entre las usuarias, al mismo nivel que Facebook, por ejemplo; pero si se cuentan las redes sociales en general, estas superan a ambos.

Gráfico 5.9.

Si fueran medios, ¿cuáles?

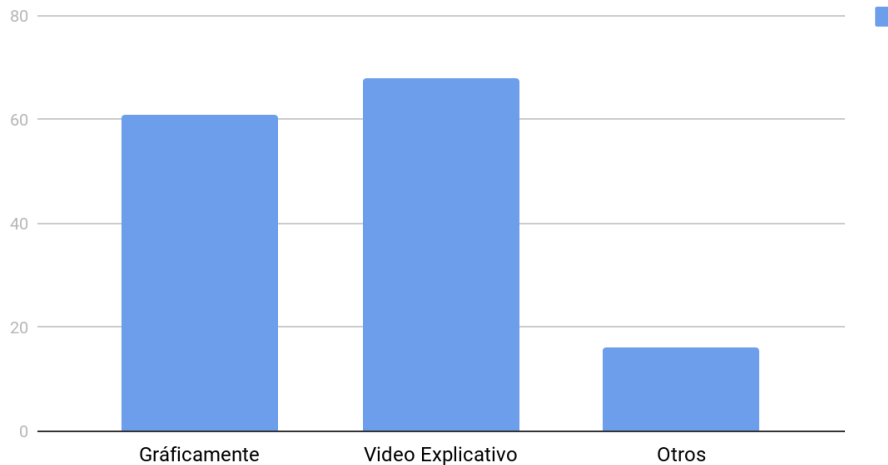


Total de participantes: 86

Se vio necesario, para obtener una visión más amplia de las preferencias de las usuarias, averiguar cómo querían que se proporcione la información: gráficamente (en donde también podría ser de manera virtual) o en un video explicativo. Gráficamente fue mencionada 61 veces, mientras que video explicativo tuvo 68 menciones (Gráfico 5.10). Fueron mencionadas también otras maneras como charlas en los centros de salud en su mayoría, con 6 menciones, información como parte del noticiero o reportaje con 8 menciones (cabe resaltar que varias usuarias que prefirieron video explicativo señalaron que les parecía importante que este sea pasado como parte de los programas de noticias, en donde incluyan una conversación alrededor del tema). También fueron mencionados folletos dos veces. Como se puede ver, el video explicativo es lo más elegido por las usuarias, lo cual coincide con la elección de la TV como medio preferido para informarse sobre la ley del AT. Nuevamente, la especificación de que sea parte de un reportaje o del programa del noticiero fue importante para un número significativo de usuarias que escogieron el video explicativo.

Gráfico 5.10.

¿Preferiría que la información se proporcione: gráficamente (puede ser virtual) o en un video explicativo?

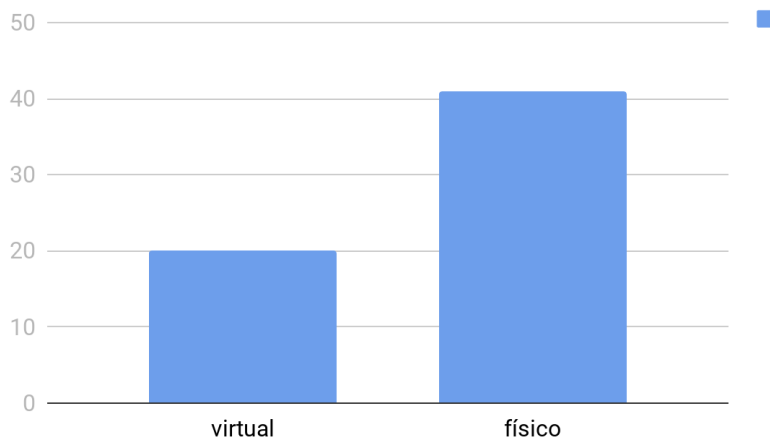


Total de participantes: 102

Por otro lado, a las 61 entrevistadas que preferían que la información se proporcione gráficamente, se les preguntó en dónde les gustaría ver los gráficos. En esta pregunta se diferenciaron las respuestas en dos grupos de acuerdo a su preferencia de medios de comunicación o instituciones: las mujeres que eligieron gráficamente de manera virtual y las que preferían gráficamente de forma física. Al segundo grupo se le dio como opciones de lugares: calle, mercados, bodegas, centros de salud, paraderos, u otros. De las 61, se obtuvo que 41 mujeres prefieren gráficamente de manera física; lo cual quiere decir que el resto (20 mujeres) prefieren que sea un gráfico virtual (en donde la gran mayoría especificó que en redes sociales). En las repuestas para los gráficos de manera física, los centros de salud fueron elegidos por casi todas las mujeres, seguido con mucha diferencia, pero sin exclusión, por paraderos, luego mercados y colegios al mismo nivel, seguidos de la calle en general (afiches publicitarios, folletos o carteles). Además, tuvieron una o dos menciones otras instituciones como municipalidades, universidades, comisarías, baños públicos, bancos y también WhatsApp (Gráfico 5.11).

Gráfico 5.11.

Preferencia por gráficos



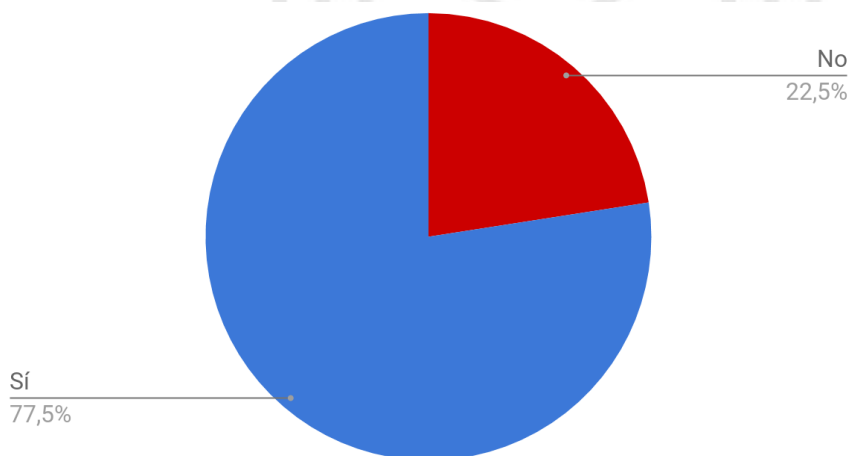
Total de participantes: 61

5.3. Fuentes de información en general

Con respecto al nivel de atención de las noticias diarias en general, un 22,54% de usuarias dijo no estar al tanto, mientras que un 77,45% (79 mujeres) afirmó sí estar al tanto de las noticias diarias (Gráfico 5.12). Dentro de este segundo grupo, la mayoría (27) dijeron estar al tanto de las noticias los 7 días de la semana, seguido por 3 veces a la semana (12).

Gráfico 5.12.

¿Suele estar al tanto de las noticias diarias en general?



