

Consejería pre y post aborto. Efectos de la intervención en la salud integral de las mujeres atendidas en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la provincia de Buenos Aires*

Daniela Dosso**

Las complicaciones derivadas de los abortos practicados en condiciones de riesgo son la primera causa de muerte materna en Argentina y afectan especialmente a mujeres pobres. El aborto inseguro las lleva a una muerte evitable o les deja secuelas en su salud física y mental. Las Consejerías pre y post aborto desarrolladas por diversos equipos de salud del país son una respuesta a esta problemática desde la salud pública y dentro del marco legal vigente. La presente investigación se encuadra en una de estas Consejerías.

Palabras clave: aborto - subjetividad - salud - política

In Argentina unsafe abortions are the first cause of maternal death. Poor women are the most affected. Death as well as physic and psychic injuries due to unsafe abortions are evitable. Pre and Post abortion counseling offices are being developed by healthcare teams to cope with this problem, according to the legal provisions of the Penal Code. This study focuses on the practice of one of these counseling offices.

Key words: abortion - subjectivity - health - politics

* El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo del programa de becas "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia", categoría individual, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

** Licenciada en Trabajo Social. Consultora del programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación, en tareas de capacitación en servicio en el modelo de reducción de riesgos y daños por abortos inseguros.

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN**Objetivo:**

Describir los efectos en la salud física y subjetiva de las mujeres en situación de aborto inseguro de la Consejería pre y post aborto implementada en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la provincia de Buenos Aires.

Métodos:

A partir de un diseño exploratorio-descriptivo, se sistematizaron y analizaron 110 historias clínicas de mujeres atendidas en el período mayo 2010-octubre 2012, se realizaron entrevistas en profundidad a 10 de ellas y entrevistas al equipo de atención.

Resultados:

La Consejería amplía la autonomía de las mujeres en situación de embarazo involuntario para tomar decisiones; favorece el acceso a un aborto seguro en el primer trimestre de gestación y previene daños en los que se realicen luego de la semana 12; reduce el padecimiento subjetivo en las mujeres en situación de aborto inseguro al intervenir sobre el contexto (antes y después) del aborto, generando condiciones de seguridad para su salud física y subjetiva. Se identificaron limitaciones de la Consejería para dar respuesta a las mujeres más pobres por la existencia de barreras económicas para el acceso al misoprostol.

Conclusiones:

De acuerdo a la experiencia analizada, en contextos de legalidad restringida, en los que sólo se cuenta con misoprostol para el aborto médico, la Consejería pre y post aborto es un dispositivo de atención clave para la reducción de la morbi-mortalidad materna a causa de abortos inseguros.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al aborto provocado en condiciones de riesgo como aquel practicado por personas que carecen de las calificaciones necesarias o en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médica, o ambos.¹ Entre el 20% y el 30% de los abortos inseguros provocan infecciones en el aparato reproductor, y entre el 20% y el 30% de ellas acaban en una infección del tracto genital superior. Es probable que una de cada cuatro mujeres sometidas a un aborto inseguro desarrolle una alteración temporal o permanente que requiera atención médica.²

En Argentina, donde el aborto está legalmente restringido, las complicaciones derivadas de los abortos inseguros son la primera causa de muerte materna,³ lo cual lo constituye en un grave problema de salud pública; las mujeres pobres son las más afectadas. Anualmente se producen entre 335.000 y 500.000 abortos, mientras que en el mismo período se registran unos 700.000 nacidos vivos.⁴ Esto re-

presenta una relación de un aborto por cada 2,1 o 1,4 nacidos vivos.⁵

Para brindar una respuesta desde la salud pública y encuadrada en el marco legal vigente, desde hace aproximadamente una década se están desarrollando en diferentes lugares del país experiencias de Consejerías pre y post aborto destinadas a mujeres que se plantean interrumpir una gesta. Este modelo de atención está basado en la estrategia de reducción de riesgos y daños, ya utilizada de manera efectiva para disminuir los efectos negativos del uso de drogas y en la transmisión de VIH/SIDA. De acuerdo con esta estrategia, desde estos dispositivos se llevan a cabo diversas acciones tendientes a reducir los daños asociados con actividades específicas, sin imponer una valoración moral previa sobre dichas conductas.⁶ Es un modelo que encuentra sus pilares conceptuales en la bioética y la deontología, basadas en el respeto y la promoción de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.⁷ Un aspecto fundamental para la implementación de la Consejería es el acceso al misoprostol, un fármaco declarado esencial por la OMS.⁸ Este medicamento es utilizado en un amplio rango de patologías obstétricas y ginecológicas, entre ellas las que constituyen las dos principales causas de muerte materna: la hemorragia post parto y el aborto inseguro.⁹

Estimamos que, en la Argentina, las Consejerías pre y post aborto cumplen un rol fundamental en la prevención y reducción de la morbi-mortalidad ma-

terna a causa de abortos inseguros. Sin embargo, dado el contexto de legalidad restringida, este modelo de atención no ha sido sistematizado como política pública.

Marco teórico

Decidir y transitar un aborto en condiciones de riesgo tiene efectos negativos en la salud integral (física y subjetiva) de las mujeres. Desde el punto de vista teórico, consideramos a ésta como el resultado de la tensión salud-enfermedad, un proceso que se resuelve dando lugar a una posición más firme o más vulnerable, tanto en su dimensión biológica-material (cuerpo) como simbólica (subjetividad). El proceso salud-enfermedad es “una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones reales de trabajo y de vida”¹⁰, y del acceso real a servicios de salud de calidad. Por ello, para identificar, describir y comprender lo que sucede en la salud de las mujeres en situación de aborto inseguro debemos incluir “lo social”, es decir, el contexto en que cada aborto se produce. Para esto se construyó el concepto de **mujer en situación de aborto**, que nos ayuda a entender el aborto como un evento de salud-enfermedad dentro del contexto socio-familiar de producción, y la manera en que éste se expresa en el cuerpo-texto de mujeres de determinados sectores de la sociedad.

