

Morbilidad materna severa en la Argentina

Trayectorias de las mujeres internadas por complicaciones de aborto y calidad de la atención recibida

ANTECEDENTES

El Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga, estableció la morbilidad materna severa como una de las líneas prioritarias para el desarrollo de estudios multicéntricos en la Argentina y convocó al Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y al Centro de Estudios de Población (CENEP) para realizar una investigación sobre la prevención y calidad de la atención para reducir la incidencia y las consecuencias adversas del aborto inseguro.

Esta investigación se propuso contribuir al conocimiento del fenómeno del aborto inducido en la Argentina y de la calidad de la atención posaborto ofrecida a las mujeres en los hospitales públicos, con el objeto de diseñar programas de prevención y de atención.

El proyecto se sustentó en la revisión de la literatura especializada internacional y nacional, y la experiencia del CEDES y el CENEP en investigación en salud.

Edith Pantelides, Silvina Ramos, Mariana Romero, Silvia Fernández, Magalí Gaudio, Cecilia Gianni y Hernán Manzelli

OBJETIVOS

Este estudio se planteó como objetivos:

1. Caracterizar sociodemográficamente a las mujeres que ingresan con diagnóstico de aborto incompleto en hospitales públicos.
2. Conocer la cadena de acontecimientos y decisiones que llevan a una mujer a interrumpir un embarazo.
3. Conocer la percepción de las mujeres que recibieron atención postaborto en hospitales públicos sobre la calidad de esa atención.

METODOLOGÍA

Se utilizó un diseño de corte descriptivo, transversal sobre la base de fuentes primarias. Se aplicó una encuesta a mujeres de entre 15 y 49 años que ingresaron con diagnóstico de aborto incompleto en hospitales seleccionados y fueron internadas por tal causa.

Los sitios seleccionados fueron Chaco, Córdoba, Tucumán y Mendoza, donde fueron elegidas las maternidades que mayor volumen de partos y complicaciones de abortos atienden en cada provincia.

Se utilizó un enfoque metodológico cuantitativo. La técnica elegida para el relevamiento de información fue la entrevista estructurada. Se aplicó un consentimiento informado. Se desplegó una estrategia consecutiva, censal (todas las mujeres/casos que cumplieran con el criterio de inclusión*). La muestra quedó conformada por 1581 mujeres.

Se adoptó la definición de aborto establecida por la Organización Mundial de la Salud que lo define como la interrupción de una gestación de hasta 22 semanas inclusive o expulsión de un feto de hasta 500 gramos.

Los resultados del estudio presentan dos limitaciones. Por un lado, la población estudiada incluye solamente mujeres internadas en hospitales por complicaciones relacionadas con el aborto incompleto; no están representadas por lo tanto, las mujeres que abortaron y no recurrieron al hospital. Estos resultados no deben ser generalizados a otros grupos poblacionales.

PRINCIPALES HALLAZGOS

Perfil clínico de las mujeres encuestadas

- Al menos 6 de cada 10 mujeres llegaron a los servicios de salud espontáneamente.
- Entre quienes llegaron derivadas, las razones obedecieron a falta de infraestructura (en 6 de cada 10 mujeres en Tucumán y 4 de cada 10 en el Chaco) o falta de ginecólogo u obstetra en otro 20% de los casos. Si bien las complicaciones de aborto no requieren de alta complejidad para su atención, muchos de los centros asistenciales a los que las mujeres recurrieron no cuentan con la infraestructura o el personal adecuado para realizar la evaluación y el tratamiento.
- El motivo de consulta más frecuentemente consignado fue la presencia de metrorragia (en más del 90% de los casos), acompañado de dolor abdominal (entre el 25 y 30% de los casos). El diagnóstico más frecuente al ingreso al servicio de salud fue aborto incompleto (en 8 de cada 10 casos) o aborto en curso.
- El procedimiento de evacuación uterina fue el legrado en más del 95% de las mujeres admitidas, independientemente de la provincia.

* Mujeres que ingresaron con diagnóstico de aborto incompleto en los hospitales seleccionados y fueron internadas por tal causa, excluyendo aquellas mujeres cuyo diagnóstico fue huevo muerto retenido, feto muerto o embarazo incompatible con la vida extrauterina.

Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas relevadas muestran que las mujeres encuestadas internadas por complicaciones de aborto:

- Mayoritariamente son nacidas en la Argentina (96%).
- Se concentran en las edades adultas jóvenes (20 a 29 años), presentando una estructura similar a la de la fecundidad.
- La mayoría estaba en una unión de hecho o casada (70%), y una cuarta parte era soltera. La literatura indica que suelen ser las casadas y unidas, más que las solteras, quienes se practican abortos y ello explicaría en gran medida la estructura de situación conyugal encontrada.
- Casi la mitad vive en hogares de entre 3 y 5 personas, existiendo diferencias provinciales: en el Chaco y Córdoba la proporción de mujeres en esa categoría está por encima del promedio y en Mendoza y Tucumán, por debajo. En Tucumán son mayoritarios los hogares de entre 6 y 9 personas y son escasas las mujeres que constituyen hogares de pequeño tamaño.
- Aunque la mayoría habita viviendas de calidad aceptable, la situación varía según las provincias: más del 80% de las mujeres de Córdoba y Mendoza se encuentran en esa situación, pero en el Chaco y Tucumán sólo alrededor del 50%.
- Tienen un nivel de educación medio o bajo. La amplia mayoría se concentra en los niveles primario y secundario (o en los correspondientes niveles de EGB y polimodal), siendo muy pocas las mujeres que llegaron al nivel terciario o universitario. Situación que se muestra con mayor agudeza en Tucumán, donde más de tres cuartas partes de las mujeres sólo tiene nivel primario (completo o incompleto).
- Alrededor de un tercio de las encuestadas tenía un trabajo remunerado al momento de la encuesta. En el otro extremo, casi un tercio de las mujeres nunca realizaron trabajo remunerado.
- Aquellas que trabajaron alguna vez, declararon desempeñar o haber desempeñado como principal ocupación la de empleada doméstica (38%) y cocinera o cuidadora de personas (18%), quienes en conjunto representan el 56%, seguidas por quienes se declararon empleada de comercio o servicios (20%).

Historia reproductiva

- La edad a la iniciación sexual es baja. Más del 90% se inició durante la niñez y la adolescencia (15% entre los 8 y 14 años y 76% entre los 15 y 19). Esta cifra es muy alta si se la compara con la obtenida en otras investigaciones, incluso con el 45% que surge de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.
- El 65% de las encuestadas se embarazó por primera vez durante la adolescencia, incluido alrededor de un 3% antes de cumplir 15 años. La tendencia se repite en todas las provincias. Pero mientras en

Chaco y Córdoba ninguna de las mujeres que se embarazaron por primera vez antes de los 15 años lo había buscado, en Mendoza y Tucumán sí lo habían hecho el 20 y el 31%, respectivamente.

- Menos de la mitad de todos los primeros embarazos fueron buscados; en el caso de Córdoba, esa cifra es aún mucho menor (38%).
- Cuanto más alto el orden del embarazo, menor es la probabilidad de que éste haya resultado en un nacido vivo (67%, 60% y 49% para el 1º; 2º y 3º; y 4º y más orden de embarazo respectivamente) y mayor la de que haya resultado en un aborto espontáneo o provocado (aunque en este último caso la tendencia no es lineal).
- En todas las provincias, los embarazos buscados tienen mayor probabilidad de finalizar en un nacimiento que los no buscados y éstos, por consecuencia, tienen mayor probabilidad de terminar en aborto. Esta regularidad se da ya sea respecto de los abortos declarados como espontáneos como aquellos declarados como provocados.
- Los abortos provocados correspondientes a embarazos buscados no llegan al 1% en ninguna de las provincias, pero representan entre un 4 y un 17% de los embarazos no buscados. En términos relativos, estas diferencias son altamente significativas. Las diferencias en abortos espontáneos de los embarazos buscados y no buscados, aunque menores en términos relativos, también son importantes y también se observan en todas las provincias. Y debe recordarse que es muy probable que las cifras de abortos espontáneos incluyan cierto número de abortos provocados, dadas las dificultades que tienen las mujeres de referir la existencia de un aborto provocado en el contexto del servicio de salud.
- Entre los embarazos no buscados, sólo alrededor del 50% terminan en un nacimiento (algo por encima de esa cifra en el Chaco y Córdoba y algo por debajo en Mendoza y Tucumán).

