

Contexto y decisiones en el trayecto hacia el aborto inducido^{1, 2}

Silvia Mario³

Edith Alejandra Pantelides⁴

Silvina Ramos⁵

Mariana Romero⁶

Resumen

La investigación tiene como objetivo: a) estimar los porcentajes de desnutrición crónica infantil en niños entre seis y cincuenta y nueve meses de edad a nivel nacional, departamental y áreas de residencia; y b) identificar los factores los asociados a la desnutrición crónica infantil. A partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2008, se ha utilizado el análisis estadístico descriptivo y un análisis multinivel, con una función de ajuste logístico binaria, para estimar factores asociados a la desnutrición crónica infantil. Los resultados muestran que existe un efecto de grupo que afecta y se encuentra asociado con la desnutrición crónica infantil (efecto de grupo de residencia); que características de los hogares, las madres y los niños se encuentran estadísticamente asociados a la desnutrición crónica infantil; y que características biológicas de la madre y de los niños en investigación, resultan particular y fuertemente asociadas a la desnutrición crónica infantil.

1. Introducción

El aborto es un problema social y de salud pública de enorme relevancia en la Argentina. A pesar de la **implementación de programas de salud sexual y reproductiva y el aumento en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos** en las últimas décadas, la interrupción del embarazo continúa jugando un papel importante dentro de las opciones –cada vez más amplias- que tienen las mujeres para regular su fecundidad (Mario y Pantelides, 2009).

En Argentina, al igual que en la mayor parte de los países de América latina, la interrupción voluntaria del embarazo es ilegal. En el Código Penal argentino, el aborto se encuentra tipificado como un “delito contra la vida”. Sólo dos situaciones se establecen como no punibles: cuando se realiza para evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y dicho peligro no puede evitarse por otros medios, y cuando el embarazo a interrumpir proviene de una violación o atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente (Capítulo II, Título I, Libro Segundo del Código Penal). No obstante, en los hechos, a menudo ni siquiera estas situaciones contempladas por el Código Penal son respetadas por los servicios de salud, ya que frecuentemente éstos se niegan a realizar el aborto a mujeres en esas circunstancias. En este contexto legal restrictivo, en el 2008 murieron 62 mujeres por embarazo terminado en aborto, lo que representó el 21% del total de las muertes maternas (MINSAL/DEIS, 2009).

¹ Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en La Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2010.

² La investigación cuyos resultados dan lugar a esta ponencia fue financiada por el Ministerio de Salud de la Nación (Argentina) a través del programa CONAPRIS (actualmente Salud Investiga).

³ Instituto Gino Germani. silviamario@gmail.com

⁴ CENEP. eap@cenep.org.ar

⁵ CEDES. mromero@cedes.org

⁶ CEDES. silvinaramosarcoiris@gmail.com

Dado el peso relativo del aborto en la estructura de causas de muerte materna en la Argentina, dado que se trata de muertes evitables y dado que para la mayoría de las mujeres el aborto es una situación no querida y muchas veces traumática, la producción de conocimiento científico sobre este problema de salud pública debe ser encarada con urgencia para orientar el diseño de intervenciones. Es relevante para ello conocer la cadena de acontecimientos y decisiones que llevan a una mujer a interrumpir un embarazo. Si bien varios estudios han abordado esta cuestión (Llovet y Ramos, 1988; Viladrich, 1990; Ramos y Viladrich, 1993; Rivas y Amuchástegui, 1996; Diez, 1998; Zamudio et al, 1999; Sanseviero, 2003; Rostagnol, 2005; Carril y López Gómez, 2006; entre otros) saber cómo realmente se construyen las trayectorias de las mujeres que atraviesan la experiencia de la interrupción de un embarazo y concurren a los hospitales públicos para su atención y describir el proceso de toma de decisión en quienes lo interrumpen voluntariamente se convierte en un insumo necesario para el diseño de políticas sanitarias.

