

Religiosidad de los médicos peruanos y su influencia en las decisiones bioéticas controversiales

Lincoln Lavado Landeo ^{1, 2, a, b, c}

RESUMEN

Objetivo: Mucho se conoce sobre la influencia de la devoción religiosa de los pacientes sobre la enfermedad. Sin embargo, poco se sabe sobre las características religiosas de los médicos y cómo estas influyen en su relación y toma de decisiones en el manejo de pacientes. Este estudio tiene el objetivo de determinar los patrones religiosos de la población médica peruana y si estos tienen alguna correlación con sus actitudes frente a decisiones bioéticas.

Materiales y métodos: La muestra no randomizada estuvo compuesta de 200 personas, pertenecientes a tres niveles académicos: estudiantes de medicina, residentes, y maestrantes/doctorandos.

Resultados: El 76 % de médicos se declaró creyente, de ellos 64 % se autocatalogó católico. Se correlacionó el nivel de religiosidad frente a cuatro procedimientos de marcada controversia ética: uso de anticoncepción no natural, aborto, suicidio médico asistido y eutanasia. Los médicos con un grado de religiosidad alto (122 / 61 %) mostraron su desacuerdo frente a los tres últimos procedimientos, y los médicos con nivel de religiosidad intrínseca alta (45 / 22,5 %) mostraron su desacuerdo con todos ellos.

Conclusiones: La religiosidad del médico influye en sus actitudes frente a decisiones terapéuticas y bioéticas. Se debería evaluar un método para evitar que el compromiso religioso de los galenos influya en sus decisiones clínicas.

Palabras clave: Religión; Médicos; Anticoncepción; Aborto; Suicidio con asistencia médica; Eutanasia (Fuente: DeCS BIREME).

Peruvian physicians' religiousness and its influence on controversial bioethical decisions

ABSTRACT

Objective: There is plenty of information about the influence of patients' religious beliefs to deal with their illnesses. However, little is known about the religious characteristics of physicians and how these influence their relationship with patients and treatment decision-making. This study aims to determine the religious patterns of the Peruvian medical population, and to know if these patterns have any correlation between physicians' attitudes and bioethical decisions.

Materials and methods: The non-randomized sample consisted of 200 people from three academic levels: medical students, residents, and master's or doctoral students.

Results: Seventy-six percent (76 %) of the physicians were believers, out of which 64 % were Catholics. The religious level was determined considering four highly controversial ethical procedures: non-natural contraception, abortion, physician-assisted suicide and euthanasia. Physicians with high degree of religiousness (122 / 61 %) expressed their disagreement with the last three procedures, and physicians with high degree of intrinsic religiousness (45 / 22.5 %) disagreed with all them.

Conclusions: Physicians' religiousness influences their attitudes concerning medical treatments and bioethical decisions. There should be a method to prevent physicians' religious commitment to influence their clinical decisions.

Keywords: Religion; Physicians; Contraception; Abortion; Assisted suicide; Euthanasia (Source: MeSH NLM).

1. Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana, Sección de Posgrado. Lima, Perú.

2. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú.

a. Médico Oftalmólogo.

b. Doctor en Medicina. Doctor en Filosofía. Doctor en Antropología.

c. Profesor Principal.

INTRODUCCIÓN

En el campo del saber, la magia y la religión surgieron como un intento de comprender los fenómenos de la vida diaria que no podían ser explicados, como por ejemplo el trueno, la fertilidad de los animales, la enfermedad y la muerte. En algún momento se creyó que a medida la ciencia ofreciera mejores explicaciones del mundo -las leyes de la naturaleza, mayor conocimiento de la fisiología del cuerpo humano, curación de enfermedades, explicación de la muerte, etc.-, la religión desaparecería progresivamente. Sin embargo, la religión se mantiene hasta hoy. Por eso, tal vez ella tenga otras funciones y significados, como poseer un rol en reducir la ansiedad y/o el estrés, ayudar a enfrentar la incertidumbre de la vida u ofrecer la promesa de la vida eterna después de la muerte.

El surgimiento del capitalismo, la revolución industrial, la revolución científica y la era de la información, entre otros, han generado grandes efectos sobre las concepciones religiosas. Los avances en neurociencia y fisiología cerebral han erosionado fuertemente la creencia tradicional en torno al alma, fortaleciendo los conceptos biológicos de la naturaleza humana.

Las nuevas estrategias médicas intervencionistas como la reproducción asistida, el uso de células madre embrionarias ⁽¹⁾, la respiración mecánica, los estudios genéticos, los trasplantes de órganos, entre otros, nos permiten superar aquellas patologías que en el pasado eran intratables y/o incurables. Esta nueva situación obliga al médico moderno a tomar decisiones que involucran elecciones éticas difíciles, como retirar o denegar un tratamiento que afecte la duración de la vida, prescribir métodos de anticoncepción, decidir o no practicar un aborto, etc.

A pesar del permanente proceso de secularización observado en el mundo en estas últimas décadas, en la sociedad peruana persiste una fuerte influencia de la Iglesia católica. Según un estudio de WIN-Gallup International (2012), el Perú es el noveno país más religioso del mundo con 86 % de creyentes. Esto explica por qué la mayoría de jóvenes que ingresan a estudiar medicina crean en Dios, sin embargo, poco se ha estudiado sobre las características religiosas de los médicos peruanos.

Los médicos siempre han colocado sus propios valores en un lugar especial en la prestación de la asistencia sanitaria, que sumados a su mayor conocimiento del manejo terapéutico, ha reforzado la creencia que deben decidir unilateralmente qué procedimientos son apropiados para los pacientes. Así, sus valores se deslizaron dentro de las decisiones clínicas ⁽²⁾. Sin embargo, esto se ha ido modificando con la mayor participación del paciente en la toma de decisiones y la importancia de su autonomía.

En los últimos años, principalmente en países desarrollados, los valores de los galenos han vuelto a aparecer como un derecho a la objeción de conciencia para ofrecer ciertos servicios médicos ⁽³⁾. Por ejemplo, existen publicadas recientes controversias relacionadas a médicos que se niegan a prescribir anticonceptivos y a practicar diversos procedimientos como interrupción del embarazo. Esta conducta se ha extendido a la negativa a proveer asesoramiento reproductivo, ayudar a parejas homosexuales, madres solteras, u otras personas consideradas socialmente inaceptables ⁽⁴⁾. Todo ello basándose y apoyándose en sus concepciones religiosas.

Por eso, es importante conocer la concepción del médico tratante con respecto a la vida, la enfermedad y la muerte. ¿Estas ideas están basadas en aspectos científicos o poseen un velo metafísico? Algunos ejemplos concretos: ¿piensa el médico que la vida es sagrada, y que sólo un ser supremo puede determinar el inicio y el fin? o ¿considera que ese final depende del propio paciente? o ¿al menos depende de la familia?