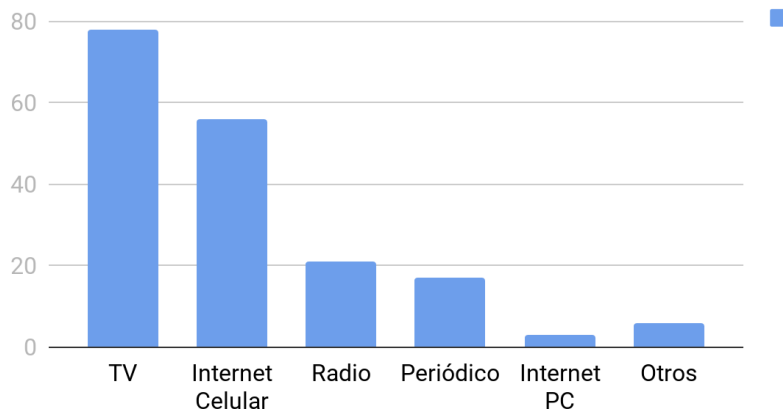
Total de participantes: 102

El medio a través del cual más mujeres se informan es la TV, el cual fue mencionado 78 veces, seguido de internet en el celular que fue mencionado 56 veces; luego la radio con 21 veces, periódico 17 veces, internet desde la computadora 3 veces y por último, 6 mujeres mencionaron que de otras maneras como: a través de otras personas (1), todos los medios (1), redes sociales (2), correo electrónico (1) y no se entera (1) (Gráfico 5.13). Por otro lado, de las 102 encuestadas, el 90% utiliza redes sociales mientras solamente el 10% no las utiliza (Gráfico 5.14). Cuando se les preguntó a las mujeres que sí utilizaban las redes sociales acerca del uso que les daban a estas, 44 encuestadas respondieron que para informarse, entretenerse y comunicarse, 14 encuestadas solo para comunicarse, 12 para informarse y comunicarse, 7 solo para informarse, 6 para informarse y entretenerse, y finalmente otras 6 solo para entretenerse (Gráficos 5.15. y 5.16). Resalta en estas cifras la función informativa de las redes para 94 mujeres (92% de la muestra). Dentro del 90% de usuarias que sí utilizan redes sociales, el 78% de este grupo sí las utilizan diariamente (Gráfico 5.17). Las redes sociales más utilizadas son Facebook, con 89 menciones, seguido de WhatsApp, con 82 menciones, luego Instagram con 35, Twitter con 7, YouTube con 4 y por último LinkedIn, solamente con una mención (Gráfico 5.18).

En esta sección resulta interesante presentar el caso particular de J., una mujer de 43 años, que fue víctima del terrorismo en el país y que se encontraba después de mucho tiempo llevando un tratamiento psicológico y psiquiátrico post traumático en el centro de salud. J. no pudo concluir con sus estudios de primaria debido al contexto sociopolítico que se estaba viviendo y por eso no pudo aprender a escribir. Su caso es relevante para la investigación pues, además de formar parte del universo de mujeres con las características seleccionadas para el estudio, esta mujer estaba impedida de estar al tanto de las noticias como parte de su tratamiento.

Gráfico 5.13.

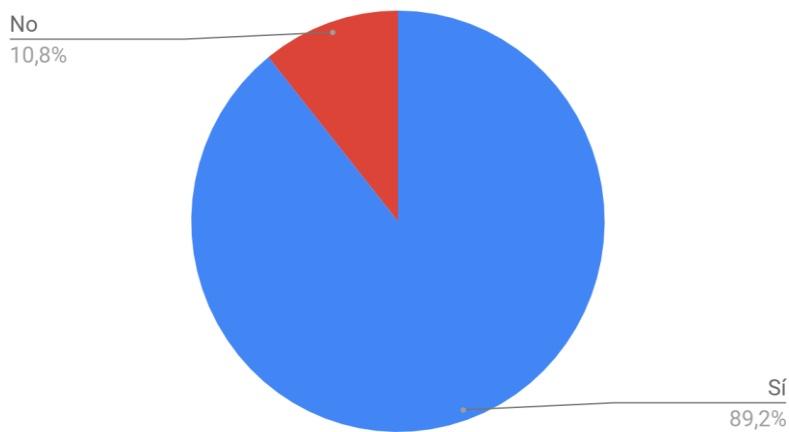
¿A través de qué medios de comunicación se entera de las noticias?



Total de participantes: 102

Gráfico 5.14.

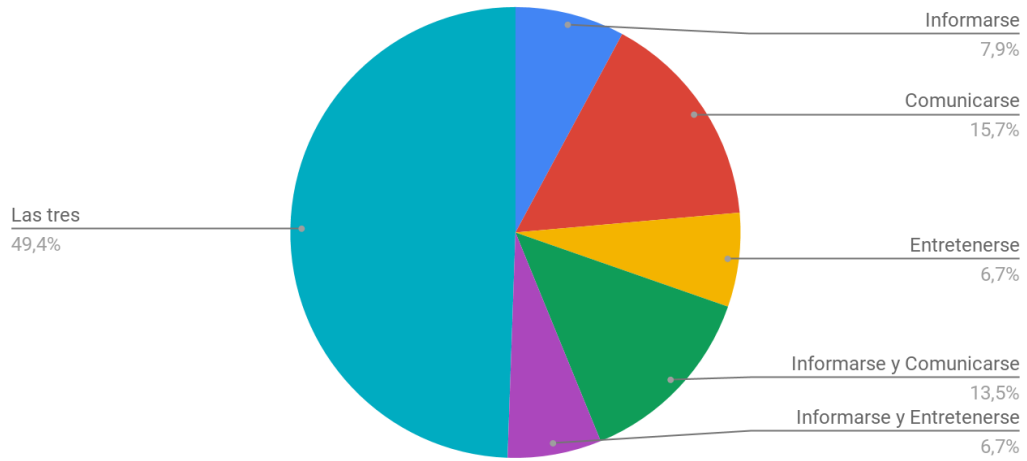
¿Utiliza redes sociales?



Total de participantes: 102

Gráfico 5.15.

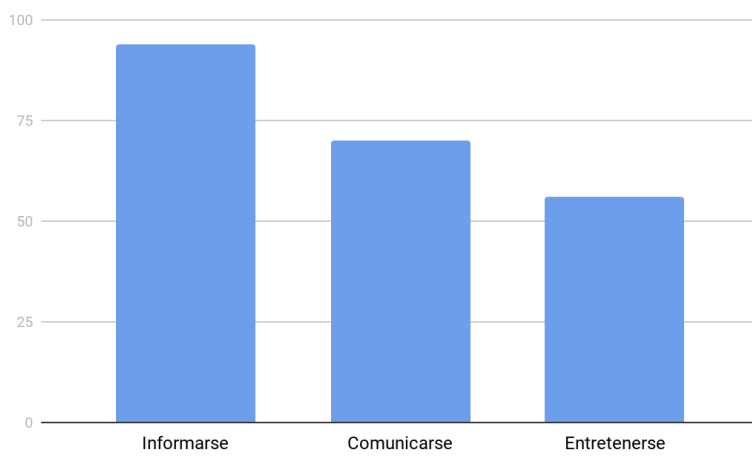
¿Para qué utiliza redes sociales: para informarse, para entretenerse o para comunicarse con otras personas?



Total de participantes: 91

Gráfico 5.16.