Entendemos a la **mujer** en tanto agente social, posicionado socialmente según su pertenencia a determinada clase o sector de clase y, al mismo tiempo, por el género. Cada posición de clase y género se corresponde con determinadas condiciones materiales y simbólicas de existencia, a partir de las cuales se organizan los esquemas de pensamiento, división, orden y clasificación del mundo social. Así, a cada mujer se le presenta un determinado abanico de opciones posibles para abortar naturalizadas socialmente.

A su vez, el concepto de **situación** refiere a lo que acontece en un espacio y tiempo determinado entre personas que interactúan cara a cara y nos permite dar cuenta de la forma particular en que se expresa lo general. En la situación singular de cada mujer aparecen los “otros significativos”, personas que encarnan un rol familiar o social significativo en relación a la decisión de abortar. En el caso de la familia pueden ser la madre, el padre o la pareja, mientras que el otro social corresponde a médicos-as, enfermeros-as, otros profesionales de la salud y personas que realizan abortos; todos ellos juegan un rol importante en tanto cuentan con algún poder de afectar material o simbólicamente la salud de la mujer.

El concepto de **trayectoria del aborto** es una forma de organizar la secuencia en que se desarrolla la interrupción voluntaria de una gesta, teniendo en cuenta situaciones significativas para la salud integral antes y después del evento del aborto. Contempla momentos clave, que van

desde que una mujer se entera del embarazo hasta que lo interrumpe o no, con sus implicancias en términos de su salud física y subjetiva, incluyendo la dimensión relacional en que todo el proceso se desarrolla.

Sobre las consecuencias subjetivas de los abortos, varios autores coinciden en que es imposible pensarlas independientemente del contexto en que éste se realiza. Fernández y Tajer señalan que al analizar esta problemática es necesario “no suponer que los procesos subjetivos que una mujer puede desplegar frente a un aborto están referidos estrictamente a sus posicionamientos intrapsíquicos”; asimismo, que es central tomar en cuenta las condiciones de posibilidades sociales e históricas, no naturalizar “los sentimientos de culpa como inherentes a toda práctica abortiva” y no confundir “el nivel de los derechos que deben garantizar las políticas públicas con los dilemas éticos que muchas mujeres pueden tener que dirimir frente a su decisión personal de abortar o no”.¹¹

En la misma dirección, otras investigaciones coinciden en que las “consecuencias del aborto para las mujeres y la sociedad dependerán de la situación legal y del acceso a un aborto seguro”.¹² En las sociedades donde es ilegal la práctica del aborto, las mujeres construyen su subjetividad necesariamente en relación a una práctica que “en mejores o peores condiciones según clase social y/o edad, se realiza en condiciones de clandestinidad. Clandestinidad que actúa como base sobre la cual se construyen las significacio-

nes imaginarias en cada mujer que aborta.”¹³ Esta clandestinidad, además, funciona como un obstáculo al acceso a los servicios de salud, ya que diversos estudios coinciden en que, cuando las mujeres acceden a los hospitales, en esta situación suelen ser tratadas con desconfianza y hostilidad por parte del personal.¹⁴ Esto suele expresarse en marginación, interrogatorios bajo presión, manifestaciones de disgusto. En este sentido, Ulloa utiliza la expresión “encerrona trágica” para referirse a la situación en que las personas, “para dejar de sufrir o para cubrir sus necesidades elementales de alimento, salud, trabajo, etcétera, dependen de alguien o algo que lo maltrata, sin que exista una terceridad que imponga la ley. Desde el punto de vista del psicoanálisis predomina algo más terrible aún que la angustia: el dolor psíquico, aquel que no tiene salida. La salida parece identificarse con la muerte”.¹⁵

Con respecto al concepto de **sufrimiento psíquico**, varios autores¹⁶ señalan que éste se diferencia de la patología mental en tanto refiere a un malestar producido en el sujeto y causado por los conflictos que devienen de la vida cotidiana y las interrelaciones sociales, registrado tanto en forma consciente como inconsciente. En las mujeres en situación de aborto inseguro, el sufrimiento psíquico aparece frente al conflicto entre la necesidad de abortar y las condiciones socialmente determinadas (de riesgo) en que tienen que hacerlo, que conllevan la posibilidad real del sufrimiento y la muerte.

Un estudio realizado en Uruguay¹⁷

muestra cómo la ilegalidad del aborto y las representaciones sociales hegemónicas acerca de la maternidad determinan el mayor o menor grado de sufrimiento psíquico. Las autoras plantean que las significaciones que cada mujer le da al aborto no son homogéneas ni lineales, y de ellas dependen que la experiencia se viva como un evento crítico pero superable o como un drama que conmociona y desestabiliza su equilibrio psíquico. Las condiciones de clandestinidad ligadas a la penalización determinan el diseño de una escenografía subjetiva signada por el secreto, el temor, la inseguridad, la condena moral y el temor al riesgo.¹⁸ Otro estudio muestra la relación entre el contexto de clandestinidad del aborto y su impacto negativo en la autonomía de las mujeres y plantea que el contexto de negación y censura social tiene su contracara en la soledad, sordidez, culpa y silencio en el que abortan las mujeres. Concluye, así, que estas condiciones y sentimientos colocan a la mujer en un lugar de subordinación que dificulta su autonomía.¹⁹

Hipótesis de trabajo

Las mujeres en situación de embarazo involuntario que se plantean interrumpir la gesta, al contar con el asesoramiento de una Consejería pre y post aborto pueden tomar decisiones con mayor autonomía. La atención evita o reduce riesgos y daños a la salud física de las mujeres en situación de aborto inseguro y, en consecuencia, produce alivio subjetivo.