Esta investigación tiene doble importancia. La primera es conocer, por primera vez en el Perú, el porcentaje de creencias religiosas de la población médica. La segunda -basada en el hecho que son los médicos quienes manejan el inicio de la vida, o trabajan con pacientes graves, en permanente contacto con la muerte- consiste en llegar a conocer en qué medida sus concepciones religiosas influyen o no, en las actitudes y decisiones relacionadas al cuidado de pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación consta de dos fases: una cuantitativa y otra cualitativa. La **fase cuantitativa** fue prospectiva, transversal de tipo correlacional. La unidad de análisis fue un profesional de la salud. La muestra estuvo constituida por 200 personas de ambos sexos divididos en tres subgrupos, el primero formado por médicos recibidos con estudios de maestría y/o doctorado, el segundo por médicos residentes y el tercero por estudiantes de medicina, todos ellos provenientes de universidades públicas o privadas. Por conveniencia y factibilidad del investigador, no se utilizó un diseño muestral.

La recolección de datos fue hecha usando una hoja de encuesta, la misma que había sido previamente validada con un pequeño estudio piloto. A todos los evaluados se les explicó el propósito de la investigación, aclarándoles que las respuestas eran anónimas. La toma de datos se realizó de manera presencial, en grupos pequeños menores de quince. Esta etapa se realizó desde marzo a diciembre de 2015.

Las variables recolectadas fueron demográficas, temas relacionados a la religiosidad y opinión sobre procedimientos de marcada controversia ética (*Fetzer National Institute of Aging Working Group: Multidimensional*, 2003). Luego de terminar con esta fase, se vació la información en una hoja de cálculo y se procedió al estudio estadístico.

Se confeccionaron tablas de frecuencia simple con número y porcentaje para las variables cualitativas, y se elaboró promedios y desviación estándar para las variables cuantitativas. Luego se elaboraron tablas de contingencia para dos variables cualitativas con número y porcentaje, la técnica para evaluar asociación o correlación entre variables fue la prueba Chi Cuadrado, con nivel de significancia de $p < 0,05$. También se confeccionó figuras en aquellos contrastes que fueron significativos. Para la elaboración de resultados se trabajó con el software SPSS versión 17.0 y con el programa Excel.

En la **fase cualitativa** se utilizó la técnica de entrevista personal semiestructurada practicada por el propio investigador. Previamente, se diseñó un cuestionario que sirvió como guía para el diálogo con los sujetos de estudio, teniendo el encuestador libertad de introducir preguntas adicionales a fin de precisar conceptos u obtener mayor información. La muestra fue autoseleccionada, es decir, se incluyó aquellos individuos que habían participado en la parte cuantitativa y que voluntariamente desearon también participar en esta parte del estudio. A todos los evaluados se les informó que la entrevista era anónima.

Todas las conversaciones fueron grabadas, se realizaron en un ambiente privado sin interferencias y sin la presencia de terceras personas. La duración de las entrevistas fue

entre cuarenta a sesenta minutos. Se interrogaron a veinte sujetos (trece varones y siete mujeres) entre el 4 de marzo de 2015 y el 02 de febrero de 2016. Una vez terminada esta etapa, se transcribieron todos los diálogos a un procesador de textos. Luego se cambió los nombres de los entrevistados, se mantuvo sólo la primera letra del nombre, respetando el género.

El análisis de datos -evaluación de la posición religiosa y los aspectos médicos del material-, la realizó una tercera persona, que no conocía a los entrevistados y que era creyente (católica), quien con ayuda de una tabla determinó qué sujetos tenían mayor o menor religiosidad. Una vez cuantificados los aspectos religiosos y médicos se separaron los cinco sujetos con mayor religiosidad y los cinco sujetos con menor religiosidad para comparar sus posiciones frente a procedimientos de marcada controversia ética.

RESULTADOS

En la **fase cuantitativa** se evaluaron de forma prospectiva a 200 personas, entre estudiantes de medicina y médicos recibidos. La edad de los encuestados fluctuó de 23 a 63 años de edad, la mayoría fue menor de 35 años (86 %), siendo el promedio 28,74 años. El 52 % fueron de sexo masculino y el 48 % femenino. El 60,5 % nacieron en Lima-Callao y el 39,5 % en provincias. El 75,5 % estudiaban o terminaron la carrera de medicina en una universidad nacional y los 24,5 % en una universidad particular, todas ubicadas en el Perú. En relación al nivel académico, el 53,5 % fueron estudiantes de medicina, 37 % fueron médicos residentes y 9,5 % médicos que estaban realizando maestría o doctorado (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra poblacional

Característica	Número (Total: 200)	Porcentaje (%)
Edad		
Hasta 25 años	86	43,0
De 26 a 35 años	86	43,0
De 36 años a más	28	14,0
Sexo		
Masculino	104	52,0
Femenino	96	48,0
Lugar de nacimiento		
Lima – Callao	121	60,5
Provincias	79	39,5
Universidad de procedencia		
Nacional	151	75,5
Particular	49	24,5

Característica	Número (Total: 200)	Porcentaje (%)
Nivel académico		
Estudiante de medicina	107	53,5
Residente	74	37,0
Maestría - Doctorado	19	9,5

Existió una cierta correlación entre los grupos formados por edad con los de nivel académico, es decir, los menores de 25 años fueron preferentemente estudiantes y los mayores de 36 años cursaban mayormente maestría o doctorado.

El 81,5 % de los encuestados creía en la existencia de un ser supremo (Dios), 12,5 % negaron su existencia y un 6 % no sabían. Nuestro porcentaje de creyentes en Dios es algo mayor al encontrado por Curlin ⁽⁵⁾ quien informó que el 76 % de médicos norteamericanos era creyente. También es importante observar que 25 (12,5 %) negaron su existencia.

Al comparar este dato con el 3 % de la población general, que según WIN-Gallup International había en el Perú el

año 2012, observamos que el porcentaje de personas que niegan la existencia de Dios en nuestra muestra es cuatro veces más alto.

A la pregunta ¿profesa usted alguna religión?, 152 (76 %) respondieron que sí, de ellos 128 (64 %) se autocalogaron como católicos (Tabla 2), el resto de creyentes se completó con dos adventistas, ocho evangélicos, tres mormones, dos testigos de Jehová, y uno etiquetado como otros. No profesaban ninguna religión 48 (24,0 %) encuestados. Estos resultados no se pueden comparar con otras publicaciones porque tanto en EEUU como en Europa el porcentaje de católicos a nivel poblacional es menor. Por ejemplo, Curlin ⁽⁵⁾ encontró 38,5 % protestantes y sólo 21,7 % católicos.