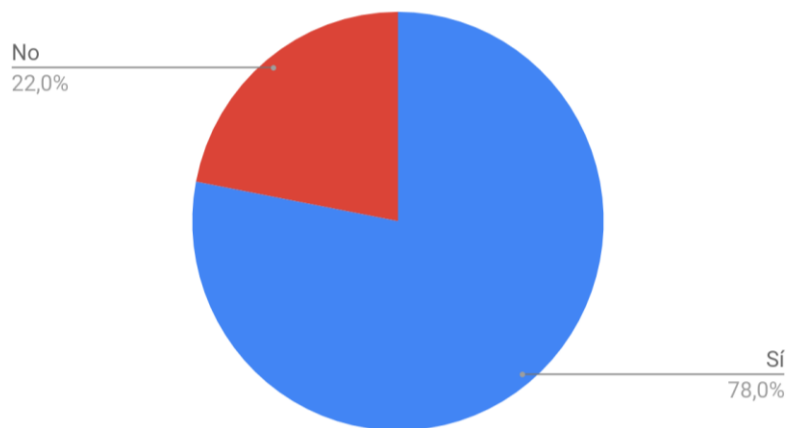
Menciones



Total de participantes: 91

Gráfico 5.17.

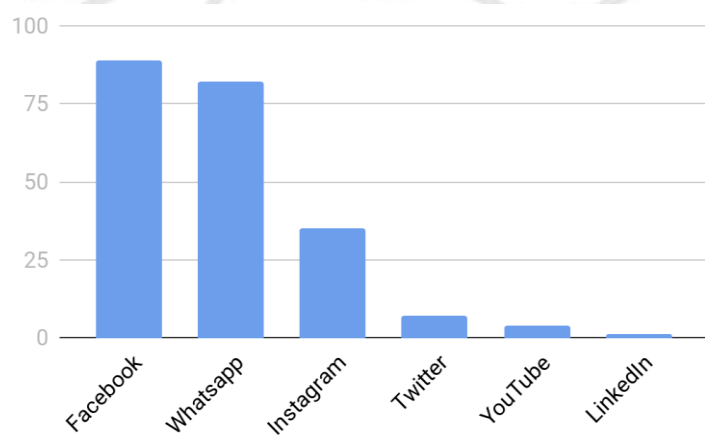
¿Las utiliza diariamente?



Total de participantes: 91

Gráfico 5.18.

¿Cuáles utiliza?



Total de participantes: 91

CAPÍTULO VI: Discusión

Como ya se explicó anteriormente, los estudios con relación específica al rol comunicativo de los profesionales de salud e instituciones proveedoras de salud son casi inexistentes. Tampoco se ha abordado esta específica problemática desde el punto de vista de las usuarias, y mucho menos desde el análisis de su nivel de información con respecto a la ley. Como también se ha podido ver, se sabe que existe mucha desinformación por parte de los profesionales de salud, pero también de las mismas usuarias. En un intento de por lo menos comenzar a abordar esta situación, no muy observada desde el campo de la comunicación, se ha llegado a algunos datos valiosos para poder realizar un diagnóstico localizado y tener algún tipo de acercamiento a las variables implicadas en los procesos comunicativos relacionados a este tema en particular. Aún con todas las limitaciones que la investigación presenta, con el cumplimiento de los objetivos planteados se puede empezar a tener una mirada un poco más clara de la situación comunicativa actual de la ley del AT en el país.

Como se encontró en los resultados del estudio, el nivel de educación de las usuarias fue en general alto pues más del 60% contaba con estudios superiores. Sin embargo, el cerca de 8% de mujeres que solo completó la primaria sigue siendo una cifra que merece atención para futuras aplicaciones de proyectos o campañas en relación a estos hallazgos, debido a que se presentaban limitaciones en la comprensión de información.

En cuanto a los hallazgos que se relacionan directamente con los objetivos específicos planteados, como se ha podido ver, en primer lugar, se comprueba que existe un gran nivel de desinformación acerca de las leyes abortivas y sobre todo de la ley del AT. Es interesante rescatar que la quinta parte de mujeres participantes estaba segura de conocer las leyes, pero en realidad estaba desinformada. Además, de las pocas que sí aseguraron conocerlas y más o menos estaba familiarizada con el concepto de salvar la vida de la mujer, solo un tercio conocía con precisión el marco legal. Aquí también es claro que los medios de comunicación tienen un impacto en ellas, pues a partir de sus respuestas se infiere que escuchan los debates alrededor del tema; sin embargo, esto evidencia el desorden informativo existente en estos medios y la sobrecarga informativa

sin un mensaje claro, con el debate presente alrededor de estos temas, pero sin un enfoque educativo que lo soporte. Aquí resulta de especial importancia mostrar el caso de E., quien era visitadora médica y trabajaba en centros de salud y quien consideraba que estaba al tanto sobre las leyes de aborto en el país. E. afirmó que las leyes de esta naturaleza estaban penadas y prohibidas, y que no había ninguna forma de aborto legal en el país. Como se puede ver, la desinformación existente por parte de los mismos miembros de la comunidad médica resulta fácil de encontrar, incluso en estudios de pequeña escala como este.

Como se ha podido evidenciar también, son muy pocas las mujeres que conocían a alguien que se había practicado un AT (por lo cual también estaban familiarizadas con el tema). Sin embargo, según las respuestas proporcionadas, resulta relevante saber que casi ninguna de sus conocidas tuvo dificultades o barreras en su acceso. Por otro lado, es importante también conocer que de las dos mujeres que dijeron haber recurrido al AT ellas mismas, ninguna lo hizo en un hospital del MINSA, y tampoco tuvieron dificultades en su acceso. Se pudo observar que, de los dos grupos más marcados encontrados en el estudio, el de mujeres conservadoras, por un lado, y el de mujeres más abiertas con respecto a su vida reproductiva, por el otro, el predominante sigue siendo el primero. Las expresiones registradas demuestran la presencia de estigmas dentro de las mismas usuarias, destacando las respuestas sobre si sabían si había alguna forma de aborto legal en el Perú, en donde dos casos sirven como ejemplo pues explicitaron, sin preguntarles su opinión: “No, todavía no... ¡que no haya!” o también: “No, que no haya tampoco.”

Solo dos mujeres (una de ellas fuera del país y otra en una clínica privada) dijeron haber recurrido a un AT. Esta cifra representa casi el 2% de la muestra. Aquí puede hacerse una comparación con Ayala Peralta, et al. (2009), en donde se evidencian las cifras de mujeres embarazadas que requieren de un AT en el Perú y que se calcula podría ser entre el 1 y 2% de embarazos.

Queda claro que la forma en que las usuarias se enteran más de noticias relacionadas al seguro social fueron los mismos centros de salud, seguidos de y casi al mismo nivel, la TV. Estos medios deberían considerarse para la aplicación de alguna campaña de comunicación futura pero también debería tomarse en cuenta el alto uso de redes sociales. También es importante reconocer que hay un número significativo de mujeres que no se enteran de este tipo de noticias. Esto sólo podría traducirse como la falta de información sobre el tema en los medios tradicionales, pero también en internet.