Objetivos

El objetivo **general** fue explorar y describir los efectos de la Consejería pre y post aborto en la salud integral (física y subjetiva) de las mujeres en situación de aborto inseguro atendidas en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la provincia de Buenos Aires. Los objetivos **específicos** incluyeron: indagar y describir los efectos en la subjetividad de las mujeres que se plantean interrumpir una gesta contando con la atención de la Consejería, en relación a la posibilidad de tomar decisiones con mayor autonomía; describir los efectos en la salud física de las mujeres que deciden abortar contando con la atención pre y post aborto de la Consejería y explorar los efectos en su subjetividad respecto de la posibilidad de transitar la experiencia del aborto con menor o sin sufrimiento psíquico.

MÉTODOS

Dada la especificidad de la temática y la escasez de investigaciones previas, se optó por un diseño de carácter exploratorio-descriptivo y una metodología de investigación cualitativa.

Población. Mujeres atendidas en la Consejería pre y post aborto en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la provincia de Buenos Aires en el período mayo 2010 - octubre 2012 y profesionales integrantes del equipo de atención.

Fuentes. Se sistematizaron y analizaron 110 historias clínicas de usuarias; se realizaron entrevistas en

profundidad a 10 de ellas (9 que abortaron y una que continuó el embarazo) y entrevistas a las profesionales que brindaron la atención (médica, psicóloga, obstétrica) con excepción de la trabajadora social por ser la responsable de este estudio.

Variables. Además de las variables que se extrajeron de las historias clínicas, se construyeron otras, específicas para esta investigación: entre ellas, presencia de hijos menores de dos años; edad por grupo etario; antecedente de aborto inseguro; edad gestacional con la que llegan a la primer consulta; situación de la gesta; edad gestacional al momento de la interrupción; resultado de la interrupción, dosis, intervalo y vía de administración del misoprostol; tiempo transcurrido entre la primera consulta y la ecografía pre aborto; tiempo transcurrido entre la fecha de interrupción y la ecografía post aborto; tipo de tratamiento realizado (adecuado-inadecuado).

Recolección de datos. El análisis de las historias clínicas se realizó con el paquete estadístico SPSS. Se confeccionaron guías de entrevista semi estructuradas para las mujeres y las profesionales. El análisis de los datos siguió tres procedimientos:²⁰ reducción de datos; disposición y transformación de los mismos; extracción, verificación de resultados y conclusiones, a partir de una matriz de análisis.

Consideraciones éticas. Los resguardos éticos y consentimientos informados de la investigación fueron sometidos previamente a la evaluación del comité de la Comisión Salud Investiga del Ministerio de Salud de la

Nación, y del comité de ética de la Secretaría de Salud del municipio, con el aval de la Dirección de Atención Primaria de la Salud. La participación de las personas siguió los principios de igualdad, voluntariedad, anonimato, confidencialidad y seguridad.

RESULTADOS

Los datos de las historias clínicas permitieron esbozar un perfil sociodemográfico de las usuarias. El 94% de ellas tenía entre 15 y 39 años, sólo 2 tenían 14 años o menos, y 4 más de 40 años. El 60% vivía en el municipio al que pertenece el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) donde se realizó la investigación y, en general, contaban con un nivel educativo levemente superior al promedio nacional. La mitad de ellas eran trabajadoras (6 de cada 10 eran empleadas y el resto trabajadoras por cuenta propia con alto grado de precarización o pertenecían al servicio doméstico) y el resto eran amas de casa o estudiantes.

El 70% de las mujeres tenía pareja al momento de la consulta, el 60% tenía al menos un hijo (más de la mitad de estos niños tenía hasta dos años de edad) y el 15% tenía al menos un aborto voluntario previo, en todos los casos realizado en condiciones de riesgo. El 62% de las mujeres utilizaba algún método anticonceptivo: la mayoría usaba preservativo, pero también se mencionaron píldora, inyectable, retiro y ritmo. Ninguna de estas usuarias tenía colocado un dispositivo intrauterino, a pesar de que muchas lo señala-

ron como el método de primera elección; algunas de ellas refirieron haber querido realizarse una ligadura tubaria pero que en los efectores de salud donde fueron atendidas no accedieron a efectuarla.

En cuanto a la vía de acceso de las mujeres a la Consejería, el 63% había llegado derivada por algún profesional o trabajador de instituciones del Estado Municipal (de éstas, el 30% desde Centro de Salud donde se desarrolla la Consejería), el 3% por indicación de un médico particular, el 14% por recomendación de otra mujer usuaria de la Consejería, y el resto a través de alguna ONG o por difusión de la Consejería.

Análisis de las historias clínicas

El 92% de las mujeres llegó a la Consejería planteando estar embarazada y presentando bastante claramente la intención de interrumpir esa gesta; el resto (la mayoría eran adolescentes) explicitó su ambivalencia y no tener una decisión tomada. La mayoría de las adultas había tomado la decisión sola, en las adolescentes prevalecía la participación de la madre y no se encontró diferencia entre ambos grupos en lo referido a la participación de la pareja (Tabla 1).

Sobre la gesta. El protocolo prevé que en la primera consulta a la Consejería las usuarias cuenten ya con una ecografía, que se realiza en el mismo sistema público del Municipio. En este sentido, se encontró que 3 de cada 4 de las mujeres se la realizó a menos de una semana de la consulta inicial en el

CAPS (la categoría modal fue de 2 días), y que las planificadas con más tiempo correspondían a gestas muy tempranas para el diagnóstico ecográfico en ese momento. De acuerdo a este estudio se estableció que el 83% de las mujeres llegaba a la Consejería con menos de 12 semanas de gestación, el 6,4% tenía entre 13 y 15 semanas y el 6,4% más de 16. También, que la gran mayoría presentaba gestas viables (Tabla 2) y que en los casos de huevo muerto y retenido (HMyR) las mujeres habían utilizado misoprostol en dosis bajas con anterioridad a la consulta. No se encontraron embarazos ectópicos ni molas.

