

SISTEMA PÚBLICO DE SALUD Y TRAYECTORIAS DE MUJERES QUE ATRAVESARON SITUACIONES DE INTERRUPCIÓN INDUCIDA DE EMBARAZOS

Autoras:

FARETTA, Florencia. Lic. en Antropología. Educación para la Salud.

MAZUR, Viviana. Médica. Esp. Medicina General y Familiar.

QUATTRUCCI, Cecilia. Lic. en Sociología. Educación para la Salud.

SANTOMASO, Carla A. Lic. en Sociología. Educación para la Salud.

CeSAC Nº 7 – Área Programática H.G.A. “D.F. Santojanni”

2 de Abril entre Av. Gral. Paz y Montiel, CABA. (1439)

(011) 15 3179 8853 / (011) 4602-4121

mazurviviana@yahoo.com.ar / rieps.cesac7@gmail.com

Agosto de 2016

Inédito

Trabajo de Investigación con enfoque cuali-cuantitativo

Clínica Ampliada / Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado (s-e-c)

Resumen

Existen diversos factores por los cuales los embarazos no planificados son frecuentes en la vida de mujeres en edad reproductiva, configurando al aborto como una problemática vigente. Este es un trabajo sobre trayectorias de mujeres que atravesaron situaciones de abortos inducidos y entraron en contacto con el sistema público de salud, accediendo a las consejerías en reducción de riesgos y daños (RRyD) en dos centros de salud del HGA "D. F. Santojanni" (CABA).

Objetivo: analizar el rol del sistema público en las trayectorias de las mujeres que abortaron, en relación a cinco ejes: toma de decisión, recorridos previos, trayectorias de interrupción, percepciones sobre circuitos de atención y valoraciones subjetivas. **Material y métodos:** Sistematización y análisis cuantitativo de 73 historias clínicas y análisis cualitativo-narrativo de 10 entrevistas en profundidad.

Resultados: La problemática del aborto interpela de lleno al sistema público de salud como responsable de garantizar el derecho a una atención integral. El acceso al sistema tiene un impacto positivo en términos de reducción de riesgos y daños cuando es en el marco de las consejerías en salud sexual y reproductiva integral.

Discusión y conclusiones: Se discuten potencialidades y límites de las consejerías en RRyD. La fragmentación del sistema permite que se implementen como dispositivos eficaces donde existen equipos comprometidos con esta perspectiva, pero no están instaladas como lineamiento de política pública de salud sexual y reproductiva integral.

Propuestas: institucionalización de las consejerías en RRyD y generación de caminos de integralidad dentro del sistema público de salud.

Palabras claves: aborto, consejerías en reducción de riesgos y daños, sistema público de salud, trayectorias de interrupción.

Soporte técnico: proyector de diapositivas y pantalla

I- Introducción

Las mujeres han recurrido históricamente a la práctica del aborto para interrumpir, por diversos motivos, embarazos no deseados. Si bien los avances en el desarrollo de

métodos anticonceptivos permiten actualmente controlar de manera eficaz la posibilidad de embarazo, y la distribución de los mismos se realiza de manera gratuita a través del sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires, existen diversos factores por los cuales los embarazos no planificados siguen siendo situaciones frecuentes en la vida de mujeres en edad reproductiva, configurando al **aborto** como una **situación problemática** vigente.

En términos de **contexto**, en nuestro país, el aborto se encuentra legalmente restringido por el Código Penal desde 1921, donde se lo tipifica como un delito contra las personas y contra la vida. El artículo 86 del Código estipula los casos en los que el aborto es no punible: 1) “Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios” y 2) “Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto”. Durante décadas, el alcance de estos incisos estuvo obstaculizado y sometido a debate, hasta que recién en marzo de 2012 la Corte Suprema de Justicia, mediante el fallo «F.A.L.», estableció que, para los casos de violación, este derecho alcanzaba a todas las mujeres cuyos embarazos provinieran de relaciones no consentidas, y no sólo a las mujeres con discapacidad. Además, agregó que no se requiere autorización judicial ni denuncia policial previa para acceder a una interrupción legal del embarazo, e instó al Estado Nacional y a los Estados Provinciales a que sancionen protocolos a fin de regular el acceso rápido y efectivo a la práctica, señalando que las dilaciones innecesarias de parte de los profesionales de salud deben ser evitadas. Precisó aparte que no hay obstáculos constitucionales ni convencionales (en Convenciones y Tratados Internacionales de Derechos Humanos) para la despenalización del aborto. En el año 2015, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable publicó el Protocolo para la Atención Integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, actualmente en vigencia.

A nivel de la Ciudad de Buenos Aires, luego del fallo FAL, se aprobó el procedimiento para la atención profesional de prácticas de aborto no punibles en los hospitales del subsector público de salud, contempladas en el artículo 86 incs. 1) y 2) del Código Penal a través de la Resolución Nº 1252/MSGC/12. La resolución originalmente fue restrictiva, sin embargo, entre fines del año 2012 y principios de 2013, se judicializó, y la

jueza López Vergara realizó modificatorias para que se adecuase a la interpretación del Código Penal que realizó el Fallo FAL¹.

Desde entonces nos encontramos en un momento histórico de transición en el cual las interpretaciones para encuadrar un aborto como legal están en permanente disputa y redefinición, particularmente en torno a los alcances de la causal salud, que se ha venido ensanchando en el marco de la perspectiva de salud integral de la mujer. No obstante, el contexto legalmente restrictivo persiste, y tiene como contracara la realización de abortos dentro de un circuito clandestino y privado, donde la calidad de la atención recibida y el nivel de seguridad de la práctica dependen, principalmente, de la capacidad económica de las mujeres. Tomando los lineamientos de la OMS, un aborto inseguro “(...) es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos” (OMS, 2012:18). En contraste, un aborto realizado por un profesional capacitado y en un entorno adecuado con los recursos necesarios, se considera seguro y constituye una práctica de bajo riesgo. En este marco, la posibilidad de realizarse un aborto seguro queda restringida a los casos que se encuadran dentro de la interrupción legal o a aquellas mujeres que, dentro del circuito clandestino, cuentan con recursos económicos. Las mujeres de menores recursos a menudo recurren a lugares inseguros. Tal escenario impacta tanto en el ensanchamiento de la brecha ya existente entre mujeres que pertenecen a distintos estratos sociales, como en la incidencia de complicaciones post aborto y de mortalidad materna.

Lejos de tratarse de un asunto individual, la OMS, así como el Ministerio de Salud de la Nación (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable – PNSSyPR), reconocen que el aborto constituye un problema de responsabilidad social y salud pública, en tanto la restricción legal no se relaciona con la cantidad de abortos sino con las condiciones de seguridad de la práctica.

Ya sea que el aborto se dé con mayores restricciones legales o que esté disponible a requerimiento, la probabilidad de que una mujer tenga un embarazo no deseado y que intente un aborto inducido es prácticamente la misma. Sin embargo, las restricciones legales, además

¹ Las modificatorias dejaron sin efecto algunos requisitos que obstaculizaban la práctica: la exigencia a la intervención de un equipo interdisciplinario, la constatación de la inminencia del daño a la salud que implicaría la continuación del embarazo, la firma del director de efector conforme al diagnóstico y al procedimiento, la certificación de insania o discapacidad y el límite de 12 semanas de edad gestacional para realizar la práctica, que a partir de las modificatorias, quedó a criterio del médico tratante.

de otras barreras, conllevan a que muchas mujeres se induzcan el aborto o se hagan un aborto con profesionales no especializados. La condición legal del aborto no produce ningún efecto sobre la necesidad de una mujer de tener un aborto, pero afecta dramáticamente su acceso a un aborto sin riesgos (OMS, 2012: 18).

Las cifras de mortalidad y morbilidad asociadas al aborto inseguro demuestran, de manera dramática y contundente, que la prohibición legal del aborto no lo previene sino que lo vuelve riesgoso, especialmente para las mujeres más pobres (PNSSyPR, 2014: 53).

Desde el punto de vista de las consecuencias que el aborto tiene para la salud de las mujeres, en Argentina disponemos de dos tipos de datos oficiales relevados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS): egresos de internación de establecimientos oficiales según diagnóstico y causas de mortalidad materna. Vale aclarar que ninguna de estas estimaciones distingue entre abortos inducidos y espontáneos, y constituyen sólo una fracción del total de abortos que ocurren anualmente.

Según los datos más actuales disponibles, en el año 2013 48.949 mujeres estuvieron internadas por complicaciones relacionadas con abortos. El grupo más numeroso tenía entre 20 y 24 años. A nivel de la Ciudad de Buenos Aires este indicador es de 3.614, y también la mayoría fueron mujeres de entre 20 y 24 años de edad (DEIS, 2013). Además de las estadísticas oficiales, existen estimaciones de que en Argentina se producen entre 370 y 522 mil abortos inducidos anuales (Mario y Pantelides, 2009).

Por su parte, la mortalidad materna en Argentina no ha variado significativamente en las últimas dos décadas y el aborto sigue siendo la principal causa obstétrica directa. En el año 2014 se produjeron 43 muertes por aborto en el país, una de ellas en la Ciudad de Buenos Aires (DEIS, 2015). La mayoría de estas mujeres tenían entre 25 y 29 años.

Este trabajo presenta una sistematización cuantitativa de datos de historias clínicas y un análisis cualitativo de relatos de mujeres que atravesaron situaciones de abortos inducidos y entraron en contacto con el sistema público de salud en algún punto de la trayectoria de la interrupción, accediendo a las consejerías en reducción de riesgos y daños. El **problema** concreto que pretendemos abordar se sintetiza en la siguiente pregunta: ¿cuál es el papel de la intervención del sistema público de salud en las trayectorias de mujeres que deciden realizar una interrupción voluntaria de su embarazo?

El **objetivo general**, en consecuencia, es analizar el rol del sistema público en las trayectorias de las mujeres que abortaron, a partir de la sistematización de experiencias

relevadas en dos centros de salud pertenecientes al Área Programática del Hospital General de Agudos D.F. Santojanni del G.C.A.B.A. Luego de caracterizar el referente empírico en términos cuantitativos, los resultados se organizan en cinco apartados que responden a los **objetivos específicos** del estudio. El **primero** de ellos apunta a explorar el **proceso de toma de decisión** ante embarazos no deseados que da inicio a la trayectoria de interrupción. El **segundo** se centra en relevar los **recorridos previos** de las mujeres y las situaciones que desembocaron en embarazos no planificados. El **tercero** hace foco en describir y analizar las **trayectorias de interrupción** que atravesaron las mujeres, relevando los distintos circuitos con los que entraron en contacto en busca de una solución. El **cuarto** considera las **percepciones** que las mujeres han elaborado **sobre los circuitos de atención**, distinguiendo entre el público y el privado. El **último** analiza las **valoraciones subjetivas** que estas mujeres tenían previamente sobre el aborto y cómo se han visto modificadas luego de atravesar la experiencia.

Este trabajo conjuga intereses desde el campo de la salud, el académico y el de derechos. El **propósito** es aportar al desarrollo de conocimiento sobre las experiencias de mujeres que atravesaron situaciones de aborto, con el fin de contribuir a la comprensión y visibilización de la temática tanto para la elaboración de políticas públicas como para la mejora en las prácticas cotidianas de los servicios públicos de salud.