La falta de información de este grupo representativo de mujeres resulta preocupante tras lo propuesto en el Marco Teórico, pues el estudio se llevó a cabo en un centro de salud ubicado en un distrito de un NSE relativamente alto de la capital, y si se toma en cuenta que el nivel de información en general en zonas rurales es significativamente menor, existe un desafío muy grande en el intento de llegar a todo el país.

Sobre cómo les gustaría informarse acerca de la ley del AT, queda claro que hay una gran preferencia por los medios de comunicación, en donde la TV volvió a tener protagonismo en la mayoría de usuarias. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los centros de salud ocupan también un lugar bastante significativo en la preferencia de las mujeres para informarse sobre esta ley. Por otro lado, se halló que más usuarias preferirían un video explicativo que un gráfico como forma de enterarse sobre esta ley, y como ya se mencionó en los Resultados, esto coincide con la gran preferencia anterior de la TV. Es importante considerar que varias usuarias especificaron que se trate de un video que se muestre en los programas de noticias como parte de un reportaje, de lo que se discuta y se explique más a fondo, y no solamente mostrarlo. Aunque pocas, algunas mujeres prefirieron que la información se proporcione mediante charlas en donde se puedan resolver sus dudas. La búsqueda de la comunicación cara a cara o de un espacio en donde se dé un nivel de interacción importante (como la elección de un video alrededor del cual haya un debate en un reportaje) reafirma lo planteado por Katz, Haas y Gurevitch (1973), quienes hallaron que tanto los medios como la comunicación interpersonal son fuentes de gratificación igual de importantes. Asimismo, puede afirmarse que lo propuesto por los autores con relación a la preferencia de libros o TV según el nivel de educación, queda obsoleto en la actualidad pues como se ha visto, no se han encontrado hallazgos muy marcados en cuanto a las preferencias de las usuarias por su nivel educativo.

Por otro lado, la preferencia por enterarse de esta ley de manera gráfica también fue bastante relevante, la que a su vez se dividió de dos maneras: de manera virtual y de manera física. Aquí la preferencia fue bastante pareja, en donde de manera física casi todas prefirieron en los centros de salud y de manera virtual en las redes sociales, sobre todo Facebook. Aquí hay una divergencia con lo planteado por Donald Bogue (1962), pues en esta investigación, y probablemente debido a las múltiples transformaciones que ha sufrido la tecnología, los hábitos informativos de las mujeres han cambiado lo

suficiente como para decirse que el consumo de información en un ambiente de privacidad ya no necesita ser en un medio impreso necesariamente.

Se puede decir que la mayoría de usuarias se encuentra informada regularmente sobre las noticias en general y que el medio más utilizado para ello es una vez más, la TV. Aquí el uso de internet en el celular le sigue en preferencia con un número también importante. Cabe resaltar que la gran mayoría de usuarias utiliza redes sociales y la función informativa de estas también supera a sus otras funciones de uso, pues casi todas las usuarias afirmaron usarlas como medio informativo. Al contrastar estos hallazgos con lo presentado por Ji y Wayne Fu (2013), se puede ver que coincide el protagonismo de la función informativa de internet para los usuarios, en el caso del presente estudio específicamente de las redes sociales. Aquí debe tomarse en cuenta lo propuesto por Ji y Wayne Fu (2013), pues a pesar de que las gratificaciones informativas pueden incrementar la afinidad hacia internet, las gratificaciones sociales (con especial atención en la interactividad), son las que dominan el mundo virtual. Esto debe ser considerado en posibles aplicaciones prácticas ya que, si solo se toma en cuenta el propio contenido de la información y su difusión, dejando de lado los altos niveles de gratificaciones sociales buscados también en estas plataformas y las múltiples formas de satisfacerlos, o incluso la presentación de este contenido; entonces la información *per se* podría ser relegada a un segundo plano. Esta situación podría devenir en maneras creativas e innovadoras de llevar a cabo campañas comunicativas o educativas, en donde el alto nivel de interactividad, por ejemplo, favorezca la difusión y comprensión de la información.

Resulta de gran relevancia como hallazgo general el caso particular de J., la mujer que fue víctima del terrorismo en Ayacucho, el cual forma parte de la realidad nacional y es visible incluso en un estudio de pequeña magnitud como el presente. Sería interesante conocer más a profundidad esta realidad actual y averiguar de qué maneras las numerosas víctimas del conflicto armado están lidiando con los estragos generados, o si lo están haciendo del todo. Esta problemática debe ser tomada en cuenta en aplicaciones prácticas a estudios como este pues, aunque pueda significar un 1% de la muestra, su alcance es significativo en la actualidad a nivel macro. Más mujeres como J. podrían quedar relegadas de esta información si no se toman en cuenta sus hábitos informativos. Más allá de eso, es relevante pues muchas mujeres como J. pueden haberse quedado sin la oportunidad de terminar sus estudios escolares por las consecuencias psicológicas sufridas.

Como esta problemática del AT es muy propia del contexto local, no se han encontrado investigaciones de la misma naturaleza y con la misma finalidad. Sin embargo, se encontraron dos estudios de otros países con algunas consideraciones similares. El primero en orden cronológico, realizado en la India y titulado *Necesidades informativas de las mujeres: abordando factores diversos en el contexto de India*⁴ (Dasgupta, 2001), se enfoca en plantear la importancia de una consideración de las necesidades de acceso a la información de las mujeres sobre un amplio espectro de temas en la India, no solamente relacionados a sus derechos de salud o reproductivos y desde un enfoque del sistema informativo de las bibliotecas en ese país. Dasgupta (2001), hace énfasis en la urgencia de realizar investigaciones alrededor de conocer a fondo estas necesidades, tomando en cuenta las particularidades sociales que presenta su propio contexto. El segundo estudio, realizado en México y titulado *El acceso a la información sobre el aborto: la perspectiva de la biblioteca del grupo de información en reproducción elegida* (Vera Cabañas, 2003). El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) es una organización feminista que lucha por los derechos reproductivos en México y fue fundada con el propósito de “contar con una instancia ciudadana para contraponer información rigurosa a las declaraciones religiosas” (Vera Cabañas, 2003, p.269), además de proveer acceso a información al público a través de la creación de su Centro de Documentación y Biblioteca. Este estudio es similar al de la India, pero se centra en el acceso a la información de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, teniendo en especial consideración al aborto. México tiene una realidad más parecida al Perú en cuanto a problemáticas de esta naturaleza y podría considerarse una referencia más cercana; sin embargo, el estudio se limita también a resaltar la importancia de que se realicen más investigaciones al respecto y en describir la problemática de la falta de información en su contexto local. Además, nuevamente se trata de una biblioteca como institución distribuidora de la información. De todas formas, es importante tener en cuenta que en otros países sí se han abordado problemáticas similares en cuanto a difusión de información relacionada a derechos reproductivos, solo que desde enfoques comunicativos distintos.

Se pudo comprobar la presencia de estigmas relacionados a la palabra aborto en muchas de las mujeres participantes gracias a los comentarios registrados en los audios.