Tabla 2. Concepciones frente a Dios, la religión y la vida después de la muerte

Preguntas	Número (Total: 200)	Porcentaje (%)
¿Cree en la existencia de un ser supremo?		
Sí	163	81,5
No	25	12,5
No sabe/no opina	12	6,0
¿Profesa usted alguna religión?		
Sí	152	76,0
No	48	24,0
¿Cree en la vida después de la muerte?		
Sí	111	55,5
No	89	44,5

Otra cosa que podría llamar la atención es que según los censos de 1993 y 2007, el porcentaje de católicos reportado en el Perú fue 89 % y 85,5 % respectivamente, mientras que en este estudio los católicos llegaron sólo de 64 %. Se debe aclarar que estadísticamente no se pueden comparar los resultados de un censo con los de una muestra (Tabla 3).

Sin embargo, esto no nos impide observar que no sólo el porcentaje de católicos de nuestra muestra es inferior al de la población general, sino que también, de manera inversa, el número de ateos y agnósticos es mayor en

nuestro estudio. El menor número de evangélicos puede deberse a que la investigación se ha realizado en Lima, incluyendo a muchos sujetos que han nacido y crecido en la capital. Según el INEI, la mayor proporción de evangélicos viven en provincias, especialmente en los departamentos de Ucayali, Huancavelica, Huánuco, Loreto, Pasco, entre otros.

Por otro lado, en nuestro estudio el 55,5 % de médicos peruanos cree en una vida después de la muerte, mientras que Curlin ⁽⁵⁾ encontró que el 59 % de médicos norteamericanos cree en la *otra* vida.

Tabla 3. Porcentaje de religiones reportadas en el censo de 1993, censo de 2007 y en el presente estudio

Religión	Censo 1993	Censo 2007	Presente estudio
Católica	89 %	89 %	64 %
Evangélica	6,8 %	6,8 %	4 %
Otras	2,8 %	2,8 %	8 %
Ateísmo y agnosticismo	1,4 %	1,4 %	18,5 a 24 %

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2008).

Cuando a los sujetos materia de estudio se les preguntó: ¿se considera usted una persona religiosa?, 78 (39 %) consideraron que sí, y 120 (60 %) respondieron que no. El 66 % toman a Dios por fortaleza, apoyo y orientación, el 33 % no lo necesitan. Cuando se les preguntó: ¿qué tan importante son sus creencias religiosas en su actividad diaria?, 68 (34 %) contestó en muchas actividades, 98 (49 %)

en ciertas actividades y 34 (17 %) contestó en ninguna actividad. El 34 % afirmó que nunca asiste a actos religiosos, el 46 % una vez o menos al mes y sólo el 20 % que asiste dos veces o más. Por otro lado, un 46,5 % consideró que sus creencias religiosas influyen en la práctica de la profesión muchas veces, el 38,5 % pocas veces, y sólo el 15 % nunca (Tabla 4).

Tabla 4. Importancia de la religión en la vida diaria y profesional

Preguntas	Número (Total: 200)	Porcentaje (%)
¿Se considera una persona religiosa?		
Sí	78	39,0
No	120	60,0
Sin respuesta	2	1,0
¿Toma a Dios por fortaleza, apoyo y orientación?		
Sí	132	66,0
No	66	33,0
Sin respuesta	2	1,0
¿Con qué frecuencia al mes asiste a actos religiosos?		
Nunca	68	34,0
Una vez o menos	92	46,0
Dos veces o más	40	20,0
¿Considera que sus creencias religiosas influyen en la práctica de la profesión?		
Muchas veces	93	46,5
Pocas veces	77	38,5
Nunca	30	15,0

Al cotejar los resultados de nuestro estudio con el de Curlin ⁽⁵⁾ encontramos que el 66 % de peruanos vs. 48 % de norteamericanos toman a Dios como fortaleza, apoyo y orientación; el 85 % de peruanos vs. 60 % de norteamericanos consideraron que sus creencias religiosas influyen en la práctica diaria de la profesión. Se puede observar que la presencia de Dios para los médicos peruanos no sólo es importante en la vida diaria sino también en la práctica

de la profesión. Adicionalmente, Curlin ⁽⁶⁾ encontró que el 58,6 % de médicos pediatras considera que sus creencias religiosas influyen en su manejo de pacientes y relación con los colegas.

Sin embargo, en nuestro estudio el 80 % asiste (al mes) una vez o menos y sólo el 20 % dos veces o más a actos religiosos, a diferencia de lo observado por Curlin (2005)

donde el 44 % asiste una vez o menos, y el 46 % dos veces o más. Es decir, la asistencia a actos religiosos es mayor en los médicos norteamericanos, lo que nos habla de la importancia de las instituciones religiosas y los cultos en la población de EEUU.

El 66 % de peruanos toman a Dios por fortaleza, apoyo y orientación, pero sólo 39 % se consideran personas religiosas. Es decir, para muchos médicos peruanos la presencia de Dios en su vida es importante, pero no

las instituciones ni los cultos religiosos. Al parecer, su religiosidad se va haciendo algo más individual y personal, y su relación con Dios se va tornando menos dependiente de la Iglesia, algo semejante sostiene Lipovetsky (7).

Luego de recopilar las opiniones sobre las concepciones religiosas, se les sometió a los encuestados a preguntas sobre procedimientos de marcada controversia ética (Tabla 5).

Tabla 5. Posición frente a procedimientos de marcada controversia ética

Procedimientos de marcada controversia ética	Número (Total: 200)	Porcentaje (%)
¿Está de acuerdo con la anticoncepción no natural?		
En desacuerdo	3	1,5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	2,0
De acuerdo	193	96,5
¿Está de acuerdo con el aborto?		
En desacuerdo	57	28,5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	59	29,5
De acuerdo	84	42,0
¿Está de acuerdo con el suicidio médico asistido?		
En desacuerdo	46	23,0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	63	31,5
De acuerdo	91	45,5
¿Está de acuerdo con la eutanasia?		
En desacuerdo	38	19,0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	47	23,5
De acuerdo	115	57,5

La gran mayoría, 193 (96,5 %) estaban de acuerdo con la anticoncepción no natural, es decir con el uso del condón, dispositivos intrauterinos, píldora del día siguiente, etc. En relación al aborto, 84 (42 %) estuvieron de acuerdo y 57 (28,5 %) en desacuerdo. Cuando se les consultó sobre el suicidio médico asistido, 91 (45,5 %) manifestaron estar de acuerdo y 46 (23 %) en desacuerdo. Finalmente, en relación a la eutanasia, 115 (57,5 %) expresaron estar de acuerdo y 38 (19 %) en desacuerdo.