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

- Las mujeres encuestadas demuestran conocimiento de métodos anticonceptivos, sobre todo de los más eficaces (píldora, preservativo masculino, dispositivo intrauterino e inyectables) sobre los cuales el conocimiento es casi universal (99%, 98%, 91% y 90%, respectivamente). Otros métodos conocidos por una proporción importante de las encuestadas son la esterilización femenina y el coito interrumpido (77% y 80%, respectivamente).
- Otro aspecto del conocimiento de métodos anticonceptivos es disponer de información correcta respecto a la seguridad de los mismos. En todas las provincias, la píldora anticonceptiva fue el método que con mayor frecuencia fue considerado el más seguro (29,8%).
- Métodos relativamente seguros si son bien usados, como el diafragma o el preservativo femenino, no reciben prácticamente ninguna mención. Pero al mismo tiempo, métodos poco seguros como la lactancia, el coito interrumpido y la abstinencia periódica, son poco o nada mencionados como métodos seguros.

- Las consideraciones respecto de la anticoncepción de emergencia, a la que prácticamente nadie considera un método anticonceptivo seguro, muestran una llamativa falta de información sobre el mismo, pese a que existe conocimiento sobre la existencia de la misma.
- La amplia mayoría de las mujeres internadas por complicaciones de aborto había usado un método anticonceptivo alguna vez en su vida (81%).
- El método anticonceptivo más usado es la píldora (38%), seguida por el preservativo masculino (29%). Pero hay algunas diferencias por provincia. En Córdoba el preservativo aparece algo por encima de la píldora y en Tucumán los inyectables, que en las demás provincias son poco usados, superan al preservativo. En Córdoba, Chaco y Tucumán el tercer método en importancia es el coito interrumpido. En comparación, la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud arroja, para el total del país, que el método más usado es el condón (36%), seguido de la píldora (27%) y el DIU (12%)
- Entre quienes nunca habían usado un método, el motivo más frecuentemente mencionado es que buscaban embarazarse (32%). En segundo lugar se menciona la creencia que no iban a quedar embarazadas (23%). Los efectos secundarios de los métodos ocupan el tercer lugar en importancia entre las razones (16%), el rechazo u olvido el cuarto (12%), pero a distancia de los dos primeros. Menos del 10% de las respuestas tuvo que ver con dificultades de acceso, ya sea por el precio o por otras barreras. Las razones morales o religiosas no alcanzan el 3% de las respuestas. Un porcentaje mayor de respuestas se refieren a la oposición de la pareja (7%) y al desconocimiento (10%). Esta última respuesta es inconsistente con que el 99% conocía al menos un método anticonceptivo (la píldora).
- Aproximadamente un tercio estaban usando un método anticonceptivo al momento de la ocurrencia del último embarazo. El método más frecuentemente usado era el preservativo masculino (26%), seguido por la píldora (20,5%).
- Entre el 65 y 70% de las mujeres internadas por complicaciones de aborto que no estaban usando un método, la mayoría adujo como razón que buscaban embarazarse (47%). El segundo motivo en importancia es que pensaban que no iban a quedar embarazadas (23%). No obstante, en Tucumán es la dificultad de acceso (no ligada al precio) el motivo que ocupa el segundo lugar. La dificultad de acceso también tiene alguna importancia en el Chaco (9%), pero ninguna en las otras dos provincias. Es también en Tucumán y Chaco donde el precio de los anticonceptivos es mencionado por algunas mujeres como motivo de no uso, si bien con porcentajes menores, 6 y 4% respectivamente. Los problemas causados por los anticonceptivos son el tercer motivo en importancia en Chaco, Córdoba y Mendoza, y el cuarto en Tucumán, pero sólo en Mendoza superan el 15% y en las demás provincias son sólo algo más del 10% de las respuestas.