II. Marco contextual: consejerías en el primer nivel de atención

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR, 2010 y 2014) propone la implementación del dispositivo de consejerías pre y post aborto frente a embarazos no deseados como estrategia para la prevención del aborto inseguro y de la muerte materna. Las consejerías toman como marco la perspectiva de salud integral, de derechos sexuales y reproductivos y de reducción de riesgos y daños. “El concepto de reducción de riesgos y daños (RRyD) apunta a disminuir las consecuencias negativas de una práctica que implica riesgos. No se centra en erradicar la conducta de riesgo, sino que presenta alternativas para ‘convivir’ con ésta de la forma menos riesgosa y dañina posible. Las acciones educativas y socio sanitarias que se engloban bajo los programas de RRyD se realizan sin valoración moral previa acerca de la conducta específica sobre la que se pretende incidir” (PNSSyPR, 2014: 54). Las consejerías, tienen como objetivo “la reflexión conjunta de la mujer o la pareja con el/la consultor/a para que la mujer pueda tomar una

decisión informada, consciente y responsable acerca de su embarazo” (PNSSyPR, 2010: 45). La estrategia de RRYD parte de reconocer que, más allá de los contextos legales restrictivos, existe un margen de acción para los equipos de salud donde se puede brindar información y acompañamiento para la prevención de prácticas de aborto inseguras. Se apunta a paliar las consecuencias negativas de prácticas riesgosas, sin realizar valoraciones morales y privilegiando las decisiones autónomas. No se indica, favorece o recomienda ninguna conducta. En este sentido, el equipo de salud no participa en la decisión de la mujer, ni realiza la práctica del aborto, simplemente acompaña y brinda información, actuando ante situaciones que de todas formas existen de hecho y seguirán existiendo.

El asesoramiento brindado orienta sobre todas las alternativas posibles, incluyendo la de seguir adelante con el embarazo, la adopción y, en caso de que la mujer manifieste su deseo firme de interrumpirlo, las medidas a tener en cuenta para evitar y/o minimizar los riesgos. Entre la información científicamente validada y disponible que debe ser brindada en el marco de las consejerías en RRYD, se incluye la relativa al aborto farmacológico realizado con misoprostol, reconocido por la OMS como método eficaz para interrumpir embarazos y “reducir las complicaciones de un aborto inseguro” (OMS, 2012:46).

A nivel de la legislación de la ciudad de Buenos Aires, el dispositivo de consejerías se enmarca bajo la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley Nº 153) que garantiza el derecho a la salud integral de todas las personas sean o no residentes de la Ciudad, y fundamentalmente, el derecho de la población a acceder a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual. Asimismo, se apoya en la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la CABA (Ley Nº 418) que establece como uno de sus objetivos generales garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos.

Las consejerías se basan en dos instancias de intervención: 1) Consejería pre-aborto y 2) Consejería pos-aborto. El circuito se inicia con una consulta espontánea (sin turno) de la mujer que puede llegar con la necesidad de confirmar una sospecha de embarazo no planificado o con un embarazo no deseado ya confirmado en busca de información. Se realizan exámenes para confirmar el embarazo y determinar la edad gestacional (de estar disponible se realiza una ecografía). La actitud del equipo se basa en la contención, la escucha activa y la confidencialidad de la información brindada por la mujer sin emitir juicios

de valor. Se asesora sobre todas las alternativas posibles y se respeta la elección de la mujer. Se evalúan las redes de contención familiar/social y los condicionantes vinculares que puedan estar interfiriendo con una libre decisión, resaltando siempre la autonomía y los derechos de la mujer. En caso de decidir interrumpir, se explica el contexto legal restrictivo y el tipo de asesoramiento que podemos brindarle desde este espacio. Se evalúa, junto con la mujer, si la situación se encuadra en los términos de un aborto no punible. En caso negativo, se advierte sobre los riesgos y daños producidos por ciertas prácticas de aborto inseguro (sondas, inyecciones, hierbas medicinales, etc.). Se brinda información comprensible, validada científicamente y de dominio público acerca del uso del misoprostol. Se completa la Historia Clínica Unificada (confeccionada por la Red contra el Aborto Inseguro), que incluye una anamnesis para conocer la situación de salud, descartando factores de riesgo y contraindicaciones para el uso de misoprostol. Se anticipa sobre los síntomas y signos esperables y se advierte sobre los signos de alarma y la conducta a seguir. Se indaga acerca de las redes de apoyo de la mujer y de las condiciones físicas y materiales con las que cuenta para realizar la práctica de manera ambulatoria. Finalmente, se pauta una próxima consulta de seguimiento y pos-aborto². Si la situación se enmarca dentro del aborto legal, se lleva adelante el protocolo.

En las consejerías pos-aborto se recibe a la mujer en el centro de salud, se escucha su relato, se realiza examen físico si es necesario y eventualmente se realiza un control ecográfico para evaluar que el aborto se haya realizado de manera completa. Una vez que el aborto se completa, se le ofrece activamente información y asesoramiento en métodos anticonceptivos y se procura garantizarle el acceso sistemático a los mismos.

III- Devenires de la investigación: estrategias metodológicas

Este trabajo fue realizado por un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales de las disciplinas de antropología, sociología y medicina general. Se utilizó una **estrategia metodológica combinada cuanti-cualitativa** para la recolección y el análisis de datos.

Contamos con dos tipos de **materiales**. Por un lado, nuestro **referente empírico** se conformó con **73 casos** de mujeres que accedieron a las consejerías en dos centros de salud del área programática del Hospital Santojanni. Esta base de datos fue construida mediante la

² No se brinda la medicación y la mujer realiza la práctica por su cuenta.

recolección y la **sistematización cuantitativa** de las **historias clínicas unificadas (HCU)**³ correspondientes al período de enero de 2013 a enero de 2015 inclusive. El recorte temporal corresponde al momento a partir del cual se comenzaron a utilizar las HCU. Si bien por la dinámica misma de las consultas no todas las historias están completas, permiten de todas formas caracterizar el referente empírico y extraer datos reveladores que, al analizarlos, permiten poner en cuestión algunos supuestos de sentido común que serán abordados con mayor profundidad en el desarrollo de este trabajo.

Por otro lado, a partir del referente empírico mencionado, se construyó una **muestra con 10** de estas mujeres que entraron en contacto con el sistema público de salud en algún momento de sus trayectorias de interrupción, a quienes se les realizó una **entrevista en profundidad** en base a una guía de preguntas que orientaron el relato. El acceso a las entrevistas estuvo desde el inicio atravesado por las dificultades propias de relatar una práctica fuertemente estigmatizada y cargada de connotaciones morales negativas en un contexto legalmente restrictivo. En consecuencia, la muestra se conformó a partir de los relatos de las mujeres que accedieron de manera voluntaria a la entrevista, con miras a profundizar la comprensión del fenómeno del aborto y el papel del sistema de salud, sin buscar representatividad en términos estadísticos y tomando el criterio de saturación. La totalidad de las entrevistas fue realizada en el marco de la consulta pos-aborto una vez completado el seguimiento, mediante la invitación del equipo a participar del estudio, garantizando la confidencialidad de los datos personales, la voluntariedad de la participación y la disponibilidad para preguntar y recibir todo tipo de información relativa al proceso.

El análisis de las 10 entrevistas se realizó con métodos cualitativos. Un primer paso fue establecer las categorías y los ejes analíticos luego de la lectura de los relatos y los desarrollos del marco teórico utilizado. En base a estos ejes se armó una matriz mediante la cual se realizó el análisis a partir de la identificación de **regularidades temáticas** y **ejes de sentido estructurantes en los relatos**. La presentación de los resultados cualitativos incluye la transcripción de los fragmentos narrativos más representativos reconstruidos con el mayor grado de fidelidad posible a partir de la toma de notas realizada por parte del equipo durante las entrevistas. Se utilizó un nombre de fantasía para cada caso a fines de garantizar la confidencialidad, y se detallan la edad y la cantidad de hijos de cada entrevistada⁴.

³ Historia Clínica Unificada (HCU) – Red contra el aborto inseguro (En Anexo).

⁴ 1-Noelia, 18 años, 1 hijo.

IV- Entramados teóricos

En este apartado presentaremos los principales núcleos conceptuales que han guiado nuestro proceso. Comenzamos con unas consideraciones breves en torno a la maternidad y el aborto como construcciones socioculturales con miras a tener herramientas para contextualizar y analizar los relatos. Luego tomaremos las nociones de subjetividad, experiencia, trayectoria, itinerarios burocráticos, ruta crítica, redes en salud y redes sociales.

Pensar en la **maternidad como construcción social** requiere considerar el proceso mediante el cual cada sociedad, a partir de la constitución del género, elabora ideas sobre la diferencia sexual corporal y sobre cómo deben ser varones y mujeres, atribuyendo características “masculinas” y “femeninas” propias a cada sexo (Lamas, 2002). De esta forma, la simbolización cultural de las diferencias anatómicas se traduce en un conjunto de conductas, prácticas, roles y actitudes que no son sólo esperables, sino hasta cierto punto obligatorias. En nuestras sociedades occidentales actuales, la maternidad es uno de estos roles que se considera prácticamente un “destino” para toda mujer. La naturalización que se le atribuye a la maternidad involucra y asocia toda una serie de sentidos con una gran carga moral y valorativa que están en tensión: sexualidad y placer, cuerpo y procreación, anticoncepción y responsabilidad. En este escenario, el **aborto** aparece, por un lado, como una amenaza a la maternidad obligatoria, por lo cual es socialmente condenado. Por otro lado, la oposición social al aborto también se fundamenta sobre el derecho a la vida. Esta doble condena moral, junto con la restricción legal, genera al menos las siguientes consecuencias: estigmatiza una práctica que existe de hecho, colabora a que se la considere una cuestión del ámbito privado y promueve los circuitos clandestinos y la realización de abortos inseguros.

El concepto de **subjetividad** nos permite analizar el modo en que estas construcciones sociales sobre la maternidad y el aborto se inscriben la vida de las mujeres protagonistas de este estudio. Tal como la entendemos, la noción de subjetividad abarca,

2-Amalia, 19 años, 1 hijo.

3-Marcela, 19 años, 1 hijo.

4-Micaela, 19 años, sin hijos.

5-Lara, 23 años, 1 hijo.

6-Celeste, 26 años, 1 hijo

7-Carla, 27 años, sin hijos.

8-Marta, 30 años, 6 hijos.

9-Rosario, 44 años, 3 hijos.

10-Elena, 44 años, 5 hijos.

por un lado, sentimientos, pensamientos, modalidades de acción e incorporación de significados dominantes construidos social y culturalmente en el marco de relaciones de poder. Esto se traduce en determinadas maneras de hacer, pensar, actuar y sentir: la subjetividad socialmente constituida. Por otro lado, abarca aspectos constituyentes, esto es, lo que los sujetos hacen, piensan y sienten en función de sus experiencias, de lo que tienen, lo que son y lo que pueden, en interacción con las formaciones socioculturales y el contexto histórico en el que viven: la dimensión constituyente de la subjetividad (Cabrera, 2014). En consecuencia, lo subjetivo articula dimensiones constituidas y constituyentes, y considera la esfera de los deseos, intenciones, interpretaciones, estrategias y reelaboraciones de las representaciones y prácticas socialmente construidas.