⁴ Traducción del título original: “Information Needs of Women: Addressing Diverse Factors in the Indian Context”

Sin embargo, no se pudo identificar estos estigmas por parte de los profesionales de salud en el acceso al AT de las mujeres que afirmaron haber accedido a este procedimiento; en parte porque de los únicos dos casos encontrados en la muestra, uno fue afuera del país y no tuvo ninguna dificultad, y el otro se llevó a cabo en una clínica privada que tampoco presentó dificultades en su acceso. Sin embargo, resulta interesante, como parte de la observación etnográfica, haber observado ciertos comportamientos o reacciones tanto de usuarias como de personal del centro de salud, al saber que el título del estudio contenía la palabra aborto. En el caso de los miembros del personal, fue dos veces expresada anticipadamente la negación del permiso para llevar a cabo la investigación, solo por contener la palabra “aborto” en el título. Más adelante, luego de una mayor profundización en una entrevista con jefatura, esto no resultó una barrera para la aplicación de la encuesta. Estas reacciones también fueron registradas numerosas veces en las usuarias antes de proceder con la encuesta, por lo cual se tenía que explicar y repetir asiduamente de lo que se trataba, el objetivo del estudio, las condiciones éticas y los posibles futuros beneficios. Estas reacciones confirman la controversia asociada tan solo a la palabra, y, en consecuencia, a los aspectos éticos y legales que se derivan de su significado más allá del contexto.

6.1. Implicaciones prácticas

Los resultados de la investigación podrían ser suficientes para tener una idea de los hábitos informativos de las mujeres de las edades seleccionadas en la muestra, y así, podrían ser tomados en cuenta para alguna nueva campaña llevada a cabo por organizaciones no gubernamentales, e incluso por el Ministerio de Salud, aunque en este segundo caso parecería ser más difícil. En la literatura revisada se ha podido ver que los autores resaltan la importancia de la participación de las organizaciones extra gubernamentales en el abordaje de esta problemática pues es muy difícil que el propio Estado quiera invertir recursos en un tema que sigue siendo controversial, a pesar de su legalidad. En la ejecución del mismo estudio se ha podido evidenciar la compleja situación que existe al interior del Estado en temas de salud sexual y reproductiva a causa de los fuertes estigmas en los diferentes grupos implicados. Sin embargo, proceder a llevar a cabo una campaña comunicativa teniendo en cuenta estas consideraciones sería perfectamente logable. En primer lugar, debería considerarse un espacio en programas informativos de la TV nacional y en los noticieros. En este caso sería necesario realizar

un análisis del medio para saber cuáles son los canales y programas más vistos por las mujeres, además de conocer los horarios y demás especificaciones. Por otro lado, sería interesante tener en cuenta las mismas consideraciones para una video campaña en Facebook. En este caso es más fácil pues las redes sociales no representan un impedimento en su difusión, sin embargo, la alianza con organizaciones interesadas en apoyar un proyecto de esta naturaleza representaría un reto, además de los recursos económicos necesarios.

Por otro lado, parece ser necesario que exista también algún tipo de mecanismo de defensa para que las mujeres puedan utilizar en los casos en que los médicos, conociendo el reglamento, no quieran llevar a cabo el procedimiento ya que, en ese sentido, estos se mantienen en una posición de poder frente a las pacientes y/o sus familias. Así, es elemental la revisión del reglamento o guía práctica para añadir maneras de empoderar a las pacientes en el reclamo de sus derechos, en el caso de que en el futuro algunas mujeres los conozcan bien pero no tengan a quién recurrir si les es denegado el acceso; si es que la junta médica lo rechaza, pero en realidad se trata de un procedimiento legítimo.

6.2. Perspectivas de investigación hacia el futuro

Sería valioso conocer esta realidad en una escala mayor. Así como existe un sub registro muy grande de las cifras de AT practicados en los hospitales de todo el país, podría ser de mucha utilidad averiguar estos datos (difícilmente accesibles en su totalidad) desde el propio conocimiento de las usuarias. Además, podría ser útil incorporar un mayor profesionalismo en la recolección de la información para no sesgar a las mujeres en sus respuestas y que no se sientan amenazadas en su calidad de participantes. En este caso, una investigación realizada por los propios profesionales de salud podría resultar mucho más enriquecedora, por la confianza que normalmente es depositada en ellos. Aquí vuelve a cobrar relevancia el hecho de que en muchas zonas del país el acceso a las tecnologías de la información es bastante menor que en una zona urbana como San Borja (a pesar de que no todas las encuestadas vivían en este distrito). Habría que considerar los hábitos informativos (que no necesariamente están del todo forjados) en el resto del país, pues como se ha revisado, la penetración de internet sigue siendo muy baja en las zonas rurales, la de la TV es mucho menor comparada a las zonas urbanas, mientras la radio es todavía

el medio con mayor cobertura. A simple vista, para estos casos habría que concentrar esfuerzos en este último medio, así como en las mismas postas médicas.

Por último, se necesitan estudios que atiendan a la religiosidad como una variable relevante este contexto. Existe un abordaje científico insuficiente aún en el Perú con relación a la naturaleza de la religión y las iglesias como obstaculizadores de políticas públicas, como fuentes estigmatizadoras, sobre su fuerte presencia en los asuntos de Estado y en qué medida esto afecta al desarrollo del país e incluso su institucionalidad.

6.3. Limitaciones

Como se ha repetido, este estudio no pretende ser un retrato fiel de la realidad nacional con respecto a los objetivos que se plantearon obtener. Pretende, más bien, iniciar una conversación alrededor de las soluciones a una problemática real que no parece ser observada desde diferentes perspectivas y que de esta manera parece no resolverse o presentar mejoras significativas. Por lo tanto, deben considerarse las limitaciones del estudio, en donde destacan en primer lugar el que se haya llevado a cabo solamente en un centro de salud. Las instituciones proveedoras de servicios de salud son muchas y muy variadas, distribuidas además en zonas muy distintas entre sí, para empezar solamente en la provincia de Lima. Es posible que, en otras instituciones más grandes como hospitales o de otras zonas en donde haya mujeres de niveles socioeconómicos más bajos; o más altos, los resultados de la muestra sean diferentes. Es importante tener en cuenta también la temporalidad, pues no se sabe tampoco si el grupo seleccionado en este centro de salud, tomando en cuenta otros factores, hubiera sido distinto en otro momento del año.

Además, un dato que vale la pena mencionar como comentario general es que 133 veces se tuvo que repetir preguntas a las mujeres encuestadas. Este número representa un aproximado del 8% de las preguntas que se hizo a las encuestadas cuya entrevista pudo ser registrada en audio (89). Si bien no es un porcentaje elevado, sirve para mostrar cierto nivel de incomprensión por parte de las usuarias entrevistadas en el estudio en general, el cual, con diferentes niveles de educación encontrados, podría estar asociado a la redacción o al planteamiento de las preguntas del instrumento. En este caso se trataría de una limitación de la misma investigación y un factor a tomarse en cuenta en investigaciones futuras para intentar que exista la máxima comprensión y claridad posible y no se repita esta experiencia.