Al cotejar los resultados de nuestro estudio con el de Curlin (8) encontramos que el 3 % de peruanos vs 42 % de norteamericanos se opone al uso de anticonceptivos (en adolescentes sin consentimiento de los padres); el 57 % de peruanos vs. 52 % de norteamericanos presentaron objeciones al aborto.

El hecho que el 86 % de la nuestra muestra sean personas

menores de 35 años, una edad sexualmente activa, puede explicar el alto porcentaje que apoya el uso de la anticoncepción no natural, 193 (96,5 %). También nos dice que estos jóvenes, muchos de los cuales se consideran católicos, se oponen o, al menos, no toman en cuenta, las recomendaciones de la jerarquía católica en materia de política sexual. Por otro lado, parece ser que el tema del aborto es muy sensible en nuestra sociedad, ya que más médicos se oponen al aborto (28.5 %) que al suicidio médico asistido (23 %) o la eutanasia (19 %).

Luego se evaluó el *grado de religiosidad* de los encuestados. Se consideró como grado de religiosidad alto a aquellos que cumplían con estas tres condiciones: creer en la existencia de un ser supremo, profesar alguna religión y considerarse a sí mismo como una persona religiosa. En caso alguna de estas condiciones fuera negativa, se estimó como grado de religiosidad bajo. En otras palabras, el catalogado

con un grado de religiosidad alto es el creyente común y corriente, para quien Dios no necesariamente tiene una mayor importancia en su vida.

De esta forma se encontró que 122 (61 %) tenían un grado de religiosidad alto y 78 (39 %) un grado de religiosidad bajo (Tabla 6). El grado de religiosidad no presentó una correlación estadísticamente significativa con la edad, el sexo, lugar de nacimiento ni la universidad de procedencia, aunque sí con el grado académico ($p = 0.027$), siendo los residentes los que presentaron un mayor de grado de religiosidad.

Luego se trató de investigar cuál es la relación del grado de religiosidad frente a los cuatro procedimientos de marcada controversia ética: la anticoncepción, aborto, suicidio médico asistido y eutanasia. Se encontró una correlación estadísticamente significativa para el aborto ($p = 0.000$), suicidio médico asistido ($p = 0.004$) y eutanasia ($p = 0.004$), pero no para la anticoncepción no natural ($p = 0.294$). Esto se debe a que los médicos con un grado de religiosidad alto están predominantemente en desacuerdo con el aborto, el suicidio médico y la eutanasia, mientras que los de religiosidad baja apoyan dichos procedimientos.

Tabla 6. Comparación de grado de religiosidad vs. posición bioética

Procedimientos de marcada controversia ética	Grado de religiosidad			
	Alta (Total: 122)		Baja (Total: 78)	
	No.	%	No.	%
¿Está de acuerdo con la anticoncepción no natural?				
En desacuerdo	2	1,0	1	0,5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	2,0	0	0
De acuerdo	116	58	77	38,5
$p = 0.294$				
¿Está de acuerdo con el aborto?				
En desacuerdo	46	23,0	11	5,5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	37	18,5	22	11,0
De acuerdo	39	19,5	45	22,5
$p = 0.000$				
¿Está de acuerdo con el suicidio médico asistido?				
En desacuerdo	36	18,0	10	5,0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	41	20,5	22	11,0
De acuerdo	45	22,5	46	23,0
$p = 0.004$				
¿Está de acuerdo con la eutanasia?				
En desacuerdo	32	16	6	3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	28	14	19	9,5
De acuerdo	62	31	78	39
$p = 0.004$				

Tratando de afinar mejor, y buscando reconocer al grupo de médicos con la mayor religiosidad, se evaluó el *nivel de religiosidad intrínseca* de los encuestados. Se consideró como nivel de religiosidad intrínseca alto a aquellos que cumplían con estas cinco condiciones: creer en la existencia de un ser supremo, profesar alguna religión, considerarse a sí mismo como una persona religiosa, tomar muchas veces a Dios como fortaleza, apoyo y orientación, y considerar a

sus creencias religiosas importantes en muchas actividades de la vida diaria. Cuando alguna de estas condiciones fue negativa, se estimó como nivel de religiosidad intrínseca bajo. En otras palabras, aquel catalogado con *un nivel de religiosidad intrínseca alto* es el creyente para quien Dios tiene una gran importancia en su vida y abraza la religión como una guía que da sentido a su vida.

De esta forma se encontró que 45 (22,5 %) tenían un nivel de religiosidad intrínseca alto y 155 (77,5 %) un nivel de religiosidad intrínseca bajo. El nivel de religiosidad intrínseca no presentó una correlación estadísticamente significativa con la edad, sexo ni lugar de nacimiento, pero sí con el grado académico ($p = 0.000$) y la universidad de procedencia ($p = 0.006$), siendo los residentes y aquellos que procedían de universidades privadas los que presentaron un nivel de religiosidad intrínseca alto.

Luego se comparó el nivel de religiosidad intrínseca con la posición hacia los cuatro procedimientos de marcada controversia ética anteriormente mencionados. Así, se encontró una correlación estadísticamente significativa para la anticoncepción no natural ($p = 0.007$), el aborto ($p = 0.008$), el suicidio médico asistido ($p = 0.002$) y la eutanasia ($p = 0.002$), tal como se lee en el Tabla 7.

Tabla 7. Comparación de nivel de religiosidad intrínseca vs. posición bioética

Procedimientos de marcada controversia ética	Religiosidad intrínseca			
	Alta (Total: 45)		Baja (Total: 155)	
	No.	%	No.	%
¿Está de acuerdo con la anticoncepción no natural?				
En desacuerdo	2	1,0	1	0,5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	1,5	1	0,5
De acuerdo	40	20	153	76,5
$p = 0.007$				
¿Está de acuerdo con el aborto?				
En desacuerdo	21	10,5	36	18,0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	4,5	50	25,0
De acuerdo	15	7,5	69	34,5
$p = 0.008$				
¿Está de acuerdo con el suicidio médico asistido?				
En desacuerdo	19	9,5	27	13,5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	13	6,5	50	25,0
De acuerdo	13	6,5	78	39,0
$p = 0.002$				
¿Está de acuerdo con la eutanasia?				
En desacuerdo	16	8,0	22	11,0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12	6,0	35	17,5
De acuerdo	17	8,5	98	49,0
$p = 0.002$				

Este último cuadro es de suma importancia, pues nos indica que los médicos más religiosos de nuestra muestra manifestaron su desacuerdo con los cuatro procedimientos escogidos. Cuando se trabajó la relación: *médicos con religiosidad intrínseca baja / médicos con religiosidad intrínseca alta*, que estaban a favor de los procedimientos, se encontró lo siguiente: para el uso de la anticoncepción no natural $153/40 = 3,8$; para el aborto $69/15 = 4,6$; para el suicidio

médico asistido $78/13 = 6,0$; para la eutanasia $96/17 = 5,6$. Es otras palabras, los médicos con religiosidad intrínseca baja exhibieron 3,8 veces más posibilidades de apoyar el uso de la anticoncepción no natural, 4,6 veces más posibilidades de apoyar el aborto, 6,0 veces más posibilidades de apoyar el suicidio médico asistido, y 5,6 veces más posibilidades de apoyar de apoyar la eutanasia, en comparación a los médicos con religiosidad intrínseca alta.