Circunstancias en torno al último embarazo y su interrupción

- Más del 75% (1196) de las mujeres entrevistadas tomaron conocimiento de su embarazo previamente a la llegada al hospital.
- El 65% había llegado al hospital con un embarazo de entre 1 y 12 semanas. Los valores más frecuentes fueron 8 semanas (20%) y 12 semanas (12%).
- El 55% manifiesta haber querido este último embarazo y un 32% refiere que no. Un 8% responde que "le daba lo mismo" y un 5% que "si Dios quiere, está bien".
- Al enterarse sobre el embarazo, el 40% de las mujeres reportó haberse sentido bien, otro 40% mal y un 20% quedó sorprendida (no lo esperaba, tampoco la consternó).
- Un 16% manifestó que tuvo intención de interrumpirlo. Las situaciones por provincias muestran algunas diferencias: mientras que en Mendoza esta proporción es del 10% seguida del Chaco (11%), en Tucumán, en cambio, un 24% respondió que sí tuvo la intención de interrumpirlo.
- El 64% de quienes refirieron haber pensado en interrumpirlo, lo pensó inmediatamente después de enterarse que estaba embarazada.
- El 94% de las mujeres tuvo el último embarazo con su pareja/novio mientras que un 5% respondió que fue con una ex pareja y 1% con un amigo.
- La mayoría de las mujeres encuestadas había conversado con alguien sobre este último embarazo (84%).
- El 86% refirió haber compartido la noticia con el hombre con el que tuvo el embarazo y el 14% respondió que no lo hizo, destacándose Tucumán, donde esta última categoría alcanza un 18%.
- Entre quienes, en cambio, no hablaron con nadie sobre el embarazo, adujeron como motivos el no saber que estaba embarazada (66%), el no estar segura de querer continuar o no el embarazo (15%), el suponer que la iban a rechazar o discriminar (6%), y por no tener a quien contárselo (6%).
- A quienes habían compartido la noticia del embarazo con su pareja o novio, se les preguntó si esa persona quería que continuara el embarazo y ellas respondieron, en el 79% de los casos, de modo afirmativo, un 10% "quería que ella lo decidiera", un 7% respondió que "no quería que continuara el embarazo" y un 5% "no recuerda o no responde".
- Comparando los deseos de los hombres de que las mujeres continuaran su embarazo, se observa que (según lo referido por las mujeres) cuando el embarazo había tenido lugar con su pareja/novio, el 80% de los hombres querían que la mujer continuara el embarazo. En cambio, este valor es significativamente menor (40%) cuando el embarazo era fruto de una relación con una ex pareja.

- Sólo un 5% (80 casos) de las mujeres entrevistadas responde haber recibido presiones para interrumpir el embarazo. Entre quienes ejercieron esta presión, se mencionaron a la madre, a otros familiares y a la pareja (20, 31 y 23 casos, respectivamente).
- Un 12% (n = 189) de las mujeres entrevistadas reconoció haber “hecho algo” para interrumpir este último embarazo. Este dato adopta valores muy diferentes por provincias: mientras en Chaco y Mendoza sólo un 6,2% y 9% respectivamente manifestó haberlo interrumpido voluntariamente, en Tucumán esta proporción asciende al 20%.
- El 42% (79 respuestas) de las mujeres que reconocieron haberse autoinducido el aborto utilizó Misoprostol por vagina, un 19% (36 respuestas) Misoprostol por boca, en 61 oportunidades (32% de los casos) se utilizaron hierbas, en 28 oportunidades (15%) inyecciones, 8,7 % otras pastillas por boca y 8,3% otras pastillas por vagina; 12% menciona la sonda y 11% el raspaje/curetaje/ legrado.
- El 41% de las mujeres que refieren haber hecho algo, acudieron a “una amiga o familiar” para que las ayudaran a interrumpirlo, el 27% al farmacéutico, 15% a nadie, 9% a una enfermera, 7% a un médico, un 6% a una partera y un 7% a un curandero.
- Casi la mitad de las mujeres realizaron el procedimiento elegido de modo solitario.
- El 70% de las mujeres que interrumpieron su embarazo tomaron esa decisión en soledad. Sólo el 22% refiere haberla tomado de modo compartido con la pareja. El resto, compartió la decisión con familiares, amigas, etc.
- Las razones que llevaron a estas mujeres a interrumpir el embarazo, en orden decreciente, fueron: 96 casos (51%) por problemas económicos, en 48 casos (25%) refirieron problemas con la pareja o estar solas, 46 casos (24 %) porque ya tenía los hijos que quería y 45 casos (24%) porque no quería tener hijos. En 42 casos (22%) se mencionan proyectos laborales, estudios o personales.