CONCLUSIONES

Finalmente, luego de hacer un breve análisis de la situación comunicacional de la ley del AT, se ha podido ver que existen factores que no se han estado tomando en cuenta desde las organizaciones que intentan enfrentar la problemática. Partiendo de las preguntas paraguas expuestas previamente en el Capítulo 3, de averiguar la raíz del problema de que el artículo 119 del Código Penal no se esté cumpliendo en su totalidad y cómo actuar para poder revertir esta situación; se buscó indagar en estos mismos factores, pero para intentar abordarlos desde un punto de vista no explorado con anterioridad. A pesar de que, como se ha podido ver, la raíz del problema es sumamente compleja, luego de revisar la situación desde el nivel de información y los hábitos informativos de las mujeres, se ha podido llegar a hallazgos que pueden desembocar en maneras factibles de comenzar a revertir la problemática. Si hay algo en lo que las organizaciones vigilantes del progreso de la ley del AT están de acuerdo, es que los avances alrededor del tema han sido reales pero insuficientes, además de muy poco eficientes en el tiempo para el alto costo que genera su incumplimiento. Por lo tanto, se necesita replantear la situación, hacer preguntas distintas para observar hacia otras direcciones y así descubrir nuevas respuestas.

Como ha podido quedar claro también, esta situación requiere de múltiples esfuerzos de parte de múltiples organizaciones que lleven a cabo acciones coordinadas, para poder tener resultados a nivel nacional. Como ya se sabe, los recursos humanos y económicos continúan representando una barrera, así como la mayor amenaza para la aplicación efectiva de campañas de comunicación. Sin embargo, abordar el problema desde el campo comunicativo, haciendo uso de los medios de comunicación, internet y los centros de salud podría representar un acercamiento efectivo para comenzar a informar a las mujeres en el Perú sobre sus derechos y así empoderarlas en decisiones respecto a su salud. Así, la opción multicanal es necesaria para llegar a la mayor cantidad de mujeres posible. Si esto fuera un escenario factible, lo único que habría que tener en consideración serían las barreras socioculturales aún presentes en los diferentes grupos del Ministerio de Salud y el Estado en general para que se den estas campañas y para que exista una participación activa de los centros de salud. Teóricamente, ello no tendría por

qué significar una barrera en un campo comunicativo de esta naturaleza, pues no hay nada que la ley excluya.

Finalmente, y como una recomendación desde un enfoque más sistémico, pero no por ello menos importante, debe reconocerse en el marco de esta problemática, el origen religioso de la gran mayoría de estigmas, como bien lo sostienen Távora Orozco y Sacsa Delgado (2008). En esta situación, se vuelve prioritaria y urgente la aplicación de un enfoque de género en el currículo escolar a nivel nacional para asegurar en cierta medida el futuro de la desestigmatización no sólo del aborto, sino de la salud sexual y reproductiva en general. Un avance en la igualdad de género en el país mediante la educación de las nuevas generaciones con un enfoque de género en las escuelas sería tal vez la única manera de lograr una mayor secularización del Estado en el futuro, en donde las políticas públicas de salud puedan enfocarse en el bienestar de la población sin obstáculos ideológicos que provienen de credos religiosos y la fuerte influencia de las iglesias en estos asuntos estatales.

En el contexto actual, la tenaz influencia de representantes de iglesias (hombres) continúa emergiendo, a veces con declaraciones o sugerencias sobre el tema del aborto, que, a la luz del marco de la problemática presentada en esta investigación, se vuelven brillantes y pueden incluso servir a modo de cierre o de necesaria reflexión. Para citar un ejemplo, la declaración del ex arzobispo de Lima, Juan Luis Cipriani, en su programa radial sabatino de RPP en mayo del 2018, en donde sostuvo (refiriéndose a las mujeres que por cualquier motivo necesitan abortar): “si no estás de acuerdo con la vida, suprime la tuya” (Perú21, 2018b, párr. 2). Habría que comenzar a cuestionarse pues, aparte de que se trate de una incitación pública al suicidio por parte de un líder de una iglesia, si en un país es preferible suprimir dos vidas o salvar una.

Por lo demás, no parecen haber otros elementos que impidan la aplicación de proyectos que busquen ayudar a solucionar esta situación de la que miles de mujeres en el país podrían verse indudablemente beneficiadas.

REFERENCIAS

- Álvarez-Gálvez, J. (2012). *Modelos teóricos sobre los efectos de los medios de comunicación de masas (DT N°2)*. Recuperado del repositorio de la Universidad Complutense de Madrid: <https://eprints.ucm.es/45089/1/doc%20trab%202.pdf>
- Astete, C., Beca, J., y Lecaros, A. (2014). Propuesta de un glosario para la discusión del aborto. *Revista Médica de Chile*, 142, 1449-1451.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001100012>
- Ayala Peralta, F., et al. (2009). *Interrupción terapéutica del embarazo por causas de salud*. Recuperado de <https://promsex.org/wp-content/uploads/2009/11/interrupcionterapeutica-causalesTavara.pdf>
- Bogue, D. (1962). Some tentative recommendations for a 'sociologically correct' family planning communication and motivation program in India. En C. Kiser (ed.), *Research in family planning*, 503-538. Princeton University Press.
- Camacho Azurduy, C. A. (2005). Democratización de la sociedad: entre el derecho a la información y el ejercicio de la ciudadanía comunicativa. *Punto Cero*, 10(10), 28-36. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762005000100004&lng=es&tlng=es
- Católicas por el Derecho a Decidir, Pathfinder International, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (Mayo, 2018) *Foro: Fortaleciendo Respuestas para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres y Adolescentes en Situaciones de Riesgo*, Lima, Perú.
- Centro de Derechos Reproductivos. (Mayo, 2015). *L.C. vs. Perú, derecho al aborto en casos de violación sexual (CEDAW)*. Recuperado de <https://www.reproductiverights.org/es/document/lc-vs-per%C3%BA-cedaw-derecho-al-aborto-en-casos-de-violencia-sexual>
- Centro de Derechos Reproductivos. (2008). *Los Derechos Reproductivos a la vanguardia: Una herramienta para la reforma legal*, 14-17. Nueva York. Recuperado de https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub_br_spanish_gaining_ground_2008.pdf
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2018). *Sala de Situación Perú SE 06, 2018* (p. 44). Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2018/SE072018/01.pdf>
- Chávez-Alvarado, S. (2013). Aborto terapéutico, ausencia injustificada en la política sanitaria. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3), 494-499. Recuperado de

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300020&lng=es&tlng=es.

