

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**

**“EL PROBLEMA DEL ABORTO EN SANTIAGO DEL ESTERO.
SU MAGNITUD Y COSTOS HUMANOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS”**

Autor: Dr. Miguel Ángel Curioni

Director: Dr. Alberto Tasso

Santiago del Estero, Octubre 2013

INDICE GENERAL

Resumen	
Summary	
Dedicatoria	
Agradecimientos	
Introducción.....	1
Capítulo 1. Un drama mundial... un drama de la pobreza	5
Aborto, género y muertes injustas	6
Incidencia de aborto en el mundo y América Latina.....	6
La magnitud del aborto en Argentina	8
Aspectos geográficos y socio-demográficos de Santiago del Estero	10
Historia reciente y caracterización del sistema sanitario provincial.....	11
El sistema sanitario de Santiago del Estero	12
Contexto social y político del aborto en Santiago del Estero	14
La segunda intervención federal a la provincia.	15
El Método.....	18
Estimación de las cifras del aborto en Santiago del Estero	18
Razón de Abortos	18
Tasa de abortos.	19
Mortalidad Materna por aborto en Santiago del Estero.....	25
Capítulo 2. Situación legal en el mundo, en Latinoamérica y en Argentina	34
Aspectos generales y globales. El sistema legal.....	34
Las leyes referidas al aborto en el mundo	35
Situación legal del aborto en Argentina	37
Fallo de la Corte Suprema de Justicia	41
Objeción de conciencia.....	43
Compromisos internacionales asumidos por la Argentina	43
El aborto como violencia de género	44
La atención hospitalaria del aborto en curso	46
Las mujeres en situación de pobreza configuran una población de riesgo.....	48

La experiencia de las mujeres que transitan por un aborto.....	50
Capítulo 3. Los costos humanos, sociales y económicos	54
¿Por qué abortan las mujeres?	54
Entrevista a mujeres que se sometieron a un aborto en condiciones de seguridad en Santiago del Estero (fragmentos)	54
¿Quiénes son las mujeres que abortan?	55
Uno de tantos casos de aborto inseguro en Santiago del Estero.....	58
Otras entrevista a médicos y enfermeras de Santiago del Estero	60
El aborto y las consecuencias psicológicas	63
Impacto económico.....	65
Los costos económicos en Santiago del Estero	67
Evaluación del costo hospitalario	67
Capítulo 4. Discusión y conclusiones.....	70
Discusión	70
Conclusiones.....	73
Bibliografía citada y consultada.....	76
Artículos de Diarios digitales consultados y citados	79
Entrevistas en diarios locales consultados.....	79
Páginas Web Consultadas y citadas.....	80
Anexos.....	85

INDICE DE CUADROS

<u>Cuadro N° 1:</u> Proporción entre el número de nacimientos y egresos por aborto en la Maternidad del Hospital Ramón Carrillo.....	22
<u>Cuadro N° 2:</u> Estimación del aborto en Santiago del Estero: Proporción abortos/nacidos vivos. Razón y tasa de abortos. Serie 2002- 2011.....	24
<u>Cuadro N° 3:</u> Comparativo de Muertes Maternas por aborto entre 2002-2011 en Santiago del Estero.....	25
<u>Cuadro N°4:</u> Costos actualizados detallados.....	67
<u>Cuadro N°5:</u> Estimación del costo anual. Año 2002 a 2011.....	68

INDICE DE GRÁFICOS

<u>Gráfico N° 1: Mortalidad Materna en Santiago del Estero por abortos y otras causas. Años 2003-2007.....</u>	27
<u>Gráfico N°2: Complicación Final de las Muertes por aborto, según procedimiento para provocarlo. Años 2003-2007.....</u>	27
<u>Gráfico N° 3: Mortalidad por aborto en Santiago del Estero, según situación de pareja y año de ocurrencia.....</u>	28
<u>Gráfico N°4: Mortalidad por aborto según departamento de procedencia en la provincia de Santiago del Estero. Años 2003-2007.....</u>	29
<u>Gráfico N°5: Número de hijos que dejó cada mujer que murió por causa de aborto en Santiago del Estero. Años 2003-2007.....</u>	29
<u>Gráfico N°6: Muertes por aborto según procedimiento utilizado para provocarlo en Santiago del Estero. Años 2003-2007.....</u>	30
<u>Gráfico N° 7: Causas de mortalidad materna, según periodos de años seleccionados... </u>	31
<u>Gráfico N°8: Causas de mortalidad materna. Años 2003-2007.....</u>	32
<u>Gráfico N° 9: Causas de mortalidad materna. Años 2009,2010 y 2011.....</u>	33

RESUMEN

La medición precisa del aborto es un reto metodológico ya que son muchos los factores que afectan la voluntad de reportar estos eventos (condición legal, valores y creencias éticas,...); el sub registro se presenta en la mayoría de los países (aún en donde el aborto es legal), pero las estimaciones confiables son necesarias para resolver el problema del aborto inseguro.

El objetivo de esta investigación ha sido conocer la magnitud del aborto en Santiago del Estero (tasa-razón), sus costos humanos, sociales, económicos y estimar la mortalidad materna por esta causa en los últimos ocho años. También se trabajó para describir el conocimiento y compromiso sobre el problema del aborto de los/las profesionales ligados a la atención de los casos, identificando los procedimientos utilizados. Además se analizaron los costos sociales y económicos que causa el aborto, para finalmente establecer posibles estrategias de prevención.

Se elaboró un diseño metodológico dirigido a captar las dimensiones cuantitativas y cualitativas del fenómeno en estudio. Para el aspecto cuantitativo se aplicó un método retrospectivo propuesto por Singh y Wulf (1994) para países donde las leyes sobre aborto son severamente restrictivas, aplicado también en otras investigaciones de sudamérica y que se detalla mas adelante. Para aportar en el aspecto cualitativo una segunda fase de investigación se elaboró un trabajo de campo mediante encuestas, entrevistas semi estructuradas y grupos focales a una muestra que surgió del análisis a profesionales que intervienen en casos de aborto; médicos/as (gineco-obstetras, anestesistas), no médicos/as (Obstétricas/os y Enfermeras/os) y algunas mujeres que interrumpieron su embarazo voluntariamente entre los años 2001 y 2012.

La investigación tomó como referencia al Servicio de Maternidad del Hospital Ramón Carrillo, en el cual se producen la mayor cantidad de nacimientos entre los servicios públicos y privados de toda la provincia (aprox. 1/3) y aborto constituye la segunda causa de egresos en ese servicio después de los partos. Estos datos coinciden con los ocurridos en otros hospitales zonales del interior de la provincia. De las entrevistas a profesionales considerados/as expertos/as por la especialidad y por la cantidad de años

(promedio de 20) dedicados a la atención de mujeres en circunstancia de aborto, tanto en el nivel público como en el privado, surgió, entre otros datos, que aproximadamente un 50% del número de mujeres que consultaron a ese centro de salud, han concurrido a otros servicios ya sean públicos o privados en el resto de la provincia.

En Santiago del Estero, el promedio de esta relación (razón) estimado de una serie de 10 años (2002-2011) fue de 857 abortos por mil nacidos vivos. La tasa de abortos (número estimado de abortos por 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad en un determinado año), fue del 76,23%. Estas dos estimaciones superan a las de estudios nacionales e internacionales.

El nivel de conocimiento sobre el problema del aborto inducido y sus complicaciones por parte de los prestadores de salud resultó ser alto, pero la calidad de atención es baja. Así mismo, los costos económicos estimados resultaron excesivos y no están acorde a la calidad de prestación de los servicios públicos donde acceden las mujeres con complicaciones del aborto inducido.

Se espera que estos resultados aporten información hasta ahora no disponible, contribuyendo a sensibilizar a los sectores de la población involucrados en el problema, y especialmente a quienes se desempeñan en los servicios de salud de la provincia. Por otra parte, el compromiso político, debería ser necesario para abordar el tema del aborto como un problema de salud pública con el objetivo de promocionar programas para su atención y prevención.

SUMARY

Precise measurement of abortion is a methodological challenge because there are many factors that affect the willingness to report these events (legal status, ethical values and beliefs, ...); the underreporting occurs in most countries (even where abortion is legal), but reliable estimates are needed to solve the problem of unsafe abortion.

The objective of this research was to determine the magnitude of abortion in Santiago del Estero (rate-ratio), human, social, economic costs and estimating maternal mortality from this cause in the past eight years. It also worked to describe the knowledge and commitment on the issue of abortion / professional related to the treatment of cases, identifying the procedures used. Besides the social and economic costs were analyzed that causes abortion, to finally establish prevention strategies.

Methodological design aimed to capture both quantitative and qualitative dimensions of the phenomenon under study was developed. To quantitatively proposed by Singh and Wulf (1994) retrospective method for countries where abortion laws are severely restrictive, also applied in other studies in South America and is detailed later applied. To bring in a second phase qualitative aspect of research fieldwork was developed through surveys, semi-structured interviews and focus groups with a sample that emerged from analysis to professionals involved in cases of abortion; medical / as (obstetrician-gynecologists, anesthetists), medical / as (Obstetric / os and Nurses / os) and some women who voluntarily terminated their pregnancies between 2001 and 2012.

The investigation took as a reference to the Service Maternity Hospital Ramón Carrillo, in which the largest number of births occur between public and private services across the province (about 1/3) and abortion is the second leading cause of discharges in that service after childbirth. These data are consistent with other area hospitals occurred in the interior of the province. From interviews with professionals considered experts / / as the specialty and the number of years (average 20) dedicated to the care of women in abortion fact, both the public and private level, emerged, among others data, approximately 50% of the number of women who looked at the health center, have attended other services are public or private and the rest of the province.

In Santiago del Estero, the average of this ratio (ratio) estimated a series of 10 years (2002-2011) was 857 abortions per thousand live births. The rate of abortions (estimated number of abortions per 1,000 women aged 15 to 44 years old in a given year), was 76.23%. These two estimates exceed those of national and international studies.

The level of knowledge on the issue of abortion and its complications by health care providers is high, but the quality of care is low.

The estimated economic costs are very high and not commensurate with the quality of delivery of public services where women with complications of induced abortion access.

It is expected that these results provide no information so far available, helping to raise awareness among sectors of the population involved in the problem, and especially those working in the health services in the province and to generate the necessary political commitment to address the issue of abortion as a public health problem for the promotion of programs for prevention and care.

DEDICATORIA

Para mis amados hijos Juan Sebastián, Marcela Susana, María Emilia y Julia mi nietita.

A la memoria de todas las mujeres que dejaron este mundo por esta causa que se podría haber evitado si las personas y las políticas de salud trabajaran para ello. A sus familiares y amigos que todavía soportan el inmenso dolor.

AGRADECIMIENTOS

Mi mayor agradecimiento es para dos personas a quienes admiro, respeto y aprecio con todo mi corazón; Cecilia Canevari y Alberto Tasso. Ellos me ayudaron a recuperar la confianza que me faltaba para avanzar en este trabajo con todas las dificultades que significaba vencer la oposición de funcionarios y profesionales del sistema público de Santiago del Estero.

A un numeroso grupo de personas, mujeres y varones, todos trabajadores del sector público y privado de la capital e interior de la provincia, que arriesgaron sus puestos de trabajo (la mayoría precarios), para conseguirme datos fidedignos de forma oculta o clandestina y con la condición de mantener el anonimato por temor a represalias, además de brindarse desinteresadamente para entrevistas y trabajo de campo.

También a todos mis amigos docentes-investigadores de la UNSE con quienes he compartido diversos proyectos de investigación y que sembraron en mi la sabiduría, el fervor y el entusiasmo necesario para cumplir con metas investigativas.

Y tampoco me olvido de mis amigos íntimos y conocidos de la vida que de una forma u otra me alentaron siempre y aportaron sus muy interesantes comentarios.

A todos...mil gracias.

Dr. Curioni, Miguel Ángel

INTRODUCCIÓN

El aborto voluntario constituye una necesidad para la mujer que no tiene el deseo de estar embarazada, y que por uno u otro motivo lo está. A pesar de las restricciones morales y jurídicas que existen, el aborto no deja de ser una realidad latente. Aunque la literatura sobre el aborto es abundante, cuando se trata de exponer las consecuencias psicológicas del aborto, faltan todavía estudios científicos serios, y los pocos que se han hecho, están marcados por un cierto carácter tendencioso.

Lamentablemente no forma parte de los debates políticos o legislativos y si algún medio de prensa se interesa, seguramente es por la muerte de una mujer en circunstancia de aborto, por la negativa médica o judicial para garantizar el acceso a un aborto no punible o por algún pronunciamiento negativo de la Iglesia Católica. Por otro lado se observa en reiteradas ocasiones la falta de preparación de parte de los profesionales de la salud para enfrentar el aborto. Pero no me refiero a la preparación técnica, sino a la humanitaria, aquella que engloba al acto de la atención de la paciente en lo que respecta a su persona como un todo, en su total complejidad, y no sólo su cuerpo físico.

El aborto constituye una clara señal de un fracaso social, el fracaso de millones de individuos para prevenir embarazos no deseados a través de la anticoncepción y el fracaso del gobierno para satisfacer las necesidades de anticoncepción. Ese fracaso puede ser analizado desde diferentes perspectivas y es la misión del investigador conocer y reflejar la realidad de manera objetiva, para que a través del informe de sus hallazgos, se generen los elementos necesarios que faciliten una toma de decisión efectiva que conduzca a la resolución de los problemas detectados.

De manera semejante a lo que ocurre en el resto del mundo, el Ministerio de Salud de la Nación (2009) los embarazos no planificados en la Argentina representan alrededor del 60% del total, la cual aumenta a 90% en el caso de las adolescentes. Según la Organización Mundial de la Salud, de los 211 millones de embarazos que estimativamente se producen cada año, unos 46 millones acaban en abortos provocados.

La otra cara de este comercio deja vía libre a la utilización de métodos inseguros que ponen en riesgo la vida de la mujer y, según lo demuestran las cifras estimadas por las Naciones Unidas, en América Latina, el 95% de los abortos son inseguros, una

proporción que no cambió entre 1995 y 2008, y casi todos los procedimientos seguros tuvieron lugar en Cuba, donde el aborto es legal y las mujeres pueden optar por él con libertad (Organización Mundial de la Salud, 2012). Esto lleva a que unas numerosas mujeres pobres sean hospitalizadas anualmente por estos métodos que incluyen utilización de sondas o agujas, hierbas o combinación de medicamentos; prácticas a las que las mujeres acceden por pequeños montos de dinero.

Mi decisión de estudiar medicina estuvo apoyada en dos pilares fundamentales: vivir de mi profesión y el enorme placer personal que me causaría el hecho de ayudar a las personas a superar el trance de alguna enfermedad, y un sentimiento o una satisfacción aún mayor si se lograba ese objetivo, era como un sueño. Mi afán por la ginecología - obstetricia, surgió recién en el último año de la carrera. Mis primeros contactos y experiencias en la atención a mujeres en circunstancias de embarazo y parto sucedieron, como médico residente, en una maternidad pública de la ciudad de Rosario. Al culminar mi etapa de formación me radiqué en la ciudad de Santiago del Estero, en donde me sumé a prestar servicios también en la maternidad pública del hospital central de la provincia. El hecho de presenciar el dolor físico y psicológico de mujeres jóvenes y mayores, escuchar sus historias, verlas sufrir y a veces morir o sobrevivir con secuelas graves significó, sin dudas, una fuerte y profunda motivación para dedicar gran parte de mi vida profesional a encontrar un modo de mitigar sus padecimientos.

He vivenciado los casos de aborto de cientos de mujeres, incluso de la reincidencia de muchas de estas en el acto abortivo, he observado sus actitudes, sus cuerpos, sus gestos, y escuchado sus palabras, algunas veces encerradas en largas conversaciones y otras en breves frases, y me he preguntado en cada caso ¿Por qué? ¿Por que el aborto? ¿Qué sienten estas mujeres en lo más profundo? ¿Qué sucede en la personalidad de la mujer que se somete a este procedimiento? ¿Qué sucede en el cónyuge, novio o conviviente? ¿Cómo poder ayudarlas? Y ese era el mayor conflicto, el hecho de no poder ayudarlas, la impotencia de no tener las armas, técnicas, procedimientos, las palabras o simplemente el tiempo para escucharlas.

Con esta investigación se pretende conocer, con la mayor certeza posible, la magnitud del problema del aborto en Santiago del Estero, y su incidencia en la morbi-mortalidad materna de esta provincia, los costos y/o consecuencias que este fenómeno ocasiona en la salud psico-física de las mujeres, su entorno y en toda la sociedad santiagueña. Además buscará acercarse a los costos económicos que el aborto ocasiona

a las personas y la salud pública. Como fuente de datos primarios se relevará mediante la observación de historias clínicas, libros de áreas de parto, de enfermería y quirófano, sistema informático perinatal, entrevista y encuesta a mujeres que demandaron asistencia médica ante casos de aborto en el servicio de Ginecología y Maternidad del Hospital Regional Ramón Carrillo de la ciudad de Santiago del Estero y algunos hospitales del interior de la Provincia durante 2002 -2011 y a profesionales y trabajadores del ámbito de la salud pública y privada.

¿Cuál es la magnitud del aborto en Santiago del Estero? o cual es el costo que tiene para la salud pública...entre otros son interrogantes muy difíciles de responder, aunque entiendo que los profesionales de la salud jugamos un papel determinante para favorecer el acceso a servicios de abortos y para la atención a complicaciones derivadas de estos.

Objetivo general

- ❖ Conocer la magnitud del aborto provocado en Santiago del Estero, sus costos humanos, sociales y económicos.

Objetivos específicos

- ❖ Calcular la tasa de abortos (número de abortos provocados por 1000 mujeres en edad fértil).
- ❖ Estimar la Mortalidad Materna por causa de aborto en Santiago del Estero en los últimos ocho años.
- ❖ Medir la incidencia del aborto inducido a partir de la hospitalización por complicaciones que necesitan las mujeres.
- ❖ Conocer el grado de conocimiento y compromiso sobre el problema del aborto, de profesionales ligados a la atención de los casos.
- ❖ Identificar los métodos y/o procedimientos elegidos con mayor frecuencia para la interrupción de un embarazo.
- ❖ Explorar en relación a las circunstancias que rodean a la decisión de continuar un embarazo.
- ❖ Comprobar los costos sociales y económicos que causa el aborto en la provincia de Santiago del Estero.0
- ❖ Proponer estrategias de prevención para evitar lo evitable.

Desde el aspecto **metodológico**, para alcanzar los objetivos propuestos, se ha elaborado un diseño metodológico exploratorio- descriptivo, dirigido a captar las dimensiones cuantitativas y cualitativas del fenómeno en estudio. Para ello se han diseñado un método retrospectivo con datos secundarios obtenidos de: archivos, libros de ingresos a los servicios, sistema informático perinatal (SIP) en hospitales y clínicas privadas de la provincia donde se realizan procedimientos ligados al aborto inducido. Para la profundización de la temática abordada y como una forma de darle un contexto descriptivo al tema planteado, se ha realizado una segunda fase de trabajo vinculadas al acceso al campo. Para esta fase se ha trabajado con datos primarios obtenidos de entrevistas semi-estructuradas y encuestas que han sido realizadas a grupos focales. Estos grupos están constituidos por profesionales que intervienen en los casos de aborto, como ser: médicos/as (gineco-obstetras, anestesistas), no médicos/as (Obstétricas/os y Enfermeras/os); y algunas mujeres que interrumpieron su embarazo voluntariamente entre los años 2001 y 2012.

La conjunción de estos datos (primarios y secundarios) permite dimensionar el impacto de este problema sobre las mujeres (que pasaron por circunstancia de aborto), sus familiares (en casos de consecuencias graves como la muerte) y también en aquellos profesionales ligados al manejo y tratamiento del problema en cuestión.

Entre los resultados esperados de este estudio, se estima que aportará información hasta ahora no disponible, contribuyendo a sensibilizar a los sectores de la población involucrados en el problema, especialmente a quienes se desempeñan en los servicios de salud de la provincia y que genere el compromiso político necesario para abordar el tema del aborto como un problema de salud pública para la promoción de programas para su atención y prevención.

CAPÍTULO 1

Un drama mundial... un drama de la pobreza

El aborto inseguro es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el procedimiento para terminar un embarazo no deseado llevado a cabo ya sea, por personas que carecen de las habilidades necesarias, o en un ambiente que no se ajusta a los estándares médicos mínimos.

Según la OMS (2012) hasta el 2008, la tasa mundial de abortos era de 28 por cada mil mujeres, una cifra que prácticamente no ha cambiado desde 2003. En cambio, el porcentaje de abortos inseguros aumentó de un 5%, a 49 %, en el período 1995-2008, lapso durante el cual el número de abortos en los países en desarrollo se incrementó de 78% a 86%.

La cantidad de abortos inducidos que se practican en el mundo es estable, pero el número de procedimientos sin las medidas de seguridad necesarias aumenta en los países en desarrollo, según la editorial The Lancet (2009)

“Los abortos realizados por personal no capacitado o en entornos sin los recursos médicos y de higiene mínimos ponen en riesgo la vida y salud de miles de mujeres cada año. Los abortos inseguros y las complicaciones relacionadas con ellos ocurren casi exclusivamente en el mundo en desarrollo. “Una mujer pobre en una zona rural está más expuesta a atenciones tradicionales y al aborto con métodos inseguros; existen tres veces más probabilidades de presentación de complicaciones del aborto inseguro y la mitad de probabilidades de recibir tratamiento médico en comparación con una acomodada mujer en una zona urbana. En todo el mundo, ocho millones de mujeres tienen complicaciones por el aborto, pero sólo cinco millones reciben la atención necesaria” (2009:1310)

Aborto, género y muertes injustas

Tajer (2004), declara que:

“Desde una perspectiva de equidad, nos percatamos que los problemas femeninos están basados en su mayoría en cuestiones relativas al empoderamiento y carencia de recursos. Por este motivo, pensamos que en el caso de las prácticas abortivas clandestinas, la diferencia entre los géneros opera como factor de inequidad en el proceso salud-enfermedad-atención. Sin embargo, aun dentro del grupo femenino, dichas inequidades cobran mayor relevancia dependiendo al sector social al que se pertenezca. Es decir, dentro de una identidad de género, encontramos diferencias en las estrategias biopolíticas por clase social. Los perfiles de salud-enfermedad-atención expresan las diferencias, desigualdades y discriminaciones en el reparto de los riesgos y recursos protectores. El problema de la mortalidad materna es expresión del lugar de estas mujeres (mujeres en situación de pobreza) en el reparto material y simbólico del bienestar, la pobreza y la alienación” (2004:9).

Incidencia de aborto en el mundo y América Latina

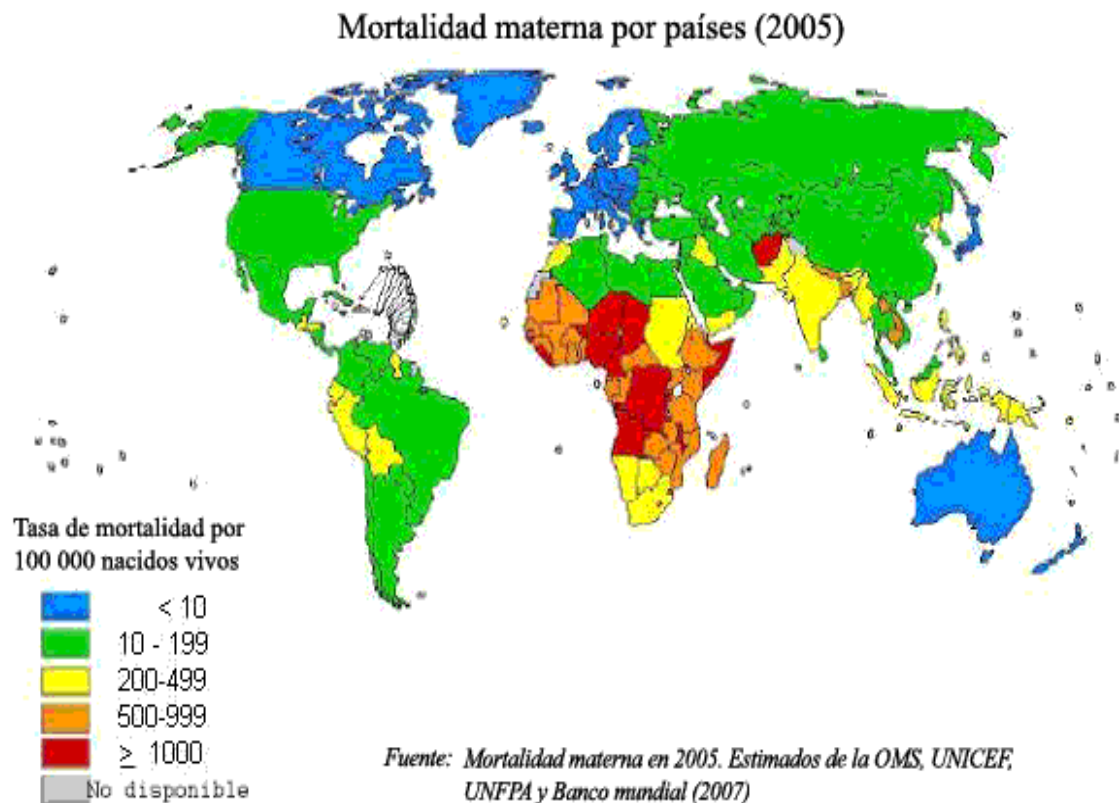
Las complicaciones de un aborto mal practicado constituyen una de las principales causas de muerte materna tras provocar hemorragias o infecciones fatales. La OMS (2012) estima que de los 210 millones de embarazos que se producen cada año en el mundo, unos 80 millones son no deseados. En 2008, se estimó que se han producido 21,6 millones de abortos inseguros, causando la muerte de 47.000 mujeres. Las muertes por aborto son causadas principalmente por infecciones graves o hemorragias derivadas del procedimiento de aborto inseguro, o debido a daños en los órganos. Así este organismo afirma que:

- A nivel mundial 1 de cada 10 embarazos terminan en un aborto inseguro.
- Se produjeron 14 abortos peligrosos por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años en todo el mundo.
- Casi todos los abortos inseguros se realizan en países en desarrollo.