De igual manera, Curlin ⁽⁶⁾ encontró que los médicos norteamericanos con religiosidad intrínseca alta presentan 4,2 veces más posibilidades y 2,6 veces más posibilidades de oponerse al suicidio médico asistido y a la sedación terminal respectivamente. La mayoría de médicos norteamericanos que se oponen al suicidio médico asistido, sedación terminal y retiro del soporte vital refieren hacerlo por motivos religiosos.

En el Reino Unido, Seale ^(9,10) encontró que los médicos muy o extremadamente religiosos eran menos propensos a brindar sedación o realizar algún intento para acelerar el fin de la vida de un paciente; una menor posibilidad de discutir con el paciente una decisión o intento de poner fin a su vida, y no brindar información sobre procedimientos que ellos objetan por razones morales (control de la natalidad, aborto y sedación terminal).

En nuestro estudio la universidad de procedencia mostró una relación significativa con el nivel de religiosidad intrínseca ($p = 0.006$). El hecho que los médicos procedentes de una universidad nacional tengan un nivel de religiosidad intrínseca más baja quizás pueda deberse al periodo de preparación preuniversitaria. Para ingresar a una universidad nacional se requieren al menos dos años de preparación y dicha formación no sólo abarca aspectos científicos sino también filosofía y ciencias humanas. Ya dentro de la universidad, habría que también considerar los planes curriculares y la propia influencia de los profesores.

Un aspecto que no queremos dejar de comentar es hasta qué punto las percepciones de los sujetos de estudio son *exactas*. Es decir, cuando le pedimos a un médico que nos responda qué tan religioso se considera, o qué tan importante son para él sus creencias religiosas en la vida diaria, esta respuesta ¿es exacta? La respuesta es probablemente no. Sin embargo, en las investigaciones sobre el comportamiento humano lo que más importa es el patrón encontrado. Cuando se estudia las percepciones no interesa tanto la exactitud numérica y probablemente menos aún la significancia estadística, lo que se debe hacer es interpretar la tendencia. También es importante contextualizar los resultados, así se tendrá una interpretación más completa de las percepciones medidas con los instrumentos. Para esto sirvió la fase cualitativa.

En la **fase cualitativa**, se entrevistaron veinte sujetos (trece varones y siete mujeres) y luego de identificar a los cinco sujetos con mayor y a los cinco con menor religiosidad, se compararon sus actitudes bioéticas. Se pudo observar que los sujetos con baja religiosidad

estaban a favor de los procedimientos médicos evaluados en casi todos los casos. A diferencia de los sujetos catalogados con alta religiosidad que se opusieron a varias de ellas.

Estos datos no hacen más que confirmar nuestros hallazgos de la fase cuantitativa. Pero el objetivo principal de esta parte del estudio fue obtener información más rica, profunda y de mejor calidad sobre la religiosidad de los sujetos evaluados. De este modo, se pudo analizar los valores, experiencias y significados de la creencia religiosa de manera particular. A todo lo dicho se puede agregar que el ambiente religioso en el hogar es determinante en la configuración religiosa de los sujetos, le sigue en importancia la asistencia a un colegio religioso. Los valores formativos de la niñez temprana parecen tener mayor peso que la influencia educativa universitaria, aunque algunos modifican sus actitudes durante su permanencia en la facultad.

A pesar que la mayoría de encuestados se autodefine como católico, muchos de ellos están a favor de las relaciones prematrimoniales, en contra del celibato sacerdotal, no aceptan la autoridad moral de los clérigos, no reconocen la existencia del cielo ni el infierno, consideran que el alma no existe, opinan en contra de los santos, piensan que el papa se puede equivocar; y, finalmente algo que parecería ser todo un sacrilegio, no creen en la transustanciación de la hostia y vino en cuerpo y sangre de Cristo.

Desde el punto de vista del entrevistador -y quizás este sea el aspecto más destacable de la fase cualitativa- pareciera tratarse de un grupo de ideas sin coherencia interna, un conjunto de concepciones aleatorias, una especie de *collage*, tal como lo describe McGuire ⁽¹¹⁾. Esta amplia gama de posturas personales, de posiciones heterodoxas, a veces difícil de clasificar, brindan -al parecer- algún tipo de sentido al sujeto entrevistado. Es como si existiera no *un* cristianismo, sino decenas (quizás centenas) de cristianismos distintos y a menudo incompatibles entre sí. A pesar de ello, las creencias religiosas en nuestro país tienen una fuerza vigorosa, aunque mucha gente opte por practicar una religiosidad personal por fuera del ámbito del catolicismo llamado tradicional.

También es interesante resaltar cómo la categoría religioso/no-religioso proveniente de la fase cuantitativa se transforma en un amplio abanico de alternativas en la parte descriptiva. Se percibe que la religiosidad de muchos de los encuestados deriva de credos regionales, relacionados con su origen, o el de sus progenitores,

como la Virgen de Llauca, el Señor de Luren, la Cruz de Motupe, etc. Por otro lado, se advierte que muchas respuestas no van más allá de una ingenua religiosidad cotidiana, muy pocos han leído la *Biblia*, y mayormente solo se limitan a respaldar de forma pasiva las rígidas afirmaciones de los líderes religiosos.

Finalmente, la fase cualitativa nos brinda una interrogante que consiste en cómo estos médicos peruanos, con alto grado de religiosidad, manejan o van a manejar los casos clínicos cuando se enfrenten a controversias éticas y/o tengan escrúpulos morales. En el pasado, los médicos y enfermeras no requerían participar en abortos, o ayudar a pacientes a suicidarse o permitir la eutanasia. En las últimas décadas estas técnicas han comenzado a ser cada vez más frecuentes y ha ocasionado -en otros países donde estas técnicas están reconocidas legalmente-, que muchos médicos se opongan a estos procedimientos por razones religiosas, lo que ha producido gran controversia ⁽¹²⁾.

Algunos creen que los médicos no deberían tener que incurrir en prácticas médicas en las que tienen escrúpulos morales. Otros sostienen que los pacientes tienen el derecho de poder acceder a tratamientos, incluso en situaciones en la que los galenos tienen impedimentos por implicaciones morales. Esta situación ha generado una serie de cuestionamientos sobre el equilibrio de derechos y obligaciones en la relación médico-paciente.