Por su parte, el concepto de **experiencia** se vincula íntimamente con la subjetividad, en el sentido que las propias vivencias y el conocimiento derivado de ellas influyen en los procesos de conformación subjetiva. Las experiencias constituyen vivencias sensibles que se inscriben en el cuerpo y se relacionan con los procesos interpretativos a través de los cuales los sujetos buscan comprender y dar sentido a sus acciones. Ahora bien, no es lo mismo hablar de experiencia en términos encarnados, vividos, que de la interpretación que hacen los propios sujetos en función de la trama de sentido que les otorgan al narrarlas y comprenderlas como sucesos significativos en sus historias de vida. Estas unidades de experiencia estructuradas narrativamente son las que podemos relevar mediante la técnica de entrevista (Alves y Rabelo, 2009).

En resumen, asumimos para esta investigación una mirada relacional que considera que las estructuras socioculturales influyen en nuestras experiencias, sentimientos y subjetividades, en las formas en que sentimos y vivimos nuestros cuerpos y nuestras vidas; y a su vez, que las dimensiones experienciales, corporales, subjetivas y sensibles de los sujetos son el fundamento de sus maneras particulares y creativas de interpretar y habitar el mundo. Las experiencias y los procesos de configuración subjetiva dependen de la compleja interrelación entre la particularidad situacional del sujeto y su posición al interior la sociedad.

Al analizar en particular las experiencias de interrupción de embarazos, utilizamos la noción de **trayectoria** para aludir al recorrido que atraviesa la mujer desde el momento que confirma la existencia de un embarazo hasta que concluye el aborto, incluyendo distintas instancias como la búsqueda de información, el proceso de toma de decisión, los actores

involucrados y los distintos circuitos a los que acude (sistema público o privado de salud, farmacias, conocidos, etc.). Para la construcción de la noción de trayectoria nos resultaron de utilidad los aportes de Abadía Barrero y Goretty Oviedo Manrique (2010) en relación a lo que denominan **itinerarios burocráticos**, es decir, los recorridos que los ciudadanos deben realizar para obtener respuestas del sistema de salud. Los autores proponen una perspectiva concordante con la que utilizamos en este trabajo, puesto que analizan de manera relacional el nivel de la experiencia subjetiva de los pacientes, en tanto usuarios de las instituciones sanitarias, y el nivel estructural del sistema de salud. Esta conexión se visualiza a través de la categoría de itinerarios burocráticos. A diferencia de los recorridos terapéuticos clásicamente analizados desde las ciencias sociales en salud, donde “los pacientes buscan satisfacer sus creencias de sanación al hacer trayectorias voluntarias entre distintas opciones terapéuticas disponibles”⁵, los itinerarios burocráticos hacen referencia a las “demandas obligatorias administrativas, financieras y jurídicas, que se imponen a los pacientes para acceder a los servicios o recibir una atención adecuada” (2010: 95). Estos últimos, “no dependen de las necesidades de las personas o de la valoración médica, pero sí del cumplimiento exitoso de las normas administrativas del sistema y los costos financieros (nuevas barreras de acceso y calidad)” (2010: 95).

Las **trayectorias de interrupción**, tal como las entendemos para este trabajo, son más amplias que los itinerarios dentro del sistema de salud, y dependen no sólo de lógicas burocráticas y financieras, sino fundamentalmente de la clandestinidad de la práctica. En consecuencia, el modo y el momento de acceder al sistema público de salud y encontrar servicios o profesionales que trabajen enmarcados dentro del dispositivo de consejerías en reducción de riesgos y daños, depende de las redes de cada mujer, sus trayectorias previas, y en algún punto, del azar.

Otro concepto que nos resultó de utilidad es el de **ruta crítica** construido por Sagot (2000) para dar cuenta de los recorridos que realizan las mujeres en situaciones de violencia intrafamiliar en búsqueda de una solución, y comprende las decisiones que toman, las acciones que emprenden y las respuestas sociales con las que se encuentran, tanto a nivel familiar, social como institucional (Sagot, 2000). Este concepto ha sido retomado por Tajer y otros (2006) para pensar la equidad en las prácticas de salud en la Ciudad de Buenos Aires.

⁵ Se refiere al recorrido de los pacientes con representantes de distintos modelos de atención: alópatas, yuyeros, homeópatas, pastores, entre otros.

Desde la perspectiva del sistema de atención, las rutas críticas se constituyen a partir de que “existen dificultades en la implementación de prácticas de salud hacia las mujeres que incluyan una perspectiva de integralidad y equidad de género (...) en la atención” (2007: 253). Estas dificultades derivan en barreras al acceso que impulsan a las mujeres a trazar su propio camino dentro del sistema de salud para conseguir, con mayor o menor éxito, una respuesta a sus necesidades. Las autoras denominan estos recorridos autogestionados como **caminos espontáneos**. Este concepto es utilizado para proponer los **caminos de integralidad**, que implicarían una progresiva institucionalización de los recorridos autogestionados, es decir, una transformación a nivel del sistema de salud que modifique la relación entre los efectores y los usuarios, tendiendo a la reciprocidad, la integralidad y la calidad en la atención.

En esta misma línea, Rovere (1999) va más allá al sostener que no es posible hablar de un *sistema* de salud, puesto que esa forma de nombrarlo le otorga automáticamente una homogeneidad de la que carece. Propone, en cambio, que analizar cómo se prestan los servicios de salud permite aprehender la heterogeneidad de su funcionamiento, caracterizado por la desarticulación y por un alto nivel de autonomía de los profesionales. En este marco, utiliza la categoría analítica de **redes en salud** entendidas como vínculos interpersonales entre los profesionales. Estas redes pueden revestir distintos grados de formalidad institucional y distintos niveles de relación que van desde el mero reconocimiento del otro hasta la cooperación y la asociación más sistemáticas.

Así como Tajer analiza los caminos espontáneos de los usuarios en el sistema de salud, y Rovere la heterogeneidad en los niveles de vínculos entre los profesionales, desde nuestra perspectiva ambos enfoques se vinculan en la medida en que el surgimiento de caminos de integralidad depende estrechamente de la existencia de redes en salud consolidadas.

En esta instancia es pertinente introducir también la categoría de **redes sociales**. Según Guzmán y otros (2003) las redes sociales se definen como las relaciones interpersonales que vinculan a una persona con el entorno social, permitiéndole mantener o mejorar su bienestar y ayudándola a afrontar las dificultades. En estas relaciones se producen distintos intercambios: información, consejos, recursos materiales, tareas de cuidados, compañía, reconocimiento y escucha. En el caso de las mujeres que deciden realizar un aborto, las redes sociales pueden funcionar como fuente de información, dinero y

acompañamiento (Erviti, 2005). En ocasiones marcan el recorrido que transitan las mujeres, y el acceso a un aborto seguro o al sistema de salud pública a menudo depende de la capacidad de estas redes. Sin embargo, en un contexto de estigmatización social y restricción legal, no siempre las relaciones sociales implican fuente de bienestar, ni están exentas de conflictos. Ante una situación de aborto, dependiendo cómo éste sea valorado, las redes sociales pueden proporcionar apoyo, o bien presiones, condena y obstáculos para acceder al mismo.

En base a los desarrollos teóricos presentados analizamos las distintas trayectorias de interrupción de embarazos, tanto a nivel de las experiencias de las mujeres como de las respuestas del sistema de salud. En estos recorridos se entrecruzan la información con la que cuentan las mujeres y la que van incorporando, sus redes sociales, sus experiencias previas, la construcción social y la valoración moral sobre el aborto, la clandestinidad de la práctica y las respuestas que encuentran en los efectores de salud y en otros modelos de atención (automedicación, curanderos).

V- Resultados

a. Caracterización cuantitativa del referente empírico

Las 73 mujeres que han asistido a las consejerías entre enero de 2013 y enero de 2015 tenían entre 15 y 45 años. El promedio de edad es de 26 años, la mediana 24 años y la moda 22 años. El grupo más numeroso (29%) tenían entre 20 y 24 años. Este dato es coincidente con las estadísticas nacionales y de la Ciudad de Buenos Aires presentadas anteriormente. El 22% de los casos está compuesto por mujeres entre 15 y 19 años, y el 18% tenían entre 25 y 29. (Cuadro 1 – Anexo).

Respecto al barrio de pertenencia, sólo el 22% vivía en el área de responsabilidad de los efectores consultados, el 57% en otro barrio, y de un 21% no contamos con este dato. Estos resultados podrían reflejar la búsqueda que deben realizar las mujeres a la hora de encontrar la atención requerida. (Cuadro 2 – Anexo).

En relación al nivel educativo, un alto porcentaje de estas mujeres (40%) había concluido el secundario y un 10% lo estaba cursando al momento de la consejería, con lo cual la asociación entre bajo nivel educativo/falta de información e interrupción de embarazos no encontraría sustento. (Cuadro 3 – Anexo).

En cuanto a las gestaciones previas de las mujeres que llegaron a las consejerías, un alto porcentaje (67%) ya eran madres, mientras que sólo un 21% no. De este modo se fortalece la idea de que las mujeres que deciden interrumpir un embarazo no niegan la maternidad, sino que eligen el momento para asumir este rol nuevamente. (Cuadro 4 – Anexo).

Un 74% de las mujeres señaló que usaba algún método anticonceptivo al momento de quedar embarazada, lo cual corroboraría el hecho de que el acceso a métodos anticonceptivos no garantiza que no se produzcan embarazos no planificados. (Cuadro 5 – Anexo).

En cuanto al tipo de métodos, de las mujeres que utilizaban algún método anticonceptivo (54), la gran mayoría (63%) refirió uso de preservativos, un 18% anticonceptivos orales y un 13% inyectables. Un alto porcentaje de quienes utilizaban preservativo (76%) refirió su uso incorrecto (uso ocasional, colocación incorrecta, etc.). (Cuadro 6 – Anexo).

Por su parte, sólo un 15% de las mujeres ya se había realizado abortos, 8 con Misoprostol y 2 con legrado, mientras que la mayoría (73%) no. (Cuadro 7 – Anexo).

Respecto a cómo llegaron a la consejería, el 36% lo hizo a través de un profesional de la salud, un 21% ya era usuaria de los centros de salud y un 27% a través de un conocido. (Cuadro 8 – Anexo). Un 58% de las mujeres ya había recurrido previamente al sistema formal de salud en el transcurso de la interrupción para consultar por este tema. (Cuadro 9 – Anexo). Si bien la historia clínica no registra el impacto de estas consultas en la trayectoria, podemos inferir que no recibieron la atención requerida. Es destacable que el 85% llegó durante el primer trimestre de embarazo, y sólo un 8% durante el segundo trimestre, mientras que de un 7% no se registran datos. (Cuadro 10 – Anexo).

b. Inicios de las trayectorias y proceso de toma de decisión

La restricción legal del aborto y la consecuente condena social que de ella se deriva, se plantean como normas morales en abstracto, reglas generales que no se inscriben en ninguna corporalidad concreta. No obstante, a la hora de analizar los relatos de mujeres que interrumpieron su embarazo, la toma de decisión prioriza mucho más las **condiciones de vida concretas** que los principios abstractos ético-morales, legales o religiosos.