- La tasa de aborto inseguro por cada 1000 mujeres de 15-44 años en los países en desarrollo fue de 16, y en los países menos desarrollados era 27.
- La más alta tasa de aborto inseguro se encuentra en la región de América Latina y el Caribe y es sólo ligeramente inferior que en la Región de África.
- La tasa media de aborto inseguro para la Región de Asia fue de 11, sin embargo este se eleva a 19, cuando la población de la subregión de Asia Oriental y Vietnam y Singapur , donde el aborto es legal, y en gran medida seguros y disponibles, están excluidos del cálculo.
- Las tasas varían según las subregiones: 36 en el este de África y Oriente; 28 en África Occidental; 17 en el centro sur de Asia y 32 en América del Sur.
- Existen altos índices de abortos inseguros en paralelo con el uso de anticonceptivos en general baja (< 25 %) en las regiones Oriental, central y occidental de África. el uso de anticonceptivos en todas las demás subregiones es más del 54 %.

Las complicaciones por abortos inseguros permanecen como una causa de morbimortalidad materna a nivel mundial. Cada año, 5,3 millones de mujeres se exponen a un aborto inseguro y como consecuencia sufren alguna discapacidad temporal o permanente (OMS, 2012).

Figura N°1:



En general se acepta que el aborto inseguro es responsable de cerca del 15% de todas las muertes maternas que ocurren durante el embarazo, parto y puerperio y que esta causa de mortalidad es la más fácilmente evitable. Esta situación ocurre, porque a pesar de que se conocen las intervenciones eficientes para reducir los abortos, la discusión gira en torno a al posicionamiento a favor o en contra del aborto, creando un falso dilema (Faúndes y Barzelatto; 2006).

La magnitud del aborto en Argentina

Cuando una mujer tiene un problema de salud preexistente, que con el embarazo se agrava al punto de causarle la muerte, se considera mortalidad materna por causas obstétricas indirectas. Estas comprenden enfermedades como la diabetes o la hipertensión.

En los países desarrollados, las mujeres fallecen principalmente por complicaciones relacionadas a causas obstétricas indirectas, pero en los países en vías de desarrollo, como la Argentina, la situación es al revés. Para Romero (2011) las mujeres se mueren más por causas obstétricas directas, mujeres sanas que una complicación las lleva a la muerte. La diferencia reside en que, en los países desarrollados, las mujeres acceden rápidamente a los centros de salud y éstos cuentan con el personal idóneo y los insumos necesarios para poder responder de manera adecuada ante una emergencia.

En Argentina, a diferencia de otros países de América Latina, la mayoría de los partos se realizan en instituciones de salud. En Argentina, una de las fallas más frecuentes, es advertida en la insuficiente capacidad de ese servicio de salud de atender oportuna y adecuadamente a las mujeres en situación de aborto complicado; sumado a ello, los servicios para hacer frente a estas situaciones no se encuentran en óptimas condiciones (Romero; 2011).

El Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR 2010), estadísticamente indica que:

1 mujer muere por día en nuestro país por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio.

Entre 80 y 100 mujeres por año mueren por aborto en Argentina, siendo uno de los 3 países de América Latina, junto con Jamaica y Trinidad y Tobago, donde ésta es la primera causa de muerte materna.

Más de la mitad de las provincias argentinas tienen razones de mortalidad materna que superan la razón de mortalidad materna nacional (4.0). Las provincias con más altos índices son las del **NOA y NEA**, entre las que se destacan: Formosa (11.5), Jujuy (10.0) y Chaco (8.2)

La Argentina tiene 40 millones de habitantes y nacen anualmente 745.000 niños y niñas. (INDEC, 2011). Según Pantelides, Fernández y otros (2006) estimaciones recientes, en Argentina se realizan entre 500.000 y 700.000 abortos anuales lo que equivale aproximadamente a un aborto por cada nacimiento. Estos autores, utilizando el método de egresos hospitalarios propuesto por Singh y Gulf (1994) señalan que el número de

abortos inducidos fue: 371.965 - 446.998 (2000) razón: 0,53 – 0,64 abortos/nacimientos. Por otra parte, cuando estos autores recurrieron a el método residual propuesto por Bongaarts (1997), el resultado fue de 485.974 a 522.216 abortos/año entre las mujeres residentes en localidades de 5000 habitantes o más. Algo más de 1 aborto cada 2 nacimientos. Carbajal (2007), en un diario periodístico nacional¹ muy reconocido, indico que las mujeres: “a lo largo de su vida fértil, en promedio, cada mujer argentina tendría dos abortos inducidos. Además, se dedujo que por cada aborto que termina con complicaciones que demandan atención hospitalaria, siete no la requieren” (2007).

Aspectos geográficos y socio-demográficos de Santiago del Estero

Santiago del Estero, provincia del noroeste Argentino, está ubicada entre los meridianos 61° y 64° y los paralelos 30° y 26°. Limita al norte con Salta y Chaco al oeste con Salta, Tucumán y Catamarca, al sur con Córdoba y al este con Chaco y Santa Fe.

Es una inmensa llanura, que desciende desde los 300 m sobre el nivel del mar, en el extremo noroeste, hasta los 180 m sobre el nivel del mar, en el extremo sureste. La monotonía del paisaje solo es transformada por pequeñas serranías, en el extremo noroeste, por los desprendimientos de las Sierras de Medina de Tucumán, con el Cerro El Remate, en el sur, por las Sierras de Ambargasta y las Sierras de Sumampa y el borde suroeste por desprendimientos de las Sierras. Políticamente está dividida en 27 Departamentos.

Las ciudades más importantes son: su capital, la Ciudad de Santiago del Estero, fundada el 25 de julio de 1.553, La Banda, cabecera del departamento Banda; Frías, cabecera del departamento Choya; Las Termas de Río Hondo, cabecera del departamento Río Hondo y Añatuya, cabecera del departamento Taboada.

Actualmente, según Anuario de estadísticas vitales - DEIS (2010) la Provincia de Santiago del Estero posee una población de 896.461 habitantes 443.008 varones y 453.453 mujeres y una superficie de 136.351 Km². Casi todo el territorio de la provincia está incluido en la región denominada Gran Chaco, que se extiende desde el Río Tercero, en Córdoba, hasta la ladera sur de las sierras de Matto Grosso, en Brasil. Esta

¹ Véase en “Las cifras para abrir el debate”, Diario Pagina 12, fecha: 2 de junio del 2007.

zona conocida como parque chaqueño, está constituida por bosques combinados con sabanas.

Para Biaggi, Canevari y Tasso (2007)“esta provincia en el año 2001 tenía 804.457 se caracterizaba por tener uno de los mayores índices de ruralidad en el país el cual era de aproximadamente el 33,9%. Este es uno de los porcentajes mas altos del país, y a su vez dentro de este grupo el 76% (207. 268) pertenece a la categoría de población rural dispersa. Es una de las provincias con mayor porcentaje de población con “necesidades básicas insatisfechas” (31,3%). (Biaggi, Canevari y Tasso; 2007 citado en Canevari Bledel ; 2011:31)

Canevari Bledel (2011) interpreta que: “Esta realidad demográfica es significativa no solo por la distribución de los hogares de modo disperso en el territorio provincial sino por las características culturales sus habitantes. La población que vive en zonas rurales es en su gran mayoría campesina. Y recientemente ha comenzado un proceso en algunas comunidades (históricamente campesinas) que reconocen su identidad aborígen (pueblo tonocotés, diaguita, cacano, entre otros). El habla de la lengua quichua es frecuente sobre todo en el interior de la provincia. La realidad campesina enfrenta situaciones de aislamiento, tenencia precaria de la tierra en permanente amenaza por el avance de la frontera agrícola”.(2011:31).

Historia reciente y caracterización del sistema sanitario provincial

Durante la década de los ´90, hubo un achicamiento del Estado Nacional en las políticas sanitarias, lo que significó una importante crisis para el sector. Luego de la crisis del 2001, se genera un proceso de reconstrucción del sistema de la salud pública, con una importante inversión que en el área de la salud materno infantil se expresa con el Plan Nacer. Es así que hay una mejoría en infraestructura, en instrumental, e insumos, que en Santiago del Estero se encontraban en estado calamitoso.

Además de las inversiones en bienes materiales, hay un aumento en el recurso humano que trabaja en el sector salud. En el Hospital Regional, se crean en el área de maternidad, dos residencias: una médica y otra para obstétricas/os, que incorpora entonces personal joven en formación. Este proceso se expresa necesariamente en una mejora en la calidad de atención.

Durante este mismo periodo se han sancionado a nivel nacional y provincial algunas leyes que intentan reglamentar la atención de las mujeres en los servicios de salud buscando la garantía de los derechos que ya estaban constitucionalmente consagrados.

El sistema sanitario de Santiago del Estero

Santiago del Estero tiene un sistema de salud diseñado en la década del 70, estructurado en 12 zonas sanitarias, con un hospital zonal de referencia para cada una de ellas, y luego varios hospitales distritales de menor complejidad, y en algunas zonas también hay hospitales de tránsito -que cumplen la función de una atención de mínima complejidad hasta que se concrete la derivación y finalmente las postas sanitarias. El sistema sanitario como parte de la administración pública, depende del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Este Ministerio, es sensible a las prácticas políticas del gobierno y de esta manera el cargo de Ministro, pareciera ser una válvula de los conflictos sociales y es sin duda el que presenta dentro del gabinete más recambios. Hubo cuatro ministros en los últimos 10 años. Este sistema no logra dar una respuesta satisfactoria a las necesidades de salud de la ciudadanía y quizás una de las mayores limitaciones que presenta es la fragmentación del mismo. Las derivaciones realizadas desde los hospitales del interior tienden a sobrecargar la atención, en la ciudad capital y en consecuencia en el Hospital Regional. Si bien la estructura es radial y los hospitales cabecera de zona, podrían resolver algunos casos, esta no funciona operativamente así.

La situación de los hospitales del interior históricamente ha sido deplorable y aun hoy persisten grandes limitaciones. Los cincuenta años de gobiernos juaristas Carlos A. Juárez y su esposa María Mercedes (Nina) Aragonés gobernaron, con interrupciones, más de 40 años dejaron un rastro de desolación. La década del 90, con sus políticas de descentralización y achicamiento del Estado y el intento de reforma para sector salud, dejó como saldo estructuras hospitalarias obsoletas, desabastecidas y con personal insuficiente. A partir de la intervención federal del año 2003 comenzó un proceso de reconstrucción del sistema de atención primaria de la salud, con la creación en las principales ciudades de Unidades Primarias de Atención (UPAS). Estas unidades junto a las postas sanitarias de las áreas rurales, deben trabajar en el primer nivel, ejecutando

el Programa de salud sexual y procreación responsable y haciendo un seguimiento de las embarazadas, sin embargo funciona deficientemente y los agentes sanitarios que deberían ser el nexo entre el sistema y la comunidad, son en realidad, en muchos casos, operadores políticos del partido gobernante.

Durante la gestión, como Ministro de Salud de la Nación de Gines Gonzáles García (2002-2007), el sistema de Atención Primaria de la Salud se activó a partir de programas como el de Médicos Comunitarios o la puesta en marcha del Plan Nacer (ambos de alcance nacional). Este último permite que cada centro cobre una tarifa por cada prestación realizada a las mujeres embarazadas y sus hijos hasta los seis años (consultas, análisis de laboratorio, ecografías). Y por la atención de un parto se paga una cifra relativamente importante para los hospitales del interior. El Plan Nacer generó un ingreso autónomo para los hospitales y centros adheridos, independiente de los montos adjudicados por el Ministerio de Salud. Los fondos deben ser utilizados exclusivamente para la atención de las mujeres y sus hijos/as, y muchos servicios han logrado mejorar su infraestructura, la provisión de insumos y la contratación de personal. El dinero es manejado por el responsable del servicio, centro u hospital, quien a criterio personal decide sobre las inversiones a realizar, en base a los rubros autorizados, y con bastante libertad. No se ha conformado ninguna estructura de base representativa que garantice el uso discrecional del dinero, y respondiendo a las necesidades del centro de salud y en especial de las mujeres y sus hijos/as. El rubro en el que ha habido mayores gastos es en la contratación de personal. Esta libertad otorgada a los directores de hospitales o de Unidades Primarias de Atención, ha permitido que se hagan inversiones que no benefician a las mujeres y los/las niños, además de la malversación de fondos públicos.

En el año 2005 asume el Dr. Gerardo Zamora como Gobernador de la Provincia de Santiago del Estero y continúa en la fecha. Durante su gestión se construyeron nuevos hospitales en el interior especialmente Zonales y se refaccionaron otros tantos Distritales. También hubo nuevas construcciones y refacciones en Hospitales, UPAS y CAPS en la ciudad capital y La Banda. Todas estas obras eran, sin dudas, absolutamente necesarias pero faltó algo fundamental...para el buen funcionamiento de grandes estructuras edilicias se necesita de recursos humanos suficientes en número, calidad de formación y seguridad laboral con remuneraciones sólidas acorde a la noble tarea del personal de salud materno-infantil. Este es un punto vital en el que, a mi ver, esta gestión de gobierno todavía está en deuda con la ciudadanía.

Ningún hospital del interior tiene las condiciones obstétricas y neonatales esenciales (CONE) para la atención del parto, que han sido definidas por la Organización Mundial de la Salud. A pesar de esta realidad se atienden partos, y las derivaciones al Regional se deciden por lo general, ante la mínima señal de riesgo, ya que carecen de quirófano, personal idóneo para solucionar situaciones adversas del parto (desgarros, convulsiones, hemorragias abundantes), sangre fresca para transfusiones, incubadoras, etc.

La estructura de Atención Primaria de la Salud, no tiene delimitaciones claras entre los centros y en algunos casos hay zonas grises donde la población mayoritariamente rural queda sin cobertura. Hay postas sanitarias cerradas y sin personal, recibiendo visitas muy esporádicas de un profesional médico.

La accesibilidad a los servicios de salud por parte de los pobladores rurales es, con variaciones para las diferentes zonas, bastante dificultosa. Ya sea por problemas de caminos en mal estado, por la carencia de medios de transporte público, o por el costo del traslado. Por estas razones los partos domiciliarios o complicaciones del embarazo tales como hemorragias profusas por aborto espontáneo o provocado que ocurren en las áreas rurales de la provincia, suelen traer consecuencias graves y hasta fatales para mujeres y niños. Por estas y otras razones hospital ha sido validado como de relativa seguridad para la atención de los nacimientos y como resultado de esto, en los últimos veinte años ha habido una importante tendencia a la institucionalización de los mismos.

Canevari Bledel (2011) manifiesta que en las últimas décadas no ha habido una política sanitaria que impulse iniciativas transformadoras. Como en otras áreas, la provincia se hace eco de los programas diseñados por el gobierno nacional poniéndolos en ejecución.

Contexto social y político del aborto en Santiago del Estero

En Santiago del Estero, según el informe del Consorcio Nacional de los Derechos Reproductivos y Sexuales (CONDERS; 2006) la situación social y política sobre el problema del aborto se encuentra debatiéndose entre sectores reformistas que buscan cambios en las distintas instituciones por un lado y por el otro los sectores

conservadores que ocupan lugares estratégicos y tienden hacia la perduración de las prácticas políticas que durante años se sostuvieron en la provincia.

Sabemos que el aborto inducido y sus terribles consecuencias existió desde siempre en esta provincia como en todo el mundo, pero es a partir de esta última década en que comienzan a mostrarse indicadores que despertaron, en los primeros años de la década del 2000, especial interés en distintos grupos de investigadores, instituciones y organismos gubernamentales como el Comité Provincial de Monitoreo de mortalidad Materna, la Secretaría Provincial de Derechos Humanos y la Universidad Nacional de Santiago del Estero (UNSE); y no gubernamentales tales como Promoción de la Mujer Rural (ProDeMur); Red de técnicas que trabajan con mujeres rurales (TRAMA); agrupaciones estudiantiles como el JOPROSI quienes reaccionaron ante la enorme diferencia entre los informes oficiales y la realidad, lo que hacía sospechar en un subregistro de los datos informados. Esto impulsó a investigar y se pudo comprobar que no solamente existía el subregistro sino que el mismo era alarmantemente alto (CONDERS; 2006).

La segunda intervención federal a la provincia

En el año 2004 el gobierno provincial con María Mercedes Aragonés (Nina), es intervenido por el entonces Presidente de la Nación Dr. Néstor Kirchner quien pone en funciones al Dr. Pablo Lanusse como Gobernador y al Dr. Donato Spaccavento como ministro de Salud de la provincia. En el área del Programa Provincial de Maternidad e Infancia es nombrado el Dr. Luis Martínez (actual ministro de salud) durante los primeros 5 meses y, a continuación, se me ofreció continuar en esa gestión (que fue aceptada) hasta la finalización de la Intervención Federal, en abril de 2005, cuando asume el Dr. Gerardo Zamora como gobernador electo.

Durante mi período de gestión se logró conformar el Comité de Monitoreo de Mortalidad Materna de la provincia, quienes rápidamente pudimos determinar y detectar un marcado “subregistro” entre las cifras oficiales (INDEC) de Mortalidad Materna (MM) comparados con lo que arrojaban los resultados de investigaciones de ese comité; además se comprobó que el “aborto inseguro” constituía la primera causa de MM en Santiago del Estero. Consideramos que estos primeros hallazgos debían ser, no

solamente comunicado a las autoridades provinciales y nacionales, sino publicados a la comunidad con el fin de dar participación directa a la ciudadanía en la búsqueda de posibles soluciones para este drama.

Dentro de las estrategias para lograr esta meta se pusieron en marcha innumerables eventos que apuntaban a la capacitación del personal de salud e integración de la población general, tales como talleres de trabajo, jornadas educativas, paneles de debate, visitas al interior de la provincia en el marco de promoción de la salud, también a las UPAS, Hospitales del interior entre otras cosas.

Sabemos que existen muchas estrategias tendientes a disminuir el embarazo no deseado, una de ellas fue la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSYPR) pero que a esta provincia llegó tardíamente. A partir del año 2004, hubo en un principio algunos meses sin definiciones en el área con lo cual la situación se prolongó excesivamente. Luego, con cambios en la dirección del Programa local se comenzó con la implementación efectiva en gran parte del territorio provincial.

En esos tiempos Santiago del Estero no contaba con una Ley de Adhesión a la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable n° 25.673. El interventor federal, numerosos profesionales de la salud y medios de comunicación, ofrecían férrea resistencia, el tema no se debatía públicamente y por lo tanto se hacía imposible lograr el cometido. También se sumaba a esta oposición la Iglesia Católica representada en ese momento por el Monseñor Juan Carlos Maccarone. “La Iglesia se expresó en desacuerdo con la ley” tituló el Liberal el 03/11/2003.

“A esta situación se suma la insuficiente disponibilidad de recursos humanos y materiales para mejorar la atención y mejorar la oferta, inestabilidad laboral de los efectores que sostienen la atención, condiciones de trabajo inestable e informal con contratos sin cumplimiento de pago en el área de Maternidad e Infancia.

Es muy importante resaltar la voluntad de los efectores de los servicios tanto médicas, obstétricas como educadoras para la salud para sostener el programa, brindar atención a las usuarias/os y su compromiso profesional para sostener la continuidad y ampliar la oferta a pesar de la falta de apoyo a nivel central. Poseen información clara que les permite identificar la problemática integral en relación con salud sexual y

reproductiva y manifiestan permanentemente su preocupación sobre la falta de respuestas a las demandas que reciben en los servicios y a las situaciones críticas de mortalidad materna, aborto y violencia familiar que viven las mujeres no abordadas ni contenidas en las directivas ministeriales (CONDERS; 2005)

En el año 2005 cambia el gobierno provincial y se producen cambios en el Ministerio de Salud. Asume un nuevo ministro y nuevos directores dependientes del Ministerio de Salud. En Maternidad e Infancia asume un profesional quien, curiosamente, se manifestaba abiertamente en contra de muchos preceptos enmarcados en el programa que él debía aplicar y conducir. Se manifestó en contra del preservativo y consideraba que la denominada pastilla del día después era abortiva, además burocratizó la entrega de los insumos a los prestadores de los distintos servicios de capital e interior, quebrándose así la cadena de entrega gratuita de insumos fundamentales con la consiguiente deserción de las usuarias en programa. Además no luchó para lograr presupuesto para su Programa ni se interesó en sumarse a la petición de lograr una Ley Provincial que garantizara la continuidad de recursos en caso que Nación no abasteciera.

La lucha incansable principalmente de personas comprometidas en el área de salud materno-infantil, algunos diputados provinciales y organismos no-gubernamentales (Universidad Nacional de Santiago del Estero, Sociedad de Obstetricia y Ginecología de SE, Sociedad de Obstétricas/os de SE) fueron sin dudas los actores principales para lograr en septiembre de 2005 la sanción de la ley de adhesión a la ley nacional de SS y PR con acuerdo unánime en la Cámara de Diputados de la Provincia. La ley no tiene aún una reglamentación que garantice que el estado provincial se haga cargo de la continuidad del programa de salud sexual y procreación responsable, con la adjudicación de un presupuesto para el mismo.

Durante los años 2006, 2007 y 2008 fueron muy escasas las intervenciones favorables desde las oficinas ministeriales hacia una comunidad que jamás dejó de demandar información precisa y veraz sobre salud sexual, consejería, métodos anticonceptivos etc. Desde diciembre de 2007 hasta fechas muy recientes se produjo desde el Programa Nacional de SS y PR un notable y abrupto desabastecimiento de los

principales métodos anticonceptivos orales e inyectables, generando una discontinuidad que tuvo consecuencias que aún no logramos dimensionar con precisión.

Otro hecho preocupante de este período es que en el año 2007 se aprobó la Ley Provincial de Educación, tomando como modelo la Ley Nacional; pero se omitió la educación sexual aunque, según explican desde el área de Educación, se estaría por lanzar un Programa de Educación Sexual Integral para la provincia.

EL MÉTODO

Estimación de las cifras del aborto en Santiago del Estero (Proporción, Razón y Tasa)

Razón de Abortos

La razón (también a veces, relación) de abortos es el número estimado de abortos por 1.000 nacidos vivos en un determinado año. Esta razón no debería confundirse con la tasa de abortos, que se describe a continuación.

Número de abortos

$$\text{-----} \times K = \text{-----} \times 1.000 =$$

Número de nacidos vivos

Según el Manual de Conceptos Demográficos Básicos publicado por la República Dominicana (2006), bajo la utilización del método AICM², se estimó que en 1988, se registró en Cuba una cifra estimada de 827 abortos por 1.000 nacidos vivos. En los EE.UU. en 1985, la razón de abortos fue de 422 por 1.000 nacidos vivos. En Bélgica fue solamente de 94. En la URSS, la razón de abortos fue de 1.218 en 1987.

² Este método basa sus estimaciones en datos específicos de cada país y proporciona estimaciones consistentemente confiables. El método sigue un riguroso enfoque científico y realista. Los estudios que han utilizado el método AICM han sido realizados en varios países y han estado sujetos a revisión de pares por expertos independientes en múltiples ocasiones y han sido publicados en varias revistas científicas prestigiosas.

Tasa de abortos.

La tasa de abortos es el número estimado de abortos por 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad en un determinado año. Esta tasa no debe confundirse con la relación de abortos descrita anteriormente.

Número de abortos

$$\text{-----} \times K = \text{-----} \times 1.000$$

Número de mujeres

Bajo el método AICM, se estimó que la tasa de aborto que en 1988 en Cuba, se registró una cifra estimada de 58 abortos por 1.000 mujeres en edad reproductiva. Mientras que en 1987, la tasa de abortos de Checoslovaquia fue de 47, y en Canadá fue de 12 en 1985.

El método de estimación de aborto por complicaciones, fue desarrollado y propuesto por Singh y Wulf (1994) hace 20 años y ha sido aplicado en países donde el aborto es altamente restringido y por lo tanto es muy difícil documentar como en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, República Dominicana, Guatemala, México y Perú, y publicados en revistas científicas reconocidas con arbitraje por pares. Además cuenta con el reconocimiento de expertos tanto de la comunidad académica como de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La principal razón de esto es que cuando el aborto es ilegal o estigmatizado, el procedimiento se realiza en la clandestinidad; y, como resultado, las mujeres tienden a no reportarlo y los proveedores de servicios a no registrarlo. Algunos investigadores han desarrollado métodos de medición indirecta y trabajan continuamente con el propósito de mejorarlos para cuantificar la incidencia de aborto en contextos en donde no puede medirse directamente. Estos enfoques producen estimaciones, no valores exactos.