La decisión de cada mujer. El 56% interrumpió el embarazo con misoprostol en su casa; el 12% decidió continuar con el embarazo; el 32% no volvió a una posterior consulta, por lo cual se ignora su decisión.

Al relacionar algunas variables disponibles en la historia clínica, se encontró que no había diferencias entre las adolescentes y las adultas en relación a la decisión de abortar. Se observó que entre las que optaron por interrumpir su embarazo había una mayor proporción de mujeres sin pareja y que a mayor edad gestacional aumentaba la proporción de las que decidieron continuar con la gesta o no volvieron a la consulta.

En cuanto al nivel de instrucción, aunque éste fue un dato generalmente registrado de manera incompleta en las historias clínicas, se pudo saber que todas las mujeres que contaban con estudios terciarios completos o universitarios, y que habían planteado

en la primera consulta interrumpir el embarazo, luego lo hicieron con misoprostol en sus casas; que la mayoría de las que decidieron continuar tenían secundaria incompleta o menos estudios y que entre las que no regresaron a la consulta se contaban, por lo general, aquellas con menor instrucción.

La interrupción del embarazo con misoprostol en sus casas. El 60% de las mujeres utilizó la medicación dentro de los esquemas adecuados. El resto lo hizo de forma inadecuada por desinformación, ya que lo utilizó antes de consultar en la Consejería, o por no haber podido conseguir la cantidad recomendada.

De las veinticinco mujeres con menos de 12 semanas de gestación que abortaron con un esquema de administración de misoprostol adecuado (3 dosis de 4 comprimidos cada 12 horas utilizando la vía vaginal), veinte lograron un aborto completo, dos un aborto incompleto, dos no lograron interrumpir la gesta en un primer intento y en una no se pudo certificar el resultado por ecografía, ya que luego de la interrupción en su casa relató la expulsión, pero no volvió más tarde con la ecografía (Tabla 3). Se pudo observar que este esquema de administración de misoprostol tiene mejores resultados cuando la gesta se encuentra en la semana 7: las ocho mujeres en esa edad gestacional que lo utilizaron tuvieron un aborto completo.

Dos mujeres interrumpieron la gesta en la semana 15 y una en la 17. En estos casos se les informó sobre los riesgos asociados al uso de misoprostol en cada etapa, los signos de alarma a

tener en cuenta y los cuidados a implementar por su situación particular. Así, estas mujeres pudieron prevenir los posibles daños para su salud y realizar las acciones necesarias en los momentos adecuados: una de ellas tuvo un aborto completo y las otras dos acudieron a tiempo al hospital de referencia donde se les realizó un legrado.

Estrategias de reducción de riesgos y daños. Exceptuando a las mujeres con una edad gestacional avanzada, sólo dos presentaron algún riesgo para el uso de misoprostol por tener una anemia severa. A una de ellas, que contaba con un buen estado clínico general, se le administró hierro en forma intramuscular con anterioridad al uso del misoprostol: realizó la interrupción en su hogar sin ningún daño para su salud y logró un aborto completo. El otro caso fue el de una mujer que llegó a la primera consulta ya habiendo utilizado misoprostol y, si bien se le ofreció el acompañamiento del equipo, no volvió. A tres mujeres con factor sanguíneo RH negativo y parejas RH positivo se les aplicó gammaglobulina en el CAPS dentro de las 72 horas luego del aborto para prevenir posibles inconvenientes en un futuro embarazo. No hubo en el período bajo análisis contraindicaciones por cesáreas previas.

Análisis cualitativo

En las entrevistas en profundidad se indagó a las mujeres sobre 10 momentos clave de la trayectoria del aborto (previamente establecidos) para iden-

tificar, a través de sus percepciones, opiniones y experiencias, los efectos de la atención de la Consejería sobre su salud física y subjetiva.

- 1. Al enterarse del embarazo.** Los sentimientos que manifestaron haber experimentado fueron variados, pero en todos los casos implicaron un cierto grado de padecimiento subjetivo; éste se expresó de forma particular según la situación de pareja, el vínculo con sus personas significativas, su etapa reproductiva y sus posibilidades reales de realizarse un aborto seguro. Las entrevistadas relataron haber experimentado sentimientos de culpa y bronca contra ellas mismas por no haber sido más precavidas en la relación sexual, vergüenza, depresión, preocupación, desesperación y miedo a tener que enfrentarse a una situación de aborto inseguro.
- 2. De cara a las opciones conocidas.** Entre éstas estaban el legrado y, en menor medida, la sonda y el peregil; lo destacable es que, en general, las entrevistadas manifestaron haber sentido mucho miedo ante la perspectiva del aborto, ya que percibían a la mayoría de las opciones conocidas como invasivas y riesgosas (al menos la mitad de la muestra estaba vinculada con alguna muerte cercana a causa de un aborto realizado en condiciones inadecuadas). La opción del misoprostol fue muy mencionada, pero en muchos casos era percibi-

da como posiblemente ineficaz.

- 3. Enterarse de la opción de la Consejería.** Todas se enteraron de la Consejería gracias a otra mujer (amiga, madre, abuela, profesional) y sintieron que se abría una salida a su problema al encontrarse con la opción de consultar en un ámbito médico, público y en muchos casos ya conocido por ellas.