Partimos de realizar una distinción entre la no planificación y el no deseo de un embarazo, considerando que no todo *embarazo no planificado* termina siendo un *embarazo no deseado*. “La no planificación interpela a la mujer en su asombro y en su condición subjetiva para dar lugar o no al deseo de ese embarazo” (Pistani y Ceccato, 2014: 366). Los motivos que se mencionan como justificación ante el no deseo y la decisión de interrumpir son diversos, entre ellos los valores atribuidos a la maternidad y la paternidad –y el nivel de identificación subjetiva con estas construcciones sociales–, la situación de pareja, el proyecto familiar, la existencia de hijos previos, el proyecto de vida (que incluye estudios, trabajo, edad, etc.), la situación económica (empleo, dependencia de la pareja o los padres), los contextos de violencia y la escasez de redes sociales. Lo cierto es que, más allá de la diversidad de motivos, y de cuáles sean los más relevantes para cada mujer, ante un embarazo no deseado, recurrir al aborto emerge como posibilidad, y en todos los casos hay un **fuerte componente emocional** que acompaña la toma de decisión e involucra miedo, vergüenza y desesperación.

“Vine por la desesperación de embarazo. O sea, de que me salga positivo. Me hice un sábado y me desesperé, y no sabía qué hacer. Estaba desesperada. Sabía que acá había un lugar para hablar de la salud sexual. Entonces me vine directamente. Y conté que no sabía qué hacer, que estaba desesperada. Me daba mucha vergüenza contarle” (Lara, 23 años, 1 hijo).

“No me sentía cómoda, no era un embarazo deseado. Tenía muchísimo miedo. Pero también la doctora me habló y me dijo todas las posibilidades. Ahí sí, sí decidí bien” (Amalia, 19 años, 1 hijo).

“Me maltrataba mi marido y no quería más tener hijos yo. Porque no, no quiero. No puedo. Porque mi marido también me, como a violar. Porque no, porque él no me ayuda a mí. Tener hijos, hijos, hijos, no piensa nada” (Marta, 30 años, 6 hijos).

Además del componente emocional, los relatos dan cuenta de que la toma de decisión no es un proceso lineal y unívoco, sino que está atravesado por altibajos y **contradicciones**. Esto varía en función de la situación de cada mujer y el momento de la vida que está atravesando.

“Tenía miedo. No quería, no estaba segura. O sea, quería, no quería. Y después me decidí. No lo podía tener. Yo estoy viviendo en un alquiler y tengo que trabajar, y tengo que pagar, y tengo que mantener también a mi familia y para tener hijos... Un alquiler, sin trabajo... y bueno ahí me decidí” (Carla, 27 años, sin hijos).

“Mi mamá me dijo, ‘Vos no podes tener otro hijo’. Y bueno. Decidí la decisión de mi mamá. Yo andaba desesperada y le conté a mis tíos. Aunque también me retaron, pero bueno. (...) Y mi amiga me dijo que no me lo saque. ‘Qué feo que no te de culpa’. Y yo le digo ‘Pero si yo no puedo con mi hijito, yo no voy a poder tener a otro’” (Noelia, 18 años, 1 hijo).

Este último extracto ilustra también el papel de las **redes sociales** en el momento de la toma de decisión. En este caso, al menos a nivel de la interpretación de la entrevistada, actúan en cierto punto como presión. Sin embargo, en otros casos las redes pueden proveer apoyo, consejos o recursos materiales.

“(...) me daba vergüenza decirle a mi novio ¿Pero de dónde iba a sacar la plata? ¿Cómo hacía? En cambio ahora, yo hablé con él, hablamos bien, le hablé de la ginecóloga y él y yo conseguimos la plata, más él consiguió la plata, para las pastillas” (Celeste, 26 años, 1 hijo).

“Me acompañaron mi marido y su familia” (Marcela, 19 años, 1 hijo).

Es de destacar que sólo dos de las mujeres entrevistadas que decidieron interrumpir su embarazo no tenían hijos, lo cual fundamenta la hipótesis de que la práctica del aborto no necesariamente representa una negación de la maternidad, sino más bien la decisión de la mujer de elegir el momento deseado para ser madre. Incluso en muchos casos, en la decisión influye el deseo de priorizar la dedicación al cuidado de sus hijos.

“No fue como ella [su hija] que sí lo deseé... Además me costaba porque yo estoy sola con ella. Y estoy trabajando. La verdad si viene otro me va a... me va a complicar mucho” (Amalia, 19 años, 1 hijo).

“Ya sabía que existían las oxaprost® cuando estaba embarazada de él [su hijo] me las dio mi papá, pero no me las puse porque no era el momento, yo a él lo quería tener” (Marcela, 19 años, 1 hijo).

“(...) tengo 44 años, tengo 3 hijos. La economía está muy ajustada para todos y tratando que tengan una educación, salud y vestimenta, somos mi esposo y yo nada más. No tengo la condición ni económica ni afectiva, un hijo no es lo mismo que 5 o 7, no tenés el tiempo para atender a todos. [El test] salió positivo, no quería creer. (...) y yo con mi desesperación volver a empezar para mí era terrible. Hablé con mi prima, quería hablar con mi hermana, pero temía que se entere mi mamá que es muy religiosa, o mis 3 hijos... No quería que nadie comparta la responsabilidad de lo que iba a hacer” (Rosario, 44 años, 3 hijos).

Los relatos dan cuenta de que las **sensaciones de desesperación** mencionadas de manera recurrente emergen en relación a la situación de embarazo y la necesidad de resolverla. La confirmación de un embarazo no planificado desata un **proceso reflexivo cargado de dificultades, angustia, temores y contradicciones** donde se evalúa la propia

situación de vida, **afectando la salud integral de las mujeres**. Aún más, podríamos decir que la sensación de desesperación aparece cuando se percibe una discordancia entre, al menos, tres niveles: las **condiciones concretas de vida de cada mujer**, la interiorización que cada una tiene de la **representación social de una “buena” madre**, y su **experiencia personal de la maternidad**, es decir, los saberes que poseen sobre lo que demanda este rol y sobre la manera en que para ellas es deseable asumirlo. Es en esta discordancia donde el embarazo no planificado se convierte en no deseado. De este modo, los relatos dan cuenta de cómo se articulan en la especificidad situacional de cada mujer, las dimensiones constituidas de la propia subjetividad a partir de la incorporación de significados sociales dominantes y las dimensiones de lo constituyente, que alude a lo que los sujetos piensan, hacen y sienten en función de sus experiencias personales, de lo que tienen, lo que son y lo que pueden.

A su vez, y fundamentalmente, interesa resaltar la importancia de contar con **espacios dentro del sistema público de salud** que brinden **contención, confianza, escucha y acompañamiento** para evitar peligros y daños a la integridad física y psíquica de quienes acuden a consultar.

c. Recorridos previos y rol del sistema público de salud

Así como señalamos las condiciones en las cuales un embarazo se convierte en *no deseado*, pensar los recorridos previos de las mujeres nos permite indagar sobre los motivos por los que se producen *embarazos no planificados*. Entre ellos podemos mencionar las barreras en la accesibilidad a los métodos anticonceptivos, la falla o las dificultades para lograr un uso correcto de los mismos, la falta de información, la violencia sexual y el margen de indeterminación que brota de la fluidez misma de la vida social y de las experiencias subjetivas, sobre todo cuando se trata de situaciones relacionadas con la sexualidad.

Todas las mujeres entrevistadas habían tenido algún **contacto previo con el sistema de salud** y accedieron a consultas específicamente sobre salud sexual y reproductiva antes de quedar embarazadas: 7 de ellas en el sector público, 2 en obras sociales y 1 en el privado. Sin embargo, varias de ellas manifestaron **dificultades para acceder a los métodos anticonceptivos**, en especial en el caso del DIU.

“Hace unos años me retiraron el DIU porque ya se había vencido. Mi tercer hijo vino porque para que me coloquen el DIU me daban mil vueltas en los hospitales, te dicen que te tienen que hacer varios análisis, pap, colpo, se te van pasando los meses y quedé embarazada. Hace 13 años fue. Y fue traumático criarlos a los dos juntos. Después que lo

tuve fui a la farmacia y compré pastillas anticonceptivas, yo me las administré para no llenarme de hijos. (...) Pero por la vesícula y la tiroides, las pastillas no las pude soportar. Y me trataba de cuidar naturalmente. Después yo tenía un flujo que no se me podía curar nunca. Me trataban con óvulos, pastillas y sin curar eso no se podía poner nada. Quería DIU pero no me lo querían colocar” (Rosario, 44 años, 3 hijos).

“Yo me hice una vez un control, con lo del DIU, en la salita de mi barrio. Pero a mí no me gustó la atención. Me atendieron como muy rápido, muy así nomás. Yo quería el DIU. Estaba esperando que me venga. Siempre que me venía, me olvidaba de ir. Pero esa vez que me vino quería que me vean y que me pongan el DIU. Y no, que el turno y qué sé yo. Al final empecé a estudiar y ya no podía. Esa vez desde las 6 y media hasta las 8 estuve haciendo la fila, para que me hagan todo. Entonces yo también me re enojé y dije ‘No voy más’. Y trataba de cuidarme como podía. Usaba preservativo. Y antes de todo las pastillas. Pero ese método no es para mí, porque, o me las olvido, o no las puedo ir a buscar, o no... siempre algo me pasa” (Celeste, 26 años, un hijo).

En relación a las pastillas se detecta un uso incorrecto ya sea por complicaciones relacionadas con la sistematicidad diaria que requieren en la toma o por falta de explicación adecuada por parte de los profesionales que se las entregaron.

“Hace ya rato me estaba cuidando con pastillas y olvidé, olvidé, un día tomé, un día no, un día tomé, un día no y ahí me pasó” (Marta, 30 años, 6 hijos).

“Estaba en la salita, usaba inyectables, pero por falta de disponibilidad me pasaron a pastillas. Y no tengo idea qué pasó, quizás no las tomé bien... El doctor atiende rápido... Vos le decís para que venís, te da una receta, la retirás y ya. No me explicaron bien cómo tomarlas” (Amalia, 19 años, 1 hijo).

Aunque no es el total de los casos, en algunas mujeres detectamos **barreras y obstáculos institucionales y administrativos para acceder al método** que elegían y a la **información necesaria para su uso correcto**: en relación al DIU demoras en la colocación, en relación a los anticonceptivos inyectables falta de disponibilidad de insumos, y en relación a los anticonceptivos orales falta de información para la administración adecuada. En la mayoría de los casos lo que se observa es un **sistema que prescribe un método sin priorizar la elección y las posibilidades de las usuarias**.

Nuevamente se pone de manifiesto el papel crucial del sistema de salud para **fortalecer las estrategias de prevención** y continuar trabajando para generar **espacios de consulta que faciliten y garanticen el acceso a los métodos anticonceptivos eliminando todo tipo de barreras**.

d. Las trayectorias de interrupción

Para este trabajo pensamos las trayectorias de interrupción como los recorridos que realizan las mujeres desde la confirmación del embarazo hasta completar la interrupción del mismo, incluyendo los primeros contactos durante el proceso de toma de decisión con el entorno cercano, la búsqueda de información sobre distintos métodos de interrupción, la obtención del método mismo y los controles post aborto. En este sentido, son más amplios que los itinerarios dentro del sistema público de salud, ya que pueden involucrar el contacto con el sector privado, el mercado de farmacias, la asistencia domiciliaria, la medicina tradicional, los curanderos, entre otros. A pesar de que son diversos los factores que moldean cada trayectoria, la **clandestinidad** de la práctica permea cada instancia de este recorrido.