Para implementar el método se necesitan dos tipos de datos: el número de egresos hospitalarios de mujeres que recibieron tratamiento en instituciones de salud por complicaciones de aborto inducido; y la proporción del total de mujeres que tienen abortos y reciben dicho tratamiento en distintas instituciones de salud pública y privada.

El número se obtiene de diferentes formas, dependiendo del país, de los datos disponibles y de la calidad de los datos. Lo más usual es que los datos provengan de dos

fuentes: estadísticas oficiales de salud, cuando se consideran de alta calidad o, cuando los datos oficiales son de mala calidad o no están disponibles, los datos se obtienen de una encuesta a instituciones de salud donde concurren mujeres por complicaciones de aborto o, como en este estudio, a trabajadores de esas instituciones.

La proporción del total de mujeres que tienen complicaciones de abortos y reciben tratamiento por estas complicaciones, en distintas instituciones de salud, se obtiene a través de una encuesta a profesionales de la salud, la cual se aplica a expertos con amplios conocimientos acerca de la prestación de servicios de aborto en el país en estudio. Dichos profesionales tienen la capacidad de estimar la proporción de mujeres que sufren complicaciones, así como la proporción de ellas que recibe tratamiento para esas complicaciones. Estas proporciones son la base para calcular un multiplicador, o factor de inflación, que se aplica al número de mujeres que reciben tratamiento en instituciones de salud por complicaciones de aborto inducido, con el fin de estimar el número total de abortos inducidos.

Para esta investigación se tomó una muestra de profesionales y trabajadores del área de la salud, significativa para esta provincia. Las entrevistas semi-estructuradas se aplicaron a:

- A 12 médicos/as especialistas en ginecología y obstetricia, de 20 o más años de función en los servicios públicos y privados de ciudad capital y ciudades del interior de de la Provincia y una psicóloga. Esta cifra corresponde al 10% del total de inscriptos en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Santiago del Estero y a 5 Obstétricos/as de similares trayectorias.
- Mujeres y familiares que sufrieron complicaciones o no, por aborto inseguro.
- Enfermeros de servicios hospitalarios y privados de capital e interior donde se realizan procedimientos por aborto. Estos enfermeros han constituido el grupo focal.

Dada la naturaleza de los métodos, el muestreo se realizó en la medida que se realizaba la investigación misma, lo que no significa que dicho muestreo no se ciña a criterios y principios bien definidos. Un ejemplo de esto es que cuando los datos obtenidos resultan ser redundantes se produce el fenómeno de la saturación. En el caso

de entrevistas el fenómeno de la saturación, según algunos expertos en métodos cualitativos, se produce en un rango entre 7 y 20 entrevistas (Vera; 2005).

A los entrevistados se les preguntó su opinión sobre la frecuencia con que se utilizan los métodos para practicar abortos en la actualidad y de las complicaciones asociadas a cada método, los tipos de proveedores y el método preferido por cada uno de ellos, proporción de abortos complicados que requieren internación y que recurren al hospital público. Se les solicitó, además, que discriminaran en su respuesta la conducta de mujeres de estratos socioeconómicos pobres y no pobres.

La percepción de los entrevistados es que en la actualidad la práctica del aborto inducido se realiza en un contexto de mayor seguridad que en el pasado. Se espera, entonces, que las hospitalizaciones por aborto reflejen una pequeña parte del total de abortos, ya que el nivel de hospitalización es el resultado de la interacción de dos factores con tendencias opuestas: la realización del aborto en condiciones seguras —que depende del proveedor y del método— y el acceso de las mujeres a los hospitales.

El multiplicador para determinar el número total de abortos inducidos se calcula como la media ponderada por estrato socioeconómico —pobres y no pobres— de todos los abortos que probablemente resultarían en hospitalizaciones, lo que depende de la proporción de mujeres que recurren a cada proveedor de abortos—médicos, obstetras, proveedores informales, autoinducción— y el método principalmente utilizado por cada uno de ellos. Estos datos provienen de la encuesta a informantes clave. Para este estudio el valor del multiplicador se estimó en 6,8; similar a otras investigaciones ya que las condiciones socioeconómicas y demográficas son prácticamente las mismas

Se tomó como referencia al Servicio de Maternidad del Hospital Ramón Carrillo, en el cual se producen la mayor cantidad de nacimientos entre los Servicios públicos y privados de toda la provincia (aprox. 1/3). El número de egresos por aborto se ha mantenido casi en una constante que oscila entre el 20% y 25% de los procedimientos realizados (legrados uterinos) en proporción con el total de nacimientos, siendo por lo tanto el aborto, la segunda causa de egresos en ese servicio después de los partos. Estos datos coinciden con los ocurridos en dos hospitales zonales del interior de la provincia.

De las entrevistas a profesionales considerados expertos por la especialidad y por la cantidad de años (promedio de 20 años) dedicados a la atención de mujeres en circunstancia de aborto, tanto en el nivel público como en el privado, se pudo estimar que aproximadamente que el 90 % de mujeres que consultan por complicaciones en el

primer trimestre del embarazo, se deben a consecuencias y complicaciones del aborto inducido, quedando las restantes como aborto espontáneo. También de esas entrevistas, surgió como datos mayormente coincidentes, que aproximadamente un 50% del número de mujeres que consultaron al hospital Ramón Carrillo, han concurrido a otros servicios ya sea público o privado en el resto de la provincia. Así mismo, las mujeres de estratos socioeconómicos bajos en su mayoría no recurren a médicos y se autoinducen el aborto, mientras que las mujeres de estratos socioeconómicos medios y altos rara vez (o nunca) recurren a no médicos o se autoprovocan un aborto. Solo aquellas que se autoinducen el aborto recurren al hospital, ante la presencia de sangrado. Además coincidieron en que el método de evacuación era dilatación del cuello de útero con sustancias químicas (misoprostol) y posterior legrado uterino.

A estos datos se agregó el factor multiplicador que recomienda el método y que, en este estudio, se consideró recurrir a el mismo que utilizaron Pentelides-Mario (2006) en su investigación ya que las condiciones socio-económicas y demográficas son similares. Ese factor multiplicador fue de 6,8.

Es oportuno aclarar que con este trabajo, como todos los trabajos que pretenden estudiar cifras del aborto inducido, se ha intentado lograr la mejor estimación posible sobre la base de las metodologías disponibles, a sabiendas de que es imposible pretender cifras exactas.

Cuadro N° 1: Proporción entre el número de nacimientos y egresos por aborto en la Maternidad del Hospital Ramón Carrillo.

Año	N° de Nacimientos	N° de abortos	% de N° de abortos sobre N° de Nacimientos
1998	5544	959	17,29%
2000	6230	1256	20.16%
2001	6300	1315	20.87%
2002	6240	1471	23.33%
2003	5735	1234	20.60%
2004	6120	1355	22.09%

2005	5228	1378	22.76%
2006	6487	1555	23.97%
2007	5554	1403	22.79%
2008	5639	1530	24.24%
2009	6170	1493	24.19%
2010	5992	1503	23.71%
2011	6181	1602	25.34%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del Sistema Informático Perinatal (SIP); libros de ingresos y egresos del Servicio de Maternidad del Hospital Ramón Carrillo; y dos Hospitales Zonales del interior de la provincia; libros de quirófano del hospital; Libros de Enfermería.

Cuadro N° 2: Estimación del aborto en Santiago del Estero: Proporción abortos/nacidos vivos. Razón y tasa de abortos. Serie 2002-2011.

Año	Proporción (cociente nacimientos/abortos)	Razón: N° de abortos por mil nacimientos	Tasa: N° de abortos mujeres en edad fértil por mil nacimientos
2002	0,92	928	87,9
2003	0,86	860	73,7
2004	0,84	841	76,5
2005	0,87	870	75,1
2006	0,95	956	84,7
2007	0,86	860	75,1
2008	0,68	639	62,4
2009	0,84	843	76,1
2010	0,87	871	74,5
2011	0,9	907	76,3
Promedio	0,859	857,5	76,23

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del Sistema Informático Perinatal (SIP); libros de ingresos y egresos del Servicio de Maternidad del Hospital Ramón Carrillo y dos Hospitales Zonales del interior de la provincia; libros de quirófano del hospital; libros de Enfermería.

Cuadro N° 3: Comparativo de Muertes Maternas por aborto entre 2002-2011 en Santiago del Estero

Año	Según Datos Oficiales (DEIS)	Según Comité de Monitoreo de MM e Investigaciones UNSE
2002	Sin datos	Sin datos
2003	Sin datos	5 de 23 muertes
2004	6 de 12 muertes	8 de 21 muertes
2005	4 de 10 muertes	3 de 12 muertes
2006	1 de 7 muertes	2 de 14 muertes
2007	3 de 7 muertes	1 de 10 muertes
2008	5 de 14 muertes	Sin datos
2009	6 de 11 muertes	8 de 20 muertes
2010	2 de 3 muertes	7 de 10 muertes
2011	2 de 10 muertes	7 de 23 muertes

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del Sistema Informático Perinatal (SIP); Comité provincial de Monitoreo de Mortalidad Materna; libros de ingresos y egresos del Servicio de Maternidad del Hospital Ramón Carrillo; libros de quirófano del hospital; Libros de Enfermería.

Mortalidad Materna por aborto en Santiago del Estero

La Mortalidad Materna en Santiago del Estero es una tragedia que agobia y golpea fuertemente a una sociedad excluida y empobrecida a tal punto que históricamente las cifras han superado (a veces triplicado) la media nacional, y este punto nos obliga a una profunda reflexión.

Mucho se ha escrito e investigado en el mundo sobre este tema y han surgido también diversas formas de afrontar los malos resultados, especialmente para los países

sub desarrollados o en vías de desarrollo donde ocurren el 99% de los casos; pero en nuestro país y en Santiago del Estero no se perciben mejorías sino al contrario, ha empeorado.

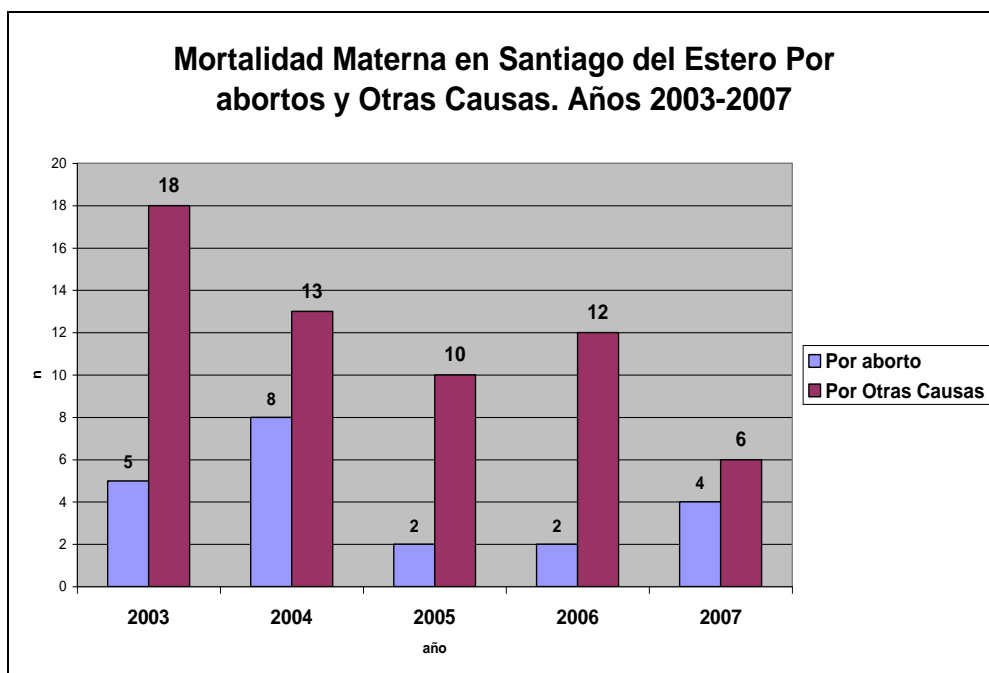
A mi entender en Santiago del Estero se produce, entre otras cosas, un fenómeno de difícil comprensión, desde el punto de vista estrictamente humano y social. El aborto se ha mantenido durante los últimos diez años como la primera causa de Mortalidad materna.

A continuación se mostrarán resultados de esas investigaciones, que fueron debidamente informadas al ministerio correspondiente, pero nunca se los oficializó. Se publicaron siempre cifras para nosotros inexactas ya que nunca pudimos acceder a investigaciones que justificaran las cifras publicadas a nivel oficial.

En relación a la Edad; la Mortalidad por aborto, registró un caso de adolescente en los cinco años de vigilancia y dos casos de mujeres de más de cuarenta años. El grupo atareo más afectado fue el comprendido entre los 21 y 29 años con doce casos. La situación de Pareja en los cinco años estuvo repartida entre unión estable y soltera en porcentajes similares. En cuanto a la Procedencia de las mujeres que murieron por complicaciones del aborto, fueron diez de los 23 departamentos de toda la provincia. Un 36% tenían domicilio en capital y La Banda y el resto procedían del Interior de la Provincia.

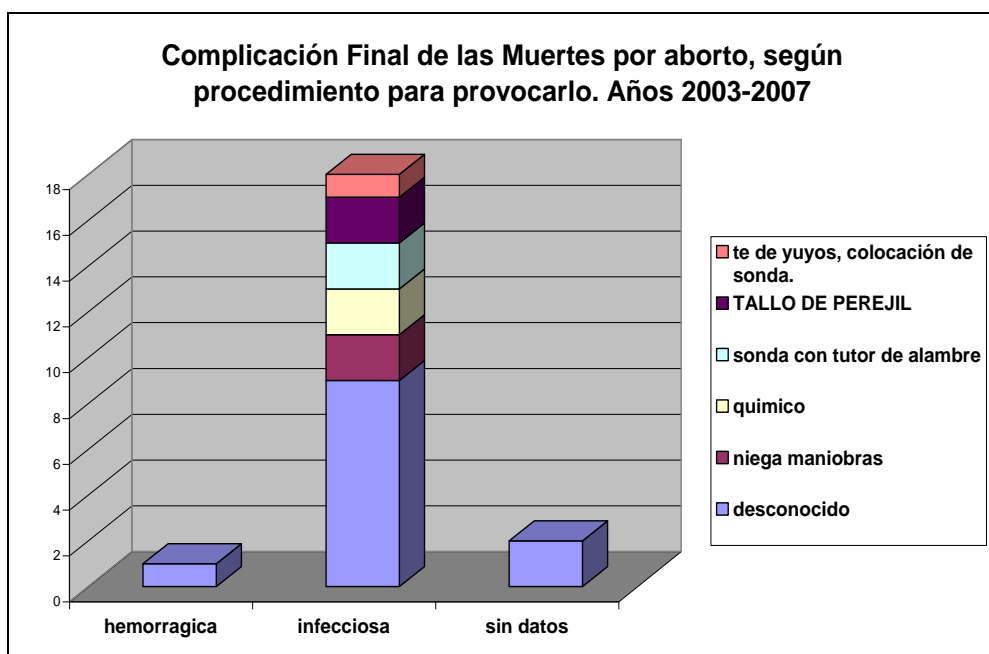
Mientras el Programa Nacional y Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable funcionó según los objetivos previstos (hasta fines del año 2006, cuando comenzaron a escasear los anticonceptivos que eran provistos por Nación), la Morbilidad Materna Severa por aborto, creció de nueve casos para el año 2006 a trece para el año 2007.

Gráfico N° 1



Fuente: Proyecto de Investigación “Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Severa en Santiago del Estero. Un análisis de la Situación provincial”- aprobado por la Secretaria de Ciencia y Técnica de la-UNSE.

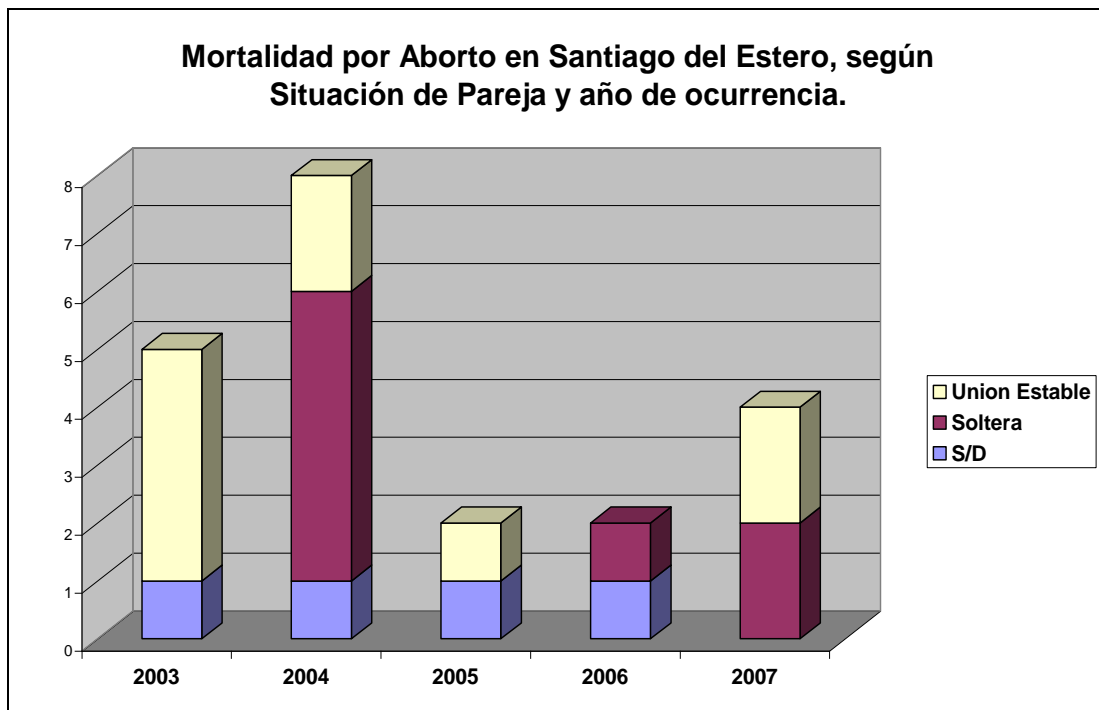
Gráfico N°2



Fuente: Proyecto de Investigación “Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Severa en Santiago del Estero. Un análisis de la Situación provincial”- aprobado por la Secretaria de Ciencia y Técnica de la-UNSE.

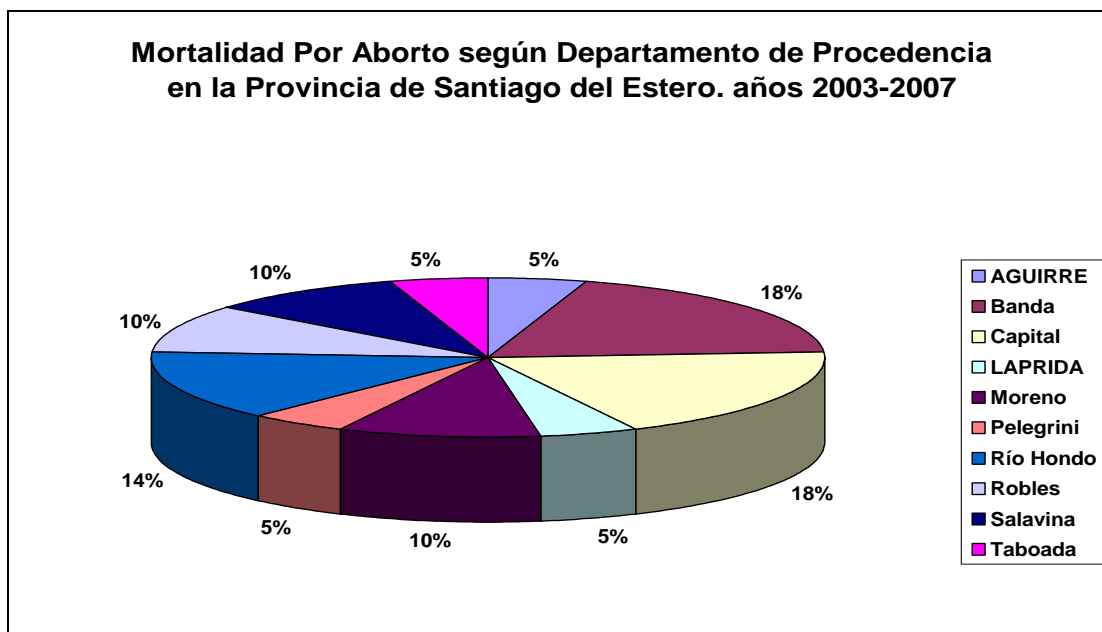
Se pudo observar que la principal complicación que causó la muerte de estas mujeres fue la infección a causa del procedimiento utilizado para provocarlo (cuerpo extraño). Es importante resaltar negación de la provocación del aborto; lo que justifica el gran porcentaje de procedimientos desconocidos. Las mujeres, posiblemente, por temor a ser denunciadas, niegan la acción, aún sabiendo que su vida corre peligro.

Gráfico N° 3



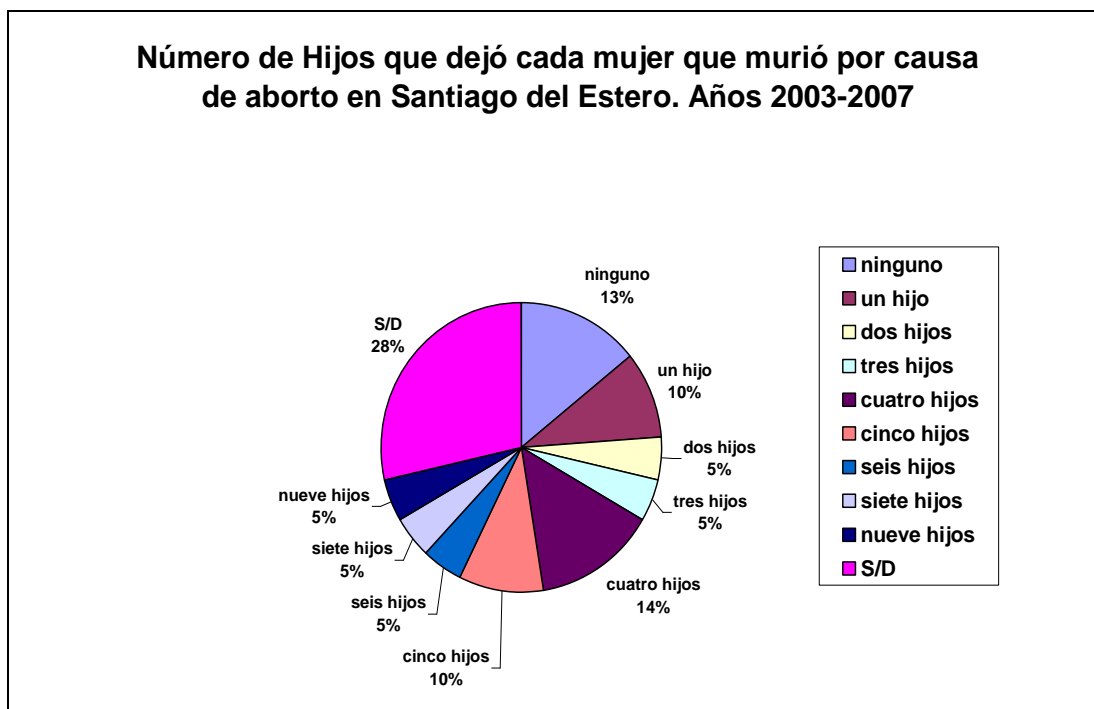
Fuente: Proyecto de Investigación “Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Severa en Santiago del Estero. Un análisis de la Situación provincial”- aprobado por la Secretaria de Ciencia y Técnica de la-UNSE.

Gráfico N°4.



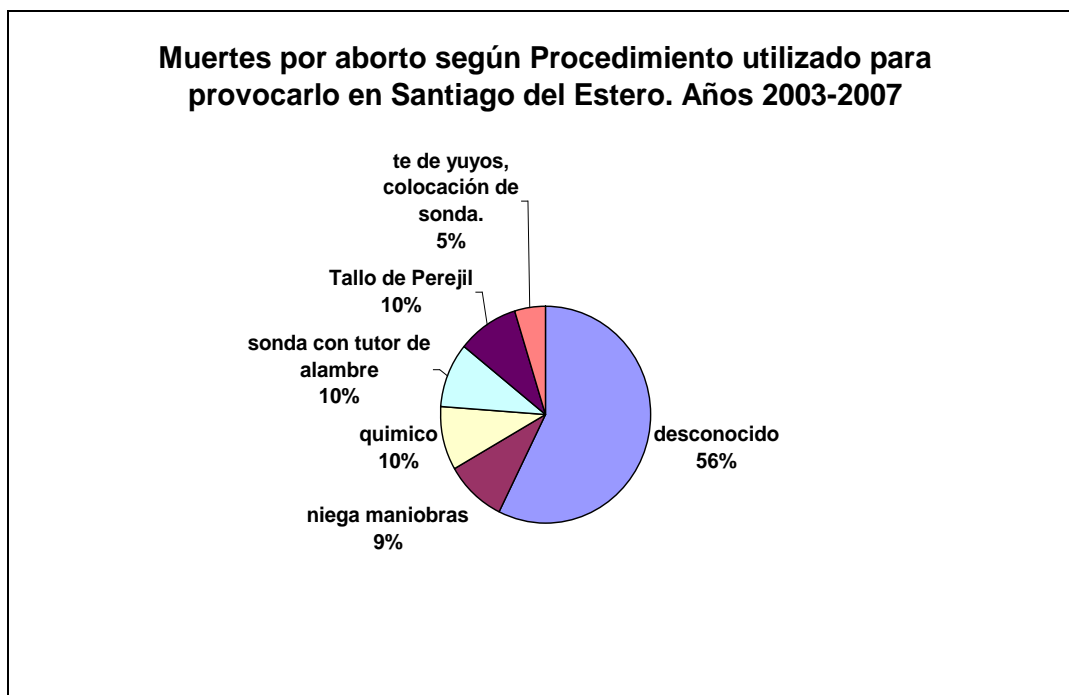
Fuente: Proyecto de Investigación “Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Severa en Santiago del Estero. Un análisis de la Situación provincial”- aprobado por la Secretaria de Ciencia y Técnica de la-UNSE.