- Dasgupta, K., (2001). Information Needs of Women: Addressing Diverse Factors in the Indian Context. En *67th IFLA Council and General Conference* (pp. 1-6). Boston. Recuperado de <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED459710.pdf>
- Decreto Legislativo N°635 del Código Penal: 25 años de justicia del Código Penal (Mayo del 2016) Décimo Segunda Edición Oficial. Recuperado del sitio de internet del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos: http://spij.minjus.gob.pe/content/publicaciones_oficiales/img/CODIGOPENAL.pdf
- Dirección General de Epidemiología - Ministerio de Salud. (2013). *La Mortalidad Materna en el Perú 2002 – 2011* (p. 330). Recuperado de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/MORTALIDAD_%20MATERNAPERU.pdf
- El Comercio. (11 de abril del 2014). ¿Debe el Estado aprobar el protocolo del aborto terapéutico? Recuperado de <https://elcomercio.pe/opinion/colaboradores/debe-aprobar-protocolo-aborto-terapeutico-309207>
- El Espectador. (22 de noviembre del 2016). Minsalud cumple orden de la Corte y lanza campaña sobre el aborto como derecho. Recuperado de http://fresno.ulima.edu.pe/ss_bd00102.nsf/RecursoReferido?OpenForm&id=PROQ_UEST-41716&url=/docview/1842310610?accountid=45277
- El Peruano. (28 de junio del 2014). Aprobación de guía técnica de interrupción voluntaria de embarazo. Recuperado de <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/aprueban-la-guia-tecnica-nacional-para-la-estandarizacion-d-rm-n-486-2014minsa-1103581-1>
- Ferrando, D., y Hlatshwayo, Z. (2006). *El aborto clandestino en el Perú: Revisión*. Flora Tristán, Centro de la Mujer Peruana. Recuperado de <https://www.inppares.org/sites/default/files/Aborto%20clandestino%20Peru.pdf>
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44361245/Goffman_Erving_-_Estigma._La_identidad_deteriorada.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1557874670&Signature=RIU1ppkv80%2BEPbSFzPeSNZJFbM%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEstigma._La_identidad_deteriorada.pdf
- Gómez, C. (2006). Visibilizar, Influenciar y Modificar: Despenalización del Aborto en Colombia. *Nómadas (Col)*, 24, 92-105. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105116598009>

- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6.ª ed.). México D.F. McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (8 de setiembre del 2017). Cobertura de alfabetización en el Perú llega al 94,1% de los peruanos de 15 a más años de edad. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/cobertura-de-alfabetizacion-en-el-peru-llega-al-941-de-los-peruanos-de-15-a-mas-anos-de-edad-9949/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Estadísticas de las Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares: Informe Técnico No2*. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02_tecnologias-de-informacion-ene-feb-mar2018.pdf
- Ji, P., y Wayne Fu, W. (2013). Love Internet, love online content: Predicting Internet affinity with information gratification and social gratifications. *Internet Research*, 23 (4), 396-413. <http://dx.doi.org.ezproxy.ulima.edu.pe/10.1108/IntR-08-2012-0155>
- Katz, E. (1959). Mass Communications Research and the Study of Popular Culture: An Editorial Note on a Possible Future for This Journal. *Studies in Public Communication*, 2, 1-6. Recuperado de http://repository.upenn.edu/asc_papers/165
- Katz, E., Haas, H., y Gurevitch, M. (1973). On the Use of the Mass Media for Important Things. *American Sociological Review*, 38(2), 164-181. Recuperado de http://repository.upenn.edu/asc_papers/267
- Kumar, A., Hessini, L., y Mitchell, E. M. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, health & sexuality*, 11(6), 625-639. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/24422526>
- La República. (11 de abril del 2016). Aborto terapéutico: 2 años después aún hay barreras para su aplicación. Recuperado de <https://larepublica.pe/sociedad/931091-aborto-terapeutico-2-anos-despues-aun-hay-barreras-para-su-aplicacion>
- Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. (s.f.). Muerte Materna. En *Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I* (pp. 42-52). Perú. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1382-2.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*, 2(Publicación Científica No. 554), (10.ª Rev.). Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Recuperado de

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/

- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (2.^a ed.). Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos Básicos* (48.^a ed.). Recuperado de <http://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
- Perú21. (8 de setiembre del 2018). Tasa de analfabetismo en el Perú se ha reducido en los últimos cinco años. Recuperado de <https://peru21.pe/lima/peru-tasa-analfabetismo-reducido-ultimos-cinco-anos-nndc-426696>
- Perú21. (7 de mayo del 2018). Marcha con amor. Recuperado de <https://peru21.pe/opinion/extremo-opuesto-luis-davelouis/marcha-amor-406182>
- Promsex. (2013). *Tres estudios sobre el aborto en Lima* (1.^a ed.), pp. 37-73. Recuperado de <http://www.clacaidigital.info:8080/bitstream/handle/123456789/566/3estudiosaborto.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Quezada, Ó. (2007). Desarrollo: Empresa contra la incertidumbre. *Contratexto*, (15), 117-129. Recuperado de <https://revistas.ulima.edu.pe/index.php/contratexto/article/download/776/748>
- Rojas Calderón, E. (2009). Interrupción Terapéutica del Embarazo: Una visión desde la salud física y emocional de las mujeres. En Colectiva por el Derecho a Decidir (Ed.), *Interrupción Terapéutica del Embarazo: Aportes para la reflexión* (pp. 29 - 58). San José, Costa Rica. Recuperado de https://www.colectiva-cr.com/sites/default/files/Docs/publicaciones/monografias_digital.pdf
- Sánchez-Moreno, F. (2014). El sistema nacional de salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(4), 747-753. Recuperado de <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/129/129>
- Solo, J. (2008). *Family Planning in Ruanda: How a taboo topic became priority number one*. Ruanda: IntraHealth International. Recuperado de <https://www.intrahealth.org/resources/family-planning-rwanda-how-taboo-topic-became-priority-number-one>
- Távora Orozco, L. (2015). Presentación del Simposio Acceso al Aborto Terapéutico en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 76(4), 393-395. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000500010

- Távora Orozco, L., y Sacsa Delgado, D. (2008). *Conocimientos, actitudes y prácticas de médicos ginecoobstetras peruanos en relación al aborto*. Promsex. Recuperado de <https://promsex.org/publicaciones/conocimientos-actitudes-y-practicas-de-medicos-ginecoobstetras-peruanos-en-relacion-al-aborto/>
- Távora Orozco, L., Romero Borda, S., Marín Sandoval, Y., y Ramírez Huaroto, B. (2011). *Litigio Nacional: Interposición de una Acción de Cumplimiento para la Implementación de una Guía Práctica Clínica para el Acceso al Servicio del Aborto Legal*. Perú: Promsex. Recuperado de <https://promsex.org/wp-content/uploads/2012/08/litigio-nacional.pdf>
- UNESCO. (s.f.). Comunicación e Información: Libertad de Información. Recuperado de <http://www.unesco.org/new/es/communication-and-information/freedom-of-expression/freedom-of-information/>
- Valenzuela Y., C. (2011). Aborto terapéutico y ética científica. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 76(5), 285-289. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000500001>
- Vera Cabañas, M. (2003) El acceso a la información sobre el aborto: la perspectiva de la biblioteca del Grupo de Información en Reproducción Elegida. En *XXXIV Jornadas Mexicanas de Biblioteconomía*, (pp.263-274). Puerto Vallarta. Recuperado de <http://eprints.rclis.org/6112/>



ANEXO 1: GLOSARIO

Dentro de la terminología general ya planteada en el Marco Teórico se pueden encontrar dos grandes tipos de aborto: los abortos espontáneos y los que son inducidos. El aborto espontáneo es un aborto natural pues no hay voluntad de parte de nadie para que se de la expulsión del feto. Por otro lado, un aborto inducido se da cuando “un factor externo (como un medicamento o procedimiento médico), causa la expulsión del embrión fuera del cuerpo de la mujer” (Rojas Calderón, 2009, p.31), esto sería antes de que el producto de la concepción sea viable.