Conocimiento de métodos para inducir un aborto

- Al total de las entrevistadas se les preguntó sobre conocimiento de métodos para inducir un aborto. Mencionaron en orden de importancia: hierbas y brebajes (45%), raspaje/curetaje/legrado (41%), inyecciones (35%), sonda / aguja de tejer (33%), pastillas por vagina (diferente a Misoprostol) (21%), pastillas por boca (19%), Misoprostol/Oxaprost por vagina (13,5%) y Misoprostol/Oxaprost por boca (9%).
- A quienes no habían mencionado el Misoprostol, se preguntó en forma dirigida: 227 mujeres (sobre un total de 1340 que no lo habían señalado de modo espontáneo) respondieron que sí lo conocían. Éstas, sumadas a quienes espontáneamente lo mencionaron, representan en total 460 mujeres que conocían el producto (un tercio de la población encuestada). El Misoprostol resultó menos conocido en Tucumán (sólo el 10%) y más conocido en Córdoba (25%). El modo mayoritario por el cual tomaron conocimiento de este producto fue el “boca a boca” (80% de las menciones), destacándose por mayoría las

respuestas que involucraban amigas, vecinas y compañeras como fuente de información. A través del personal de salud sólo se enteró un 12%, y un 5% por el farmacéutico.

- Entre quienes dijeron conocer el Misoprostol, 27 respondieron haberlo utilizado para interrumpir un embarazo anterior. Las mujeres que más refirieron haberlo usado fueron las cordobesas, y las que menos, las mendocinas.

La búsqueda de atención y la llegada al hospital

- Las primeras molestias que llevaron a las mujeres a consultar un servicio de salud fueron, en orden decreciente de importancia: sangrado vaginal (89%), dolor en el abdomen y/o contracciones (62%) y fiebre y/o escalofríos (11%).
- Más de la mitad de las mujeres (58%) demoraron menos de un día para consultar por primera vez en un servicio de salud por esas primeras molestias. Un 23% demoró entre uno y dos días, y 19% demoró más de dos días en consultar, destacándose en esta categoría las mujeres de Mendoza (23%).
- El primer lugar al que más de la mitad de las mujeres (53%) acudió al sentir las primeras molestias fue el hospital donde fue intervenida. Sólo el 23% de las mujeres realizó la primera consulta en otro hospital o centro de emergencia, y el 18% recurrió en primer lugar a un centro de salud. Finalmente, casi un 5% consultó en un sitio privado.
- El 86% de las mujeres fueron acompañadas por la pareja y/o por otros familiares (madre, hermana, padre, otros familiares). La "pareja" recibió un 48% de las menciones y "otros familiares" obtuvo un 59% de las menciones. Sólo un 14% de las entrevistadas llegó sola al hospital en búsqueda de atención.

Calidad de la atención recibida en el hospital donde fue intervenida

- El 21% de las mujeres entrevistadas tuvo demoras para recibir atención una vez ingresadas al hospital donde fueron intervenidas. Los valores más bajos se reportaron en Tucumán y Chaco, donde sólo el 16% de las mujeres respondió de esta manera. Los motivos de demora obedecieron principalmente a que en el hospital había mucha demanda.
- El 61% de las mujeres fue llamada por su nombre por el equipo de salud. Por debajo del promedio se ubican las mujeres del Chaco (52%) y Mendoza (56%), y por encima de la media Córdoba (73%) y Tucumán (65%). Llamaron "madre, gorda, gordita, mami" al 75% de las mujeres.
- El 82% de las mujeres recibió explicaciones acerca de lo que le iban a hacer antes de que le fuera realizado el procedimiento. El 91% de ellas responde que la explicación recibida fue clara.
- El 67% de las mujeres tuvo posibilidades de hacer preguntas a los profesionales de la salud que la atendieron, siendo Mendoza el sitio que presenta el valor más bajo (57%).