Gráfico N°5



Fuente: Proyecto de Investigación “Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Severa en Santiago del Estero. Un análisis de la Situación provincial”- aprobado por la Secretaria de Ciencia y Técnica de la-UNSE.

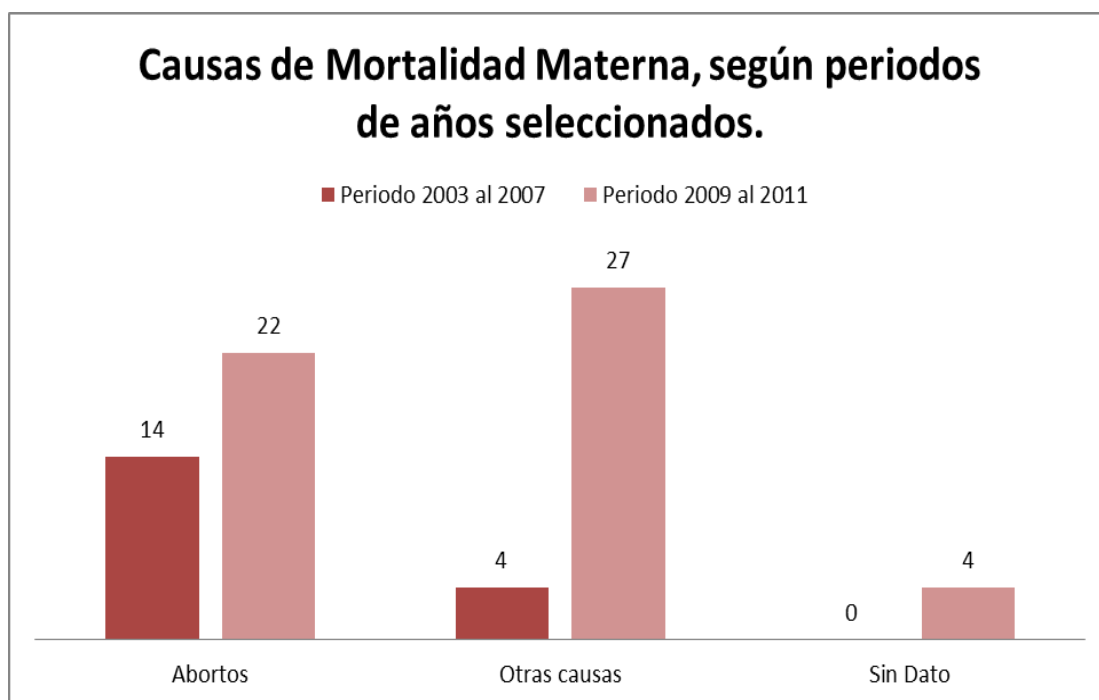
Gráfico N°6



Fuente: Proyecto de Investigación “Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Severa en Santiago del Estero. Un análisis de la Situación provincial”- aprobado por la Secretaria de Ciencia y Técnica de la-UNSE.

Del total de las muertes maternas en la provincia se puede desagregar las causas de estos decesos, así en el gráfico N°7, se observa que el periodo constituido por los años 2003 al 2007, se registran 14 muertes por abortos, mientras que solo en 4 casos las muertes maternas se han dado por otras causas ajenas a la problemática específica. Así mismo el periodo de los años 2009 al 2011 los abortos registran 22 casos, mientras que en 27 casos los decesos fueron provocados por otras causas.

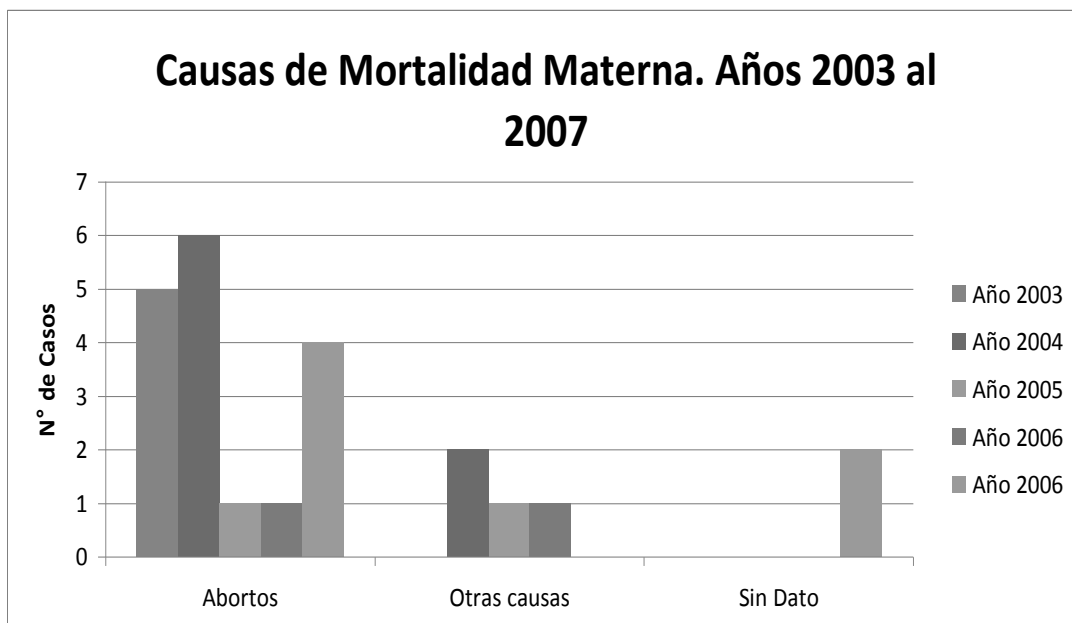
Gráfico N°7



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de registros del servicio de maternidad del Hospital Ramón Carrillo.

En el gráfico N°8 se observa que en el periodo 2003 al 2007 la mayor cantidad de abortos se registran en el año 2004 totalizando 6 casos, seguido por el año 2003 que contabiliza 5 casos, por otra parte el año 2006 registra 1 caso de muerte a causa de aborto. Tanto los años 2005 y 2006 solamente se observan solamente 1 caso en cada año por aborto. Por otra parte en el año 2004 las muertes maternas por otras causas contabilizan 2 casos, mientras que los años 2005 y 2006 poseen cada año solo 1 causa de muerte por otras causas.

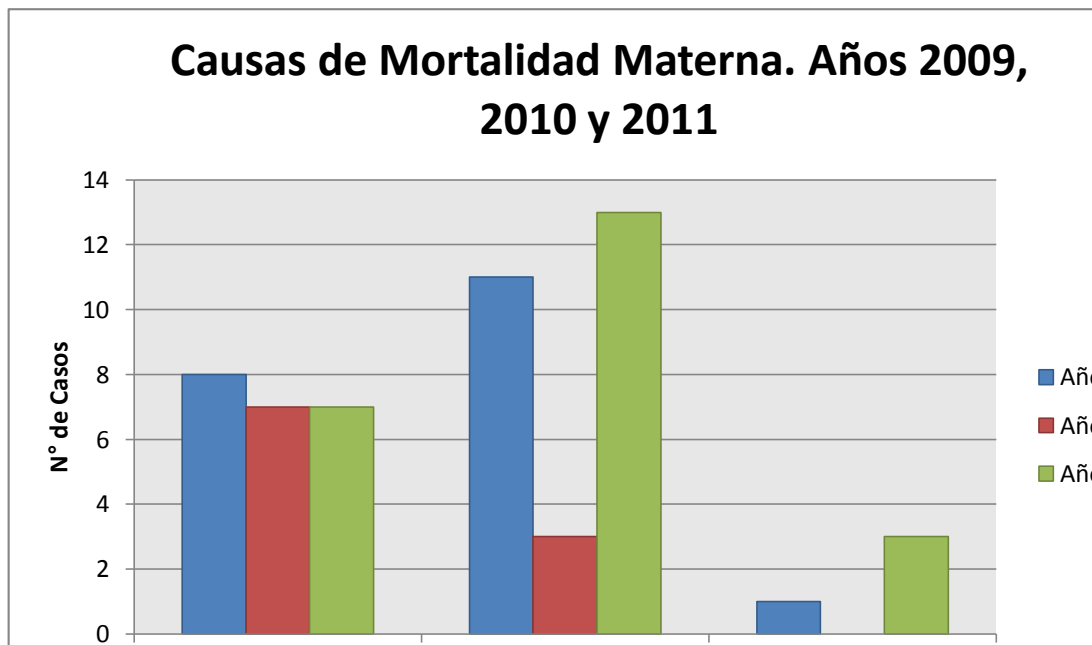
Gráfico N°8



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de registros del servicio de maternidad del Hospital Ramón Carrillo.

En el gráfico N°9, se registra que las causas de muerte materna en el periodo comprendido por los años 2009 al 2011, advirtiéndose que en año 2009 se registraron 8 casos de muerte por aborto; mientras que en los años 2010 y 2011 solamente las muertes por aborto constituyen 7 casos para cada año expresado anteriormente. En relación a las muertes maternas por otras causas se observa que el año 2011 contabilizan 13 muertes, el años 2009 registran 11 muertes por otras causas y finalmente el año 2010 advierte que 3 casos de muertes se dieron por causas ajenas al aborto.

Gráfico N° 9



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de registros del servicio de maternidad del Hospital Ramón Carrillo.

Situación legal en el mundo, en Latinoamérica y en Argentina

Aspectos generales y globales. El sistema legal

El problema del aborto constituye un verdadero analizador social. Es un tema prioritario de salud pública y pone en cuestión problemáticas como el control social sobre el cuerpo de las mujeres, la violación de sus derechos humanos, la morbilidad materna, la perpetuación de los estereotipos de género, la injerencia de las jerarquías eclesiásticas en las instituciones, la construcción social de la maternidad. Estos problemas están atravesados por la pobreza y la desigualdad social. Cotidianamente miles de mujeres pasan por terribles sufrimientos al estar obligadas a realizarse abortos clandestinos, en su gran mayoría en condiciones que no cubren los requisitos necesarios de salubridad. La tasa de morbilidad como producto de estas prácticas, es alta. Esta problemática afecta a las mayorías, y sí bien compromete al conjunto de la sociedad, incide especialmente sobre los sectores más desposeídos.

Las campañas contra el aborto tienden a banalizar una decisión que siempre resulta muy complicada y dolorosa para cualquier mujer. Las mujeres se enfrentan al dilema ético de optar entre continuar con un embarazo no deseado o interrumpirlo. Ninguna de las dos opciones de este dilema responde a sus planes o deseos. Si bien se trata en lo fundamental de una reivindicación de género, es necesario tener en cuenta que, desde un lugar diferente, también involucra a los varones.

Silenciado por el poder político, invisibilizado durante varias décadas, fueron los movimientos de mujeres, a través de la práctica social y el debate, los que instalaron en la escena pública el tema del aborto, subrayando la cuestión que hace a la trama compleja de las relaciones sociales de opresión. También fueron los movimientos de mujeres los que desnaturalizaron las desigualdades de género, inscriptas a su vez en las condiciones de desigualdad social, y fueron obteniendo, hace no tanto tiempo, diversos derechos, como el derecho al voto, o los derechos sexuales y reproductivos.

Cuando se habla de aborto se habla necesariamente de democracia. No pueden enarbolarse ideales como la “inclusión” si éstos son indiferentes a un problema que afecta a la mitad de su población. No existe “justicia social” en un sistema que ignora el impacto del aborto inseguro sobre la población más vulnerable. No puede hablarse de “igualdad” cuando se criminaliza un procedimiento médico que sólo las mujeres necesitan. El reconocimiento de las mujeres como habitantes igualmente dignas que los varones en el ejercicio de la ciudadanía exige la despenalización y la legalización del aborto.

¿No es de sentido común, y también de justicia, ese lema de las feministas que dice que si nosotros, los machos quedaríamos embarazados, el aborto sería libre? ¿Por qué no se legaliza el derecho al aborto? ¿Será porque entonces dejaría de ser el privilegio de las mujeres que pueden pagarlo y de los médicos que pueden cobrarlo?

Eduardo Galeano

Se ha creado una idea errónea entre los que están a favor y en contra del aborto. De por sí la palabra “aborto” suscita profundas emociones en casi todas las personas, cualquiera sea su nivel de relación con el tema e independientemente del grado de preocupación mostrado por las sociedades en que viven. La gran mayoría de las personas tienen una opinión más generalizada sobre el problema del aborto pero tienen menos repercusión pública. En cambio una minoría adopta una posición más radicalizada o extremista (fundamentalista), que es la que se discute en los ámbitos de donde surge la información y con esto sólo se logra la confusión en la población y, lo que es peor, el posterior silencio.

Las leyes referidas al aborto en el mundo

El mapa elaborado año a año por el Centro de Derechos Reproductivos (USA) clasifica a los países según sus leyes de aborto, las que van desde muy restrictivas a relativamente tolerantes.

Figura N°2:



Este mapa muestra que más del 60% de la población mundial vive en países con un marco normativo tolerante. Desde la creación del mapa en 1998, alrededor de 24 países liberalizaron sus leyes de aborto y sólo unos pocos las han hecho más restrictivas. Además pone en evidencia la relación norte- sur respecto de la problemática. Y se puede a su vez deducir la relación existente entre la laicidad de los estados y la posibilidad de tener leyes menos restrictivas.

Latinoamérica también ha sido escenario para la implementación de políticas de salud reproductiva de gran relevancia para la región. Por ejemplo, de manera reciente y tras iniciativas similares previamente rechazadas, en Uruguay se aprobó en 2012 la Ley N° 18.987 que despenaliza la interrupción del embarazo durante las primeras 12 semanas de gestación. Tras un arduo proceso de negociación, se convirtió en el segundo

país de la región en despenalizar el aborto a elección de la mujer, solo después de Cuba en donde está despenalizado desde hace varias décadas.

Esta Ley en Uruguay se suma favorablemente a las reducidas iniciativas legislativas de la región para reducir la mortalidad materna al facilitar el acceso a abortos seguros tales como Iniciativas Sanitarias (Stapff, Briozo y Lavandera, 2011). Una legislación menos restrictiva no asegura por sí sola que las mujeres obtengan abortos legales y/o seguros. Es necesario reforzar también la educación sexual integral y el acceso a anticonceptivos. Las y los profesionales de la salud son actores fundamentales en la interrupción segura de embarazos y en la atención de complicaciones por abortos y, en este sentido, sus conocimientos, opiniones y actitudes son un aspecto clave al facilitar u obstaculizar la obtención de un aborto.

Por ejemplo, el desconocimiento de las causales bajo las cuales se deben practicar abortos puede repercutir en una negación del servicio por parte de los profesionales de la salud. Esto es importante para escenarios como el de Argentina, en donde se han producido recientes cambios que denotan adelantos y retrocesos. En general, una opinión negativa del aborto en el entorno social puede influir también en las propias actitudes de los/las profesionales de la salud.

Situación legal del aborto en Argentina

Al igual que en la mayoría de los países de América latina, excepto Puerto Rico, Cuba y Guyana, en la Argentina el aborto está legalmente restringido. El Código Penal lo tipifica como un delito contra la vida y la persona, y establece reclusión o prisión para quien lo efectúa y para la mujer que se causara o consintiera esa práctica.

El artículo 86 (que data del año 1921), establece dos excepciones en las que el aborto no es punible: 1) si el aborto 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 realizar el aborto.

En julio de 2006, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos dio a conocer una propuesta de reforma del Código Penal elaborada por una comisión de expertos, en la

que se considera "no punible a la mujer cuando el aborto se practicare con su consentimiento y dentro de los tres meses desde la concepción, siempre que las circunstancias lo hicieran excusables". Este anteproyecto nunca llegó al Congreso, ya que fue retirado por el Poder Ejecutivo. En nuestro país, la aplicación del aborto no punible consagrado en el Código Penal y que fuera objeto de un fallo exhaustivo de la Corte Suprema de la Nación encuentra permanentes obstáculos para su aplicación y no resuelve el problema de fondo.

El reclamo por la legalización del aborto pretende cambiar la legislación penal, adoptando un modelo que despenalice el aborto hasta determinado momento de la gestación e incluye ciertas causas si se excedió ese plazo. Este modelo es el vigente desde hace tiempo en países como Estados Unidos, Cuba y el Distrito Federal de México y acaba de ser adoptado por ley en Uruguay.

El proyecto de la ley de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito que aboga por la sanción de una ley que despenalice el aborto hasta la semana 12 de gestación y luego legalice ciertas causas, fue avalado reiteradamente por muchos legisladores. Se discutió por primera vez en la historia argentina el 1 de noviembre de 2011 en una comisión del Congreso, después de dos audiencias públicas. La jornada culminó con un dictamen de mayoría en la Comisión de Asuntos Penales de la Cámara de Diputados, que luego fue impugnado alegando que se habían contabilizado mal los votos. Perdió estatus parlamentario por segunda vez, y tuvo que ser presentado por tercera vez en marzo de este año.

El requisito de autorización judicial para un aborto legal no está previsto en la ley y su exigencia puede impedir el goce del derecho a la salud y a la autonomía. Este requerimiento afecta especialmente a las mujeres pobres y provoca una discriminación por condición social, ya que las mujeres de mayores recursos pueden acceder a un aborto seguro en clínicas privadas o pueden asumir el costo de recurrir a la justicia. Por todo esto, la negativa del personal médico a practicar abortos no punibles vulnera los derechos más fundamentales de las mujeres, como el derecho a la vida, a la salud, a la integridad, a la autonomía personal y a no sufrir discriminación (Chiarotti; 2006).

En el año 2000, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas señaló, en respuesta al informe periódico presentado por la Argentina, "Preocupa al Comité que la criminalización del aborto disuada a los médicos de aplicar este procedimiento sin mandato judicial incluso cuando la ley se lo permite". El Comité recomendó la

eliminación de todos los obstáculos al aborto cuando éste no está penalizado por la ley y la modificación de la legislación nacional para autorizar el aborto en todos los casos de embarazo por violación (Comité de Derechos Humanos- Argentina; 2000).

En los últimos años, diferentes juzgados e incluso la Corte Suprema de la Provincia de Buenos Aires han emitido fallos en casos de mujeres con indicación médica para realizarse un aborto terapéutico, o en casos de mujeres incapaces embarazadas luego de una violación, que remarcan la no punibilidad de estos abortos y consideran suficiente la indicación médica.

También cabe resaltar un dictamen de la Procuradora General de la Ciudad de Buenos Aires del año 2004 en el que, ante el pedido de autorización de un hospital para realizar un aborto a una mujer cuyo embarazo implicaba un riesgo para su vida, enfatizaba la responsabilidad profesional de los médicos y del Estado frente a las posibles consecuencias para la vida de la mujer si no se le realizaba el aborto. Si bien el Código Penal contempla dos supuestos diferentes -el peligro para la vida y el peligro para la salud de la mujer- en la práctica la indicación médica para un aborto terapéutico suele limitarse casi exclusivamente a situaciones en las que el embarazo compromete seriamente la vida de la mujer. Sin embargo en este sentido, el caso de Ana María Acevedo en la provincia de Santa Fe ha sido paradigmático y hay varios profesionales procesados por no haberle realizado la interrupción del embarazo oportunamente³.

En virtud de los obstáculos en el cumplimiento del Código Penal y las dilaciones a las que son sujetas las mujeres que solicitan la interrupción del embarazo en las situaciones consideradas no punibles, el Ministerio de Salud de la Nación y los ministros de Salud de las provincias señalaron la necesidad de garantizar el acceso a la atención del aborto no punible en los hospitales públicos, dando cumplimiento a lo estipulado en el código penal y asumieron el compromiso de elaborar una reglamentación para que se atendieran en esas instituciones los abortos no punibles según el Código Penal, como una práctica médica habitual que no requiere autorización judicial. El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires fue el primero en emitir una resolución al respecto (Resolución N° 304 del 29-1-07) que establece que la interrupción del embarazo en los casos contemplados en los incisos 1° y 2° del artículo

³ Ana María Acevedo, una joven de 19 años embarazada y con cáncer de maxilar. Solicita oportunamente el aborto con pocas semanas de duración. Se lo niegan y ella muere sin recibir la medicación para su dolencia y con terribles dolores. Mueren ella y el niño a poco de nacer.

86 del Código Penal no se requiere autorización judicial, y dispone un protocolo de procedimiento para las instituciones de salud. En el caso de riesgo para la vida o la salud de la mujer, el riesgo debe ser fehacientemente diagnosticado por un equipo interdisciplinario. A los fines del diagnóstico debe considerarse la salud el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias.

Luego el Ministerio de Salud de la Nación en los últimos días de la gestión de Ginés González García en el año 2007, publica en el año 2010 la Guía Técnica para la atención integral del aborto no punible. La guía incluye parámetros de las mejores prácticas basadas en la evidencia para la provisión de abortos seguros y resguardar tanto los derechos humanos como la salud de las mujeres. El proceso de elaboración siguió los estándares de la OMS para la formulación de guías técnicas, recomendaciones clínicas, recientes estimaciones globales sobre aborto inseguro, nueva literatura acerca de la provisión de servicios, y avances jurídicos en el campo de los derechos humanos. Los destinatarios de la Guía son los funcionarios a cargo de la formulación de políticas, los administradores de programas y los prestadores de servicios de aborto.

Casos de abortos no punibles

El Código Penal de la Nación Argentina establece que el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer no es punible:

- a. si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios (artículo 86, segundo párrafo, inciso 1o, Código Penal de la Nación),
- b. si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la salud de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios (artículo 86, segundo párrafo, inciso 1o, Código Penal de la Nación),
- c. si el embarazo proviene de una violación (artículo 86, segundo párrafo, inciso 2o, Código Penal de la Nación),
- d. si el embarazo proviene de un atentado al pudor sobre mujer idiota o demente (artículo 86, segundo párrafo, inciso 2o, Código Penal de la Nación).

En circunstancias donde el aborto no esté en contra de las leyes, los sistemas de salud deben entrenar a sus proveedores y tomar otras medidas para asegurar que el aborto sea seguro y accesible. Deben tomarse medidas adicionales para proteger la vida de las mujeres.

Fallo de la Corte Suprema de Justicia

La guía técnica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre aborto seguro, es aplicable a las mujeres argentinas si la ley se interpreta de la forma en que lo hizo la Corte Suprema de Justicia, así el obstetra Faúndes en un diario digital⁴ publicado en el año 2012 afirmó que:

“Si la ley fuera interpretada de la forma en que lo hizo la Corte Suprema de Justicia, prácticamente todas las mujeres tendrían derecho al acceso a un aborto seguro en la Argentina, porque si se usa la definición de salud de la OMS -que contempla el aspecto físico, psicológico y social- la ley argentina cubre todo lo que falta no es cambiar la ley sino aplicarla de acuerdo con el fallo de la Corte Suprema, que dice que las mujeres argentinas tienen acceso a la interrupción del embarazo cuando éste significa un problema para su vida”.

Por otra parte, el 23 de marzo de 2012 con voto mayoritario, firmando por los jueces Lorenzetti, Highton de Nolasco, Fayt, Maqueda y Zaffaroni sentó tres reglas claras:

- La primera: que la Constitución y los tratados de derechos humanos no sólo no prohíben la realización de esta clase de abortos sino que, por el contrario, impiden castigarlos respecto de toda víctima de una violación en atención a los principios de igualdad, dignidad de las personas y de legalidad. De este modo, se puso fin a la incertidumbre relacionada con el alcance del artículo 86, inciso 2º, del Código Penal, en tanto algunas instancias judiciales han entendido que éste sólo se aplica respecto de la víctima de una violación que poseyera alguna discapacidad mental, criterio que llevaba a que la cuestión se judicializara a lo largo del país con resultados adversos y, en algunos casos, con riesgo a la realización del aborto o a la salud de la madre.
- La segunda: que los médicos en ningún caso deben requerir autorización judicial para realizar esta clase de abortos, debiendo practicarlos requiriendo

⁴ Véase en diario digital Télam, “Afirman que la guía de la OMS sobre el aborto seguro es aplicable en la Argentina”, publicado el 18/08/12.

exclusivamente la declaración jurada de la víctima, o de su representante legal, en la que manifieste que el embarazo es la consecuencia de una violación.