Diversos estudios que han abordado esta cuestión mostraron que el proceso que lleva a la interrupción de un embarazo no es lineal y que los motivos que llevan a una mujer a hacerlo son diversos (Ramos y Viladrich, 1993; Maforah, Wood y Jewkes, 1997; Bankole, Singh y Haas, 1998; Zamudio et al, 1999; Llovet y Ramos, 2001; Sanseviero, 2003; Lafaurie et al, 2005). Particularmente, en Argentina, Ramos y Viladrich (1993) muestran la complejidad del proceso y cómo éste supone la realización de diversas acciones y la participación de “otros significativos” en la vida social y afectiva de las mujeres. Este estudio mostró que la situación de riesgo que implica un aborto realizado en condiciones inseguras no sólo está configurada por lo referido al procedimiento de interrupción del embarazo en sí mismo y las condiciones en que el mismo se efectúa, sino también por un contexto familiar más o menos hostil, por el tiempo que se deja transcurrir a partir de la sospecha de la condición de embarazo y por las “pequeñas acciones” para interrumpirlo que las mujeres realizan en la ruta recorrida hasta llegar a la inducción efectiva. En la misma línea, Zamudio *et al* (1999) encontraron que frecuentemente las mujeres acuden a diversos métodos de relativa eficacia como yerbas, autogolpes, fármacos o inyecciones los que suelen tener repercusiones en su salud aumentando los riesgos, siendo las mujeres más pobres y las más jóvenes las que recorren caminos más largos para encontrar un servicio eficaz y las que interrumpen el embarazo con mayor tiempo de gestación. Indagar en los modos que las mujeres utilizan y a quiénes recurren parece ser también pertinente a la luz de los resultados de otros estudios que han señalado cómo los riesgos de sufrir complicaciones se relacionan con los métodos que se utilizan para provocar el aborto (Mundigo e Indriso, 1999).

2. Diseño y metodología del estudio

En la investigación en que se basa esta ponencia se utilizó un enfoque metodológico cuantitativo. La técnica elegida para relevar la información fue la entrevista estructurada basada en la aplicación de un cuestionario, previo realizar el proceso de obtención del consentimiento informado.

El universo de estudio estuvo conformado por mujeres de entre 15 y 49 años que ingresaron con diagnóstico de aborto incompleto y fueron internadas por tal causa en las maternidades que mayor volumen de partos y complicaciones de abortos de las provincias de Chaco, Córdoba, Tucumán y Mendoza. Se excluyeron del estudio aquellas mujeres que consultaron en la guardia por aborto incompleto pero no quedaron internadas o fueron inmediatamente referidas a otra institución, como así también aquellas que, cumpliendo con el criterio de inclusión mencionado en el párrafo precedente, permanecieron internadas en grave estado, y

aquellas mujeres cuyo diagnóstico fue huevo muerto o retenido, feto muerto o embarazos incompatibles con la vida extrauterina.

La muestra se conformó completando 400 casos en cada sitio, para lo cual se desplegó una estrategia consecutiva, censal (todas las mujeres/casos) y quedó constituida por 1581 mujeres. Las entrevistadas mostraron en su gran mayoría muy buena predisposición para participar, destacándose el bajo número de rechazos (n=22).

Las entrevistas fueron realizadas de manera de no interferir con los horarios de visita o los de pase de sala, para que transcurrieran de la manera menos intrusiva posible. Al final de cada entrevista se entregó a cada mujer un folleto con información sobre cuidados y signos de alarma y con los horarios de los consultorios de salud reproductiva de la institución en la cual estuvo internada.

La entrevista fue realizada por mujeres profesionales de salud que formaban parte, en su mayoría, de los equipos de las maternidades. El perfil profesional de las encuestadoras incluyó psicólogas, médicas, enfermeras, trabajadoras sociales y sociólogas. El trabajo de campo tuvo una duración total de 10 meses.

3. Perfil de las entrevistadas

Las mujeres internadas por complicaciones de aborto se concentran, al igual que las mujeres que fueron madres en el año que se realizó la investigación, entre los 20 y 29 años (cuadro 1). Sin embargo, las adolescentes tienen un peso relativo mayor entre las internadas que entre las mujeres que tuvieron un hijo durante ese año (MINSAL/DEIS, 2008).