Las trayectorias para acceder al sistema público de salud en la interrupción de un embarazo varían según cada caso: desde un acceso inmediato a las consejerías en el centro de salud, a recorridos extensos donde se combinan desvíos y expulsiones hasta dar con espacios que brinden condiciones seguras. Para analizar estos caminos seleccionamos uno de los casos en tanto da cuenta de las diversas instancias por las que puede atravesar una mujer que decide interrumpir su embarazo.

Rosario tiene 44 años y 3 hijos adolescentes. Al momento de confirmar el embarazo toma la decisión de interrumpirlo y recurre a un familiar en búsqueda de información quien, por experiencia previa de acompañar a otras amigas, la lleva a una farmacia en el barrio de Constitución.

“Vos entrás a la farmacia y le decís ‘Tengo un atraso’ entonces te pregunta ‘¿Cuántos días?’ y te dice ‘Entonces tenés que tomar esto. Y te sale tanto’. Primero me dijo que eran tres y una o dos vaginalmente. Cada pastilla me la cobró un montón. Me venía pero poquito. Le digo a mi prima ‘Creo que no funcionó.’ Tenía un mes de atraso, poquísimo. Y vas dando vueltas, los días van pasando. Fui otra vez y me dijo ‘Tenés que ponerte más’. Me dio seis, me tomé cuatro y dos me coloqué. Entre estas dos veces ya había gastado bastante plata, pensando que se iba a solucionar el tema. Me dice ‘Si no se soluciona vas a tener que venir y yo te voy a dar una dirección donde te van a hacer un raspado’” (Rosario, 44 años, 3 hijos).

El ingreso al sistema de salud lo realiza por la ineficacia del método que le indican y la desconfianza en el circuito clandestino. “Pensé que era un sistema que te hacían volver para sacarte más plata cada vez, el de la farmacia. Y después llegabas a ese consultorio que

te había mandado, seguro era más plata porque era más tiempo de embarazo”. Recurre entonces a una clínica de su obra social donde le confirman que el embarazo seguía su curso.

“Me dijeron ‘Está perfecto’. No lo podía creer, otra vez. Ya casi dos meses de atraso. (...) Y con él [un doctor] me suelto, me pongo a llorar, le explico mi situación, ‘¿Qué es lo que vos querés? ¿Es para seguir? Acá es obstetricia’. Le conté qué hice con las pastillas, me dijo ‘Vos tenés que ir a un lugar indicado, con profesionales. No poner en riesgo tu vida’. Y le digo ‘¿Dónde voy a ir? Si me van a decir estás loca, ¿qué querés hacer?, una médica me va a echar’, me parecía imposible que existiera. Me dice si tenía una ginecóloga de confianza, le dije que sí pero me parecía que todos me iban a decir que no (...)” (Rosario, 44 años, 3 hijos).

En este primer contacto con el sistema de salud no se le brinda información ni asistencia frente a la decisión manifestada de no continuar con el embarazo y tampoco se realiza una derivación precisa. Sin embargo, se le sugiere acudir al sistema público de salud y evitar las prácticas clandestinas e inseguras. “El médico me había dicho que vaya a un hospital, yo vivo en Flores, me dijo ‘Tenés el Piñero y el Santojanni’”. Además de salir de los circuitos clandestinos, la consulta al médico le permitió a Rosario compartir la decisión con su marido. “Y él me entendió y no sabe nada de la farmacia, le conté de este médico nada más. (...) Yo no creía pero mi esposo es más crédulo y me dijo ‘Si te ha dicho, vamos [frente a la indicación de acudir a un hospital público]. De repente ahí nos pueden orientar’”.

El primer contacto con el sistema público de salud lo realiza en la guardia del Piñero, donde por la cantidad de gente no accede a la consulta. “Nadie te recibía”. Frente a esta expulsión, ella y su marido deciden intentar en la guardia del Santojanni.

“Fui a la guardia porque era de noche. Seguía con pérdidas, pero era muy poquito, esporádicamente. En la ecografía estaba todo perfecto. Me acerqué a recepción, me dice ‘¿Para obstetricia?’ ‘Sí’ le digo. Subí y había una chica esperando, pero decía, acá me van a querer matar. ‘¿Pero para qué estás?’. Le dije que el obstetra me había aconsejado, porque yo no quiero continuar con el embarazo, que vaya a un lugar donde haya profesionales que sepan para no poner en riesgo mi vida. ‘Ahhh’ me dice, ‘Ya te entiendo. Esperame un segundo que te doy la dirección, hay un centro donde te van a poder orientar, guiar, acompañar’. Eso lo dijo la obstétrica de guardia, jovencita. Y así fue que llegué acá. Al otro día a la mañana fui a recepción, y pregunté orientación o algo así, consejería, algo así, me habían dicho. ‘Con la doctora tenés que ir al consultorio 4’” (Rosario, 44 años, 3 hijos).

Recapitulando la trayectoria de Rosario: inicia en el mercado farmacéutico, ingresa al sistema de salud de su obra social y finalmente llega al sistema público, pasando por dos guardias antes de acceder al centro de salud donde se realizan las consejerías.

Utilizando el concepto de **ruta crítica** de Sagot (2000), podemos entender el recorrido de Rosario como la búsqueda de una solución a lo que ella vive como una situación conflictiva. A lo largo de su trayectoria se ponen en juego sus apoyos sociales, la información con la que cuenta, sus representaciones y las respuestas institucionales que encuentra en los diversos actores a los que recurre. En esta interacción se va configurando su camino en el que toma distintas decisiones y (re)elabora las estrategias que le permitirán finalmente encontrar una solución segura. Como señala Tajer (2007), en este caso, lejos de visualizarse un camino de integralidad, las rutas críticas dificultan el acceso a una atención integral de la salud y empujan a las mujeres a trazar su propia trayectoria dentro del sistema mediante **caminos espontáneos**. El caso de Rosario también da cuenta de las **barreras en el acceso**, la **fragmentación del sistema**, la **fragilidad de las redes en salud** y la **necesidad de institucionalizar el acceso a las consejerías**.

Considerando ahora el caso de Elena, su relato muestra que no siempre el primer contacto con el sistema público de salud facilita el acceso a una consejería en RRYD.

“Yo me fui a la salita, a ver si me podía ayudar. Me dijo que no. ‘Buscate otro lugar que yo no te puedo ayudar’. Una ginecóloga era. Que busque otro lugar porque ella no me puede ayudar en esto. Porque esto no está... es prohibido. (...) Salí enojada. Porque yo me fui a buscar una ayuda, un recurso, y no, como que me cerró la puerta. (...) Y acá me mandó el de la farmacia. Fui a la farmacia a comprar el Oxaprost, y me dijo, ‘Acercate que te ayudan, te orientan, no tengas miedo’” (Elena, 44 años, 5 hijos).

Tres de las mujeres que acudieron a algún efector del sistema público no encontraron ni información ni derivación, sino **obstáculos** que dilataron el proceso, e incluso, como se ve en el relato, en algunos casos se criminalizó a la usuaria generándole miedo a una nueva consulta.

Tomando en cuenta todos los relatos, podemos identificar diversos factores que intervienen facilitando u obstaculizando la accesibilidad a prácticas seguras de interrupción y que agrupamos en tres categorías: por un lado, los **vínculos interpersonales** (familiares, laborales, comunitarios) que proveen una red social de acompañamiento, recursos e información, o que desalientan y juzgan. Por el otro, los **profesionales de la salud** que actúan como redes que facilitan derivaciones más o menos protegidas o que expulsan y desaprueban. Y por último, **actores del circuito privado** que ofrecen métodos de interrupción costosos y a menudo inseguros (legrado, sondas, inyecciones, etc.), así como personal de las farmacias que funcionan a veces como puertas de ingreso a las consejerías y

otras veces como fuente de información no validada científicamente o como puente hacia particulares. Estos tres circuitos no son excluyentes, ya que muchas veces operan de manera combinada y/o superpuesta.

e. Percepción sobre los circuitos de atención

Las mujeres que lograron acceder a la consejería en el centro de salud también evaluaron otras formas de interrupción. Finalmente, por diversos motivos (dinero, practicidad, anonimato), pero fundamentalmente por la **seguridad** de contar con **asesoramiento, contención y acompañamiento del equipo de salud**, terminaron eligiendo el sistema público. Los relatos permiten comparar el circuito clandestino con el circuito público y las **percepciones** que las mujeres elaboran sobre cada uno.

“Sentía que esta vez tenía que dar resultado, porque estaba en manos de una profesional. Yo había ido con una persona empírica que no sabía y solo quería sacarme plata. Y después uno se imagina que en lo otro tiene que tener parte cuando te envían a hacer el raspado (...). Ella [la médica] me explicó cómo tenía que hacer, me orientó bien y todo salió bien. (...) Un ser humano excepcional, no sólo como profesional sino como una contención afectiva para las pacientes” (Rosario, 44 años, 3 hijos).

En el caso de Rosario, de su relato se desprende que, basándose en sus percepciones iniciales, le parecía imposible que existiera dentro del sistema formal de salud un espacio de asesoramiento. Por el contrario, creía que iba ser rechazada y juzgada por su decisión. Al mismo tiempo, el ingreso al sistema público le generaba confianza y seguridad en la práctica, en contraposición a la sospecha que le despertaba el circuito clandestino por el que ya había transitado y que le había resultado ineficiente, inseguro y sustentado en una lógica de beneficio comercial. Micaela también llega al centro de salud previa consulta con un actor del circuito privado:

“Fui a un ginecólogo que me ofreció hacerme un aborto que me cobraba no sé cuánta plata. (...) En un lugar muy raro. Se notaba que era medio antro. Fue raro porque yo llegué y había una puerta cerrada y no había ningún cartel nada, y fue raro porque siempre tienen las placas en las puertas como para reconocer que son médicos. Entramos, estaba el señor, era una casa. Me revisó... tuvo mucho cuidado, no se desubicó, no me dijo nada. Me hizo una eco y después me preguntó qué queríamos hacer. Y me dijo cuánto me cobraban, más todo un tratamiento que no sé qué más quería hacer. A mí no me parecía. Me dijo que yo iba a llegar, me iban a internar, me iban a limpiar y me iba a ir normal, y que después tenía que ir a hacer como chequeos. Mi mamá quería hacer eso, porque sentía que era lo más seguro, y le dije que para mí no era lo más seguro. Yo ya sabía de la existencia de las

pastillas, y no me parecía exponer mi cuerpo a una persona que yo no conocía, que no tengo idea como trabaja, que no tengo una referencia” (Micaela, 19 años, sin hijos).

Su relato da cuenta de los signos que le generaron desconfianza como el espacio físico de un departamento particular, la falta de credenciales y de referencias, la mención de un monto de dinero, el temor a poner el cuerpo, lo “raro” de toda la situación asociada al contexto de clandestinidad. El hecho de contar con información acerca de la existencia de las pastillas inclinó su decisión hacia una consulta en el sistema público, a pesar de la opinión de su madre y de no mencionar dificultades económicas para permanecer en el circuito privado.

En el caso de Celeste también intervienen la sensación de inseguridad asociada a los circuitos privados y la exposición del cuerpo mediada por el interés de lucro, sin embargo, para ella lo monetario sí tiene un peso importante en la elección del circuito público.