- La tercera: que los jueces tienen la obligación de garantizar derechos y su intervención no puede convertirse en un obstáculo para ejercerlos, por lo que deben abstenerse de judicializar el acceso a estas intervenciones, las que quedan exclusivamente reservadas a lo que decidan la paciente y su médico.

El equipo interdisciplinario deberá expedirse en un plazo de no más de cinco días. Para realizar la práctica se requiere el consentimiento informado de la mujer, y, si es menor de edad, de sus representantes legales. Una vez expresado el consentimiento, el aborto debe realizarse dentro de los tres días siguientes. Cuando se trata de una mujer incapaz embarazada como producto de una violación, se exige el consentimiento informado de su representante legal, la declaración de insania, y la denuncia judicial o policial de la violación.

A pesar de los casos en que el aborto no es punible, raras veces las mujeres en esas situaciones pueden acceder a un aborto legal y seguro. Con frecuencia los profesionales de las instituciones de salud exigen una autorización judicial para proceder a interrumpir el embarazo, debido al temor a ser procesados por el delito de aborto o por mala praxis; otras veces se niegan a realizar el procedimiento. A su vez, algunos jueces consideran improcedente esta solicitud, alegando que no están facultados a autorizar la práctica, pues el Código Penal es claro al respecto. En consecuencia, salvo escasas excepciones, rige una prohibición total del aborto, inclusive para los casos que están permitidos por la ley.

Objeción de conciencia

El Ministerio de Salud de la Nación, en la Guía técnica para la atención Integral de los abortos no punibles (2010), explicita que:

“Toda/o profesional de la salud tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia con respecto a la práctica del aborto no punible. Sin embargo, la objeción de conciencia es siempre individual y no puede ser institucional, por lo que toda institución a la que se recurra para la práctica de un aborto no punible deberá en cualquier caso garantizar su realización” (Ministerio de Salud; 2010:8).

“En ningún caso, la sustitución de una/un profesional objetora/o de conciencia podrá realizarse en un plazo mayor al de 5 (cinco) días contados desde la constatación de un caso de aborto no punible. Las mujeres deberán ser informadas sobre las objeciones de conciencia de su medica/o tratante y/o del personal auxiliar desde la primera consulta que realicen” (Ministerio de Salud; 2010:8).

Compromisos internacionales asumidos por la Argentina

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo El Cairo 1994, la Argentina y otros 178 países reconocieron que el aborto inseguro constituye uno de los principales problemas de salud pública, y se comprometieron a disminuir su incidencia a través de la expansión y el mejoramiento de los servicios de planificación familiar. Además, se acordó que cuando el aborto no fuera contrario a la ley debe ser realizado sin riesgos, mientras que si el aborto no estuviera permitido, se debe proveer atención posaborto de calidad, con consejería anticonceptiva para evitar su repetencia.

Nuestro país también ratificó la plataforma de la Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995, donde se convalidó lo expresado en El Cairo, y se instó a los gobiernos a revisar las leyes que penalizan a las mujeres que se han sometido a abortos ilegales. Los acuerdos de El Cairo y Beijing fueron reafirmados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en las reuniones de revisión realizadas en

1999 (Cairo+5) y 2000 (Beijing+5), donde una vez más se llamó a reconocer y encarar el impacto de los abortos inseguros sobre la salud como una gran preocupación de salud pública, reduciendo el número de embarazos no deseados por medio de provisión de consejería, información y servicios de planificación familiar y garantizando que los servicios de salud tengan la capacidad de atender las complicaciones de los abortos inseguros.

El aborto como violencia de género

El aborto constituye una clara forma de discriminación de género es un elemento central en la comisión de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas y refuerza las obligaciones de los estados para trabajar hacia la eliminación de la violencia contra las mujeres y las niñas como parte de sus responsabilidades para proteger y promover los derechos humanos universales.

En estos casos, la comunidad humanitaria tiene la responsabilidad de garantizar la seguridad, el bienestar y los derechos de las personas en riesgo de violencia de género, independientemente de si existen datos sobre el verdadero alcance del problema. Es probable que los datos disponibles sobre la violencia de género, incluidos informes de la policía, jurídicos, médicos o de otras fuentes, sólo representen una proporción muy pequeña del número real de incidentes de violencia de género. Por lo tanto, se debe asumir que la violencia de género será un problema en toda situación de emergencia, lo que requiere que todos los actores humanitarios (por ejemplo, las personas que trabajan dentro y fuera de los sectores de agua y saneamiento, salud, nutrición, logística, educación, protección, etc.) tomen medidas para hacerle frente.

El Instituto C.B. Medical de Madrid (2005) indica que un aspecto fundamental de la violencia de género contra las mujeres y las niñas es que la violencia se utiliza en las culturas de todo el mundo como una forma de preservar y mantener la subordinación de la mujer con respecto al hombre. En otras palabras, los actos de violencia contra las mujeres y las niñas son a la vez una expresión y una manera de reforzar la dominación masculina, no sólo sobre las mujeres y las niñas individuales, sino las mujeres como colectivo social. La violencia tiene sus raíces en los desequilibrios de poder y desigualdad estructural entre hombres y mujeres.

Estudios internacionales han demostrado que cerca del 80% de los abortos se encuentran manifestaciones de violencia de género y reveló que las mujeres con embarazos no planificados tenían un riesgo 2,5 veces mayor de sufrir abuso físico frente a las embarazadas con embarazos planificados. A su vez, han detectado como factor de riesgo para que se realicen más de dos abortos provocados el sufrir abuso psicológico y físico de la pareja. Esta violencia está especialmente patente entre las adolescentes que abortan, en comparación con las que continúan su embarazo, y también se encontró el triple de riesgo de ser víctima de violencia en las adolescentes que abortaron frente a las que tuvieron a sus hijos. (Abbatemarco; 2012).

Respecto a un tema de habitual polémica como es el del aborto y todo lo que ello conlleva, la Concejal por Democracia Cristiana Ciudad de Rosario, Verónica Baró Graf, señaló en una entrevista⁵ que “el aborto es violencia de género porque abortan las mujeres y no los varones. Además el aborto beneficia al varón porque ella lleva en su conciencia el aborto pero el varón borra en su conciencia las huellas de su responsabilidad”.

En una entrevista⁶ realizada en el año 2011 a Carmen Argibay jueza de la Corte Suprema de Justicia de la Nación expresó ante la pregunta de que si el hecho de que el aborto esté penalizado es una forma de violencia de género, la misma expreso:

“Yo creo que sí, pero esa es mi opinión, que hay muchos que no la comparten. Es un desprecio hacia la personalidad de la mujer, que es una forma de violencia porque es no permitirle tomar decisiones sobre cuál es la vida que quiere, directamente. Pero muchos no la interpretarán como violencia hacia la mujer, porque se sostiene que su función primordial es la de ser madre, lo cual es una barbaridad”. La integrante del alto cuerpo judicial también señaló: “Yo creo que lo fundamental es ser mujer y que la maternidad es otra cosa. La cuestión es que muchos no lo entenderían así. Y es que hay un conflicto entre dos bienes jurídicos protegidos en esta materia, y hay que resolverlo de alguna manera” (2011).

⁵ Véase en el Diario digital Cuna de la Noticia, “Verónica Baró Graf : El aborto es violencia de género”, publicado el 5 de diciembre del 2012.

⁶ Véase en el Diario digital La Voz, “No despenalizar el aborto es también violencia de género”, publicado el 20 de abril del 2011.

La atención hospitalaria del aborto en curso

En Santiago del Estero, la gran mayoría de los médicos que trabajamos en servicios públicos de salud; hemos tenido que participar activamente en la solución de hemorragias abundantes por abortos en curso o incompletos, en forma urgente y sin anestesia ya que una mínima demora le podría haber costado la vida a esa mujer. La realización de un legrado sin anestesia es considerada una violación grave a los derechos humanos, un trato cruel, inhumano y degradante y en ocasiones se hace con una intencionalidad de “castigo” hacia la mujer que ha decidido interrumpir un embarazo. La ley n° 26485 de protección integral para prevenir y sancionar la violencia contra las mujeres lo considera *Violencia obstétrica*.

[...] “Si se trata de una urgencia con peligro de vida de la madre, se soluciona en el acto y sin anestesia porque en la maternidad de La Banda es raro encontrar anestesistas. Los anestesistas tienen sus horarios y días, por ejemplo los fines de semanas no se pueden solucionar este tipo de urgencias porque no hay anestesistas y como los legrados se hacen bajo anestesia se lo deriva al Hospital Regional”[...] (Médica).

[...]“En general, no solamente en la maternidad, es poca la gente que lo considera al aborto como una urgencia médica, entonces todavía nos seguimos manejando con lo protocolar, internarla, hacerla firmar el consentimiento, pedir el electro, preguntar si desayunó o no, en mi caso particular muchas veces estuve de guardia y tuve hemorragias severas, agudas y tuve que legrar a veces a las pacientes sin anestesia, porque en la maternidad de La Banda se da la particularidad de no tener anestesista las 24hs, tenemos un horario bastante limitado de quirófano y hay pacientes que llegan descompensadas y yo le realizo el legrado en el momento, o sea se le explica que es un procedimiento que le va a doler, no hay anestesia, su vida corre riesgo pero no puedo permitir que siga sangrando y la legro. No tuve mayores problemas.[...] (Médica)

La dificultad para realizar una anestesia con la presencia de un profesional especializado es un problema generalizado en todo nuestro país, dadas las restricciones que las sociedades médicas de esta especialidad ponen a la incorporación egresados/as a las residencias. Sin embargo en algunos hospitales del interior de la provincia los médicos han tomado curiosas actitudes que contribuyen al mejor tratamiento de las mujeres en circunstancia de aborto y opinan que una decisión política podría estar contribuyendo a la disminución de la tasa de abortos, por lo menos en el interior. Para el

caso del Hospital Regional está claro que las políticas nacionales de redistribución del ingreso no han modificado los números de nacimientos y de abortos ya que se mantienen con variaciones mínimas durante la última década.

P- ¿En cuánto tiempo se le soluciona a la mujer que ingresa en circunstancias de aborto? (Entrevistador)

R- Bastante rápido, en el Hospital de Añatuya los tres ginecólogos que trabajamos aprendimos a usar el Ketalar como anestésico general y si la paciente está muy comprometida ya sea por el sangrado o por infección, se lo hace el que está de guardia en el momento, cuando hay signos de infección se la espera hasta el otro día con suero y se la deja en ayunas y se hace el legrado. Lo que si quiero apuntar es que desde que se paga la asignación por hijo ha disminuido mucho la cantidad de abortos, es como asegurarse una entrada de dinero mensual.

En el año 1997/98/99 llegamos a tener 21 legrados por aborto incompleto en la semana, 3 por día, luego haber una vez mas abortos que partos, teníamos 100 partos por mes y en este momento en mi semana de guardia veo que hay menos cantidad de abortos incompletos y la asocio a la asignación por hijo, no a que se haya aplicado algún sistema que se mejoró como la información de anticonceptivos. (Médico)

P- ¿El procedimiento del aborto incompleto es siempre el legrado? ¿Se realiza Ameu? (Entrevistador)

R- Hicimos Ameu, pero yo tuve mala experiencia con ameu, tuve luego que legar nuevamente y por una cuestión de rapidez operativa preferir el legrado donde yo prácticamente me aseguro que no queden restos, con el ameu nunca me sentí seguro y es un procedimiento mas largo se necesita alguien que haga el apoyo psicológico, en este hospital falta personal, nunca lo tuve.(Médico)

La OMS, ante la necesidad de disponer de las mejores prácticas basadas en la evidencia para la provisión de abortos seguros y resguardar tanto los derechos humanos como la salud de las mujeres, ha actualizado su publicación del año 2003 “Aborto sin riesgos .Guía técnica y de políticas para sistemas de salud”; y ha enunciado recomendaciones para la atención clínica en la “Guía técnica para la atención integral del aborto no punible”, publicada en el año 2010. La aspiración al vacío (AMEU) es la técnica recomendada de aborto quirúrgico para embarazos de hasta 12-14 semanas de gestación. El procedimiento no debe ser completado rutinariamente con legrado. La dilatación y curetaje, si se practica todavía, deben ser sustituida por la aspiración al vacío sin embargo en Santiago del Estero, como en otras provincias, este método espirativo no es de práctica habitual.

- ¿El procedimiento AMEU se realiza? (Entrevistador)
- El AMEU no se realiza porque hay dos o tres y están bajo llave y no están organizados, no todo el personal esta entrenado en AMEU y los que estamos entrenados no lo podemos usar, pero la verdad sería una linda práctica porque es menos traumática para la paciente. (Médica).

Son múltiples los argumentos que expresan la resistencia a la incorporación de esta práctica; que van desde problemas administrativos (quien tiene la llave) hasta la falta de profesionales de la psicología para hacer asistencia. Se la reconoce como menos traumática para las mujeres, pero no se la práctica.

Otro aspecto que merece atención es la provisión de los medicamentos necesarios para la realización de la práctica:

- ¿La maternidad dispone de Misoprostol? (Entrevistador)
- Si lo tiene, pero no se que tipo de misoprostol es porque es totalmente ineficaz, tenemos el de 25 mg que me imagino que debe ser genérico, tenemos que poner cuatro pastillas y es muy poco efectivo, entonces la paciente generalmente lo compra o si estoy yo lo hago comprar por la maternidad. Lo que se trata de hacer es tomar conducta, definir, tratar de que la paciente no permanezca dos o cuatros días por un legrado y que se retire a su casa en buenas condiciones porque a veces la falta de definición a la conducta medica demorada, hace que la paciente permanezca cuatro días internada y no tiene sentido, cuando necesitamos camas en un establecimiento tan chico como es la maternidad, entonces hay que definir. (Médica).

Las mujeres en situación de pobreza configuran una población de riesgo

Desde una perspectiva de equidad, nos percatamos que los problemas femeninos están basados en su mayoría en cuestiones relativas al empoderamiento y carencia de recursos. Por este motivo, pensamos que en el caso de las prácticas abortivas clandestinas, la diferencia entre los géneros opera como factor de inequidad en el proceso salud-enfermedad-atención. Sin embargo, aun dentro del grupo femenino, dichas inequidades cobran mayor relevancia dependiendo al sector social al que se pertenezca. Es decir, dentro de una identidad de género, encontramos diferencias en las estrategias biopolíticas por clase social (Pérez Chavez; 2006). Los perfiles de salud-enfermedad-atención expresan las diferencias, desigualdades y discriminaciones en el reparto de los riesgos y recursos protectores. El problema de la mortalidad materna es

expresión del lugar de estas mujeres (mujeres en situación de pobreza) en el reparto material y simbólico del bienestar, la pobreza y la alienación (Checa; 2012).

El aborto y sus consecuencias constituyen un preocupante fenómeno mundial que involucra a la Salud Pública como principal responsable pero que a su vez tiene connotaciones filosóficas, religiosas, sociológicas, psicológicas y éticas. Su tratamiento se limita (las pocas veces que se trata) a debates públicos y mediáticos donde generalmente se confrontan dos posiciones diametralmente opuestas: quienes creen que el embrión y el feto tienen prioridad absoluta sobre las decisiones personales de la mujer ignorando por completo los derechos de ésta y quienes privilegian resueltamente los derechos de la mujer a decidir por sí mismas, ya sea continuando o no con el embarazo (Faúndes y Barzelatto; 2006).

En Argentina como en tantos otros países donde existen severas restricciones para acceder al aborto seguro, se produce un fenómeno que marca una enorme “inequidad” de género y social. Aquellas mujeres que pertenecen a sectores socio económicamente medios y altos, acceden a abortos clandestinos realizados por médicos en consultorios o clínicas privadas, donde se realizan abortos por aspiración o legrados uterinos y se cuenta con todos los medios necesarios para garantizar su asepsia y seguridad. Este proceder raramente presenta complicaciones serias y constituyen los abortos seguros. Las mujeres de sectores pobres se ven obligadas a recurrir con frecuencia a prácticas riesgosas, como la colocación de sondas, tallos de perejil, agujas de tejer o a la ingesta y aplicación de diferentes sustancias. Este procedimiento inseguro para interrumpir el embarazo es practicado por personal sin capacitación o habilidades técnicas, o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos. Este es el caso para muchos países en desarrollo en donde la legislación prohíbe el acceso a servicios seguros de aborto. En Latinoamérica, la interrupción de un embarazo producto de una violación es legal en menos de la mitad de sus países (42%), sin embargo su práctica permanece a lo largo de la región. De todas las regiones en desarrollo, Latinoamérica tiene la tasa más alta de abortos inseguros con 31 abortos por 1.000 mujeres. Casi el 100% de las complicaciones ocurren en estos últimos casos (OMS; 2011).

"Una sociedad que no tiene condiciones objetivas para dar empleo, salud, vivienda y escuela, es una sociedad abortiva. Una sociedad que obliga a las mujeres a escoger entre permanecer en el trabajo o interrumpir un embarazo, es una sociedad abortiva, una sociedad que continúa permitiendo que se hagan pruebas de embarazo antes de admitir a una mujer en un empleo, es abortiva. Una sociedad que silencia la responsabilidad de los varones y sólo culpabiliza a las mujeres, que no respeta sus cuerpos y su historia, es una sociedad excluyente, sexista y abortiva excluyente, abortiva"

Ivone Gebara, monja y teóloga feminista brasilera

La experiencia de las mujeres que transitan por un aborto

Los profesionales de la salud somos testigos, y varias veces participantes directos de distintas formas de violencia física y psicológica ejercida en los servicios de ginecología y obstetricia, hacia mujeres que acuden en circunstancias de aborto o por las complicaciones del mismo cuando se lo practican, no siempre tienen condiciones óptimas: las usuarias pueden ser objeto de críticas, estigmatizadas o tratadas sin respeto por el personal médico, además de que muchas veces deben hacer largas esperas para ser atendidas.

A continuación se describen testimonios sobre el trato cruel y humillante que reciben las mujeres en el hospital regional Ramón Carrillo, donde sufren aislamiento, falta de atención al llegar aun en malas condiciones físicas (por ejemplo, sangrando); no siempre se les administran medicamentos para el dolor o deje de anesthesiarseles en las operaciones. A lo anterior se suma que no se respete su privacidad, además de ser sometidas a castigos por la sospecha de que se provocaron un aborto. Estas mujeres tienen que soportar interrogatorios maliciosos por parte de médicos/as, enfermeras/os u obstétricas/os que no se corresponden justamente con los principios de los interrogatorios clínicos recomendados desde los sitios de formación, además numerosos improperios y acusaciones hacia su persona, con apenas un mínimo respeto a su dolor y pudor. También con frecuencia se las trata como que han delinquido y por lo tanto tienen que pagar sus culpas.

Canevari Bledel (2011) manifiesta que las mujeres expresan “la idea de ir al hospital me da pánico”. Llegan con incertidumbre y temor. Y en ocasiones este temor

se transforma en algo paralizante. Por lo que escucharon o por lo vivido en experiencias anteriores.

[...]“No me hacían nada. Los veía pasar por los pasillos pero ni entraban a verme y yo con sangrado. Mi hermana me mandaba mensajes preguntando cuando me iban a mandar pero no le podía contestar porque ni yo sabía”[...] (NR 42 año, Diag de ingreso ab. Incompleto. Legrado uterino al tercer día. Alta al 4º día).

[...]“no se puede contar lo que se vive ahí adentro. Es peor que una cárcel y lo peor es que nadie te dice nada y no dejan pasar a nadie...un horror. Una enfermera me vio tomando un jugo y por poco me mata. Chica te hemos dicho que no tienes que comer nada, así nunca te van a legrar”[...] (MA, 20 años A. Incompleto. Legrado uterino al 3er día. Alta voluntaria al 4º día).

Hay dos aspectos que son recurrentes en los relatos de las experiencias de las mujeres que llegan con aborto en curso. Uno es el *ninguneo* y el otro son las dilaciones de tiempo. No se les explica lo que pasa, se las ignora y esto es una forma cruel de violencia. Y luego se posterga el legrado de manera reiterada y sin explicación. El uso del tiempo es una de las expresiones mas frecuentes de la violencia en las instituciones sanitarias. Se confrontan las largas esperas, con tiempos fugaces de atención y conversación entre los/as profesionales y las mujeres usuarias.

[...]“Mi vecina de cama iba a cada rato a llamar las enfermeras o a los doctores porque yo no daba más y gritaba de dolor. Recién a la hora llegó una enfermera me destapó y como no tenía mucha pérdida se enojó y nos retó a las dos por haberla molestado...como si yo tuviera que estar con mucha sangre...no me creían el dolor que yo tenía. Pasó de casualidad una doctorcita que también me destapó...pidió guante y me tactó...me dijo todavía faltaba mucho para que expulse el feto...hacele un calmante y cuando expulse pasala y avisame...le dijo a la enfermera”[...] (SBG, 18 años ingresó con Ab. en curso e inminente. Legrada al 3er día)

[...]“En Clodomira fui tres veces al hospital con pérdida y dolor...nunca había un médico hasta que me revisó una partera y me preguntó si me había hecho algo...yo le decía que no...ella que si no le decía no me iba a derivar a Santiago...y yo no me había hecho nada. ..Yo nunca le deseo mal a nadie pero a esa hija de puta le deseo lo peor porque es una maldita...no se como trabajan en un hospital con gente enferma...ellas son las enfermas...no tienen corazón ni sentimientos”[...] (PA, 19 años. Le hicieron legrado por aborto en el Hosp.. Regional luego de pasar por la maternidad de La Banda donde no había anestesista).

Sin embargo, en la maternidad del hospital regional Ramón Carrillo de Santiago del Estero las acciones violentas hacia las mujeres en circunstancias de aborto, se podría apuntar que en mínimos aspectos a mejorado en forma muy lenta. Uno de ellos es el de no denunciar a las pacientes; en tiempos no lejanos se las denunciaba casi sistemáticamente, pero lamentablemente en la actualidad todavía se incurre en tratos extremadamente maliciosos para la salud mental y física de quienes concurren a ese centro de salud en busca de una solución. En numerosas ocasiones, lejos de encontrar una solución, las mujeres son externadas con nuevas patologías, como la anemia e infecciones y a su vez emocionalmente dañadas por las “torturas” (ver entrevistas) que sintieron o sufrieron desde que fueron ingresadas al servicio.

Los hospitales deben brindar a las mujeres egresadas por esta causa atención postaborto que evite, por un lado, la repetición a través de una adecuada información sobre anticoncepción, garantizando su provisión y, por otro, contener a la mujer en la difícil situación por la que atraviesa (Checa y Rosemberg; 1996).

Todos los protocolos y guías clínicas para el diagnóstico, manejo clínico y tratamiento del aborto en curso o incompleto hablan de que se trata de una emergencia médica y por lo tanto el médico y todo el equipo de salud, deberían actuar como tal.

- ¿El aborto en curso o incompleto es una urgencia? (Entrevistador)
-” Depende de la situación, cuando es una hemorragia intensa sí. En ese mismo momento, muchas veces es correr, porque se presentan situaciones muy dramáticas, y en la parte privada nos encontramos con otra situación, porque muchas veces vienen con hemorragias intensas y yo trabajo en poli consultorios donde no tengo internación y la paciente no dispone de obra social, entonces tengo que llamar a la ambulancia, disponer de un taxi o cargarla en mi auto y llevarla a una institución pública, que muchas veces no tienen anestesistas o las acuestan en la camilla y no queda otra opción de hacer la extracción de los restos que le están provocando la hemorragia sin anestesia, es una situación extremadamente cruel pero es lo que se vive a diario, distinto es a la paciente que tiene obra social, simplemente se la lleva a la clínica donde yo trabajo, se la acuesta en una cama, hay anestesistas y la paciente en quince minutos tiene resuelta la situación”.(Médica)

Según datos extraídos de Historias Clínicas de pacientes que ingresan con hemorragias del primer trimestre de embarazo, con diagnóstico de aborto incompleto o aborto en curso y luego de dejar asentado por escrito que “niega maniobras abortivas”,

permanecen internadas entre 3 y 5 días, correspondiendo el día 4 o 5 el procedimiento que en definitiva es el tratamiento del problema primario. Solo unas pocas mujeres son tratadas según protocolo (ver entrevistas) y logran la externación rápida. Aquellas que quedan a la espera, por falta de voluntad, sensibilidad y criterio de los profesionales de turno (médicos ginecobstetras, anestesistas, enfermeras, obstétricos, bioquímicos), sufren las consecuencias del sangrado, que, aunque sea escaso es continuo, del ayuno y la casi total desconexión y aislamiento sin tener información ni ellas ni sus familiares de lo que les está ocurriendo.