Cuadro 1. Mujeres internadas por complicaciones de aborto según características sociodemográficas seleccionadas

Característica	%
Grupos de edad	
Menos de 20	20,6
20-29	47,4
30-39	26,6
40 y más	5,4
Casada o unida	70,1
Con educación primaria (o menos)	46,2
Actualmente tiene trabajo remunerado	32,8
En hogares de 6 o más integrantes	42,9
En viviendas con servicios sanitarios deficientes	33,1
n	1581

La mayoría de las mujeres internadas por complicaciones de aborto estaba casada o en una unión de hecho (cuadro 1). Consecuentemente, el 94% de los embarazos ocurrieron dentro de relaciones con pareja/novio mientras que el resto con ex parejas o amigos. Entre las mujeres

internadas hay una mayor proporción de unidas/casadas⁷ que en la población femenina de 14 a 49 años del país.

Los indicadores relativos a la situación socioeconómica muestran que las mujeres internadas se encuentran en una situación peor que las mujeres en edad fértil en general: casi la mitad tiene un nivel de educación bajo y una de cada tres habita en viviendas con servicios sanitarios deficientes (cuadro 1). En contraste, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS, 2005) para el conjunto de aglomerados urbanos de 5000 y más habitantes, el porcentaje de mujeres con educación primaria o menos es sólo del 26% y aquellas que habitan en viviendas con servicios sanitarios deficientes son un 17%.

Debe tenerse en cuenta que estas características socioeconómicas en las mujeres internadas se originan tanto en el tipo de población que acude al hospital público, como en que los abortos de las mujeres de estratos bajos se complican más frecuentemente que los de las mujeres de estratos altos pues las primeras los realizan en condiciones más precarias, generalmente por sí mismas o con métodos más rudimentarios (Mario y Pantelides, 2009).

Notoriamente bajo es el porcentaje de mujeres que declaran haber estado utilizando algún método anticonceptivo antes del último embarazo (33%), si se lo compara con el 78% de uso actual de las mujeres sexualmente activas, que surge de la ENNyS (Pantelides, Binstock y Mario, 2007: 57).

4. Historia reproductiva

La edad a la iniciación sexual de las mujeres internadas por complicaciones de aborto es excepcionalmente precoz. En efecto, algo más del 90% se inició durante la niñez y la adolescencia, cifra muy alta si se la compara con la obtenida en otras investigaciones, incluso con las que se obtienen de la ENNyS. En esta encuesta, sólo el 45% de las mujeres se habían iniciado antes de cumplir 20 años (Pantelides, Binstock y Mario 2007: 15).

El 65% de las internadas se embarazó por primera vez durante la adolescencia, incluido alrededor de un 3% antes de cumplir 15 años. Aunque no se tienen cifras sobre embarazos para la población general de mujeres, la ENNyS muestra que menos del 1% de las menores de 15 años se ha iniciado sexualmente, y entre las mujeres de 10 a 19 años, el 45% son sexualmente iniciadas.

Las mujeres entrevistadas declaran un elevado número de embarazos, más de la mitad de ellas han tenido tres embarazos o más, lo cual llama la atención en un contexto de baja fecundidad como el de la Argentina (cuadro 2)

⁷ No se espera que las mujeres encuestadas y las censadas tengan la misma distribución, ya que las primeras son un grupo seleccionado según características tales como provenir en su mayoría de la población de menores recursos (ya que recurren al hospital público) y haberse embarazado. En ambos subgrupos las casadas y unidas suelen tener un peso proporcionalmente mayor que en la población femenina general en edad fértil.