“Conocía que en el barrio hay gente que lo hace. Pero lucran. Llevan la cuenta por mes... Si estás de un mes te cobran esto, si vas un mes y medio te cobran la mitad del otro mes, y es así. Yo plata no tenía, para ir a ver a esta señora. Creo que [lo hace] con una sonda. Le comenté a mi amiga que estaba embarazada y que no sabía qué hacer, que no quería. Y ella me averiguó de esta posibilidad de asesoramiento en el centro de salud. Yo me imaginaba otra cosa. Porque vi a una amiga hacérselo con esa mujer que se lo hace con sonda y la vi re mal. Y no, me daba miedo hacérmelo con esa señora, me daba miedo” (Celeste, 26 años, 1 hijo).

También resulta relevante analizar las percepciones de las mujeres en torno a la calidad de la atención recibida en el centro de salud una vez realizada la consejería. Al respecto, encontramos que lo que más se valora es la **escucha**, la **contención**, el **apoyo** y la sensación de **confianza y cuidado**.

“Me apoyaron, psicológicamente me hicieron re bien porque yo estaba terriblemente mal... psicológicamente me hizo mal. Fue un susto, fue terrible para mí, era todo una desesperación, y acá, desde que vine acá, bueno, me quedé más tranquila, es como que desahogué un montón de cosas que me hicieron muy bien porque sentí un apoyo” (Lara, 23 años, 1 hija).

“Te da la confianza de hablar de tus problemas, de, decirte... No sé, me dio mucha confianza, me gustó como me atendieron. [Me sentí] cómoda” (Celeste, 26 años, 1 hijo).

“[La médica] tiene mucho cuidado, te sabe escuchar, te sabe responder, no que le importa el hacer todo rápido, sino que la gente se vaya tranquila” (Micaela, 20 años, sin hijos).

Las percepciones de las mujeres sobre el trato recibido son congruentes con lo señalado en las guías de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación, que destacan la importancia de brindar una **escucha atenta durante la consulta, un trato humanizado, un ambiente de confianza y una actitud libre de prejuicios desde una perspectiva de atención integral**. La **integralidad** implica una mirada centrada en las mujeres como sujetos, considerando la totalidad de la persona y no una mera parte del cuerpo. En este sentido, además de los aspectos clínicos, es necesario contemplar las **dimensiones emocionales, psicológicas, subjetivas y sociales que hacen a la salud**.

Asimismo, una consejería integral incluye asesoramiento en torno a la Salud Sexual y Reproductiva y las **prácticas de cuidado**. Destacamos como impacto favorable, por un lado, el hecho de que todas las mujeres accedieron a un método anticonceptivo una vez finalizada la interrupción: 6 de ellas al DIU, 2 al implante subdérmico y 2 a anticoncepción oral (una de las cuales tiene solicitado el implante al Programa Nacional). Por el otro, que muchas de ellas continuaron su atención en el centro de salud, e incluso, algunas facilitaron el acceso a la atención en el centro de salud a mujeres de su entorno.

f. Representaciones sociales y valoraciones subjetivas acerca del aborto: el impacto de la propia experiencia

En tanto fenómeno social cargado de connotaciones morales, cada mujer porta ciertas representaciones en torno al aborto que se ponen en juego de manera diversa cuando se atraviesa la experiencia en el propio cuerpo. A diferencia del momento de la toma de decisión, donde se priorizan las circunstancias concretas de vida, en algunos casos, en la interpretación posterior aparecen alusiones a principios ético-morales o religiosos, donde se manifiesta la influencia de las connotaciones negativas que rodean al aborto.

“Y yo pienso que lo que estoy haciendo, no está bien. (...) Porque...no se... es una cosa que está mal hacer” (Carla, 27 años, sin hijos).

“Y porque, yo me siento... tengo una... un sentimiento... pesada... A partir de esto también, porque no es ninguna cosa fácil. Como soy mamá, y sé que es querer tener. Sé todo. A mí me duele el alma de lo que yo estoy haciendo” (Elena, 44 años, 5 hijos).

“Me puse a pensar en mi nene, que estaba chiquitito recién, no tenía un año, y me... Me puse re mal. Nosotros tenemos la culpa” (Noelia, 18 años, 1 hijo).

En particular, el caso de Celeste es paradigmático en tanto muestra cómo se entrelazan de manera contradictoria las representaciones sociales vigentes, sus percepciones previas y cierta reconfiguración a partir de su experiencia. De este modo, en su

relato conviven la condena ética al aborto, la culpa, la dificultad de identificarse con otras mujeres, la justificación de su decisión por la excepcionalidad de su caso, la valoración positiva de la atención del sistema de salud, la importancia de que se difunda y el “riesgo” de que “se haga costumbre”.

“Y hay mujeres que por tener plata ya lo hacen por amor al arte. Y no está bien. Eso también, a mí me dolió un montón hacérmelo, pero yo no podía. No estaba bien para tener un hijo. Pero hay gente que ya lo hace por costumbre (...). Sería bueno que te digan todos los métodos anticonceptivos, pero también que te digan que si tenés un problema, quedás embarazada... Mi ginecóloga nunca me dijo nada. (...) O que ellos lo difundan, pero tampoco que se les haga costumbre a esas madres, porque es feo hacerlo todo el tiempo. Ya a mí... Es más fui a la Iglesia a pedir perdón porque la conciencia me hacía... Pero que no se les haga costumbre, que se busquen la manera de cuidarse” (Celeste, 26 años, 1 hijo).

En otros relatos, se menciona la experiencia como un aprendizaje personal en su trayectoria de vida.

“Para mí fue malo. No lo quiero volver a repetir si es que... es una experiencia que... yo siento que uno aprende de cada cosa que le pasa ¿no? Y esta es una para mí una experiencia que aprendí y lo tengo que asumir. Para que no me vuelva a pasar, porque es terrible, no le deseo a nadie jamás porque es terrible. O sea, si uno es sensible, creo que es terrible” (Lara, 23 años, 1 hija).

Este aprendizaje llega incluso a reconfigurar sus valores morales frente al aborto o a lograr una identificación con las luchas políticas en torno a la legalización.

“Fue un aprendizaje. Estaba sumamente en contra del aborto antes de vivirlo... Y eso fue un cambio grande de pensamiento que no sabés hasta que te pasa. Vos tenés un pensamiento, mantenés algo que después lo cambias porque lo vivís vos” (Micaela, 20 años, sin hijos).

“Que dios me perdone, pero vuelvo el tiempo atrás y volvería a tomar la misma decisión. Yo creo que aunque esté mal, por la creencia que uno tiene, dios habrá visto la desesperación que uno tiene en este caso. Le conté todo a mi prima, y no podía creer, ahora existe y es porque hace mucho que se escucha a las mujeres luchando porque se legalice, hay gente que está luchando por esta causa. Lo quiero contar porque quiero que muchas mujeres se enteren, y si lloro es de emoción de haber encontrado a gente buena” (Rosario, 44 años, 3 hijos).

La **experiencia** de atravesar un aborto en el cuerpo y el **conocimiento** que se deriva de la **propia vivencia** pone en cuestión las **concepciones sociales y valoraciones morales** de las mujeres en torno al aborto e impacta a nivel de la **conformación de su subjetividad**. Asimismo, influye a nivel de revisión de las prácticas previas y la adopción de otras nuevas,

sobre todo en torno al cuidado y la anticoncepción. De todas formas, el peso de las **construcciones sociales en torno a la maternidad y el aborto** no se diluye, sino que atraviesa los relatos cargándolos de **contradicciones**.

VI- Discusión, conclusiones y propuestas

Los **resultados** dan cuenta de que el aborto se trata de un fenómeno complejo atravesado por múltiples dimensiones: clínicas, biológicas, económicas, psíquicas, sociales, institucionales, políticas, morales, religiosas, subjetivas, simbólicas y culturales. El **propósito** de este trabajo ha sido colaborar a la comprensión del aborto en toda su complejidad y desde las experiencias de mujeres concretas, con la intención de achicar la brecha aparentemente insalvable entre “las mujeres” en abstracto y aquellas mujeres “otras”, de carne y hueso, que deciden interrumpir un embarazo. Pretendemos aportar al abordaje de un tema tan sensible socialmente como el aborto desde una perspectiva de salud pública, evitando los debates ético-morales.

El **objetivo** fue analizar el papel del sistema público de salud en la trayectoria de mujeres que deciden interrumpir su embarazo, tanto a nivel de la toma de decisión, de los recorridos previos donde se garantizó –o no- el acceso a recursos e información anticonceptiva, de las trayectorias de interrupción identificando factores que facilitaron u obstaculizaron el acceso a las consejerías en RRYD, de las percepciones sobre los circuitos de atención y de la construcción social del aborto.

Los **resultados** demostraron que **la problemática del aborto interpela de lleno al sistema público de salud**. En primer lugar, como responsable de garantizar el acceso a la información y a los distintos métodos anticonceptivos para evitar *embarazos no planificados*. En segundo lugar, sobre el rol que debe asumir cuando un *embarazo no planificado* deviene en uno *no deseado* y en la decisión de la mujer de interrumpir. Aun en nuestro contexto legal restrictivo, el sistema público de salud puede y debe asumir esta problemática. Por un lado, brindando un espacio de escucha, contención y asesoramiento en el marco de la estrategia de RRYD, respetando y acompañando la decisión autónoma de la mujer, y entendiendo la salud desde una perspectiva integral para ensanchar los alcances de la causal salud para interrupciones legales del embarazo, garantizando derechos. Por otro lado, colaborando a visibilizar y construir el tema cada vez más como una cuestión de salud pública con miras a descentrar el debate de las cuestiones éticas y morales. Este hecho es

fundamental para ir modificando las representaciones sociales negativas que condenan la práctica y colaboran a los sentimientos de desesperación, miedo y temor que empujan a las mujeres al circuito clandestino, manteniendo invariable la tasa de mortalidad materna.

Nos interesa analizar cómo se posibilitan y se instauran dentro del sistema público de salud las consejerías en RRYD, poniendo en **discusión** sus potencialidades y sus límites. El sistema público de salud se caracteriza por una alta autonomía en el trabajo de sus profesionales. Es en este margen de acción que se comprende el trabajo de las consejerías en RRYD, que emerge de manera individual por parte de algunos profesionales o equipos, sin estar del todo instauradas como lineamiento de política pública de salud sexual y reproductiva integral. La alta autonomía de los trabajadores de la salud es una de las caras de la fragmentación imperante en el sistema. Esta fragmentación implica una fuerte desarticulación con consecuencias negativas en el trabajo de los equipos y la calidad de la atención de los usuarios. Por fuera de los profesionales que trabajan autónomamente comprometidos con la perspectiva de RRYD, muchas veces existe desconocimiento que puede traducirse en expulsión del sistema a mujeres que deciden abortar, arrojándolas a prácticas inseguras. La respuesta que una mujer recibe del sistema público de salud depende del compromiso de quien la reciba y, en gran medida, del azar, lo cual impacta directamente en su salud.