- ¿Qué promedio en horas realiza el profesional al ingresar la paciente con ese diagnóstico hasta que es legrada? (Entrevistador)
- Depende del médico que este, porque están planificados los días para hacer los legrados, depende del médico que venga y también si hay lugar en el quirófano, pero suelen pasar horas o días... (Grupo Focal de Enfermeras)
- ¿Qué les parece la actitud desinteresada de algunos médicos?
- Mal porque yo pienso que en algún momento se puede transformar en una urgencia y se puede solucionar en el momento en que llegan, si es un aborto incompleto que está sangrando entonces para que las hacen esperar. Hay veces que la gente no tiene para depositar sangre y si no la legran o no solucionan el problema, la paciente va a seguir sangrando y se puede llegar a complicar y llegar a la muerte (Grupo Focal de Enfermeras).
- ¿Cómo creen que los profesionales actuarían en la parte privada? (Entrevistador)
- Seguramente que no van a actuar así, y tampoco les va a gustar que a un familiar de ellos vayan a un lugar y sean maltratados, a mi me gusta tratar bien a la gente porque a mi no me va a gustar que me traten mal, hay colegas de otro servicios que cuando voy a preguntar algo me atienden mal, por eso yo siempre que vienen los trato bien (Grupo Focal de Enfermeros)
- En cualquier lado hay que tratar con respeto como nos gustaría que nos traten a nosotros (Grupo Focal de Enfermeros)
- ¿Qué opinan sobre el tema del ayuno cuando quedan internadas?
- Si no las legran yo voy y les digo que almuercen porque a la siesta seguro no les van a hacer nada, almuercen pero no merienden nada. Últimamente no están haciendo legrados por la tarde, a la mañana nada más hacen y las pacientes mueren de hambre. Cuando hay alguna urgencia si se realiza el legrado en el momento (Grupo Focal de Enfermeros)

Resulta paradójico que en maternidades de mediana y alta complejidad como son la de La Banda y el Regional, se demore tanto y se obstruye burocráticamente los tratamientos, mientras que en el interior, como ocurre en Añatuya o Termas de Río Hondo, lo solucionan con celeridad (Entrevistas).

Los costos humanos, sociales y económicos

¿Por qué abortan las mujeres?

Una respuesta detallada a esta pregunta implicaría hacer una lista interminable de razones: tantas como mujeres que abortan, puesto que cada una de ellas tiene su propio cuerpo, sus motivos personales y su manera peculiar de elaborar juicios morales y tomar decisiones. Sin embargo, algunos estudios han revelado que en todas partes del mundo las mujeres que tienen abortos dan casi siempre las mismas razones para explicar su decisión (Faúndes, 2005). Estas razones pueden resumirse de la siguiente manera: para evitar la maternidad; para posponer la maternidad; por condiciones socioeconómicas; por problemas en la relación; por la edad; por motivos de salud; por coerción...

El hecho de que el embarazo sea producto de una violación o una relación sexual forzada; la imposibilidad de asumir a una criatura más; la carencia de empleo o de recursos económicos para sostener a una criatura; el desentendimiento o rechazo de la pareja; la percepción de las mujeres de ser demasiado jóvenes o demasiado viejas como para poder ser madres; la necesidad de continuar los estudios o de dedicarse exclusivamente a la propia carrera, trabajo o proyecto de vida; el descubrimiento de graves malformaciones o enfermedades en el feto; el hecho de tener ya los hijos e hijas que se desean y, desde luego, la posibilidad de que la continuación del embarazo ponga en grave riesgo la salud o la vida misma de la mujer (Zamberlin;2008).

Entrevista a mujeres que se sometieron a un aborto en condiciones de seguridad en Santiago del Estero (fragmentos)

María (29 años): Yo tengo tres hijos, con el tercer chiquito tuve complicaciones en el embarazo, tuve desprendimiento de placenta a partir de los cinco meses, me internaron en el Hospital Regional para poder retenerlo, hice reposo absoluto hasta que me programaron la cesárea, me preguntaron si quería ligamiento y yo dije que si. Todos mis hijos nacieron por cesárea.

M: En ese mismo momento me desesperé porque pensé que tenía un ligamiento y me preguntaba que hago ahora con otro hijo porque ya no me

esperaba esto, entonces consulte con mi marido y el me dijo que era mi decisión y que tenía su apoyo pero yo ya tenía decidido no tenerlo.

Verónica (32 años): No me bajaba, tenía un atraso, estaba con miedo. Yo soy irregular, yo pensé que no estaba embarazada y no lo quería tener, primero porque me fue mal en los embarazos anteriores y segundo en la parte económica no estoy en condiciones y tengo problemas de columna, entonces ese es otro motivo por el que no quería porque iba a llegar un tiempo determinando donde ya no iba a poder con el peso de la panza y también por que trabajo.

¿Quiénes son las mujeres que abortan?

La respuesta a este interrogante es absolutamente amplio: Son adolescentes, adultas; usaron métodos anticonceptivos, no los usaron; son solteras, casadas, separadas, viudas; tuvieron educación sexual, jamás tuvieron información sobre sexo y sexualidad; son católicas, judías, musulmanas, evangélicas, no creen en nada, creen en otras cosas; no quieren tener hijos, no quieren tenerlos ya los tienen; son pobres, tienen trabajo, temen ser despedidas; tienen un buen salario, no tienen nada; tuvieron relaciones sexuales con el novio, con el marido, con el amante, fueron abusadas por su propio padre, violadas por uno o varios en la calle, en el boliche; están a favor del derecho al aborto, están en contra; viven en la ciudad, en el campo, en el sur, en el norte; lo hacen con dudas, están seguras de lo que hacen; van a la universidad, no terminaron la escuela primaria; se lo dicen a su madre, a su padre, lo cuentan a sus amigas, no se lo cuentan a nadie (Faúndes y Barzelatto; 2006).

María: yo y mi esposo trabajamos en una pizzería, el a la mañana yo a la tarde y noche

Entrevistador: ¿Te costó juntar el dinero? ¿Tu marido te ayudo?

M: Si, los dos trabajamos, yo tenía una plata ahorrada pero tuve que pedir un préstamo, trate de juntar lo más rápido posible porque estaba por cumplir los tres meses y si se pasaba de esos meses el precio aumentaba más.

E: ¿En qué trabajas y cuántos hijos tienes?

Verónica: Trabajo en casa de familia y tengo dos hijas, una de 15 y otra que cumplió 5 años.

Algunas mujeres tienen la posibilidad de conseguir buenos consejos por parte de amistades o directamente por profesionales del medio que, sumados a las posibilidades económicas, terminan con su embarazo en condiciones ideales para evitar complicaciones

María: Hable con un médico para ver si me podía ayudar y me dio nombres de otros médicos, fui a dos, el primero me dijo que no hacía esas cosas y al segundo me hizo el legrado.

E: ¿Eso fue en una casa, en un consultorio médico o en una clínica?

M: Es ginecólogo y fue en un consultorio médico.

M: El médico me cito un día, me puso una pastilla y me mando a mi casa. Me dijo que en mi casa se podía producir el aborto y en el caso que no fuera así tenía que ir a la clínica. Me cobró \$2500.

E: ¿A que hora te recibió el médico?

M: A las siete y media de la tarde.

E: ¿A que hora te desocupaste?

M: A las ocho y media. Estuve en total una hora hasta que se me pase lo de la anestesia, salí bien caminando, tome un remis y me fui a mi casa.

E: ¿Tenías pensado otra opción?

M: Si, antes de visitar al médico si, mi prima me dijo que una señora ponía pastillas y me salía \$1.000 y con sondas me salía \$500 pero yo no me animaba. Cuando fui a la clínica me dijeron que por lo que tuve el desprendimiento de placenta y pérdidas en el embarazo no querían arriesgarse a hacer ese tipo de trabajo. La mujer que pone la sonda me dijo que si yo estaba segura de hacerme vaya a su casa porque después no quería que una vez hecho el aborto la denuncie, ella me explicaba que si me ponía la sonda y yo me enfermaba o me daba una hemorragia tenía que ir al hospital y no es como la pastilla pero yo no me anime a ninguna de las dos cosas, espere a juntar la plata y pague mucho más, fue costoso pero con buen resultado.

E: ¿Fuiste asesorada por profesionales?

Verónica: Si fui asesorada a ponerme las cuatro pastillas bajo la lengua, a las tres horas cuatro pastillas más y a las tres horas las otras cuatro, eran doce pastillas en total. En las primeras cuatro empecé a sangrar con muchísimo dolor y me agarro diarrea en abundancia, náuseas y me bajaba la presión, después ya me bajaba muy poquito yo pensé que ya había largado pero al otro día seguía con ese dolor y pensé que tenía una infección urinaria y entonces me hice una ecografía y salió que tenía el embrión sin latido y es ahí donde voy al Hospital y me dan para que tome cuatro pastillas juntas, yo fui un miércoles y justo esa semana era fin de semana largo pero yo tome las pastillas recién el martes siguiente, al principio no me dio diarrea pero después empecé con los dolores muy fuertes y me bajo un poco.

E: ¿No estabas internada?

V: No, a mi me mandaron a mi casa y que tome las pastillas y una vez que me baje vuelva y si no me bajaba tenía que ir así ellos me internen. Cuando me baja el martes fue con muchos coágulos, llore mucho pensando que podría ser

una hemorragia entonces fui al hospital donde me atendió una doctora, le dije como estaba, me hizo tacto y me dijo que ya estaba para que me hagan el legrado. Me hicieron análisis y me dijeron que no desayune porque al otro día me iban a hacer el legrado. A la mañana siguiente no desayune, me suben a la camilla y una enfermera se acerca y me dice que no me iban a poder legrar porque no había medico en ese momento porque surgieron muchas urgencias y que con suerte me iban a hacer por la tarde. Me dijeron que no almuerce que no coma nada ni un caramelo, yo estaba con suero, sentía hambre y tenía mareos pero no sabia si era por mi columna o por la falta de alimentación.

A la tarde vino a verme una vecina que es obstetra y que trabaja allí y me dijo que no cene porque la doctora me iba a hacer el legrado, entonces a la noche después de la cena vienen y me preparan para llevarme, me mareaba mucho que tuve que pedirle a las enfermeras que me lleven despacio, cuando llegue me pusieron la anestesia y después ya me desperté en la habitación, volví a la misma cama donde estaba, me atendieron dos enfermeras y luego me dormí, mas tarde cuando despierto me sentía toda mojada y no había nadie de mi familia, tuve que llamar a mi hermana así me ayude y me contó que para que la dejen entrar tuvo que pagarle a los de seguridad con una gaseosa y le dijeron que me cambie y vuelva rápido y así tuvo que ser.

Como a las cuatro o cinco de la mañana vino una enfermera y me dijo que ya podía tomar por boca los antibióticos y que no hacia falta cambiar el suero, yo por un lado me alegraba y por otro tenia miedo, me dijeron que después del legrado debía permanecer internada 24hs pero a las siete de la mañana vino una doctora y me dijo que los análisis estaban bien que ya podía irme a mi casa. En mi casa estuve bien pero tenia todo inflamado.

En estos fragmentos que surgen de las entrevistas, se puede notar que se trata de mujeres que, pertenecen a una clase humilde y trabajadora. Además las dos tienen un grupo familiar con esposo o compañero en convivencia e hijos. Estos factores sumados a un nivel educativo importante, seguramente han contribuido a buscar la solución a su problema principal (embarazo no deseado), consultando a personas de confianza y/o profesionales médicos del medio y seguir sus consejos antes que escuchar amigas/os o familiares con otras experiencias que, aunque por menores costos, el riesgo a complicaciones es mucho mayor.

El modo de los dos procedimientos fue el mismo; combinación de métodos químicos (misoprostol) y posterior legrado uterino.

La gran diferencia se pude notar en que uno fue tratado en un consultorio privado por lo cual se pagaron \$2500 y el otro en la maternidad del principal hospital de Santiago del Estero. En el primer caso la solución sin complicaciones se logró en una hora, mientras que en el segundo caso la mujer (Verónica) tuvo varios días internada

pasando momentos y situaciones torturantes hasta que alguien se “apiadó” de ella y le solucionó el problema

Uno de tantos casos de aborto inseguro en Santiago del Estero

La otra cara: la muerte de una niña de 14 años

El siguiente caso muestra una situación altamente dramática que sufrió una niña de 14 años y su familia. Fue un caso que causó en toda la comunidad santiagueña un inmenso dolor, no solamente por como se desarrollaron los hechos si no también por la gran repercusión mediática que tuvo.

En este caso tristemente paradigmático, se puede recorrer el amplio abanico de atrocidades que se cometen en innumerables casos que suceden casi a diario en situaciones de clandestinidad. Por cuestiones de espacio se citan algunos fragmentos

Entrevista a los padres

M (entrevistador): ¿Cómo empezó todo?

Susana (S): iba ir a comer con unas amigas a un asado, como la mayoría estaba cumpliendo los quince años, mi hija tenía catorce y falta un mes para su cumpleaños, y que después se iba a una reunión a hacer un trabajo y que no iba a volver hasta muy tarde.

Cuando yo vuelvo del trabajo tipo once de la noche, ella estaba acostada y me dijo que estaba menstruando que estaba con dolores, cosa que era habitual en ella. Al otro día cuando me levanto, le digo a mi marido que no iba ir a la escuela porque me pareció que no tenía sentido que vaya si no estaba bien, pero ella me dijo que si sentía bien y que quería ir, entonces se va a la escuela.

Esposo (E): Esa mañana yo le dije que si no estaba bien que se quedara, me fui al fondo de casa y cuando volví ella ya se había ido, se fue a acompañarlo al chico (su novio) y había dejado una nota, hacemos contacto con el celular del chico y atiende la madre y nos dice que estaba acompañando a su hijo a un velatorio (llorando) y me pregunto si le dábamos permiso para acompañar a su hijo al entierro...

S: la madre del chico vino a casa angustiada, que recién a esa hora se animo a avisarme que la había dejado a mi hija en el Hospital Regional, llamo a mi marido para avisarle que A. estaba en el hospital regional con una hemorragia, le pregunte como la internó?, entonces se puso nerviosa.

E: cuando llegamos al hospital pregunto por A. y nadie la tenía registrada por su nombre, empezamos a correr a donde estaban las mujeres internadas en la

maternidad, pregunto por A. y no la encontraban nos decían que no la tenían ahí, entonces como me habían quedado registrado el numero de esta mujer por los mensajes que mandaba y la llamo y le digo que no estaba ahí y le preguntaba donde estaba y me dice que estaba con el nombre de Marina Díaz y es ahí donde la ubicamos, nos dijeron que estaba en maternidad pero que la habían derivado al servicio de terapia intensiva, en ese momento me descompensé.

S: No podíamos entender, nos quito toda la vida, la hija mayor es la más querida y adorada (llorando). La falta de respeto... el abuso...

E: En este caso hubo manipulación de años de una persona grande, mujer el daño que podía provocar.

S: Ahora mi hija está muerta, pero aún si hubiese vivido las secuelas que le hubiese dejado a mi hija esta situación, las cosas terribles que le habrán hecho y me duele el alma lo que tuvo pasar ella A. con esta gente desalmada para hacer esto. Merece lo peor...

E: Una cosa es la justicia pero por otro lado también deberían intervenir los organismos públicos que aquí hubo un ejercicio ilegal de la medicina, la otra vez a actuado de oficio por un curandero que practica de umbanda que intervino con una práctica que no es legal, la obligó a tomar leche con perejil.

M: ¿La mamá del novio la llevo para que le realicen un legrado?

S: Ella lo hizo en la casa el jueves, la misma mamá del chico actúo con una enfermera. Para mi fue ella también porque después con el tiempo nosotros averiguamos que ella tiene algunos conocimientos, entre las dos le hicieron en la casa de esta mujer en el barrio 25 de Mayo, ahí le realizo la practica cosa que cuando nosotros volvimos el jueves a la tarde del trabajo ya mi hija estaba en casa.

(Relato sobre la parte judicial)

S: no sospeche que A. tenia relaciones, sin embargo como con mi hija al igual con L. que tiene 12 años siempre fuimos abiertas al hablar, ella sabia todo el ciclo, fuimos a la ginecóloga como para que ella se vaya ambientando, yo puedo entender que le pase a otra persona pero a mi no, le dijo que hacer el día que tenga relaciones, si me quiere contar a mi, le dije que tiene cualquier medico para que la atienda, todas esas cosas pero evidentemente todo lo que uno dice a esa edad ella no lo asimilo bien, esa es la única explicación que yo entiendo, que era muy chica mi hija para entender tantas cosas que igual yo le explique, nunca pensamos que otra persona extraña se iba a meter en esto.

E: Yo estaba muy confiado, muy seguro por estas problemáticas, no tenia de que preocuparme, después de esto como era muy ignorante del tema hice un curso sobre educación sexual y hay una ley nacional de educación sexual pero que todavía no lo incluyen porque no se desarrollan temas o no esta como espacio y no solo tiene que ver con el embarazo sino también con enfermedades de transmisión sexual, medidas preventivas, me parece a mi que los organismos intervengan de manera directa y desarrollen con los profesionales una charla porque es una manera de enfrentar una realidad que aparece como una debilidad.

S: La única verdad es que ellos van a seguir produciendo en la vida y van a seguir ganando terreno.

S: Yo no sabía como trabajar porque todo el tiempo pensando en lo mismo día y noche, dormía a medias, despertándome a cada rato.

E: A mi algo que me ayudo mucho es el trabajo que yo tengo, muchas veces buscaba en ellos rasgos, los ojos, el pelo. Muchas veces me quebraba en las aulas y después me dedique a hacer cursos y era ocupar mi cabeza en otra cosa, mucho tiempo sin dormir.

Nosotros hicimos esta casa y el hecho de que ella no esta, nos quedo grande y fría.

Uno pensaba siempre en accidentes pero en esto nunca...

Otras entrevista a médicos y enfermeras de Santiago del Estero

¿Qué piensan del aborto y porqué abortan las mujeres?

-[...]“Yo nunca cuestiono a la paciente porque no se cuales fueron los motivos que la llevaron a tomar esa decisión, pero si que tengan mas medios para prevenir, yo siempre digo si las pacientes no vienen a las Upas, de alguna forma tendrían que informarse porque hay muchos agentes sanitarios nombrados que podrían salir a domicilios[...] (Obstétrica).

-[...] “Muchas veces nosotros juzgamos desde afuera y no sabemos si la paciente realmente tiene mas hijos o no tiene con quien dejar al bebé, no tiene recursos económicos, no tiene movilidad o ni para el colectivo, miles de problemas que pueden tener y nosotros no sabemos en que condiciones vive la paciente, siempre les dije a los de planificación familiar si no habrá una forma de llegar a la paciente a la casa habiendo tanto personal preparado, pero como dije nosotros no sabemos que pensarán, pero si pensamos que esta mal eso de colocarse cosas, nosotros lo vimos muchas veces, el otro día hubo un caso de una chica que se había lastimado al colocarse la pastilla, y le preguntamos como se lastimo y nos dijo que con un palo se ayudo para introducirse bien la pastilla, o también las sondas que le ponen una aguja y se introducen y nosotros criticamos pero no sabemos el nivel educacional que tiene cada paciente, me contaba el otro día una chica que en el barrio autonomía en una casa había un frasquito con una sonda en alcohol, y que pregunto que era eso y le dijo que eso tenían las mujeres porque cuando se embarazan se prestan esa sonda”[...] (De un grupo focal con enfermeras de maternidad del hospital regional.)

-[...] “La mayoría de las pacientes que yo veo en el hospital público aducen problemas para poder mantener una gran cantidad de hijos, algunas que no tienen hijos porque son demasiadas jóvenes y por consejo de la madre o un familiar directo se hicieron un aborto. La distinción que hago en la parte privada es que yo tengo pacientes que tampoco puede criar un hijo porque tienen un sueldo de docente o policía entonces cuando vienen a la consulta antes de abortar, plantean social y lo económico de decir no quiero tener este embarazo. Empiezan a decir que tienen 4 hijos, el mas chico tiene apenas 1 año y mi marido no quería, cuando son interrogadas tampoco usaron un método

anticonceptivo, el marido hay veces que no quiere que usen un método anticonceptivo”[...] (Médico del interior)

-[...] “Normalmente la paciente llega pidiendo por favor que la ayude a resolver su situación, mi interrogante siempre es hacer una psicoterapia, digamos, ¿Por qué ha ocurrido? ¿Cómo ha ocurrido? ¿Por qué no se cuidó? ¿Tuvo información de los padres?, depende mucho de la edad, habitualmente cuando son chicas de 13 o 14 años uno piensa que tuvo una mala educación sexual o no tiene dialogo con su mamá, pero cuando son chicas mas grandes sabemos que tienen información en todas las áreas y las respuestas llamativamente casi sistemática es que pensaron que no podían quedar embarazadas.

Entonces mi pregunta es ¿Cómo puedes intentar saber si quedas embarazada quedando embarazada? Y aun sabiendo que no desean tener un hijo en ese momento por muchas razones” [...] (Médico del interior)

-[...] “Yo creo que es de todos los grupos sociales, pero podemos decir que un 70-30 a favor de la mujer pobre, porque no tiene educación, es una paciente que vive en una casa con siete hermanos y viven en el mismo cuarto de sus padres, están sometidas muchas veces a la promiscuidad donde no tienen educación y a su vez tienen la libertad para salir y no tienen limites, no tienen una familia que las contenga, tienen relaciones por que quieren experimentar y en realidad no saben de que se trata, en cambio el otro grupo de mejor situación económica es aquella mujer que pensó que no podía quedar embarazada al igual que las puérperas que cree que dando de mamar se terminó su posibilidad de embarazo y de pronto llegan embarazadas de tres meses, creo que es fuertemente un gran problema de educación de todos los niveles sobre todo en las jovencitas pobres, que no solo carecen de educación sino se le adiciona un gran problema social como es lo habitacional, al falta de apoyo familiar”[...] (Médica)

-[...] “Hay diversidad de edades, por distintas causas, cuando son adolescentes por miedo a los padres, a seguir con algo a lo que no están preparadas, hay mujeres que están mal en su matrimonio y no quieren seguir con el embarazo, hay mujeres que ponen en primer lugar su trabajo o tienen muchos hijos, las causas son muchas y uno trata de orientarlas a que siga, tratando de adornarle toda una situación que a lo mejor después no es cierto, pero de cualquier manera si están firmes en su decisión, creo que hay que orientarlas a que se conduzcan de la mejor manera para que no corra peligro su vida” [...] (Médica)

E: En su consultorio privado, ¿consultan mujeres por embarazos no deseados?

N: Si, cuando están totalmente decididas a no continuar con el embarazo, yo las puedo orientar a que visiten otro medico que realice abortos, siempre orientando a un profesional, porque el peligro es que asistan a personas que no están capacitadas y sabemos de caso de mujeres que fallecieron por esto. Nunca me niego a la orientación.

M: ¿Estos casos son frecuentes?

N: Si, son frecuentes. (Médica)

E: ¿Tiene consultas sobre el aborto?

Dra M.: Si, hay todo tipo de consultas, pero llama la atención de hace unos años la cantidad de consultas por embarazos no deseados

M: ¿Cuál es su reacción ante una paciente que presenta un caso de aborto?

Dra M.: Normalmente la paciente llega pidiendo por favor que la ayude a resolver su situación, mi interrogante siempre es hacer una psicoterapia, digamos, ¿Por qué ha ocurrido? ¿Cómo ha ocurrido? ¿Por qué no se cuidó? ¿Tuvo información de los padres?,

Ayudarla a que aborte es ir contra mis principios morales que los tengo totalmente claros, si bien yo no practico el aborto, pero se me presenta una duda muy existencial, no ayudarla es someterla a que recurra a métodos no aptos para terminar con su embarazo que le puede costar la vida y ayudarla significa involucrarme en una situación con la que no estoy de acuerdo, entonces se plantean muchas dudas en mi.

E: ¿Cuál es su actitud ante consultas por aborto en el hospital?

Dr. M: la diferencia que yo hago entre la paciente hospitalaria que ya llega con el aborto incompleto y que recurrió a alguien que le puso una sonda, pastillas o el perezil famoso, la mayoría no ha recibido cobertura antibiótica, o sea las recibimos en estado prácticamente sépticas y hace unos años deje de tener diálogo con respecto a esos temas, porque hace unos 10 años había como cierto temor de quedar comprometido con las posibles complicaciones de una paciente que viene un aborto incompleto, había como una creencia que los mismos familiares que la llevaron a abortar te iban a denunciar por el procedimiento que se iba a hacer, en un congreso que estuve hace unos diez años se llevo al acuerdo que no se debía denunciar los caso, porque eso generaba problemas a una posible futura paciente con un aborto, iba a ser aconsejada por esta mujer denunciada, no vayas al hospital que te van a denunciar, entonces a raíz de eso yo no interrogo, no quiero descubrir si se hizo algo, yo lo se y la atiendo igual que otra paciente y después cuando se van de alta trato de aconsejarlas de usar los métodos anticonceptivos y se les aconseja acercarse al hospital si quieren optar por otro método.

Dr . M: Yo no hago abortos ni en la parte privada, ni en la publica, creo que el aborto debe ser legalizado en ciertas circunstancias, pero aun cuando sea legalizados no se si yo lo voy a querer hacer, de todos modos yo le explico a la mujer que ella no tiene porque darme ningún tipo de explicación y le explico que yo no lo practico y que es ilegal, incluso muchas mujeres creen que es legal cuando se tratan de inyecciones o pastillas, que no es tan grave, le digo que quizás si consulta en otros lugares pueda tener respuestas.

Del análisis de algunas entrevistas a profesionales de la salud que reciben o atienden a mujeres en circunstancias de aborto, surge que la gran mayoría manifiesta profunda preocupación por la cantidad de consultas y pedidos de ayuda por parte de

mujeres con embarazos no deseados, de diversas edades y niveles socio-económicos. Todos coinciden en oponerse a realizar la práctica abortiva personalmente, pero, a sabiendas de las posibles graves complicaciones, orientan a esas mujeres generalmente a colegas que se dedican a solucionar el problema.