Cuadro 2. Número de embarazos (incluyendo el último) y de nacidos vivos

Número	Embarazos	Nacidos vivos
Ninguno	-	27,3
1	22,0	22,1
2	20,6	17,6
3	17,0	13,0
4	12,9	7,1
5 y más	27,6	12,8
Total	100,0	100,0
n	1581	1581

No obstante el elevado número de embarazos, el nivel de la fecundidad puede todavía mantenerse bajo porque no todos los embarazos terminan en un nacido vivo ya que los abortos (espontáneos y provocados) contribuyen a la reducción de la fecundidad potencial. Las estructuras de embarazos y nacidos vivos de este sub-universo de mujeres son muy distintas entre sí, las diferencias se aprecian fundamentalmente en las categorías extremas: el 27,3% de las mujeres no tiene ningún hijo, sin embargo sabemos que tiene al menos un embarazo, que es el que terminó en aborto y por el cual está actualmente internada (cuadro 2). El 12,8% declara 5 hijos o más, pero 27,6% tuvieron 5 embarazos o más. La mayor parte de la discrepancia se debe a los abortos (provocados o espontáneos) pues la incidencia de mortinatos es mínima.

En cuadro 3 muestra que un 40% de los embarazos declarados por las entrevistadas terminó en aborto (espontáneo y provocado). A medida que aumenta el número de orden del embarazo, aumenta la proporción de éstos que termina en aborto llegando al punto que cuando el embarazo es de orden 4 o superior, son casi tantos los embarazos que terminan en aborto como los que resultan en un nacimiento.

Cuadro 3. Distribución de los embarazos tenidos por las mujeres internadas por complicaciones de aborto, según resultado de los mismos, por búsqueda del embarazo

Buscaba quedar embarazada	Resultado del embarazo				Total
	Nació vivo	Nació muerto	Aborto provocado	Aborto espontáneo	
Todos los embarazos					
Si	67,7	1,4	0,6	30,3	100,0
No	50,3	0,8	9,1	39,9	100,0
Total	58,8	1,1	5,0	35,2	100,0
Embarazos 1° orden					
Si	72,5	1,3	0,5	25,7	100,0
No	61,8	0,9	8,6	28,7	100,0
Total	67,0	1,1	4,7	27,3	100,0
Embarazos 2° - 3° orden					
Si	68,1	1,4	0,4	29,9	100,0
No	51,9	0,7	8,4	39,0	100,0
Total	60,5	1,1	4,1	34,1	100,0
Embarazos 4° orden y más					
Si	62,1	2,0	0,9	35,1	100,0
No	39,7	0,9	10,1	49,3	100,0
Total	49,4	1,4	6,1	43,2	100,0

Aún teniendo en cuenta el sesgo del universo analizado, la proporción de embarazos terminados en aborto es elevada, en particular aquellos declarados como espontáneos, lo que lleva a sospechar que existe una “migración” de abortos que habiendo sido provocados son declarados como espontáneos. Esta sospecha se ve reforzada por el hecho de que a medida que aumenta el número de orden del embarazo, aumentan los abortos espontáneos, en particular entre los embarazos no buscados.

5. Trayectoria hacia la inducción del aborto

Si pudiera recrearse una trayectoria “racional” o “ideal” de un embarazo que termina en nacimiento, ésta debería comenzar por el deseo o búsqueda del embarazo, el abandono o no utilización de métodos anticonceptivos, sentimientos positivos frente a la noticia del embarazo, comunicación a la pareja, parientes y amigos de la noticia, y eventualmente una primer consulta médica para constatar el estado del embarazo. No forman parte de esta trayectoria, acciones o pensamientos relativos a la interrupción del embarazo.

Recociendo que la conducta humana no es lineal y que entre el deseo y el resultado final intervienen factores no previstos, adoptaremos esta trayectoria “ideal” como marco de referencia para contrastar las declaraciones de las mujeres respecto de su último embarazo terminado en aborto.

5.1. Deseo del embarazo que terminó en aborto

La pregunta sobre el deseo del último embarazo es retrospectiva y como tal tiene los problemas de toda pregunta retrospectiva. En este caso se añade que se está preguntando por el deseo de un embarazo que terminó en aborto.

Retomando la trayectoria “ideal” planteada anteriormente como marco comparativo, se investigó la relación entre el haber deseado el embarazo, haber pensado en interrumpirlo y haber hecho algo para interrumpirlo. Los resultados se presentan en el cuadro 4: ante un embarazo no deseado, las mujeres que responden haber pensado en interrumpirlo superan en 10 veces a las que refirieron que su embarazo era deseado. Las que efectivamente hicieron algo para interrumpirlo son un tercio de las que no deseaban el embarazo pero sólo el 2,4 % de quienes deseaban el embarazo.