El abordaje desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños es reconocido por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable como una herramienta que “no fomenta la práctica del aborto sino que reconoce el riesgo involucrado y las consecuencias negativas que se derivan de los contextos de ilegalidad” (...). En este sentido, brinda un “margen de acción para que los equipos de salud intervengan en la prevención de abortos inseguros a partir de la oferta de información y la disponibilidad de espacios dispuestos a escuchar, contener y acompañar a las mujeres respetando sus decisiones autónomas” (PNSSyPR, 2014:54-55).

Dentro del contexto legal vigente, la posibilidad de que los abortos se realicen de manera segura está al alcance del sistema público de salud. En este sentido, la existencia de las consejerías no puede quedar librada a la sensibilidad particular o el compromiso de cada equipo o efector, sino que deben institucionalizarse y garantizarse de manera formal en todo el sistema. Este trabajo pretende ser un aporte para demostrar la efectividad de las consejerías en RRYD, fundamentar la **propuesta** de expandir de su implementación, sostener

la necesidad de institucionalizar el dispositivo y de generar caminos de integralidad con miras a transformar la relación entre el sistema de salud, los equipos y las usuarias fomentando la inclusión, la autonomía, el respeto, la integralidad, los derechos y la calidad de la atención.

Bibliografía

- Abadía Barrero, César Ernesto y Goretty Oviedo Manrique, Diana (2010) "Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud". En: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá (Colombia), Sup. 9 (18): 85-102.
- Alves, Paulo César y Rabelo, Miriam C. (2009) "Nervios, proyectos e identidades: narrativas de la experiencia". En: *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Mabel Grimberg Ed. Facultad de Filosofía y Letras UBA, Buenos Aires.
- Cabrera, Paula (2014) "Propuesta teórico-metodológica para el estudio de la subjetividad desde una perspectiva antropológica". En: *Revista Virajes* (16): 187-210.
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2015) *Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico, año 2013*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2015) *Estadísticas vitales. Información básica, año 2014*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Erviti, Joaquina (2005) *El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia*. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Guzmán, José Miguel, Huenchuan, Sandra y Montes de Oca, Verónica (2003) Redes de apoyo social a las personas mayores: Marco conceptual. *Revista Notas de Población*, N°77, 35-70.
- Lamas, Marta (2002) *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México D.F.: Taurus.
- Mario, Silvia y Pantelides, Edith Alejandra (2009) "Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina". En: *Revista Notas de Población* N° 87, año 25: 95-120.
- OMS (2012) *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Segunda edición. Montevideo: Organización Mundial de la Salud.
- Pistani, María Laura y Ceccato, Melina Bárbara (2014), "Práctica voluntaria del aborto e impacto subjetivo en mujeres. Representaciones, sentidos e imaginario en escenario de clandestinidad". En: *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol XXV: 363-369.
- Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (2010 y 2014) *Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo*. Buenos Aires: Ministerio de salud de la Nación.

- Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (2015) *Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto*. Buenos Aires: Ministerio de salud de la Nación.

- Sagot, Monserrat (2000). *La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. Estudios de caso en diez países*. Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

- Tajer, Débora; Lo Russo, Alejandra; Reid, Graciela; Gaba, Mariana; Attardo, Clara; Zamar, Adriana; Fontenla, Mariana; Bajar, Soledad; Olivares Bustamante, Leslie (2006) “‘Ruta Crítica’ de la Salud de las Mujeres. Integralidad y equidad de Género en las prácticas de Salud de las Mujeres en la Ciudad de Buenos Aires”. En: *Anuario de Investigaciones*, Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología (UBA), Vol. XIV: 251-258.

- Rovere, Mario (1999) *Redes en Salud. Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública, AMR, Instituto Lazarte.

Anexos

Historia Clínica Unificada

HISTORIA CLÍNICA UNIFICADA - RED CONTRA EL ABORTO INSEGURO			
Fecha:	Nombre de la Institución:		
Identificación:	____/____/____		Ficha N°:
Domicilio (*):			Historia Clínica N°:
Nacionalidad:		Edad: _____	
Partido/Localidad:	Provincia:		
Tel/Celular (*):		Estudios: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PI <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> U	
<input type="checkbox"/> Tiene trabajo remunerado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Tiene obra social o prepaga? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> ¿Alguien la acompaña en esta situación? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
<input type="checkbox"/> ¿Cómo llega a la consulta? <input type="checkbox"/> usuaria del centro <input type="checkbox"/> personal de salud <input type="checkbox"/> conocida/familiar			
<input type="checkbox"/> Línea Aborto <input type="checkbox"/> Difusión propia			
MOTIVO DE LA CONSULTA			
<input type="checkbox"/> Consejería pre aborto	FUM: ____/____/____	ECO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EG1: _____
<input type="checkbox"/> Consejería pos aborto			
ANTECEDENTES			
<input type="checkbox"/> ¿Consultas previas por este motivo? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI			
Si consultó: <input type="checkbox"/> sistema formal de salud <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces? _____ <input type="checkbox"/> Otros ¿Cuáles? _____			
<input type="checkbox"/> ¿Intentó previamente interrumpir este embarazo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si intentó, ¿cómo? _____			
Antecedentes Obstétricos: <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ae <input type="checkbox"/> Ap			
Si Ap ¿Cómo? <input type="checkbox"/> Legrado <input type="checkbox"/> Aspiración manual <input type="checkbox"/> Aspiración eléctrica <input type="checkbox"/> Misoprostol <input type="checkbox"/> Plantas Medicinales			
<input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/> Otros		<input type="checkbox"/> ¿Estaba usando MAC? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Si MAC ¿Cuál? <input type="checkbox"/> ACO <input type="checkbox"/> ACI <input type="checkbox"/> AE <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> preservativo <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> natural			
<input type="checkbox"/> ¿Uso correcto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> ¿Dificultades para acceder al MAC? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Grupo y Factor: _____		<input type="checkbox"/> ¿Recibió gammaglobulina? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> ¿Contraindicaciones misoprostol? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
<input type="checkbox"/> ¿Cuáles? <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación de la sangre <input type="checkbox"/> Anemia grave <input type="checkbox"/> Enfermedades graves del corazón			
<input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Tumor o quistes en los ovarios <input type="checkbox"/> Cáncer en la vagina o útero <input type="checkbox"/> Otra			
Especificar en todos los casos: _____			
Derivación otro profesional <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Indicación: _____			
CONSULTA ABORTO EN CURSO/POS ABORTO			Fecha:
<input type="checkbox"/> ¿Con qué método? <input type="checkbox"/> Legrado <input type="checkbox"/> Aspiración manual <input type="checkbox"/> Aspiración eléctrica <input type="checkbox"/> Plantas Medicinales			
<input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/> Misoprostol <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____			
Si misoprostol, ¿cómo lo obtuvo? <input type="checkbox"/> farmacia con receta <input type="checkbox"/> farmacia sin receta <input type="checkbox"/> personal de salud			
<input type="checkbox"/> proveedor del barrio <input type="checkbox"/> amiga/conocida <input type="checkbox"/> internet <input type="checkbox"/> otro		CxU: _____	
Si usó misoprostol, cómo? <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> VV <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> Otra _____			
N° de comprimidos totales/N° de dosis: _____			EG2: _____
<input type="checkbox"/> ¿Tuvo sangrado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> ¿Se produjo aborto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> ¿Cómo diagnosticó? <input type="checkbox"/> ecografía <input type="checkbox"/> tacto <input type="checkbox"/> anamnesis <input type="checkbox"/> Sin determinar, indicación: _____			
Si se produjo aborto: <input type="checkbox"/> Aborto completo <input type="checkbox"/> Aborto incompleto <input type="checkbox"/> Sin determinar, indicación: _____			
<input type="checkbox"/> ¿Cómo diagnosticó el aborto completo/incompleto? <input type="checkbox"/> ecografía <input type="checkbox"/> tacto <input type="checkbox"/> anamnesis			
Si aborto incompleto, ¿cuál fue la indicación? <input type="checkbox"/> primer nivel <input type="checkbox"/> seguimiento expectante <input type="checkbox"/> misoprostol			
<input type="checkbox"/> segundo nivel <input type="checkbox"/> legrado <input type="checkbox"/> AMEU			
<input type="checkbox"/> ¿Tuvo efectos adversos? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> ¿Cuáles? <input type="checkbox"/> cefalea <input type="checkbox"/> escalofríos <input type="checkbox"/> fiebre ≤38°C <input type="checkbox"/> fiebre ≥ 38°C	
<input type="checkbox"/> lumbalgia <input type="checkbox"/> calambres <input type="checkbox"/> náuseas y vómitos <input type="checkbox"/> diarreas <input type="checkbox"/> cólicos <input type="checkbox"/> otros: _____			
<input type="checkbox"/> ¿Tuvo Complicaciones? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> ¿Cuáles? <input type="checkbox"/> hemorragia <input type="checkbox"/> rotura uterina <input type="checkbox"/> infección	
Tratamiento recibido: _____			
Tiene infección <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Indicación: _____			
Sangrado excesivo <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Indicación: _____			
<input type="checkbox"/> ¿Optó por un MAC? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ¿Cuál? <input type="checkbox"/> ACO <input type="checkbox"/> ACI <input type="checkbox"/> AE <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> preservativo <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> natural			
Observaciones:			

Consultas de seguimiento				
(Especificar cuando corresponda: tratamientos, estudios complementarios e interconsultas)				
Fecha:				
Motivo de consulta:				
Fecha:				
Motivo de consulta:				
Fecha:				
Motivo de consulta:				
Fecha:				
Motivo de consulta:				
Observaciones:				

Referencias

___/___/___: 1eras dos letras del nombre, 1eras dos letras del apellido (en MAYUSCULA)

Día de nac./mes/año completo

A: analfabeta, PI: primario incompleto, PC: prim. completo, SI: secundario incompleto, SC: sec. completo,

T: terciario, U: universitario

(*) Sólo si es relevante a los efectos del seguimiento

MAC: método anticonceptivo ACO: anticonceptivos orales, ACI: anticonceptivos inyectables,

Pres: preservativo, CI: coitus interruptus

AE: anticoncepción de emergencia

G. gestas, P: partos, C: cesáreas, Ae: aborto espontáneo, Ap: aborto provocado

EG1: edad gestacional al momento del contacto con el sistema de salud, en semanas

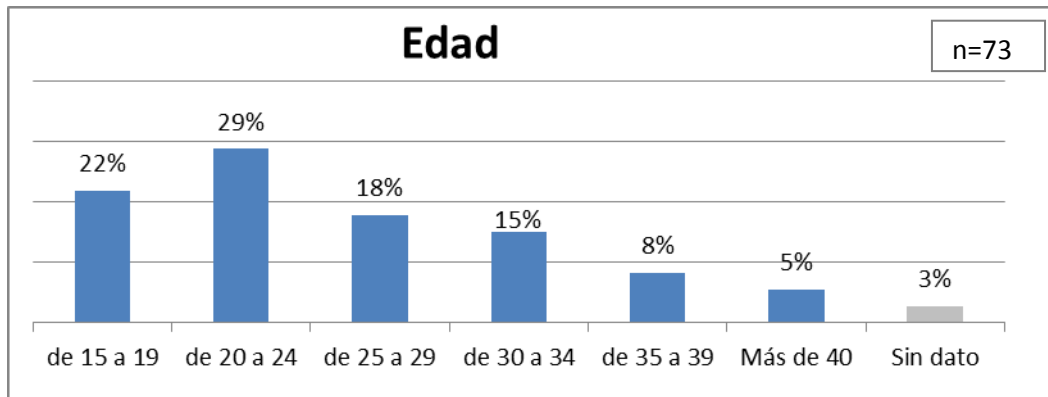
EG2: edad gestacional al momento del uso del misoprostol, en semanas