Ciudades como Santiago del Estero, La Banda, Añatuya, etc. cuentan son relativamente pequeñas si las comparamos con grandes urbes por lo es muy común que se conozcan aquellos médicos que realizan procedimientos abortivos, si bien en clandestinidad, pero con casi absoluta seguridad y sin complicaciones.

También coinciden en que el embarazo no deseado se produce por multicausalidad, especialmente por una falta casi absoluta de información, formación y educación por parte de las familias y de las instituciones escolares. La mayoría relatan distintas anécdotas sucedidas en sus consultorios públicos o privados y manifiestan el drama y el conflicto que se les presenta a la hora de dar o buscar la solución más saludable para todos los involucrados.

El aborto y las consecuencias psicológicas

Cualquier estadística mínimamente seria nos dice que las mujeres no son felices abortando. El aborto es una decisión traumática que deja secuelas para el resto de la vida. A mi entender, la mayoría de las mujeres pensarán o soñarán en algún momento de sus vidas cuántos hijos tener durante su vida reproductiva; pero difícilmente alguna piense o sueñe cuántos abortos tener en ese período. Dada la ilegalidad del aborto, muchas mujeres deben recurrir a procedimientos inseguros para interrumpir un embarazo poniendo en riesgo su salud y su vida enfrentando barreras que demoran la atención médica.

Opinión de profesionales de nuestro medio

Entrevista a M.L. Psicóloga de ciudad del interior de la provincia. Trabaja en hospital público y consultorio privado

ML: Nadie hace una consulta por haber pasado por un aborto, eso es algo que aparece después en la terapia, quizás aparece al ultimo cerrando la terapia, porque en general es algo que no se habla, eso pasó y no se vuelve a nombrar mas, ni en la pareja si es que continuó con esa pareja, puede aparecer como parte de un reclamo en un momento de crisis de pareja pero no se vuelve a tocar el tema.

Tienen sentimiento de culpa, y muchas veces vuelven a pasar por la misma situación, uno tiene pacientes que tuvieron 4 o 5 abortos.

ML: En realidad creo que el problema del aborto es el cruce de muchas paradojas, muchas mujeres no abortan porque se creen capaz de ser madres o de llevar adelante una crianza, nunca abortan por eso, abortan por circunstancias muy ajenas a ellas en cuanto no tiene que ver con ellas y su hijo, tiene que ver con el entorno, con una pareja dibujada en esto, en que lo que uno decida el otro apoya la decisión, como que el hombre no tiene ninguna intervención en eso y si la tiene, la tiene para que no continúe con el embarazado, en general las parejas no intervienen para que si continúen con el embarazo, cuando se trata de parejas que no son estables, que no tienen un vinculo formal como es el matrimonio, tienen otra postura de decir que si lo quiere tener el la va ayudar pero el yo te ayudo no quiere decir que este diciendo que va a ser el padre del hijo y se va a involucrar en su crianza, cuando pueda te doy pañales y leche, las mujeres se ven solas y terminan abortando por eso mismo, porque se ven solas frente a esa circunstancia donde es muy difícil ver el después. Por eso es que la mujer asume toda la responsabilidad y no lo vuelve a hablar al tema.

M: ¿Tuvo casos de pacientes con secuelas psicológicas por causa del aborto?

LM: Es muy extraño ver el sufrimiento de la paciente después del aborto, de la desesperación que tiene, de la angustia y terrible culpa de sentirse el peor animal del mundo y a los meses volver a quedar embarazada y volver a abortar y después del aborto el mismo planteo.

Tiene que ver con estar en un enclave de un montón de cruces de calles entre ser una mamá soltera que todo el mundo le va a decir que no va a volver a tener pareja si tiene hijos, que nadie la va a querer con un hijo, como vas a hacer para criarlo, en el caso que la familia lo sepa que esta embarazada y esta sosteniendo el aborto y en el caso de que no, aparece las voces de los otros que son las mismas voces en realidad, una mujer con un hijo y sola implica renuncia social ,cultural y estigmas, una renuncia social seria cuando le dicen que ya no va a poder hacer un montón de cosas como trabajar, salir, estudiar, vas a tener que quedarte a cuidar a tu hijo, no se como vas a hacer, generalmente se trata de familias cuyas hermanas mayores o menores ya

tuvieron hijos en soltera, en general ocurren en familias disfuncionales donde también es una evidencia de actividad sexual, si una chica se queda embarazada es señal de que ya tuvo actividad sexual entonces es desnudar su situación personal, mientras no se sepa a ciencia cierta no pasa nada, y es una de las causas por la cual las mujeres no pueden pedir o exigir el cuidado de su pareja porque también culturalmente se supone que los varones saben más de la sexualidad que las mujeres, si una mujer toma esa pose en una relación la pareja le cuestiona de donde sabe tanto sobre el tema, entonces la mujer no habla, no dice nada acerca de eso, entonces las mujeres hacen pose de ignorantes cuando saben más y los varones hacen pose de saber más cuando son ignorantes, entonces esa doble pose mentirosa hace que ni unos ni otros lo sepan.

Yo era profesora en el secundario y daba charlas de sexualidad y hacia la clásica, sacaba a los varones del aula, hablaba con las mujeres, les hacía el dibujo en el pizarrón, después lo mismo con los varones, una vez hago una encuesta porque los embarazados seguían sucediendo de una manera extraordinaria y me preguntaba que pasaba, y realizo una pregunta abierta sobre que sabían de los anticonceptivos, les pregunto como hacer para no quedar embarazada, no tenían que poner el nombre solo el sexo y la edad, y estoy hablando de un grupo de chicos entre 15 y 16 años, la cantidad de barbaridades que me respondieron, eran atrocidades, y los que más tenían errores eran los varones, entonces decidí juntarlos varones y mujeres y les dije que cuando un muchacho dice “despreocúpate querida yo te cuido” , no es así, el yo te cuido no tienen idea de lo que están hablando, y empecé a hablar con todo el curso que si una chica se queda embarazada el varón también se queda embarazado, que aunque no se haga cargo del hijo es un padre y es el peor padre porque es un padre ausente, igual nunca disminuyo el índice de embarazo porque hay un cruce de un montón de cosas de quienes son los que tienen que saber y quienes son lo que no tienen que saber o de lo que se puede hablar y de lo que no se puede hablar, en general el aborto lo asume la mujer porque tener un hijo es a ella lo que le trastorna la vida , a él no, por lo tanto él deja librado al azar lo que va hacer o no la mujer con su hijo, de haberlo concebido o de haberlo matado, no participa en eso.

Impacto económico

Las complicaciones del aborto ilegal no sólo pesan sobre la mujer individual sino también sobre las instituciones médicas y sobre la sociedad en general. El tratamiento de las complicaciones del aborto consume cantidades considerables de recursos escasos, camas hospitalarias, suministro de sangre y el tiempo de personal médico capacitado. En algunos países en desarrollo el costo en tratar las complicaciones del aborto representa hasta el 50% de los presupuestos de los hospitales de maternidad.

A los gastos que le demanda a la Salud Pública la atención de abortos complicados en los establecimientos públicos, se le debe sumar el dinero movilizado en Argentina por maniobras abortivas en manos de profesionales privados o de personal empírico.

En Santiago del Estero el costo por aborto practicado por un médico con infraestructura adecuada se encuentra en un rango que va desde los \$ 2500 a los \$5000.

Debe tenerse en cuenta que los costos presentados corresponden a abortos realizados en buenas condiciones de higiene y asepsia y por personal profesional capacitado, que brinda a sus pacientes una buena atención, por lo que no deben esperarse complicaciones, sino en números poco significativos.

Fuera del campo médico, un aborto autoprovocado o realizado por personas empíricas con ramitas de perejil, agujas, sondas, etc. tiene un costo promedio de \$ 100 a \$500. En estos casos las condiciones de higiene y asepsia en que son practicados harán que un porcentual muy alto de ellos, que oscila entre el 20 y 30%, tengan complicaciones. Los gastos que demanda la internación por aborto han sido difíciles de calcular, empero, estos gasto y costos están ligados por un lado a la cantidad de días que demanda la causa de internación; y por el otro a:

- Honorarios médicos
- Gastos quirúrgicos
- Anestesia
- Análisis de laboratorio y ecografías.
- Pensión
- Material descartable
- Medicamentos
- Sangre

Un dato que importa destacar es que en la gran mayoría de los servicios hospitalarios públicos, ya sean Maternidades o Servicios de Ginecología de hospitales, los elementos mencionados no abundan, reportándose gran escasez de los mismos, por lo que su empleo en casos de abortos complicados (que podrían haber sido evitados) resulta doblemente oneroso.

Las estadísticas internacionales señalan que 1 de cada 3 o cada 5 abortos ilegales mal practicados se complican y necesitarán internación. Si tomamos la media de una complicación con internación por cada 4 abortos, debemos esperar para nuestra provincia alrededor de 14.462 casos.

Una lectura real de los costos debería extenderse a otras situaciones que en general no son contempladas, como los costos originados por faltas de días al trabajo; consecuencias posteriores sobre la vida sexual de la mujer; secuelas psicológicas y todo el tema que relaciona la práctica del aborto con la marginalidad. Debe sumarse también el costo social y humano que representa el hijo abandonado.

Existe una brecha económica entre mujeres de primera y de segunda. Las mujeres que cuentan con recursos económicos para acceder a servicios privados de salud, recurren a los llamados “abortos seguros – quirúrgicos” que conllevan un costo que oscila entre los 2000 y los 5000 pesos. Las mujeres pobres o indigentes acceden a un medicamento llamado Misoprostol -se trata de un medicamento considerado esencial por la OMS para la realización de aborto seguro hasta la semana 12 de embarazo, pero que en la Argentina es sólo de venta bajo receta- para abortar de manera segura, y esto representa un gasto de entre 600 y 800 pesos.

Los costos económicos en Santiago del Estero

Investigar este punto en Santiago del Estero no dejó de ser problemático no solo en el sector público sino también en el ámbito privado ya que fue extremadamente difícil contar con los datos. La buena voluntad de algunos empleados jerárquicos dentro del área administrativa del hospital regional y de clínicas y sanatorios privados, que pidieron mantener el anonimato, permitieron un acercamiento a lo investigado.

Evaluación del costo hospitalario

El análisis de costo fue estimado por medio de una evaluación del día/cama en pacientes con abortos no complicados. El valor de esta estimación es de... e incluye hospitalización en sala común, alimentación, antibióticos profiláctico, material descartable, anestésicos y laboratorio, excluyendo los honorarios médicos. En casos infectados, se agregó el valor de la medicación adicional (antibióticos, oxitócicos, sueros, etc.) así como el de prácticas efectuadas en forma complementaria (ecografía y laboratorio).

En la siguiente tabla se detallan los gastos que ocasiona a la salud pública de Santiago una mujer internada en condiciones de aborto.

Cuadro N°4: Costos actualizados detallados

COSTOS HOSPITALARIOS		
Detalle	Costo por Día	Costo por 4 Días (promedio)
Honorarios por día de guardia de urgencia	\$ 1.220,00	\$ 4.880,00
Módulo día/cama	\$ 350,00	\$ 1.400,00
Ecografía	\$ 300,00	X 2 \$ 600
Análisis	\$ 100,00	\$ 100,00
Módulo quirúrgico	\$ 450,00	\$ 450,00
Anestesia General	\$ 250,00	\$ 250,00
Legrado Uterino	\$ 600,00	\$ 600,00
Medicamentos (antibióticos, analgésicos, otros)	\$ 740,00	\$ 2.960,00
Descartables	\$ 20,00	\$ 80,00
TOTAL PESOS	\$ 4.030,00	\$ 11.320,00

Fuente: Elaboración propia, con datos provenientes y manifestados de profesionales ligados a la administración financiera hospitalaria de hospitales públicos y sanatorios privados.

Cuadro N°5: Estimación del costo anual⁷. Año 2002 a 2011.

Años	N° de egresos por aborto	Total en pesos y Dólares Americanos
2002	1471	\$ 16.651.720
2003	1234	\$ 13.968.880
2004	1355	\$ 15.338.600
2005	1378	\$ 15.598.960
2006	1555	\$ 17.602.600
2007	1403	\$ 15.881.960
2008	1530	\$ 17.319.600
2009	1493	\$ 16.900.760
2010	1503	\$ 17.013.960
2011	1602	\$ 18.134.640
Total	14524	\$ 164.411.680
		U\$S 27.401.946

Fuente: Elaboración propia, con datos provenientes y manifestados de profesionales ligados a la administración financiera hospitalaria de hospitales públicos y sanatorios privados.

En la tabla anterior se puede observar el gasto estimativo que le causó al estado provincial, el tratamiento de las complicaciones por aborto inducido, solamente en el hospital Ramón Carrillo. Deberíamos sumar, por lo menos, el 50% más para estimar el gasto en todo el territorio de la provincia de Santiago del Estero

⁷ Cabe aclarar, que estimación de estos costos se ha realizado empleando el valor monetario al momento de la culminación del estudio; por lo que puede presentar una variación importante.

Discusión y conclusiones

Discusión

Con esta investigación se intentó cumplir con los objetivos buscados, a pesar de las dificultades que se presentaron en el transcurso de la misma. La magnitud del aborto en Santiago del Estero más que un problema, es un inmenso drama que se podía sospechar. Confió que este trabajo sea un importante contribución a la clarificación de la situación actual.

Las cifras del aborto en Santiago del Estero resultan elocuentes. Comparadas con las escasas estimaciones de estudios en Argentina y América Latina, se puede comprobar que las mismas difieren, y en muchos casos duplican o triplican la de los países menos desarrollados, según informes de la OMS.

La pobreza, el escaso desarrollo socio- económico, la falta de políticas comprometidas por parte del estado provincial con el derecho a la salud de las mujeres, el bajo nivel educativo que involucra a la familia, la falta de aplicación de la ley de educación sexual integral, la moral religiosa, constituyen sin temor a equivocarme, factores negativos que influyen en este problema.

La Mortalidad Materna en Santiago del Estero es una tragedia que agobia y golpea fuertemente a una sociedad excluida y empobrecida a tal punto que históricamente las cifras han superado (a veces triplicado) la media nacional, y este punto nos obliga a una profunda reflexión. Mucho se ha escrito e investigado en el mundo sobre este tema y han surgido también diversas formas de afrontar los malos resultados, especialmente en los países sub desarrollados o en vías de desarrollo, donde ocurren el 99% de los casos; pero en nuestro país y en Santiago del Estero no se perciben mejorías sino al contrario, ha empeorado.

El aborto se ha mantenido durante los últimos diez años como la primera causa de Mortalidad Materna. Este estudio contiene resultados que surgieron de investigaciones científicas, que fueron debidamente informadas al ministerio correspondiente, pero nunca se oficializaron las cifras. Se publicaron siempre cifras, para nosotros inexactas.

Sumado a esto, es importante destacar, que nunca pudimos acceder a las fuentes que justificaran las publicadas oficialmente. El subregistro estimado en Santiago del Estero entre reportes oficiales y nuestros estudios muestran una enorme magnitud diferencial entre datos.

Solo voy a citar en esta página, dos años como referencia de la serie de 2002-2011:

- Año 2004. El DEIS informa que ocurrieron 12 muertes maternas y que 6 fueron por aborto; mientras que nuestros datos fueron 21 muertes maternas y 8 por aborto (Cuadro N°3).
- Año 2010: DEIS informa 3 muertes maternas y 2 por aborto; mientras que nuestros estudios mostraron 20 muertes maternas y 8 por aborto (Cuadro N°3).
- La suma de muertes maternas por aborto entre los años 2004 y 2011 para el DEIS fue de 29. Nuestras investigaciones sumaron 37 sin contar el 2008 que no tuvimos datos.

Es probable que la mortalidad materna por complicaciones del aborto inseguro sea tan abultada en esta provincia, debido a que las estimaciones de la razón (abortos/nacimientos) y tasa (abortos/mujeres en edad fértil) de abortos son también significativamente altas. Se ve reflejado cuando se comparan los números de nacimientos vs. la cantidad de egresos por aborto en la maternidad del Hospital Regional Ramón Carrillo.

Todos los entrevistados reconocen que la atención urgente del aborto complicado trae como consecuencia la reducción de muertes maternas, dado que quienes padecen de alguna enfermedad que pudiera ser agravada por el embarazo, tienen la oportunidad de reducir el riesgo al interrumpirlo, y como consecuencia, tienen también menores posibilidades de morir. Esta respuesta es concordante con otras publicaciones.

Evidentemente, el factor religioso aparece como una limitante para que los/as profesionales admitan la evidencia de que la atención del aborto en condiciones legales reduce la frecuencia de muertes maternas. Además del aborto en los términos que establece la ley actual, se exploró entre las y los entrevistadas/os el conocimiento acerca de lo que puede pasar con el número de muertes maternas si es que se aceptaran otras causas de aborto diferentes de las que actualmente fija el Código Penal. La gran

mayoría reconoce que las muertes maternas disminuyen, lo que coincide con lo afirmado en otras publicaciones.

La exploración del nivel de conocimiento sobre las técnicas para realizar un aborto terapéutico, evidenció que más del 90% de los/as entrevistados conocen los métodos quirúrgicos para realizar este procedimiento. Todos coincidieron que el método AMEU sería menos traumático que el LUT, pero su uso es limitado casi por completo. Además reconocen que la aplicación de Misoprostol es también una medida adecuada para este fin. Se impone entonces una mayor capacitación en el tema, tomando como base las pautas estipuladas por la guía de atención del aborto no punible.

En cuanto a las actitudes de los/as gineco-obstetras frente a la aplicación de lo que establece la ley actual, la mayoría respondió que cualquier incremento del riesgo sobre la salud y la vida por la presencia de alguna dolencia en una mujer embarazada, es suficiente argumento para que tenga el derecho de solicitar un aborto terapéutico no punible. Esto, se interpretaría, en el sentido de que los profesionales están considerando el respeto a los derechos humanos de las gestantes.

Resulta preocupante el escaso interés demostrado por los trabajadores de la salud del sector público, ante la consulta de las mujeres en circunstancias de aborto, su actitud de desprecio e intimidación, estigmatizando y sometiendo a las mismas a largas esperas para solucionar sus problemas y a sumar más complicaciones a los ya existentes. El costo de estas actitudes no solo repercute en la salud de las mujeres, que es lo más importante, sino también le significa al Estado un altísimo costo económico. A pesar de las consabidas dificultades para acceder a la información, se pudo estimar, aproximadamente, las exuberantes cifras de dinero que el estado debe pagar para solucionar las complicaciones de las mujeres que concurren por aborto inducido y menor medida por aborto espontáneo.

En cuanto a la opinión de los entrevistados respecto de los efectos que tendría la legalización del aborto sobre su frecuencia del aborto y sobre el número de las muertes maternas, la mayoría opinó que la tasa de aborto no cambiaría. Pero coinciden que al atenderse los casos de aborto no punible la mortalidad materna disminuiría.

Conclusiones

El número estimado de abortos inducidos en relación al número de nacidos vivos en la provincia de Santiago del Estero, es semejante: 857 por 1000 nacidos vivos (razón).

La tasa de abortos inducidos casi triplica comparado con estudios a nivel nacional y se puede comparar con la de países subdesarrollados.

La mortalidad materna por complicaciones del aborto inducido es similar a las provincias del NOA y NEA y superior a otras provincias argentinas.

Son muy escasos los informes de investigaciones sobre la magnitud del problema del aborto inducido en Argentina y sus provincias.

Los datos publicados por los organismos oficiales a nivel provincial y nacional, presentan una marcada diferencia con los resultados de investigaciones no oficiales que no se publican.

El nivel de conocimiento sobre el problema del aborto inducido y sus complicaciones por parte de los prestadores de salud es alto, pero la calidad de atención es baja.

Los costos económicos estimados resultan ser muy altos y no están acorde a la calidad de prestación de los servicios públicos donde acceden las mujeres con complicaciones del aborto inducido.

Ante este diagnóstico de situación del aborto en la provincia de Santiago del Estero, se deberían abordar, indefectiblemente, varias cuestiones tendientes a mejorar en muchos aspectos, entre ellos:

- Servicios integrales de salud reproductiva de alta calidad, de fácil accesibilidad y disponibilidad de insumos para anticoncepción segura y reversible.
- Políticas contra la violencia sexual y género,
- Educación sexual integral desde etapas muy tempranas.
- Mantener una constante en el tratamiento de cuestiones legales, sociales, económicas, políticas e institucionales para prevenir el aborto en todas las situaciones que sea posible, y para garantizar que toda mujer que decide interrumpir su embarazo lo haga sin poner en riesgo su salud y su vida ni vulnerar sus derechos y dignidad.

- Mejoramiento de la calidad de la atención post-aborto, con sumo respeto por los derechos sexuales y reproductivos. Además fomentar la comunicación entre las mujeres y el equipo de salud basada en el respeto y el trato libre de prejuicios.

- Respetar la confidencialidad de las mujeres y atenerse al secreto profesional para no efectuar denuncias.

- Disponibilidad del misoprostol ante la evidencia y experiencia internacional sobre los beneficios de su uso. No cabe duda de que en los contextos donde el aborto es ilegal representa una opción de autoinducción relativamente segura que debe garantizarse.

- Garantizar el acceso a los abortos no punibles elaborando normas o protocolos que reglamenten y especifiquen los deberes de los profesionales de la salud frente a abortos no punibles.

- Destacar la improcedencia del requisito de autorización judicial y enfatizar la responsabilidad profesional y obligación de los médicos de atender a las mujeres en casos de aborto no punible.

- Interpretar sin restricciones el aborto terapéutico. El riesgo para la salud de la mujer, una de las causales de despenalización vigentes, debe ser interpretado según la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud: *“Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”*. Esto implica que todo peligro es considerado, y que el aborto no es punible cuando existe un riesgo para la salud física, psíquica o social.

- Asegurar la atención de los abortos terapéuticos. El Estado debe garantizar los recursos necesarios para resguardar el derecho de las mujeres a acceder a un aborto seguro en los casos no punibles. Por lo tanto, los hospitales públicos deben realizar la interrupción del embarazo y, si no lo hacen, asumir las consecuencias del incumplimiento de lo establecido en el Código Penal.

- Reforma legal. La penalización del aborto no evita ni disminuye su práctica sino que genera graves riesgos para la salud y la vida de las mujeres. Por lo tanto, el sistema que penaliza el aborto es sumamente ineficiente, ya que termina dañando el bien que pretende proteger. Asimismo, discrimina a las mujeres pobres que son quienes sufren las consecuencias de los abortos inseguros. Los legisladores deben tomar conciencia de la magnitud del aborto inseguro y de sus consecuencias y de las formas en que su

penalización vulnera los derechos humanos de las mujeres a la vida, la salud y la autonomía.

La evidencia mundial demuestra que el acceso al aborto legal y seguro mejora sustancialmente la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

“La Corte Suprema de Justicia de la Nación, está generando una forma de análisis de los casos y la jurisprudencia que gradualmente empieza a incorporar el impacto social de ciertas normas, y esto es fundamental para los debates sobre la igualdad. Hoy, no tenemos debates sobre normas que discriminan directamente, son normas más sofisticadas, que terminan teniendo efectos discriminatorios. Y esto sirve para el debate jurídico sobre el aborto, donde debe ser incorporado el dato social: la tasa de mortalidad materna, la situación de violencia por sometimiento a burocracias médicas, la clandestinidad. Se trata de un punto clave en términos de igualdad de género pero también de igualdad social, porque hay un impacto diferenciado en el acceso al aborto de las mujeres de sectores populares. En una década de avances en términos de derechos civiles y sociales, la discusión debe moverse desde el derecho penal hacia el impacto social que genera la prohibición del aborto. La atención del aborto con complicaciones en los efectores públicos de salud debe constituir un problema de primer orden en el sistema de salud, atendiendo fundamentalmente a la calidad de la atención prestada sin culpabilizar a las mujeres, tanto en el trato de los distintos prestadores, como en las posibles amenazas de punibilidad policial, al ser encuadrado como delito.

Las barreras de acceso y el incumplimiento del derecho al aborto no punible recaen principalmente sobre las mujeres más pobres y desprotegidas. Este no ha sido un tema de preocupación por parte del Estado, salvo en contadas excepciones. El movimiento de mujeres es el principal actor social que lleva adelante una variedad de acciones para reclamar el derecho al aborto no punible, y ha logrado también la adhesión de otros actores sociales que se suman a la causa y que inciden en la escena política. En la última década la Argentina ha concretado importantes avances en el campo de los derechos sexuales y reproductivos, no obstante, la garantía del derecho al aborto no punible tal como lo estipula la legislación vigente es una obligación del Estado incumplida y desatendida (Zambelin; 2007).