4. El encuentro con la Consejería.

Esta instancia les produjo una sensación de alivio y, según manifestaron, se sintieron cómodas, contenidas, apoyadas, acompañadas y, también, sorprendidas; concretamente, valoraron que la atención fuera brindada en un efector de salud pública, el ser atendidas por un equipo interdisciplinario que contaba con un médico, que se le brindara apoyo psicológico, que hubiera confidencialidad y respeto por su decisión, así como amabilidad y buen trato. En nuestra opinión, el alivio subjetivo se relaciona también con la no clandestinidad y supone una opción genuina médicamente recomendada que le resta al evento de aborto el horizonte de muerte o su posibilidad.

- 5. La toma de decisión.** Todas las entrevistadas que decidieron abortar coincidieron en que había sido una decisión difícil de tomar, pero que resolvió el conflicto, y que no había sido asociada por ellas como una decisión traumática en sí misma o con consecuencias traumáticas

sobre su subjetividad. También consideraron a la decisión de abortar como un acto de responsabilidad, que debía ser tomado en forma personal.

En todos los relatos surgió el apoyo de los otros significativos como algo muy valorado y fundamental, que afectaba directamente su autonomía para tomar una decisión propia y sin sufrimiento psíquico. Quienes llegaron a la consulta con la decisión de abortar ya tomada, el apoyo valorado se relacionaba con el respeto por su decisión, la comprensión y la colaboración para llevar adelante el aborto de forma segura para su salud. Quienes llegaron con dudas se referían a que el otro le habilitara opciones genuinas, ofreciéndole un lugar, una salida posible, tanto si la decisión fuera continuar con el embarazo o no. El sufrimiento psíquico (tristeza y culpa) observado en algunas mujeres en torno a la decisión se relaciona con presiones de los otros significativos forzando una determinada opción, o con estigmatizaciones por haber decidido el aborto.

- 6. La Consejería pre aborto.** Las mujeres valoraron tener acceso a información confiable y poder evacuar dudas, especialmente sobre los miedos relacionados con la pérdida de su futura salud reproductiva. El trabajo anticipatorio sobre dos cuestiones físicas clave, las pérdidas de sangre y el dolor, permitió a las mujeres ha-

cer un borde, reconocer los límites y posibilidades de su cuerpo en una situación desconocida como lo era el aborto, diferenciar la experiencia de la amenaza (a la aniquilación) y así controlar la situación de forma tal que pudieran transitarlo con menor padecimiento subjetivo. Al contar con los parámetros esperables y normales de lo que estaban realizando y los signos de alarma según su edad gestacional y estado clínico, las mujeres pudieron evaluar conductas a seguir, tanto para acudir a un servicio de salud a tiempo como para permanecer en sus casas y evitar intervenciones innecesarias.

7. **El acceso al misoprostol.** Como se dijo, la Consejería brinda información sobre el uso de misoprostol pero no puede proveerlo a menos que el aborto se enmarque dentro de las excepciones de no punibilidad previstas en el Código Penal; por ello, la cuestión de obtenerlo corre por cuenta de las mujeres, lo que se traduce en la mayoría de los casos en un obstáculo importante a sortear. Las entrevistadas coincidieron en que tuvieron que recurrir a lugares clandestinos de venta y que fue difícil conseguirlo, e inclusive dos de ellas manifestaron que por su costo habían utilizado menor cantidad que la indicada.
8. **La interrupción.** Las mujeres contaron que se trató de un momento movilizante emocionalmente, de duelo por la decisión

tomada. También, que sus casas habían sido un buen lugar para transitarla porque gracias a la información y orientación brindada por la Consejería se sintieron seguras, confiadas y tranquilas y –al mismo tiempo– contenidas por contar con la posibilidad de consultar por teléfono y tener pactada la consulta post aborto. Cinco de las mujeres entrevistadas refirieron haber sentido un dolor intenso e insoportable, todas dijeron que las pérdidas fueron mayores que las de una menstruación, aunque pudieron diferenciarla de una hemorragia, y algunas dijeron haber tenido síntomas asociados al evento en curso, como chuchos de frío, diarrea, vómitos, o hipotensión.

9. **El control post aborto.** Todas refirieron haber sentido ansiedad por saber el resultado del procedimiento a través de la ecografía: las que lograron un aborto completo sintieron alivio y tranquilidad con el resultado y la que tuvo un diagnóstico de aborto incompleto dijo haberse sentido contenida por el equipo durante la derivación al segundo nivel de atención. Además, ocho dijeron haber sido informadas sobre métodos anticonceptivos en la consulta post aborto y dos de ellas haber participado más tarde de un taller sobre métodos anticonceptivos realizado en el CAPS.

10. **La salud luego de un aborto.** En los relatos se observó que el aborto había sido vivido por las

mujeres como un evento que, luego de realizado, les permitió recobrar su salud, anteriormente amenazada o desequilibrada: en general se sintieron muy sensibles, pero aliviadas y tranquilas, algunas refirieron bienestar físico y emocional, y otras cierto dolor que relacionaron con estar atravesando una situación de duelo. La mayoría reinició sus actividades habituales a los 3 días de la interrupción, sintiéndose recuperadas físicamente, casi todas retomaron su actividad sexual entre 3 semanas y 45 días después del aborto y no notaron cambios en sí mismas, aunque en muchos casos tuvieron miedo de volver a quedar embarazadas. En algunas aparecieron sentimientos de culpa y tristeza por no haber sido apoyadas por sus seres más cercanos y una por haber sido excluida de una institución religiosa.

Perspectiva de los profesionales proveedores de la atención

Las entrevistas al equipo de salud permitieron identificar y describir estrategias clave en la modalidad de atención que beneficia la salud de las mujeres usuarias. Es decir, cuánto de lo descrito por las mujeres en su trayectoria del aborto es producto de las condiciones objetivas y subjetivas en que se realizó la atención.