- Mientras las mujeres esperaban que les hicieran el raspado/aspiración, los profesionales de la salud les preguntaron si sentían dolor al 69% de ellas.
- Antes de realizar el raspado/aspiración, dieron anestesia en forma total al 96,5% de las mujeres. De quienes no durmieron totalmente, sólo un 32% recibió alguna medicación para el dolor, un 47% no recibió y un 21% no recordaba o no respondió.
- Más de la mitad de las mujeres (58%) refiere no haber sentido ningún dolor luego del procedimiento, y sólo un 6% manifiesta haber sentido “mucho” dolor.
- Luego de la intervención, al 65% de las mujeres que fueron intervenidas alguien del personal de salud les había preguntado si sentía dolor. Por debajo del promedio quedaron el Chaco (56%) y Tucumán (57%). Por encima, Córdoba con 81%. Sólo al 43% de quienes sintieron algo de dolor le fue suministrado algún calmante. Destaca de modo positivo Mendoza, donde el 70% refiere haber recibido algún calmante, contrariamente a Tucumán donde sólo el 22% refiere haberlo recibido y a Chaco donde sólo el 32%.
- El 78% de las mujeres entrevistadas respondió que sintió miedo durante la internación. Los motivos más mencionados fueron: miedo al raspado o aspiración, a morir y a la anestesia. Le siguen en importancia el miedo al sangrado, el temor a perder el embarazo, y el no poder quedar embarazada nuevamente. Finalmente, aun cuando no fueron los motivos más mencionados, merece especial atención el hecho de que algunas mujeres manifestaran miedo de ser mal atendidas (7%), de ser maltratadas (7%) y de la denuncia policial (2%), datos que advierten sobre la importancia de trabajar con los servicios de salud para propiciar un ámbito no discriminatorio y contenedor para las mujeres.
- Se les preguntó, además, si sintieron que su intimidad y su privacidad habían sido preservadas durante la revisión que les hicieron al llegar al hospital. Un 22% manifestó que durante ese momento había más personas presentes de las que ella hubiera querido, siendo el Chaco el sitio que se ubica muy por encima del promedio (37%). El 91% de las mujeres manifestó que el lugar en el que la revisaron tenía la puerta o las cortinas cerradas.
- Sólo a la mitad de las mujeres (49%) se les dio información sobre métodos anticonceptivos durante el tiempo de internación.
- Sólo a un tercio (34%) le ofrecieron darle un método para no quedar embarazada. Los métodos ofrecidos fueron: en primer lugar, las pastillas con 431 menciones (81% de los casos); en un distante segundo lugar y con menciones similares, el dispositivo intra uterino (DIU) (215 menciones; 41% de los casos), a 176 mujeres les ofrecieron inyectables y a 172 mujeres, preservativos. A 16 le ofrecieron “otros métodos”, a 12 el diafragma, y a 2 la ligadura de trompas.
- La gama de ofertas que se ofrece a las mujeres es un indicador del funcionamiento de los programas de salud reproductiva. Su importancia está dada, entre otras cuestiones, por el hecho de que a mayor diversidad en la oferta se fortalece la capacidad de elección y autonomía en el cuidado del cuerpo y la

salud. En este aspecto, el programa de Mendoza se destaca por encima de la media, dado que es el sitio en el cual se ofreció mayor variedad de métodos a las usuarias, y es la única provincia que ofreció el diafragma. Destaca también de modo favorable la presencia del preservativo (77% contra un 32% del promedio). Contrariamente, en Tucumán sólo un 5% de mujeres refiere haber recibido esta oferta). En relación con la ligadura tubaria, Córdoba es la única provincia donde se menciona la oferta (2 casos).

- Finalmente, un 23% respondió que se sintió “muy bien” tratada en el hospital durante la internación, un 70% “bien”, 6% respondió “más o menos” y 1,5% “mal”. En la categoría “muy bien” se destaca positivamente Córdoba (29%), en cambio en Mendoza esta categoría representa el 18%.

Comentarios sobre los resultados

Las mujeres muestran conocimiento de métodos anticonceptivos, sobre todo de los más eficaces. Asimismo, tienen información adecuada respecto de su seguridad. No obstante, la anticoncepción de emergencia prácticamente no fue mencionada como un método anticonceptivo seguro, a pesar de que existe conocimiento de su existencia. En este sentido, desde la esfera de las políticas públicas sería altamente positivo trabajar para difundirlo, a la vez que hacerlo accesible a aquellas mujeres que quieran utilizarlo.

De igual manera, los motivos para no utilizar métodos anticonceptivos al momento de la ocurrencia del último embarazo, advierten que es necesario fortalecer aún más los derechos reproductivos de las mujeres, garantizándoles la información adecuada y el acceso gratuito a los métodos. Una proporción de mujeres adujo pensar que no iba a quedar embarazada, y en algunos sitios los problemas de acceso siguen ocupando un lugar entre las razones por las cuales las mujeres no utilizan anticoncepción o lo hacen en forma esporádica.