Bibliografía citada y consultada

- Adriasola, G. (2011). “*Secreto médico, encubrimiento y omisión de denuncia*”. (2º Ed.), Carlos Álvarez Editor, Montevideo, Uruguay. ISBN: 978-9974-611-41-2.
- Alan Guttmacher Institute (1997). “Sexual Intercourse and Reproductive Intentions: A Delicate Balance”. En *Sharing Responsibility. Women, Society & Abortion Worldwide*, Sección II, 10-18, New York.
- Aller Atucha, L. y Pailles, J.(1996). “La práctica del aborto en la Argentina. Actualización de los estudios realizados, estimación de la magnitud del problema”. *Marketing Social*, Buenos Aires.
- Arenas, P.; Canevari, C.; Pascual, L. & Isac, R. (2004). “*Análisis del Proyecto de Investigación: Género, violencia y salud en el Hospital Regional desde las Claves Bourdianas*” (no publicado). Trabajo final de curso: Explicar y comprender desde la perspectiva de Pierre Bourdieu, Universidad Nacional de Santiago del Estero, Argentina.
- Argentina, Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CONDERS) (2006). “*Informe de Monitoreo Social 2006. Provincia de Santiago del Estero*”. Buenos Aires, Argentina.
- _____, Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CONDERS) (2005). “*Informe de Monitoreo Social 2005. Provincia de Santiago del Estero*”. Buenos Aires, Argentina.
- Argentina, Ministerio de Salud de la Nación (2001). “*Estadísticas vitales. Información anula 2001*”. Buenos Aires, Argentina.
- _____, Ministerio de Salud de la Nación (2010). “*Estadísticas vitales. Información anula 2010*”. Buenos Aires, Argentina.
- _____, Ministerio de Salud de la Nación (2010). “*Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*”. Buenos Aires, Argentina.
- Baird, T.; Castleman, L.; Hyman, A.; Gringle, R. & Blumenthal. P. (2007). “*Guía clínica para la atención integral en el aborto en el Segundo trimestre*”. (2º Ed.), Chapel Hill, Carolina del Norte, IPAS.
- Barroso, C. & Langer, A. (2009). “*Salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe: Desafíos y Oportunidades*”. Informe para el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna.
- Bergallo, P. & González Vélez, A.C. (2012). “*Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico*”. Producción de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Bogotá, Colombia. ISBN: 978-958-99036-4-3.
- Bergoglio, R. M. A. (2007). “*Infecciones en Ginecología y Obstetricia*”. (2º Ed.) Editorial Copiar, Córdoba, Argentina.
- Biaggi, C., Canevari, C. & Tasso, A. (2007). “*Mujeres que trabajan la tierra. Un estudio sobre las mujeres rurales de Argentina*”. Editorial de la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentos, 1º Ed., Buenos Aires, Argentina.

- Bongaarts, J.(1987)“A framework for the analysis of the proximate determinants of the fertility” . *Population and Development Review*, 4 (1), 105-132.
- Briozzo, L.; Stapff, C.; Fiol, V. ; Leus, I.; Labandera, A. & Pereira, M. (2010). “*Ser parte de la solución... la experiencia de Iniciativas Sanitarias, Uruguay*”. (1º Ed.), Editorial Tradinco S.A., Montevideo, Uruguay. ISBN: 978-9974-98-251-2.
- Canevari Bledel, C. (2011). ”Una aproximación a la salud pública en Santiago del Estero”. En Canevari Bledel, C. (Ed.), *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Cap. II, 31-46. Santiago del Estero: Barco Edita; Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE.
- Canevari, C. & otros (2004). “*El cuerpo y la reproducción de las mujeres campesinas en Santiago del Estero*”. Actas del Congreso de Antropología Rural, Tilcara.
- Canevari, C. & Ramírez, M. (2004) “De niñas a jóvenes y de mujeres a madres: una trayectoria ineludible”. *Revista Cifra*. Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud. UNSE. Santiago del Estero.
- Canevari, C. (1998). “El parto de las mujeres campesinas”. En Álvarez, R.; Canevari, C.; De Dios, R.; Paz, R.; Tasso, A. & Williams, J. en *Sistemas productivos campesinos en Santiago del Estero*. Editorial Barco, Santiago del Estero. ISBN: 9879578767.
- Canevari, C. (2005). “*Reproducción, sexualidad y ciudadanía. Relato de un debate para el cambio*”. (1º Ed.), Barco Edita, Santiago del Estero. ISBN: 97-9447-08-5.
- _____, C. (2009). “*El acceso a los derechos sexuales y reproductivos en servicios de salud pública en Santiago del Estero*” (no publicado), Universidad Nacional de Santiago del Estero.
- Carbajal, Mariana (2009). “*El aborto en debate. Aportes para una discusión pendiente*”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. ISBN: 978-950-12-4555-4.
- Casale, R.; Ferreirós, J. & Mónaco, A. (2012). “*Guía de procedimiento en Obstétrica*”. (2ºEd.).Editorial Unigraf, Santiago del Ester, Argentina. ISBN: 978-987-21757-2-6.
- Cerruti Basso, S. (1993). “*Salud y Sexualidad desde una Perspectiva de Género*” (en línea). Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:KwdSdN9PXMJ:www.guiagenero.com/GuiaGeneroCache%255CPagina_Medios_Comu_000385.html+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ar.
- Checa, S. (2012 noviembre). “*Magnitud y significancia del aborto en Argentina*”. Exposición presentada en las Jornadas de AMEPSA, Foro por los Derechos Reproductivos, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA; Buenos Aires, Argentina.
- Checa, S. y M. Rosenberg (1996). “*Aborto hospitalizado. Una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública*”. Foro por los Derechos Reproductivos, Buenos Aires, Ed. ADEUEM.

- Checa, S.(comp.) (2006). *“Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad”*. Editorial Paidós. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Chiarotti, S. (2006). “El aborto en el marco de los derechos humanos. La situación en Argentina”. En Checa, S. (comp.), *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*, Segunda Parte, 91-110. Editorial Paidos, Buenos Aires, Argentina.
- Chiarotti, S.; García Jurado, M.; Aucía, A. & Arminchiardi, S. (2003). *“Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos”*. INSGENAR, CLADEM. Buenos Aires, Argentina.
- Chiarotti, S.; Schuster, G. & Arminchiardi, S. (2008). *“Con todo al aire 2. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos”*. INSGENAR y CLADEM. Rosario, Argentina.
- Ciancia, H. & Domínguez, A.M. (2009). *“Morbilidad Materna Severa y Mortalidad Materna en Santiago del Estero”*. (1º Ed.), Editorial Lucrecia, Santiago del Estero. ISBN: 978-987-1375-57-8.
- Cob, G. (2003). “Humillación y maltrato en el parto hospitalario”. *Revista Mujer y Salud*. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Santiago de Chile, N°1/2003.
- De los Ríos, R. (1993). “Género, Salud y Desarrollo: un enfoque en construcción”. En *Género, Mujer y Salud en las Américas. Publicación Científica N° 541*. Organización Panamericana de la Salud. OMS, Washington.
- Doblado Donis, N.I.; De la Rosa Batista, L. & Junco Manrique, A. (2010). “Aborto en la adolescencia un problema de salud”. *Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología*, 36 (3), Ciudad de la Habana.
- Donoso, E. (2008). “¿Unsafe abortion en Chile?”. *Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología*; 73(6): 359 – 361.
- Editor The Lancet (2009).” Unsafe abortions: eight maternal deaths every hour”. *The Lancet*, 374,1310.
- Faúndes, A. & Barzelatto, J. (2006). “El Significado de las palabras”. En Faúndes, A. & Barzelatto, J. (Ed.) *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Cap. II, 39-48. Tercer Mundo Editores, Bogotá.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia. Región del Hemisferio Occidental. (IPPF) (2006 enero). *“Muerte y Negación: aborto Inseguro y Pobreza”*. Neu Yorck.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia. Región del Hemisferio Occidental. (IPPF) (2006). *“Poder decidir, abre un mundo de posibilidades. Informe Anual 2006”*. Neu Yorck.
- Femenías, M. L. (2009 mayo). *“Raíces y efectos de la violencia contra las mujeres, aspectos de una articulación compleja”*. Ponencia presentada en la Conferencia en el Congreso Sobre Género y Violencia, Córdoba, Argentina.
- Fernández Moreno, S. Y.(2007). “La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en

- salud". *Revista Gerencia y Políticas de salud*, 6 (012), Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Figuroa, J. G. (1996 octubre). "Algunas Reflexiones sobre el Ejercicio de los Derechos Reproductivos en el Ámbito de las Instituciones de Salud". Ponencia presentada en la Conferencia de Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva, México, D.F.
- Germain, M. (2005 septiembre). "Medicalización e institucionalización de los derechos". Ponencia presentada en el Seminario Nacional Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres en los efectores públicos de salud. Trato humanizado. Organizado por CLADEM e INSGENAR. Rosario, Argentina.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2000). "Miradas sobre el aborto". México, GIRE.
- Instituto C. B. Medical de Madrid (2005). "El aborto y la violencia de género". Madrid, España.
- Isla Valdés, A.; Velasco Boza, A.; Cruz Hernández, J.; Díaz Curbelo, A. & Salas Castillo, S. (2010). "El aborto dentro del contexto social". *Revista Cubana de Medicina General Integral*; 26(1).
- Juárez, F. (2008). "Estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006?". *International Family Planning Perspectives*, 34(4):158–168.
- Juliá, S.; Kohan, H. & Minyerky, N. (2009). "Acceso universal a la salud sexual y reproductiva. Un desafío para las políticas públicas". (1º Ed.), Producción: Católicas por el Derecho a Decidir, Córdoba, Argentina.
- Lavín, P. (1994). "Informe preliminar sobre la caracterización de los casos y costos del tratamiento del aborto hospitalizado en Santiago de Chile". Ponencia presentada en el "Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe". Santafé de Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 1994.
- Maffía, D. & Hurtado Neira, J. (2007). "Cuerpo, conocimiento, emoción y ciudadanía". Producción de Católicas por el derecho a Decidir. Buenos Aires, Argentina.
- Naciones Unidas (2000). "Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Argentina 3/11/2000". Documento de Convention Abbreviation: CCPR, 70º período de sesiones.
- _____ (2004). "Conclusiones y recomendaciones del Comité contra la Tortura: Chile". 14/06/2004. CAT/C/CR/32/5 (Concluding/Observations /Comments).
- Nari, M. (2004). "Políticas de maternidad y maternalismo político". Editorial Biblos, Buenos Aires, Argentina.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007). "Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003". Quinta Ed., Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud (OMS)(2011). *“Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008”*. Sexta Ed., Ginebra.
- Paniagua, A., Lardizabal, J. (1994). *“Epidemiología y costo del aborto”*. Mimeografiado, Policlínico Escuela Eva Perón, Rosario, Argentina..
- Pantelides E., Mario S., Fernández S., Manzelli H., Gianni C. & Gaudio, M. (2006). *“Estimación de la magnitud del aborto inducido”*. Informe preliminar presentado a la Comisión Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.
- Pérez Chávez, K.(2011). “Prevención en salud reproductiva. Epidemiología y poder”. En Zaldúa, G. (Comp.) *Epistemes y prácticas en Psicología Preventiva*, Buenos Aires, EUDEBA.
- Ponte, G.; Jakob, E.& Bossio, T. (2007). *“Derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género. Debates y propuestas de transformación”*. (1° ed.), Editor Talleres Gráficos de Corintios 13, Córdoba, Argentina.
- Ramos, S.; Romero, M.; korolinski, A.; Mercer, R. Insua, I. & Del Rio Fortuna, C. (2004). *“Para que cada muerte materna importe”*. Producción: CEDES, Buenos Aires, Argentina. ISBN: 950-9572-25-X.
- René Castro, S. (2009). “Iniciativa Figo de prevención del aborto inseguro: visión desde el ministerio de salud”. *Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología*; 74(2): 73-76.
- Rivero, M. I.; Villalba, M.; Vidal, D. & Ramírez, N. (2000). *“Epidemiología Clínica y costo hospitalario del aborto”*. Servicio de Tocoginecología, Hospital “Ángela I de Llano, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina.
- Rizzi, R. (2011). *“Mortalidad Materna. Manual para contribuir a la disminución de la mortalidad materna”*. Ed. Elaleph.com., Córdoba, Argentina. ISBN: 978-987-1701-22-3.
- Romero, M. (2011). *“Mortalidad materna: un índice de inequidad”*. Agencia de ciencia, tecnología y sociedad. Universidad de la Matanza. Disponible en: <http://www.ctys.com.ar/index.php?idPage=20&idArticulo=531>
- Romero, M.; Zamberlin, N.& Gianni, M.C. (2010). “La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos”. *SALUD COLECTIVA*; 6(1):21-35.
- Ruiz Schiavo, M. & Aller Atucha, L. (1989). *“Siete preguntas críticas a siete expertos en planificación familiar”*. Editorial Europa, Rio de Janeiro.
- Schwarcz, R.(2003). *“Obstetricia”*. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, Argentina.
- Sen, G.; George, A. & Östlin, P. (2005). *“Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas”*. OPS/ OMS/ Harvard Center for Population and Development Studies.
- Serías para el debate N°5 (2007). *“Sexualidad, pobreza y reproducción”*. Campaña por la Convención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Lima, Perú.

- Singh, S.; Prada, E. & Juárez, F. (2010). "The Abortion Incidence Complications Method: a quantitative technique". *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38 (2), 71-98.
- Singh, S. & Bankole, A. (2012 Junio). "Estimación de la incidencia del aborto inducido: refutando una crítica a la metodología del Guttmacher Institute". Guttmacher Institute, Neu York.
- Singh, S. (2006). "Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries". *The Lancet*, 368 (9550): 1887-1892.
- Singh, S., Remez, L. & Tartaglione A, (Ed.) (2010). "Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion- Related Morbidity". A Review, Nueva York: Guttmacher Institute; y París: International Union for the Scientific Study of Population.
- Singh, S.; Wulf, D. (1994). "Estimated levels of abortion in six Latin America Countries". *International Family Planning Perspectives*, 20(1): 4-13.
- Stapff, C., Briozzo, L. & Labandera, A. (2011). "Guía para difundir y promover el modelo de reducción de riesgos y daños frente al aborto provocado en condiciones de riesgo". Ed. Iniciativa Sanitaria, México, D.F.
- Tajer, D. (2004).), "Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud". *Políticas Públicas, Mujer y Salud*, Ed. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán Colombia, 27-39.
- UNICEF(S/F). "Protección infantil contra la violencia, la explotación y el abuso. La violencia de género en situaciones de emergencia". Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/protection/57929_58001.html
- Vasallo, M. (2005). "En nombre de la vida". Producción: Católicas por el Derecho a Decidir, Córdoba, Argentina. ISBN: 987-22045-0-0.
- Villarreal, J. (1989). "Commentary on unwanted pregnancy, induced abortion and professional ethics: a concerned physician's point of view". *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, Supl. 3, 51-55.
- Westoff, C. F. (2008). "A New Approach to Estimating Abortion Rates". *DHS Analytical Studies* No. 13. Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc.
- Yanos, M. & Mujeres Auto-convocadas de Rosario (MAR) (2009 febrero). "Abortos inseguros: egresos hospitalarios por complicaciones de abortos inseguros. Año 2006. (Últimos registros nacionales)". Informe presentado en la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, Rosario, Argentina.
- Zamberlin, N. (2007). "El aborto en Argentina". *Hoja informativa* N° 03.

Artículos de Diarios digitales consultados y citados

- Abbatemarco, A. (05 de Diciembre de 2012). “Verónica Baró Graf: El aborto es violencia de género”. *Cuna de la Noticia*. Disponible en: <http://www.cunadelanoticia.com/?p=43344>
- Carbajal, M. (5 de Abril de 2010). “Una conversación subversiva”. *Página 12*. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/143289-46085-2010-04-05.html>
- Chaer, S. (2012). El Estado incurre en violencia institucional en relación al aborto. *Comunicar Igualdad*. Disponible en: <http://www.comunicarigualdad.com.ar/el-estado-incurre-en-violencia-institucional-en-relacion-al-aborto/>
- Sección Noticias. (28 de Enero de 2012). “La OMS alerta sobre el aumento de abortos inseguros en países en desarrollo”. *El mercurio digital*. Disponible en: <http://www.elmercuriodigital.net/2012/01/la-oms-alerta-sobre-el-aumento-de.html#.U9BIWPI5NqU>
- Sección Reportaje La Voz. (20 de Abril de 2011). “No despenalizar el aborto es también violencia de género”. *La Voz*. Disponible en: <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/no-despenalizar-aborto-es-tambien-violencia-genero>
- Sección Sociedad (18 de Agosto de 2012). “Afirman que la guía de la OMS sobre el aborto seguro es aplicable en la Argentina”. *Télam*. Disponible en: <http://www.telam.com.ar/nota/35310/>
- Segato, R. L. (8 de febrero de 2010).” Las mujeres nunca sufrieron tanta violencia doméstica como en la Modernidad”. Entrevistada por Mariana Carbajal, *Página 12*. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-139835-2010-02-08.html>

Legislación Nacional e Internacional consultada

- Asamblea General de las Naciones Unidas (1979) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer CEDAW.
- Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (1994). Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. “Convención De Belem Do Para”.
- Código Penal (1921). Art.86 La interrupción legal del embarazo.
- Ley N° 25.673 (2002) Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable y el Programa creado por ley nacional y ley provincial (año 2005).
- Ley Nacional N° 25.929 (2004) Ley de Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento.
- Ley N° 26.130 (2006) Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica. La ley de ligadura tubaria y vasectomía

Ley Nacional N° 26485 (2009). Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales.

Ley Provincial N° 7032 (2011) Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales.

Entrevistas en diarios locales consultados

- ✓ “Desde la UNSE impulsan debate sobre salud reproductiva” (El Liberal 26/08/2000).
- ✓ “Quieren legalizar la ligadura de trompas” (El Liberal 17/11/2000).
- ✓ “Promueven un debate social sobre salud reproductiva” (El Liberal 17/11/2000).
- ✓ “Reclaman una ley de salud reproductiva” (El Liberal 05/01/01).
- ✓ “Disminuirán los abortos y embarazos no deseados” (El Liberal 20/04/2001).
- ✓ “Presentan proyecto de ley de sobre salud reproductiva” (El Liberal 29/05/2001).
- ✓ “Debate sobre salud sexual y reproductiva llegó a toda la sociedad santiagueña” (El Liberal 30/05/2001)
- ✓ “Planificación familiar: Santiagueñas que opinan que sí al proyecto de ley” (El Liberal 30/05/2001).
- ✓ “Luz roja a la salud sexual adolescente; anticonceptivos y anticoncepción” (El Liberal 18/07/2001 suplemento de salud).
- ✓ “Las trabas oficiales a programas de procreación responsable; lo que pasa en Santiago es de locos” (Página 12. 21/01/2003).

- ✓ “Disminuye la natalidad y aumentan los abortos” Alarmante estadística en el Hospital Regional... (El Liberal 12/12/2004).
- ✓ “El aborto es la principal causa de muerte materna en Santiago del Estero” (El Liberal 19/12/2004).
- ✓ “Subregistro de muertes maternas durante el 2004” (El Liberal 19/12/2004).
- ✓ “Mujeres santiagueñas siguen muriendo por abortos provocados”; “Métodos insólitos y crueles para interrumpir embarazos” (El Liberal 16/12/2005).
- ✓ “Profesionales Investigadores santiagueños revelan un grave problema en la salud pública de santiago del Estero con respecto a muertes maternas y aborto” (El Liberal 16/12/2005).
- ✓ “Capacitarán en la atención integral de la adolescente” (El Liberal 21/02/2005)

- ✓ “En Santiago del Estero se denunció la mitad de las muertes maternas” se comprobó un subregistro del 47%” (La Nación 22/12/2005).
- ✓ “El aborto provocado es una señal de que algo anda mal”; “Los padres no damos buena información en lo sexual” (El Liberal 28/12/2005).
- ✓ “Aseguran que la mayoría de los abortos se realizan en el interior de la provincia” (El Liberal 15/01/2006).
- ✓ “Defienden la entrega de la píldora del día después” (El Liberal 06/05/2007)

Páginas Web Consultadas y citadas

- ✓ Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CONDERS): <http://www.conders.feim.org.ar>
- ✓ Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS): <http://www.deis.gov.ar/>
- ✓ Ministerio de Salud de la Nación (MSN): <http://www.msal.gov.ar/>
- ✓ Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR): <http://www.ossyr.org.ar/>
- ✓ Organización Mundial de la Salud (OMS): <http://www.who.int/es/>
- ✓ The Lancet: <http://www.thelancet.com/>

Entrevistas en diarios locales, consultados

- ✓ “Desde la UNSE impulsan debate sobre salud reproductiva” (El Liberal 26/08/2000).
- ✓ “Quieren legalizar la ligadura de trompas” (El Liberal 17/11/2000).
- ✓ “Promueven un debate social sobre salud reproductiva” (El Liberal 17/11/2000).
- ✓ “Reclaman una ley de salud reproductiva” (El Liberal 05/01/01).
- ✓ “Disminuirán los abortos y embarazos no deseados” (El Liberal 20/04/2001).
- ✓ “Presentan proyecto de ley de sobre salud reproductiva” (El Liberal 29/05/2001).
- ✓ “Debate sobre salud sexual y reproductiva llegó a toda la sociedad santiaguense” (El Liberal 30/05/2001)
- ✓ “Planificación familiar: Santiagueñas que opinan que sí al proyecto de ley” (El Liberal 30/05/2001).
- ✓ “Luz roja a la salud sexual adolescente; anticonceptivos y anticoncepción” (El Liberal 18/07/2001 suplemento de salud).
- ✓ “Las trabas oficiales a programas de procreación responsable; lo que pasa en Santiago es de locos” (Página 12. 21/01/2003).
- ✓ “Disminuye la natalidad y aumentan los abortos” Alarmante estadística en el Hospital Regional... (El Liberal 12/12/2004).
- ✓ “El aborto es la principal causa de muerte materna en Santiago del Estero” (El Liberal 19/12/2004).
- ✓ “Subregistro de muertes maternas durante el 2004” (El Liberal 19/12/2004).
- ✓ “Mujeres santiagueñas siguen muriendo por abortos provocados”; “Métodos insólitos y crueles para interrumpir embarazos” (El Liberal 16/12/2005).
- ✓ “Profesionales Investigadores santiagueños revelan un grave problema en la salud pública de Santiago del Estero con respecto a muertes maternas y aborto” (El Liberal 16/12/2005).
- ✓ “Capacitarán en la atención integral de la adolescente” (El Liberal 21/02/2005)
- ✓ “En Santiago del Estero se denunció la mitad de las muertes maternas” se comprobó un subregistro del 47%” (La Nación 22/12/2005).
- ✓ “El aborto provocado es una señal de que algo anda mal”; “Los padres no damos buena información en lo sexual” (El Liberal 28/12/2005).
- ✓ “Aseguran que la mayoría de los abortos se realizan en el interior de la provincia” (El Liberal 15/01/2006).
- ✓ “Defienden la entrega de la píldora del día después” (El Liberal 06/05/2007)

Páginas Web Consultadas

- ✓ Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CONDERS): <http://www.conders.feim.org.ar>
- ✓ Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS): <http://www.deis.gov.ar/>
- ✓ Ministerio de Salud de la Nación (MSN): <http://www.msal.gov.ar/>
- ✓ Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR): <http://www.ossyr.org.ar/>
- ✓ Organización Mundial de la Salud (OMS): <http://www.who.int/es/>
- ✓ The Lancet: <http://www.thelancet.com/>

Listado de fuentes de datos secundarios utilizados:

- ✓ Padrón de Inscriptos de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Santiago del Estero.
- ✓ Sistema Informático Perinatal (SIP).
- ✓ Libros de Ingresos y Egresos de Servicio de Maternidad del Hospital Regional Ramón Carrillo.
- ✓ Libros de Ingresos y Egresos de Servicio de Maternidad de Tres Hospitales Zonales del Interior de la Provincia.
- ✓ Libros de Registro de Nacimientos de la Maternidad del Hospital Regional Ramón Carrillo.
- ✓ Libros de Registro de Nacimientos de la Maternidad de Tres Hospitales Zonales del Interior de la Provincia.
- ✓ Libros de Procedimientos Quirúrgicos del Hospital Regional Ramón Carrillo.
- ✓ Libros de Procedimientos Quirúrgicos de Tres Hospitales Zonales del Interior de la Provincia.
- ✓ Cuadernos de Oficinas de Enfermería de Ingresos y Egresos del Servicio de Maternidad del Hospital Regional Ramón Carrillo.
- ✓ Cuadernos de Oficinas de Enfermería de Ingresos y Egresos del Servicio de Maternidad de Tres Hospitales Zonales del Interior de la Provincia.
- ✓ Datos cuantitativos extraídos del Proyecto de Investigación “Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Severa en Santiago del Estero. Un análisis de la Situación provincial”- aprobado por la Secretaria de Ciencia y Técnica de la- UNSE.
- ✓ Comité de Monitoreo de Mortalidad Materna de la Provincia de Santiago del Estero.

- ✓ Datos cuantificables provenientes y manifestados de profesionales ligados a la administración financiera hospitalaria de hospitales públicos y sanatorios privados.

Entrevistas

- ✓ Se realizaron 14 entrevistas a Médicos/as Gineco –Obstetras.
- ✓ Se realizaron 5 entrevistas a Lic. en Obstetricia.
- ✓ Grupo focal de 4 Enfermeras del Servicio de Maternidad.
- ✓ Se realizo una entrevista a Lic. en Psicología.
- ✓ Se realizo 4 entrevistas a mujeres que realizaron la interrupción voluntaria de su embarazo.
- ✓ Se realizo una entrevista a familiares de una mujer fallecida por complicaciones de aborto provocado.

Cada una de estas entrevistas fueron realizadas personalmente por el investigador, en total las desgravaciones de las entrevistas contabilizaron 750 hojas.