En conclusión, los filósofos del siglo XVII y XVIII utilizaron la ciencia y la razón tratando de comprender la naturaleza y solucionar los problemas humanos. La búsqueda de conocimiento, que empezó con Galileo y Newton en el campo de la física, se extendió a la química y biología en el siglo XIX y luego llegó a las ciencias sociales y del comportamiento en el siglo XX ⁽¹³⁾. La aplicación de los métodos de la ciencia originó la revolución industrial, el crecimiento de los bienes de consumo, mejores condiciones de trabajo, progresos en el transporte, desarrollo de las comunicaciones, e impresionantes beneficios en la medicina (antibióticos, vacunas, cirugía, anestesia, trasplante de órganos, ingeniería genética, etc.). Todo ello se reflejó en la disminución de la mortalidad y aumento del promedio de vida en muchos países.

Lamentablemente, en las últimas décadas se observa un retroceso de estos ideales ⁽¹⁴⁾. Ello se comprueba por el resurgimiento del fundamentalismo religioso (incluido el católico), el rebrote de ideas ocultistas y paranormales, la promoción de afirmaciones pseudocientíficas por los medios de comunicación, el avance del creacionismo y la teoría del diseño inteligente (en reemplazo del evolucionismo de Darwin) y, finalmente, la aparición de corrientes intelectuales posmodernas que emergen contra la objetividad científica y los valores democráticos.

El Perú es un territorio con gran número de creyentes, siendo el catolicismo la doctrina dominante: el 85,3 % de peruanos se reportó como católico el año 2007 (INEI). Según algunas organizaciones internacionales, nuestra religiosidad ocupa el noveno lugar más alto del mundo, y a pesar de que el porcentaje de católicos ha disminuido ligeramente, la religiosidad como país aumentó del año 2005 al 2012. Los médicos, al formarse en el seno de la sociedad, se encuentran indudablemente influenciados por la cultura prevalente.

Este trabajo investigó sobre el porcentaje de religiosidad de los médicos peruanos y su relación con la toma de decisiones en el manejo de pacientes. Los resultados encontrados en la fase cuantitativa sobre el porcentaje de médicos creyentes (76 %) y católicos (64 %) son menores a la población en general. Los galenos peruanos no se consideran muy religiosos, no acuden usualmente a actos religiosos, ni toman en cuenta las normas que dicta la Iglesia católica, especialmente con respecto al control de la natalidad. A diferencia de los médicos norteamericanos, que muestran una religiosidad más sincera, que nos habla de la importancia que tienen para ellos los ritos y sus instituciones.

El *grado de religiosidad* es un constructo, que cuando está alto, busca representar al creyente común y corriente, para quien Dios no necesariamente tiene una gran importancia en su vida. La *religiosidad intrínseca* es otro constructo, que cuando está alto, busca referirse al creyente para quien Dios tiene una gran importancia en su vida y que abraza la religión como un *leitmotiv* de su existencia.

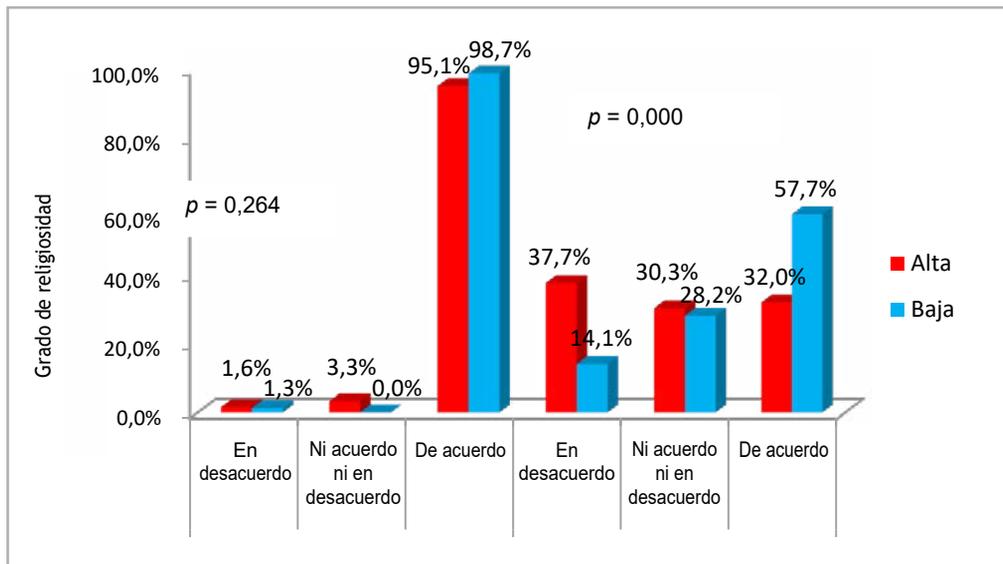


Figura 1. Grado de religiosidad vs. anticoncepción no natural y aborto

La gran mayoría de médicos peruanos apoyan la anticoncepción no natural, una decisión que va contra las recomendaciones de la Iglesia católica. Sin embargo, observando aquel pequeño grupo que se opone, el porcentaje de desacuerdo se incrementa de forma proporcional a su religiosidad, de 1,6 % subió a 4,4 % en aquellos con grado de religiosidad alto y religiosidad intrínseca alta respectivamente,

ver figuras 1 y 2. En el pasado la ética y la moral estaba en manos de la Iglesia, eran los obispos los que determinaban aquello que estaba bien o mal, ellos eran los que decidían sobre nuestros valores. Parecería ser, que al menos en el aspecto de la conducta sexual médica, está cambiando. En EEUU, Curlin ⁽⁸⁾ encontró que el 42 % se opuso a la administración de anticonceptivos a adolescentes.