Los sectores de salud y de educación pueden fortalecer aún más las acciones tendientes a difundir el conocimiento adecuado sobre salud sexual y reproductiva, así como a ofrecer información correcta sobre la utilización de métodos anticonceptivos y a poner una variedad de métodos alternativos a disposición de las usuarias. Brindar educación sexual y reproductiva que incluya un conocimiento de las probabilidades de embarazo en distintas etapas del ciclo vital y del ciclo menstrual sigue siendo aún una asignatura susceptible de mejora.

En relación con las mujeres que interrumpen voluntariamente su embarazo, los resultados permiten deconstruir ciertos estereotipos en torno a las circunstancias en que abortan. La mayoría de las mujeres entrevistadas compartieron el tema de su embarazo con otras personas y tomaron la decisión de interrumpirlo autónomamente, no sólo por problemas económicos, sino también por motivos que afirman un sentimiento de autonomía respecto a la posibilidad de decidir el número de hijos así como el momento oportuno de tenerlos. En general, llegaron al hospital acompañadas por sus parejas, por sus familiares directos y por amigas. Es posible pensar que estos datos señalan una mayor aceptación social de la decisión de interrumpir un embarazo en contraposición con la ilegalidad que establece nuestra legislación vigente.

Los resultados también muestran que el Misoprostol como método para inducir el aborto era conocido por un cuarto del total de las mujeres entrevistadas, y esa toma de conocimiento estuvo vinculada básicamente a la

comunicación “boca a boca”. Ello parecería indicar el funcionamiento de canales informales de acceso a información sobre un método más seguro que otros para inducir un aborto. Teniendo esto en cuenta, sería positivo trabajar desde las políticas públicas para difundir su correcto uso.

Finalmente, mejorar la calidad de la atención posaborto sigue siendo materia pendiente. Si bien en líneas generales puede afirmarse que la atención ofrecida a las mujeres es buena, pues así lo percibió una amplia mayoría de las mujeres entrevistadas, queda mucho por hacer aún. La calidad de la atención posaborto no sólo incluye los servicios para el tratamiento de la complicación producto del aborto incompleto, espontáneo o inducido que ocurre en condiciones de riesgo, sino también la consejería posaborto y la provisión de información y de métodos anticonceptivos y la atención integral de la salud reproductiva, aspectos centrales para prevenir la ocurrencia de futuros embarazos no deseados.

Es necesario mejorar no sólo la capacidad resolutoria de los servicios, sino también fortalecer el trabajo en los servicios de salud para brindar un trato humanitario a las mujeres, respetuoso y libre de sanciones morales y legales. Las mujeres tienen derecho, además, a recibir información adecuada en un lenguaje claro y comprensible. Los resultados de este estudio muestran heterogeneidades que advierten sobre la necesidad de trabajar más a favor de mejorar la atención en algunos sitios.

En relación con el procedimiento utilizado por los servicios de salud, mayoritariamente fue el legrado en todos los sitios. Sería recomendable que, dada la disponibilidad de tecnologías menos riesgosas y de probada eficacia, los servicios de salud recurran a ellas, en lugar de utilizar el legrado como medio evacuador que requiere además de la presencia de un anestesista y de un quirófano.

Por último, entre otras cuestiones, este estudio mostró que el tiempo transcurrido entre las primeras molestias y la primera consulta fue mayor en las mujeres que hicieron algo para abortar que en las que no refieren haber hecho nada. Posiblemente, esa demora esté vinculada a los temores a afrontar la situación en el hospital en relación con asumir una decisión que se sabe sancionada no sólo moral, sino también legalmente. Estas demoras pueden ser fatales para las mujeres, o dejar secuelas de por vida en su salud reproductiva. Claramente, la condición de ilegalidad de la interrupción voluntaria del embarazo opera como factor de demora para el acceso de las mujeres a la consulta oportuna. Es necesario trabajar a favor de la despenalización del aborto en la Argentina.

CENEP

Corrientes 2817, 7° A y B, (1193)
Buenos Aires, Argentina
Telefax: (54-11) 4961-0309
E-mail: cenep@cenep.org.ar
Web: www.cenep.org.ar

CEDES

Sánchez de Bustamante 27, (1173)
Buenos Aires, Argentina
Telefax: (54-11) 4865-1707/1704
E-mail: salud@cedes.org
Web: www.cedes.org