Los abortos inducidos se dividen en dos sub grupos: Los abortos inseguros o peligrosos y los abortos seguros. La OMS define los primeros como los que son “llevados a cabo por personas que carecen de las habilidades necesarias, o en un ambiente que no cumple con mínimos estándares médicos” (Astete, Beca y Lecaros, 2014, p.1450). Contrastando con esta definición, en el caso de los abortos seguros según la OMS, “cuando se lleva a cabo por profesionales de la salud capacitados y con equipo apropiado, una técnica adecuada y estándares sanitarios, el aborto es uno de los procedimientos médicos de menor riesgo”. (Rojas Calderón, 2009, p.32) Dentro de este grupo de procedimientos médicos seguros se encuentra el concepto de Interrupción Terapéutica del Embarazo (I.T.E.) o Aborto Terapéutico (A.T.).

Estos son algunos de los tipos de aborto clasificados por su procedimiento médico:

Aborto indirecto: “se refiere al aborto que ocurre como consecuencia de una intervención cuyo fin es tratar una patología materna aunque la pérdida fetal, sin ser buscada, se hubiere previsto” (Astete, Beca y Lecaros, 2014. p.1451).

Aborto eugenésico: “aborto inducido con la intención de evitar el nacimiento de un niño portador de una anomalía fetal incompatible con la vida post-natal, o de de un niño severamente malformado. Estos casos se definen equívocamente como “aborto por feto inviable” (Astete, Beca y Lecaros, 2014. p.1451).

Por otro lado, cabe resaltar la diferencia entre:

Aborto médico, que es la “utilización de fármacos para finalizar el embarazo”, en el cual “a veces, también se emplean los términos “aborto no quirúrgico” o “aborto farmacológico” (Organización Mundial de la Salud, 2012, p.4); y

Aborto quirúrgico, en donde se da la “utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo entre los que se incluyen la aspiración de vacío y la dilatación y evacuación” (Organización Mundial de la Salud, 2012, p.4).

Según el Dr. Enrique Guevara, Director del Instituto Nacional Materno Perinatal (Maternidad de Lima), también es importante explicar la diferencia entre un: aborto completo, que es cuando el feto, la placenta y los otros tejidos se eliminan por sangrado, y un aborto incompleto, en donde sólo se elimina una parte de los tejidos pues algunos permanecen en el útero y, además, puede haber abundante sangrado vaginal.⁵

⁵ Entrevista personal en el Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima, 3 de Julio del 2018)

ANEXO 2 : MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado

Yo, _____, (primer nombre) a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: “Análisis de la situación comunicacional de la ley del aborto terapéutico en el Centro de Salud Todos los Santos San Borja.”

- Se trata de un proyecto de investigación para mi tesis de licenciatura en Comunicación.
- No hay ningún tipo de costo para la participación en el estudio
- Es completamente voluntario y ANÓNIMO (solo se pedirá el primer nombre de la usuaria para fines de orden en el trabajo y, además, se separará en todo momento el primer nombre de la usuaria de la información que proporcione)
- La encuesta es para fines académicos únicamente, siendo los datos completamente confidenciales
- El propósito del estudio es llegar a conclusiones que puedan servir para mejorar o implementar políticas de comunicación de los servicios públicos de salud reproductiva para mejorar la calidad de vida de las usuarias.
- No existe ningún tipo de riesgo para las participantes
- Ninguno de los servicios de salud se va a ver afectado por su participación de ninguna manera
- Muchas mujeres como usted podrán recibir beneficios en el futuro
- Puede retirarse de la entrevista en cualquier momento, sin perjuicio de nada
- Si no quiere responder a alguna pregunta puede simplemente decir “paso”

Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

¡Muchas gracias de antemano por su participación!

Fecha de hoy:

ANEXO 3 : ENCUESTA

Encuesta: Análisis de la situación comunicacional del aborto terapéutico en mujeres del Centro de Salud Todos Los Santos San Borja

Primero que nada, gracias por participar, esta es una encuesta para mi tesis de licenciatura de Comunicación en la Universidad de Lima y es completamente anónima y confidencial. ¿Podría pedirte permiso para grabar un audio para que quede toda la información correctamente, si no te incomoda? Gracias.

Pregunta Inicial: “¿Cuál es su primer nombre?” _____

1. “¿Cuál es su edad?” _____
2. “¿Está embarazada actualmente?” Sí / No
3. “¿Tiene hijos?” Sí / No
EN CASO QUE SI: “¿Cuántos?” _____
4. “¿Suele estar al tanto de las noticias diarias en general?” Sí / No
EN CASO QUE SI: “¿Cuántas veces a la semana?” _____
5. “¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha obtenido, Primaria, Secundaria o Superior?”
6. “¿A través de qué medios de comunicación se entera de las noticias? Radio / TV / Internet en PC / Internet en celular / periódico / revista / otro”:
7. “¿Utiliza redes sociales” Sí / No (SI NO, PASAR A PREGUNTA 9)
EN CASO QUE SI: “¿Las utiliza diariamente?” Sí / No
EN CASO QUE SI: “¿Cuáles utiliza?”
8. “¿Para qué utiliza las redes sociales: para informarse, para entretenerse o para comunicarse con otras personas?”
9. “¿Cómo se entera de noticias relacionadas al seguro social, por ejemplo nuevas campañas de salud u otros?”
10. “¿Está al tanto de las leyes que hay sobre aborto en el Perú?” Sí / No / No estoy segura
11. “¿Hay alguna forma de aborto legal en el Perú?” Sí / No / No estoy segura

EN CASO QUE SI: “¿Cuál?”

12. “¿Sabía usted que si la vida y/o la salud de una mujer que está embarazada hasta las 22 semanas se encuentra en peligro, ella está en su derecho de interrumpir su embarazo?” Sí / No / No estoy segura

13. “¿Conoce a alguien que haya recurrido alguna vez al aborto terapéutico o interrupción legal del embarazo?” Sí / No (SI NO, PASAR A PREGUNTA 15)

EN CASO QUE SI: “¿Esta persona logró practicarse el aborto?” Sí / No / No sé

-EN CASO QUE NO: “¿Encontró alguna dificultad?” Sí / No / No sé

--EN CASO QUE SI: “¿Cuál?”

14. “¿Alguna vez ha recurrido usted misma al aborto terapéutico?” Sí / No (SI NO, PASAR A PREGUNTA 16)

EN CASO QUE SI: “¿Quién le ayudó a tener acceso a este procedimiento?”

EN CASO QUE SI: “¿Encontró alguna dificultad para acceder a este procedimiento?” Sí / No

EN CASO QUE SI: “¿Qué dificultades encontró al solicitarlo?”

15. “¿Por dónde le gustaría informarse sobre la ley del aborto terapéutico (medios de comunicación, instituciones, otros lugares)?”

16. SI FUERAN MEDIOS DE COMUNICACIÓN, “¿Cuáles?: Radio / TV / Internet en PC / Internet en celular / periódico / revista / otro”:

17. “¿Preferiría que la información se proporcione:

- a) gráficamente (en algún afiche que sea fácil de leer, con colores y dibujos)
- b) en algún video explicativo
- c) otra:

SI FUERA GRÁFICAMENTE: “¿En dónde le gustaría verlo?”

- a) centros de salud
- b) en la calle
- c) mercados, bodegas, etc.
- d) otro:

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!