Cuadro 4. Relación entre haber deseado el último embarazo, haber pensado y haber hecho algo para interrumpirlo

Deseo del embarazo	Pensó en interrumpirlo	Hizo algo para interrumpirlo
Si	3,9	2,4
No	40,0	32,8
Indiferente	6,0	1,0
Total	15,9	12,1

Pruebas de Chi cuadrado significativas al nivel de 0,001.

Lo mismo ocurre entre aquellas que pensaron en interrumpirlo y las que finalmente llegan a concretar ese pensamiento. El 70% de las que pensaron en interrumpirlo, hicieron algo en ese sentido (datos no mostrados).

Si se reconstruye la trayectoria en forma inversa, comenzando por el hecho final (el aborto), se observa que la mayoría de las que reconocen haberse inducido un aborto, pensaron antes en ello (92%); manifestaron sentimientos explícitamente negativos acerca del embarazo (78%) y no deseaban ese embarazo (88.3%).

5.2. Uso de métodos anticonceptivos antes del último embarazo

Como se dijo anteriormente, sólo un tercio de las mujeres internadas por complicaciones de aborto estaba usando un método anticonceptivo cuando ocurrió el embarazo. De ellas, un 61% utilizaba métodos efectivos. El uso de métodos anticonceptivos es superior entre las mujeres que refieren no haber deseado el último embarazo (47,2% vs. 20,4%). Lo que sugiere que una falla del método o la inconsistencia en el uso pueden haber sido una de las causas que llevaron a un embarazo no querido y al aborto.

El motivo principal para no usar métodos anticonceptivos es la búsqueda del embarazo, los demás motivos pueden clasificarse en aquellos con origen en la mujer o su relación de pareja (efectos secundarios, olvido, despreocupación, oposición propia o de ambos a utilizar anticonceptivos, evaluación errada de la posibilidad de embarazarse, falta de precaución en el aprovisionamiento, razones morales o religiosas) y aquellos que provienen del sistema de salud (dificultad de acceso y precio), que tienen un peso menor.

Entre las mujeres que manifiestan desear el embarazo que terminó en aborto, y que no estaban usando anticonceptivos, es más frecuente encontrar como motivo de no uso la búsqueda de un embarazo. En cambio, entre las que no lo deseaban o eran indiferentes, la mayoría expresa no haber usado un método anticonceptivo por pensar que no iba a quedar embarazada y por dificultades en el acceso (cuadro 5).

Cuadro 5. Mujeres no usuarias de métodos anticonceptivos. Motivos de no uso (respuestas múltiples) por deseo del último embarazo

Motivos de no uso	Deseaba el embarazo		
	Si %	No %	Indiferente %
Quería/buscaba embarazarse	64,4	1,1	4,8
Pensaba que no iba a quedar embarazada	13,9	37,3	40,0
No pensaba tener relaciones sexuales	2,5	12,7	7,6
Dificultades en el acceso/costo	4,2	25,0	19,0
Efectos secundarios de los MAC	9,4	18,7	33,3
No tenía/se le acabaron los anticonceptivos	2,8	12,3	10,5
No quería/ no le gustaba/ no le preocupaba/ olvido	5,4	9,7	9,5
Otro	9,4	18,7	18,1
N	669	268	105

Las mujeres que intentaron interrumpir su embarazo estaban usando un método anticonceptivo antes de quedar embarazadas en una mayor proporción que las que declaran que no lo intentaron. Las no usuarias, al ser consultadas acerca de los motivos de no uso, respondieron en su mayoría cuestiones asociadas a la imprevisión e ignorancia (pensaban que

no iban a quedar embarazadas o no pensaban tener relaciones sexuales) junto con dificultades en el acceso (datos no mostrados).

5.3. El embarazo y la mirada de los otros

El 83,5% de las mujeres refirió haber compartido con alguien la noticia del embarazo, generalmente con más de una persona. Entre los más mencionados se encuentran, en primer lugar, la pareja, luego la madre u otros familiares y en tercer lugar las amigas.