En general, identificaron como un facilitador el apoyo de la gestión del Municipio, que se traduce, entre otras

cosas, en la existencia de un espacio de reunión mensual con otros equipos de atención primaria, la posibilidad de contar con misoprostol para proveerlo a las mujeres que acceden a una interrupción legal del embarazo (ILE) en el servicio, y disponer de turnos de ecografías en tiempo y forma para los controles pre y post aborto.

Con respecto a las usuarias, refirieron que por lo general llegan ansiosas, temerosas e intranquilas a la primera consulta y que una de las primeras intervenciones, para lograr confianza en el equipo de salud, es presentarse con su nombre, disciplina, y explicar el encuadre de trabajo, el marco legal desde el que se brinda la atención y la confidencialidad de las consultas.

Un aspecto que destacaron es su rol en la detección de casos de abortos no punibles (ANP) por causa de violaciones o de riesgo para la salud de la mujer. Como equipo de salud de atención primaria ofrecen la realización de la ILE con misoprostol de forma ambulatoria antes de la semana 12 de gestación. También resaltaron que en los casos en que la mujer ya tiene tomada la decisión de abortar cuando llega a la consulta, el equipo no indaga acerca de los motivos que la llevaron a la misma ni le pide que justifique su decisión. En los casos de indecisión, la intervención profesional posibilita un intervalo en el que la mujer pueda “sentir lo que desea tratando de diferenciar su posición del discurso del otro” y así poder tomar su propia decisión.

Con respecto al misoprostol, coincidieron en que aunque las mujeres conocen su uso suelen tener información

inexacta, especialmente en relación a las dosis según edad gestacional, vías de administración y controles posteriores.

Todas destacan los efectos positivos de la consulta pre aborto, donde se habla también del contexto socio-familiar, para que sea un facilitador en la situación de interrupción y genere condiciones de cuidado de la salud. Las tres profesionales entrevistadas coincidieron en que el uso de misoprostol de forma ambulatoria para el primer trimestre del embarazo realizado con consultas pre y post aborto es seguro, eficaz y de bajo riesgo para la salud de la mujer.

Por último, hicieron referencia a los obstáculos para la derivación al segundo nivel de atención, principalmente por la inexistencia de un criterio uniforme en los hospitales para la atención de los casos de HMyR (huevo muerto y retenido) y aborto incompleto, y la no utilización de la técnica de la aspiración manual endouterina (AMEU). También, que el incumplimiento del protocolo de atención post aborto del Ministerio de Salud de la Nación y del protocolo para ANP deja a algunas mujeres en situación de riesgo para su salud y sus vidas.

DISCUSIÓN

Al ofrecer asistencia sanitaria a la mujer en situación de embarazo involuntario, la Consejería inaugura en el sistema de salud la posibilidad de contemplar dos opciones, ambas legítimas: si decide continuar con el embarazo cuenta con la atención desti-

nada al cuidado de la mujer embarazada en el Centro de Salud, y si decide interrumpir la gesta puede hacerlo de forma segura para su salud contando con los adecuados controles pre y post aborto. Esto no sólo cambia el significado del aborto, que deja de ser una salida posiblemente mortal para convertirse en una decisión posible, sino que también lo hace el significado y la toma de decisión de la maternidad, ya que ésta deja de ser forzada. Esta oferta por parte del sistema de salud tiene un efecto integrador en la subjetividad de las mujeres al ser reconocidas en su integridad sexual: la Consejería tiene un modelo de atención que respeta y recupera la maternidad y el aborto como dos destinos diferentes del poder y autoridad de las mujeres sobre su cuerpo.²¹

Por otro lado, al poder hablar en las entrevistas con el equipo, las mujeres logran historiar —en el sentido de ubicar dentro de la historia personal de cada una— la experiencia vivida.²² La Consejería pre y post aborto aparece como un espacio que habilita la *ritualización* del aborto, permite que este acto sea incorporado a la historia de la mujer, como parte del proceso en que se hace cargo de su vida y de sus decisiones.²³

Por contexto de legalidad restringida, el servicio de Consejería no puede brindar a las mujeres las opciones más recomendables para la interrupción del embarazo, esto es, el aborto médico combinando mifepristona y misoprostol o la aspiración de vacío.²⁴ A pesar de ello, se observó que en las mujeres que abortan con misoprostol solo, el contar con información veraz, contro-

les médicos pre y post aborto adecuados, y la contención de un equipo de salud, ampliaba el margen para tomar decisiones con autonomía, sin la amenaza de la enfermedad, el sufrimiento o la muerte.

En lo referido a la salud física, los resultados del análisis cuantitativo y cualitativo mostraron que, en el primer trimestre del embarazo, el uso de misoprostol solo, de forma ambulatoria en su casa y realizando las consultas pre y post aborto, es seguro, eficaz y de bajo riesgo para la salud de la mujer. Y que luego de la semana 12 de gestación el uso de misoprostol junto con la Consejería pre y post aborto ayuda a reducir los riesgos y daños a la salud de la mujer en situación de aborto inseguro.

De la investigación se desprende que el dolor intenso e insoportable que muchas mujeres sienten en el momento de la interrupción de la gesta con misoprostol afecta negativamente su salud física y subjetiva. Sin embargo, el momento oportuno para la administración de medicamentos para el dolor se ha estudiado de manera inadecuada y deficiente, y no existen recomendaciones sobre un régimen específico;²⁵ por esto, resulta necesario protocolizar esquemas analgésicos que no incidan en la contractilidad uterina necesaria para la evacuación y que eviten a las mujeres un malestar físico y subjetivo innecesario.