ECO: ecografía ginecológica

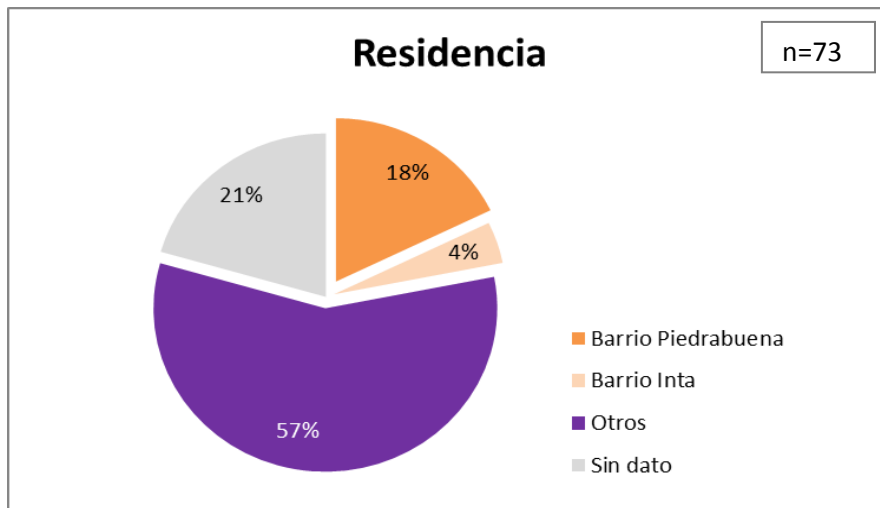
VS: vía sublingual; VO: vía oral, VV: vía vaginal

CxU: costo por unidad

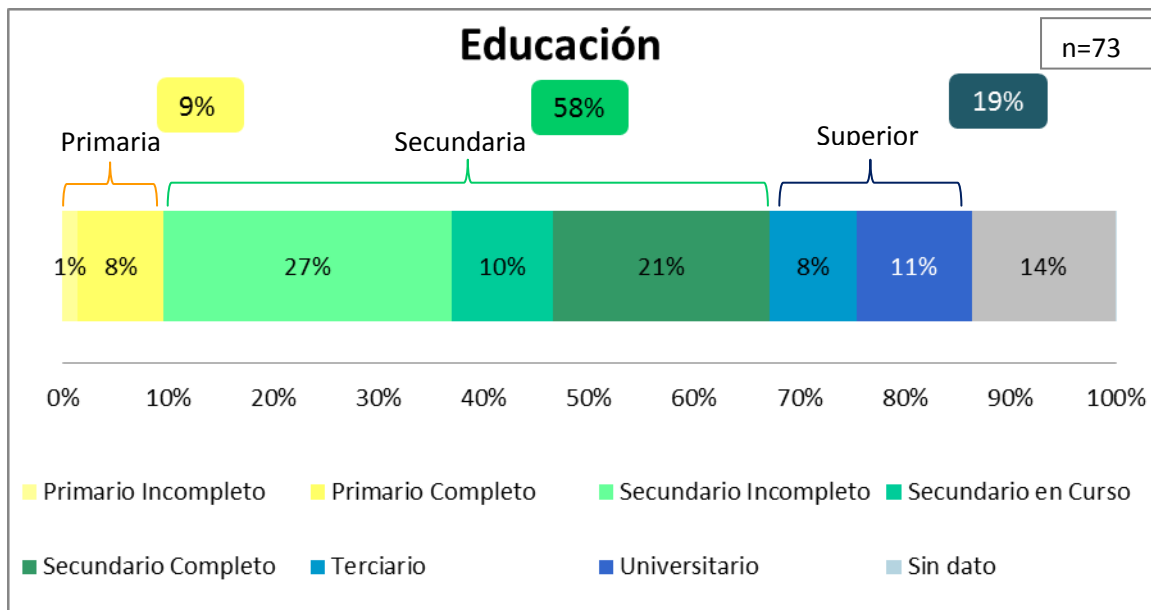
Cuadro 1 – Edad



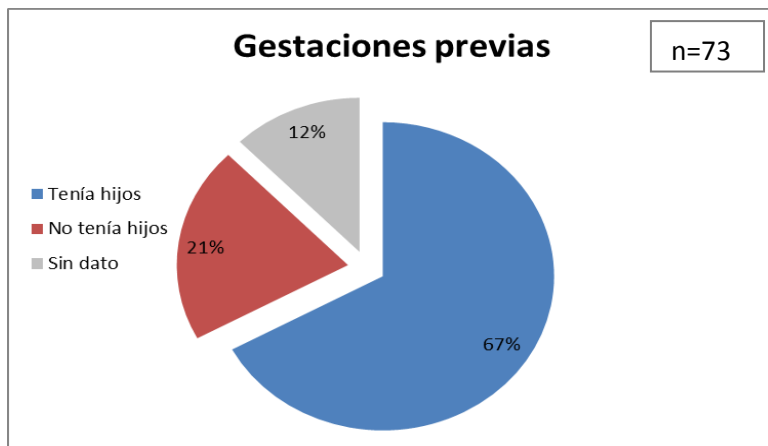
Cuadro 2 – Lugar de Residencia



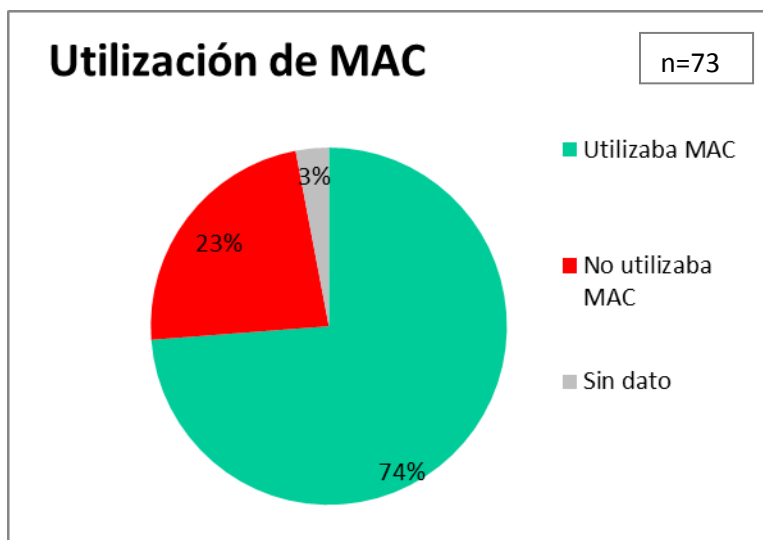
Cuadro 3 – Nivel Educativo



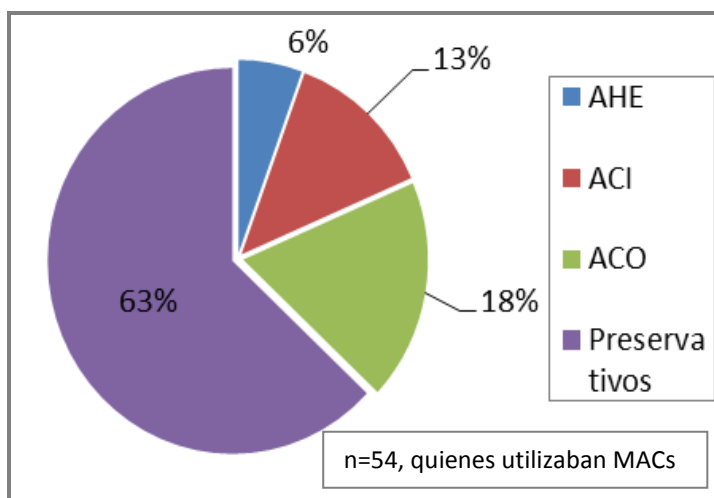
Cuadro 4 – Gestaciones previas



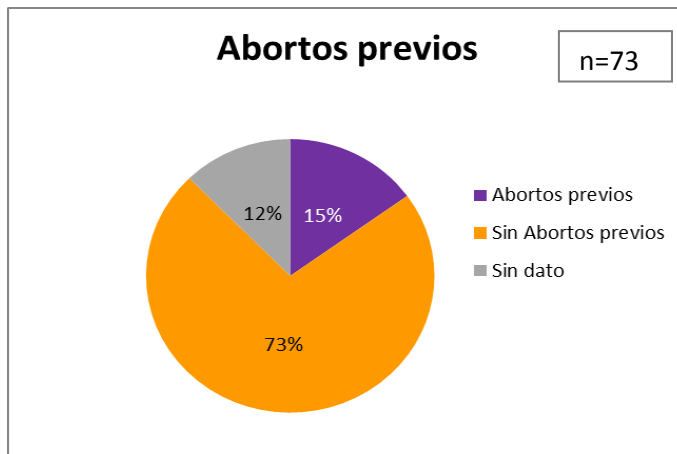
Cuadro 5 – Uso de MAC



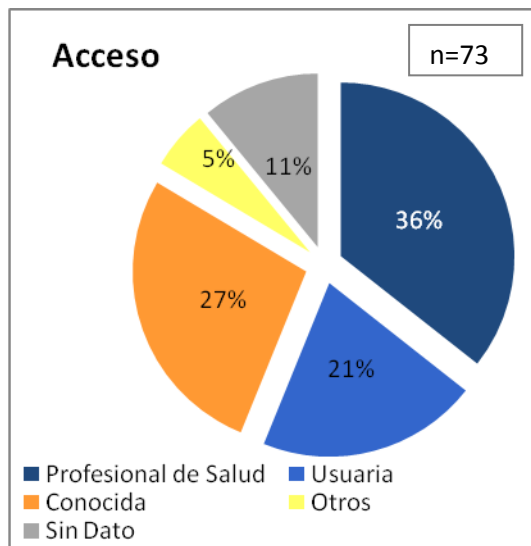
Cuadro 6 – Tipo de MAC



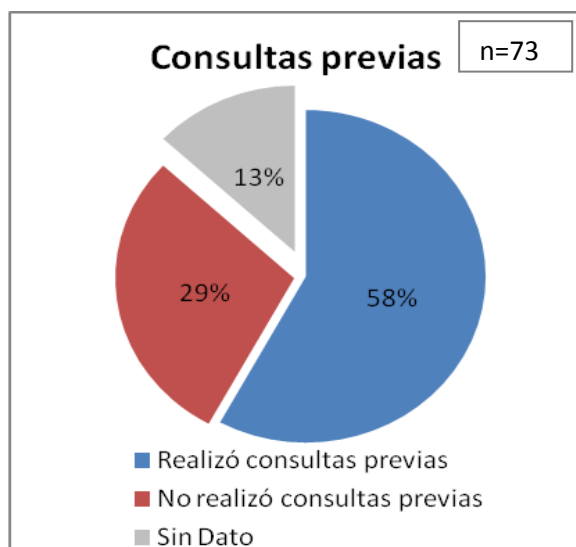
Cuadro 7 – Abortos previos



Cuadro 8 – Modalidad de acceso



Cuadro 9 – Consultas previas



Cuadro 10 – Edad gestacional