La pareja supo del embarazo en el 86% de los casos y reaccionó positivamente el 61% de las veces. Según el relato de las mujeres, estos varones se muestran contentos y con deseos de llevar el embarazo adelante. Sólo el 5% de las entrevistadas refiere haber sufrido presiones para interrumpir el embarazo, y éstas no fueron predominantemente de sus parejas, sino de otros familiares.

El deseo de la pareja respecto de la continuidad del embarazo es determinante para la posterior interrupción o no del mismo. Cuando la pareja quiere que la mujer continúe con el embarazo, prácticamente ninguna declara haber hecho algo para interrumpirlo. Cuando deja la decisión en manos de la mujer, más de una cuarta parte hace algo para interrumpirlo, y cuando se opone, la mitad lo hace (cuadro 6).

Cuadro 6. Influencia de la pareja en la interrupción del último embarazo

	Hizo algo para interrumpir el último embarazo	
	Si	No
No le contó a la pareja del embarazo	23,4	76,6
Le contó a la pareja del embarazo y ésta		
Quería que continuara con el embarazo	5,3	94,7
Quería lo que ella decidiera	27,3	72,7
No quería que continuara	49,4	50,6
Total	12,0	88,0

Los sentimientos de la pareja al conocer el embarazo se relacionan tanto con las intenciones como con las acciones para interrumpirlo: cuando los sentimientos son negativos (preocupación, angustia, desesperación, malestar, duda, confusión) aumenta el porcentaje de mujeres que pensó o hizo algo para interrumpir el embarazo (datos no mostrados).

6. Los abortos provocados

Un 12% (189) de las mujeres entrevistadas refirió haberse provocado el aborto por el cual se encontraba internada. De ellas, más de la mitad utilizó por lo menos dos métodos abortivos, con claro predominio del misoprostol por vía vaginal (cuadro 7).

Cuadro 7. Porcentaje de mujeres internadas por complicaciones de aborto que hizo algo para interrumpir este último embarazo (respuesta múltiple).

Hizo algo para interrumpir el embarazo	Total
Si	12,0
N	(189)
Misoprostol (vaginal)	41,6
Misoprostol (oral)	18,9
Hierbas	32,1
Inyecciones	14,7
Otras pastillas (vaginal)	13,2
Otras pastillas (oral)	13,7
Sonda	11,6
Raspaje/curetaje	10,5

Las mujeres que reconocen haber hecho algo para interrumpir el embarazo buscaron ayuda para ello en amigas y familiares en primer lugar, en el farmacéutico en segundo lugar y en algún profesional de la salud en tercer lugar. Cuando mencionan a más de una persona, generalmente se refieren a sus amigas y a otro; en otras palabras, las amigas están presentes aun cuando además se recurra a otras personas. El 15% de las mujeres no recurrió a nadie en busca de ayuda y la mitad realizó el procedimiento elegido sin intervención de otras personas (datos no mostrados). La búsqueda de ayuda tiene en estos casos dos propósitos diferentes, por un lado las amigas o pareja como sostén afectivo y como informantes sobre los recursos y formas de proceder; por el otro, el farmacéutico y otros profesionales de la salud, como quienes proveen el método abortivo propiamente dicho. Con la difusión del misoprostol como método preferido para abortar, la práctica del aborto se confina al espacio privado y no requiere de conocimientos y técnica especializados, por eso las mujeres refieren que realizaron el procedimiento en soledad.

Entre las principales razones mencionadas para interrumpir el embarazo es interesante observar que, si bien la mitad de las mujeres menciona los “problemas económicos”, también son mencionados de modo importante motivos que afirman un sentimiento de autonomía de las mujeres con respecto a la posibilidad de decidir el número de hijos así como el momento oportuno de tenerlos. Las mujeres decidieron interrumpir su embarazo también por problemas con la pareja y por querer realizar proyectos personales (cuadro 8).

Cuadro 8. Razones que llevaron a la decisión de interrumpir el último embarazo (respuesta múltiple).