Por otra parte, si bien la OMS no recomienda la exploración ecográfica de rutina previa al aborto, la calidad de la evidencia es muy baja.²⁶ En el caso en estudio, realizar esa ecografía permitió

al equipo de salud identificar gestas inviables a ser tratadas con misoprostol en el primer nivel de atención y, de esa forma, evitar el legrado.

En el estudio se identificaron tres situaciones clave donde se ponía en riesgo la salud de la mujer: cuando llegaba a la Consejería con una gesta avanzada, cuando no conseguía el misoprostol y cuando requería asistencia del segundo nivel de atención.

Un aspecto relevante de los resultados fue que el 32% de las mujeres no volvió a la Consejería post aborto luego de la primera consulta. Una hipótesis que puede explicar este accionar es que algunas mujeres sólo requieren del espacio de consulta para poder hablar y conocer las opciones, para luego decidir continuar con el embarazo. Otra posibilidad es que algunas se acerquen para contar con la información indispensable para realizar solas el aborto y no regresen para no ser vistas en lugares que eventualmente revelen su decisión. La última hipótesis elaborada es la preocupante: podría ser que no vuelven porque encontraron obstáculos insalvables para obtener misoprostol y recurrieron a otras opciones, volviendo así a poner en riesgo su salud y su vida. Hay que recordar que la proporción de mujeres que no volvió aumentaba en la medida que bajaba el nivel de instrucción, es decir que eran las mujeres que han tenido menor acceso al sistema educativo, y podemos inferir entonces que son las mujeres más pobres y vulnerables.

El estudio mostró que las causas del sufrimiento psíquico manifestado en las mujeres a causa de un aborto se en-

cuentran en el contexto de producción de dicho conflicto, no en el conflicto en sí mismo: esto es, en las consecuencias de las condiciones de ilegalidad, penalización y clandestinidad del aborto. Las mujeres indagadas ubicaron lo traumático de la situación de aborto en los siguientes momentos: al enterarse de estar cursando una gesta involuntaria, antes de conocer la opción de la Consejería y pensar en recurrir a prácticas inseguras, de cara a las opciones conocidas y riesgosas, al no contar con el dinero para comprar las pastillas, los síntomas físicos al momento de la interrupción asociados al dolor.

La investigación señaló que la crisis subjetiva que implica tener un embarazo involuntario puede ser transitada con menor padecimiento subjetivo si las mujeres cuentan con la atención de un equipo de salud y si son apoyadas por sus otros significativos. Los relatos de experiencia nos muestran que transitar un aborto siendo atendidas por un equipo de salud del ámbito público organizado de acuerdo a criterios éticos, de cuidado de la salud y conforme a derecho, transforma, en parte, el contexto de producción del aborto *desclandestinizándolo*, ofreciéndole un marco de seguridad a la mujer para abortar.

Relevancia para políticas e intervenciones clínicas o sanitarias

El análisis de los datos determinó la necesidad de promover las Consejerías pre y post aborto y difundirlas en la comunidad, de manera que las mujeres

estén al tanto del recurso y de cómo acceder a la primera consulta de forma rápida; difundir en la comunidad los derechos de las mujeres al aborto legal en los casos de violación, peligro a la vida y riesgo a la salud; en los casos de patologías obstétricas, ofrecer a todas las mujeres la posibilidad de una ILE (interrupción legal del embarazo) antes de ser derivadas al consultorio de alto riesgo; ofrecer mejor calidad de atención a las mujeres para los tratamientos de aborto incompleto, HMyR (huevo muerto y retenido) e ILE mediante la realización de AMEU (aspiración manual endouterina); identificar lugares donde se realicen abortos inseguros y tomar medidas sanitarias para proteger la salud las mujeres; disponer de ecografías en los efectores de atención primaria de la salud que lleven adelante servicios de ILE y Consejería; gestionar la incorporación en nuestro país de la mifepristona para su utilización en las ILE y definir estrategias sanitarias que permitan remover barreras para el acceso de las mujeres al misoprostol.

Relevancia para la formación de recursos humanos en salud

Para lograr la reducción de la morbi-mortalidad materna es fundamental capacitar al recurso humano en el modelo de atención a la mujer en situación de aborto (donde se identifiquen ANP, se realicen ILE y se deriven a la Consejería los casos restantes) y la amplitud de patologías y circunstancias bio-psico-sociales que conllevan un riesgo a la salud de la mujer y que la hacen sujeto de derecho para una

ILE; también, sobre el uso adecuado del misoprostol y en el reemplazo del legrado por la AMEU.

Relevancia para la investigación en salud

Los resultados de este estudio motivan a ampliar y profundizar en algunos temas: realizar estudios para evaluar la necesidad de proveer anticonceptivos orales junto con la primera dosis de misoprostol, y de esquemas analgésicos para el manejo del dolor en los abortos realizados con este medicamento. Realizar estudios sobre dos hipótesis ya explicitadas en este trabajo: si la aplicación de misoprostol antes de la semana 7 de gestación detiene el embarazo pero no lo evacua completamente y causa un HMyR (huevo muerto y retenido), y si las mujeres que no vuelven luego de la

primera consulta a la Consejería lo hacen porque no pudieron conseguir el misoprostol y debieron optar por un aborto inseguro. También es necesario llevar adelante trabajos que demuestren si existe riesgo para la salud en mujeres embarazadas por las patologías denominadas “causas obstétricas indirectas” y describir su grado de morbilidad y mortalidad, para ampliar los casos que encuadran en ANP (aborto no punible). Esta investigación, a su vez, también promueve profundizar en estudios que recuperen la perspectiva de las mujeres en situación de aborto, sus preferencias y dificultades, para adecuar las intervenciones a sus necesidades, y que aborden el tema del aborto y sus relaciones con la maternidad, como eventos reproductivos posibles, no obligatorios, e integrados a la vida y sexualidad de las mujeres. ■