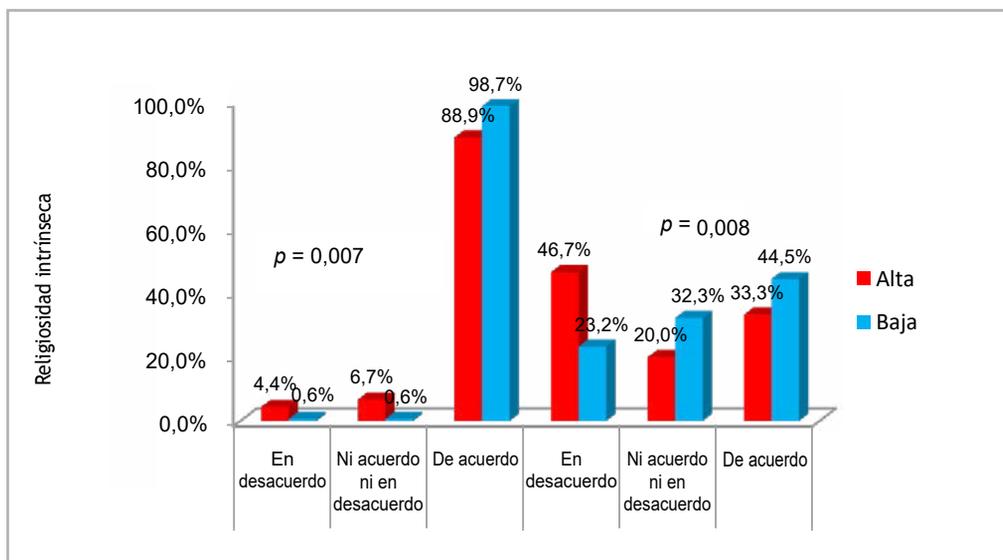


Figura 2. Religiosidad intrínseca vs. anticoncepción no natural y aborto

Los médicos peruanos no apoyan de forma importante el aborto. Se encontró que el este porcentaje de desacuerdo se incrementó de forma proporcional a la religiosidad, de 37,7 % subió a 46,7 % en aquellos con grado de religiosidad alto y religiosidad intrínseca alta respectivamente, obsérvese la (Figura 1 y 2). Curlin ⁽⁸⁾ encontró que el 52 % de médicos norteamericanos se opone al aborto.

En relación al suicidio médico asistido se encontró también que el porcentaje de desacuerdo se incrementa

de forma proporcional a la religiosidad, de 29,5 % subió a 42 % en aquellos con grado de religiosidad alto y religiosidad intrínseca alta respectivamente (Figura 3 y 4).

Al evaluarse la eutanasia se encontró igualmente que el porcentaje de desacuerdo se incrementa de forma proporcional a la religiosidad, de 26 % subió a 35,6 % en aquellos con grado de religiosidad alto y religiosidad intrínseca alta respectivamente (Figura 3 y 4).

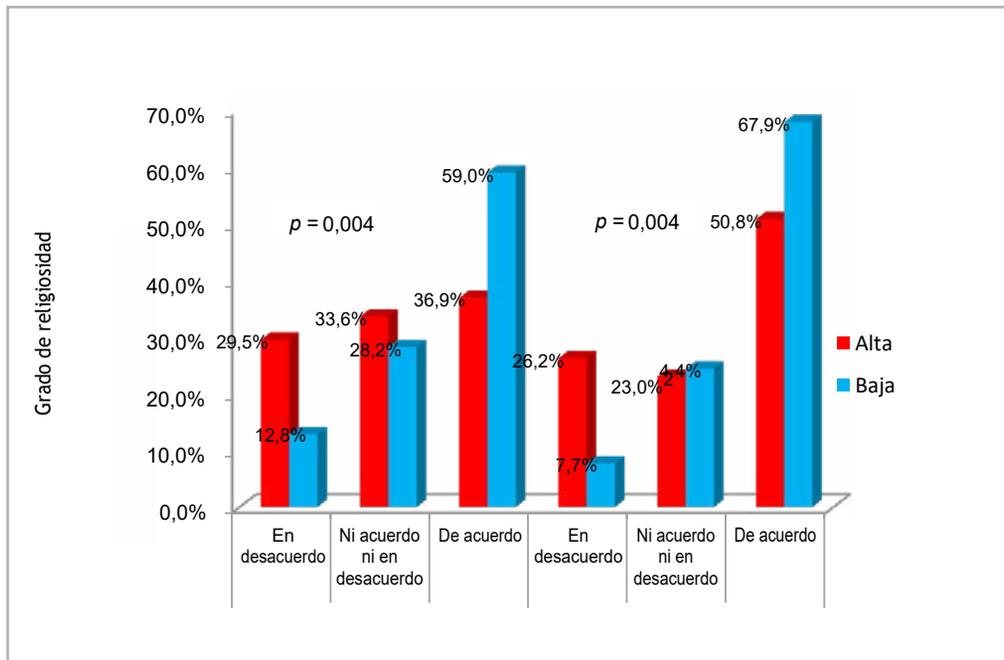


Figura 3. Grado de religiosidad vs. suicidio médico asistido y eutanasia

Obsérvese que los médicos con un grado de religiosidad alto se opusieron a tres de los procedimientos (aborto, suicidio médico asistido y eutanasia), mientras en aquellos con nivel de religiosidad intrínseca alta se opusieron a los cuatro procedimientos. Este resultado coincide con lo publicado por Curlin ⁽⁶⁾, que encontró que los médicos con religiosidad alta eran más propensos a objetar el suicidio médico asistido, la sedación terminal y el retiro del soporte vital. Teniendo en cuenta los datos de Curlin ⁽⁸⁾, cabría esperar que los galenos con un nivel de religiosidad alta sean menos propensos tanto a reportar todas las alternativas a los pacientes, como a

remitirlos a alguien que no se oponga al tratamiento.

Hemos analizado también que en nuestra muestra los médicos con religiosidad intrínseca baja exhibieron 3,8 veces más posibilidades de apoyar el uso de la anticoncepción no natural, 4,6 veces más posibilidades de apoyar el aborto, 6,0 veces más posibilidades de apoyar el suicidio médico asistido, y 5,6 veces más posibilidades de apoyar de apoyar la eutanasia, en comparación a los médicos con religiosidad intrínseca alta.