**Tabla 1. Mujeres según edad por planteo de la decisión a la primera consulta.
Total y porcentajes**

Edad	Planteo de la Decisión a la Primer Consulta					Total
	Sin decisión	Tomó decisión sola	Tomó decisión con pareja	Tomó decisión con madre	Tomó decisión con otros	
Adolescentes 14 a 19 años	7	13	12	6	1	39
	17,9%	33,3%	30,8%	15,4%	2,6%	100,0%
Adultas 20 a 42 años	2	38	24	1	5	70
	2,9%	54,3%	34,3%	1,4%	7,1%	100,0%
Total	9	51	36	7	6	109
	8,3%	46,8%	33,0%	6,4%	5,5%	100,0%

**Tabla 2. Mujeres con diagnóstico ecográfico.
Distribución porcentual de situación de la gesta**

		Frecuencia	%	% válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Viable	85	77,3	85	85
	Aborto en curso	4	3,6	4	89
	HMyR	6	5,5	6	95
	Anembrionado	3	2,7	3	98
	Anencefalia	1	0,9	1	99
	Aborto incompleto	1	0,9	1	100
	Total	100	90,9	100	
	Ignorado	10	9,1		
Total		110	100		

Los 10 casos ignorados corresponden a mujeres que realizaron consultas iniciales pero que no volvieron con una ecografía de diagnóstico.

Tabla 3. Mujeres con gestas viables que decidieron interrumpir el embarazo con misoprostol. Esquema de tratamiento utilizado por las mujeres por resultado de la interrupción

Tratamiento	Resultado				Total
	Aborto Completo	Aborto Incompleto	No abortó	No se sabe**	
4 pastillas***, 3 dosis cada 12 hs	20	2	2	1	25
Única dosis de 3 ó 4 pastillas	4	3	1	2	10
4 pastillas, 2 dosis cada 6 hs	5	3	0	0	8
2 pastillas, 2 dosis cada 12 hs	1	0	0	0	1
4 pastillas, 2 dosis cada 12 hs	2	1	0	2	5
4 pastillas, 3 dosis cada 6 hs	1	1	0	0	2
Otras combinaciones	1	3	1	0	5
Total	34	13	4	5	56

* No abortó: con un solo intento de tratamiento.

**No se sabe: son mujeres que vuelven al control post aborto, relatan la expulsión, pero que no regresan con la ecografía de control post.

***Cada pastilla contiene 200microgramos de misoprostol.

Agradecimientos:

A Josefina Brown, Silvia Mario, Eva Amorín, Valeria Wainer, Ofelia Musacchio, M. de los Angeles Dosso, Silvina García Guevara, mujeres profesionales que aportaron con su saber técnico a este estudio con sensibilidad, interés y respeto por las mujeres.

Notas y referencias bibliográficas

¹ OMS. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. 2º ed. edición, Ginebra, 2012.

² *Ibidem*.

³ Ministerio de Salud de la Nación. *Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Balance 2003-2011*. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Buenos Aires, 2011.

⁴ Mario S., Pantelides E. *Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina*. Notas de población 87, CEPAL, 2011.

⁵ Gogna M., Ramos S., Romero M. *La salud reproductiva en Argentina. Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, Foro por los derechos reproductivos, Buenos Aires, 2000.

⁶ IPPF/RHO. *Iniciativas Sanitarias. Guía para difundir y promover el modelo de reducción de riesgos y daños frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*, 2012. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/237.pdf> [última visita, abril de 2013].

⁷ Rotondo M.T. *Análisis ético del aborto provocado en condiciones de riesgo*, L.Briozzo (ed.). *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena, 2007.

⁸ OMS, *op.cit*.

⁹ Bracken H. (ed.). *Prestación de servicios de aborto con medicamentos en contextos de bajos recursos: Guía introductoria*, New York: Gynuity, 2009. Disponible en: http://gynuity.org/downloads/MA_guidebook_2nd_ed_sp.pdf; <http://misoprostol.org/File/Spanish.php> [última visita, octubre de 2010].

¹⁰ Rojas Soriano R. *Capitalismo y enfermedad*. México: Plaza y Valdés, 1995.

¹¹ Fernández A.M., Tájer D. Los abortos y sus significados imaginarios: dispositivos políticos en los cuerpos de las mujeres, en S. Checa (comp.) *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós, 2006.

¹² Faúndes A., Barzelatto J. *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Buenos Aires: Paidós, 2011.

¹³ Fernández, Tájer, *op.cit*.

¹⁴ Ramos S. et al. *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto ¿Una transición ideológica?* Buenos Aires: CEDES, 2001.

¹⁵ Ulloa F. *Sociedad y crueldad* (notas preliminares). Buenos Aires: Asociación Madres de Plaza de Mayo, 2000.

¹⁶ Galende, E. *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós, 1997; Burín M. et al. *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recitada*. Buenos Aires: Paidós, 1990.

¹⁷ Carril Berro L., López Gómez A. *Aborto y subjetividad. Un estudio uruguayo*. Ponencia, IX Jornadas de actualización del Foro de Psicoanálisis y Género de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, 2009.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ Rostagnol S. Autonomía y subordinación en el tránsito de las mujeres por el aborto clandestino, *Otras Miradas* 2005; 5(2), Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.

²⁰ Rodríguez Gómez G., Gil Flores J., García Jiménez E. *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Algibe, 1996.

²¹ Rosemberg M. Sobre el aborto no punible. Ponencia, Congreso de países del Mercosur sobre Bioética y Derechos Humanos, Derecho a la Salud, 2010.

²² Rostagnol, *op.cit.*

²³ Rosemberg, *op.cit.*

²⁴ OMS, *op.cit.*

²⁵ *Ibidem.*

²⁶ *Ibidem.*