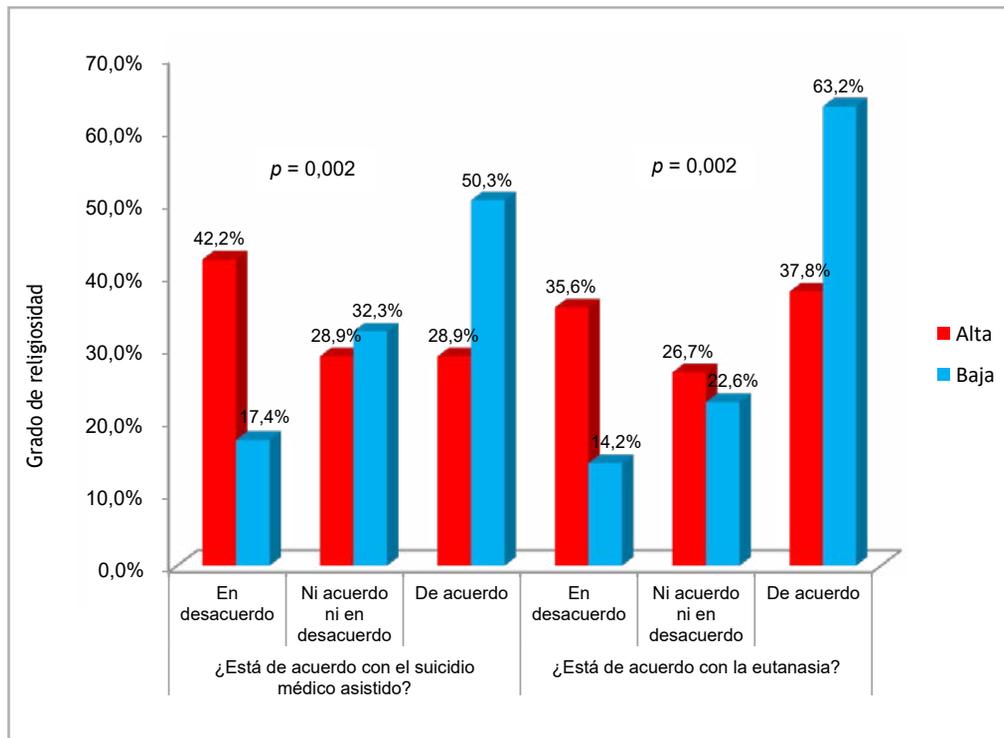


Figura 4. Religiosidad intrínseca vs. suicidio médico asistido y eutanasia

Estos hallazgos se confirmaron en la **fase cualitativa**, donde se observó cómo los sujetos con baja religiosidad estaban a favor de los procedimientos médicos evaluados en casi todos los casos. A diferencia de los sujetos catalogados con alta religiosidad que se opusieron a muchas de ellas. La fase cualitativa también ha mostrado cómo la mayoría de sujetos de estudio manejan un puñado de ideas religiosas muchas veces sin coherencia interna, una especie de *collage*, como lo describe McGuire ⁽¹¹⁾, o quizás también como un grupo de ideas sin identidad fija al estilo de la *modernidad líquida* de Bauman. En esta variopinta colección de opiniones se incluyen: oposición al celibato sacerdotal, crítica a la autoridad moral de clérigos, negación a la existencia del cielo y el infierno, negación de la existencia del alma, no aceptación a los santos, dudar de la infalibilidad papal, estar a favor de las relaciones prematrimoniales, y lo que constituye una herejía, no creer en la transustanciación de la hostia y el vino. Pero esto no nos debe llevar a error, las creencias religiosas gozan en nuestro país de una fuerza vigorosa, aunque muchos opten por practicar una *religión personalizada* por fuera del ámbito del catolicismo denominado tradicional.

Se observa de manera contundente cómo, en diferentes

comparaciones, los niveles de religiosidad médica determinan objeciones de conducta terapéuticas ⁽¹⁵⁾.

Las actividades médicas están interrelacionadas de manera consistente unas con otras, pues todas forman parte del sistema de salud. Un médico no puede decidir unilateralmente no tratar a un paciente porque valora más su propia vida. Ni el propio interés ni la autopreservación del médico son motivos suficientes para la objeción de conciencia, menos aún deberían ser los valores religiosos, por eso ésta es inconsistente.

Si evitamos que ciertas ideologías o tendencias (nacionalismo, racismo, etc.), el egoísmo moral y el propio interés deterioren la prestación de servicios de salud, tampoco se debe permitir que otros valores, como los valores religiosos, afecten la asistencia sanitaria. Esto no quiere decir que los médicos deban ser arreligiosos, sino significa que su religiosidad no debería interferir en sus decisiones médicas.

Por otro lado, los valores religiosos no deben ser considerados especiales. Considerar lo religioso diferente a lo secular, es discriminar injustamente los valores morales laicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lavado Landeo L. Células Madre Embrionarias. Aplicaciones médicas y controversias éticas. Editorial Savemecom SAC. Lima, Perú; 2015.
2. Savulescu J. Rational non-interventional paternalism: why doctors ought to make judgments of what is best for their patients. *J Med Ethics*. 1995; 21(6): 327 - 331.
3. Charo RA. The Celestial Fire of Conscience - Refusing to Deliver Medical Care. *N Engl J Med*. 2005;352(24):2471-3.
4. Savulescu J. Conscientious objection in medicine. *BMJ*. 2006; 332(7536): 294-297.
5. Curlin FA, Lantos JD, Roach CJ, Sellergren SA, Chin MH. Religious characteristics of U.S. physicians: a national survey. *J Gen Intern Med*. 2005;20(7):629-34.
6. Curlin FA, Nwodin C, Vance JL, Chin MH, Lantos JD.. To die, to sleep: US physicians' religious and other objections to physician-assisted suicide, terminal sedation, and withdrawal of life support. *Am J Hosp Palliat Care*. 2008;25(2):112-20
7. Lipovetsky, G. El crepúsculo del deber. La ética incolora de los nuevos tiempos democráticos. Editorial Anagrama. Barcelona, España; 2011.
8. Curlin FA, Lawrence RE, Chin MH, Lantos JD. Religion, Conscience, and Controversial Clinical Practices. *N Engl J Med*. 2007;356(6):593-600.
9. Seale C. The role of doctors' religious faith and ethnicity in taking ethically controversial decisions during end-of-life care. *J Med Ethics*. 2010;36(11):677-82.
10. Seale C. Hastening death in end-of-life care: a survey of doctors. *Soc Sci Med*. 2009;69(11):1659-66
11. McGuire M. Religion: The social context. Waveland Press Inc. Illinois, USA;2008
12. Easton J. Survey on physicians' religious beliefs shows majority faithful. *U of C Chronicle*, 2005; 24(19).
13. Kurtz P. Hacia un nuevo iluminismo: Defendiendo la ciencia y la razón. Segunda Conferencia Iberoamericana sobre Pensamiento Crítico; 2006.
14. Kurtz P. Science and Religion: Are they compatible? Prometheus Books. New York, USA; 2003.
15. Hall DE, Curlin F. Can Physicians' care be neutral regarding religion?. *Acad Med*. 2004; 79(7): 677-679.

Fuentes de financiamiento:

Este artículo ha sido financiado por los autores.

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Correspondencia:

Lincoln Lavado Landeo
Dirección: Av. San Luis 2249. San Borja. Lima, Perú.
Teléfono: +51 999269016
Correo electrónico: lincolnlavadolandeo@gmail.com

Recibido: 19 de marzo de 2018.
Evaluado: 06 de abril de 2018.
Aprobado: 25 de abril de 2018.

© La revista. Publicado por Universidad de San Martín de Porres, Perú.
 Licencia de Creative Commons Artículo en acceso abierto bajo términos de Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

ORCID iDs

Lincoln Lavado Landeo  <https://orcid.org/0000-0002-8821-5940>