Razones	%
Problemas económicos	51,1
No quiere más hijos	43,6
Problemas con la pareja	25,5
Proyectos personales	22,3
Presiones de familia/pareja	14,4
Es muy chica/muy grande	13,3
Situación emocional	10,6
Problemas de salud	8,0
Tiene hijo/s muy chico/s	6,4
No tiene pareja	5,9
Otras razones	2,7

Un estudio realizado en Brasil en 1995 (Costa *et al*, 1995) que indagaba sobre el proceso y los sentimientos involucrados en la toma de decisión de un aborto inducido en empleadas y estudiantes de una universidad muestra resultados algo distintos, probablemente porque las entrevistadas pertenecían a un mayor nivel económico que las que estamos considerando en este estudio, y porque estaban además amparadas en el anonimato. Estas mujeres expresaron que la principal motivación para interrumpir un embarazo tenía que ver con la existencia de otros proyectos así como con no sentirse en condiciones personales de criar a otro ser.

La decisión de interrumpir el embarazo fue tomada en el 63,5% de los casos por la mujer sola, y en el 30% junto con su pareja. El resto de las mujeres lo compartió con familiares, amigas, etc. La influencia de la posición de la pareja respecto a la decisión de abortar se presenta paradójica. Ya se mencionó que cuando la pareja se opone a la continuación del embarazo es más frecuente que las mujeres reconozcan que el aborto por el cual están internadas fue provocado. La decisión de abortar es, sin embargo, una decisión autónoma de las mujeres: en el caso en que su pareja quería que continuara con el embarazo, la mayoría de las mujeres (80%) tomó la decisión sola, contradiciendo los deseos de su pareja. Cuando él quería que abortara, la decisión fue en más de la mitad de los casos compartida (cuadro 9).

Cuadro 9. Toma de decisión del aborto según posición de la pareja respecto a la continuación del embarazo

Posición de la pareja respecto del embarazo	Con quién tomó la decisión de interrumpir este último embarazo				Total
	Sola	Compartida con la pareja	Compartida con otros	La tomó otra persona	
Quería que lo continuara	80,0	9,1	9,1	1,8	100,0
Quería que lo interrumpiera	43,2	56,8	0,0	0,0	100,0
Quería que ella decidiera	61,1	30,6	8,4	0,0	100,0
Total	63,5	29,9	5,8	0,7	100,0

Nota: se excluyen los casos en los que no se comunicó el embarazo a la pareja.

7. Consideraciones sobre la calidad de la declaración de los abortos provocados

En esta investigación nos referimos a la trayectoria hacia el aborto en general pero tratamos con dos grupos de mujeres: unas, reconocen que se practicaron un aborto para interrumpir su último embarazo; las otras, declaran que tuvieron un aborto espontáneo. Todas están internadas por complicaciones post aborto o abortos incompletos. Sabemos que el porcentaje de mujeres que afirma haber abortado es muy bajo y en contrapartida, los abortos espontáneos son excesivos⁸. El cuadro 3 (presentado en la sección 4) muestra indicios claros de un aumento inverosímil de abortos espontáneos ante un embarazo no buscado o de orden elevado.

Frente a la dificultad de declarar un aborto inducido, no son pocas las mujeres que lo refieren como espontáneo. Pese a que, entonces, entre los abortos clasificados como espontáneos está incluido un número desconocido de abortos inducidos, algunos indicadores muestran diferencias entre las mujeres internadas que declararon el aborto como espontáneo y aquellas que lo declararon como provocado. Las diferencias entre uno y otro grupo hacen posible inferir que existe una probabilidad mayor de que el aborto sea provocado cuando la mujer no está unida ni casada, usaba métodos anticonceptivos antes del último embarazo, llegó al hospital con un cuadro infeccioso, no deseaba el embarazo, tenía sentimientos negativos respecto a éste, supo del embarazo antes de ir al hospital, sufrió presiones para interrumpirlo, su pareja se oponía a que continuara la gestación (cuadro 10).

Cuadro 10. Características seleccionadas de las mujeres según declararon el aborto como inducido o espontáneo

Características seleccionadas	Aborto	
	Inducido	Espontáneo
Aborto infectado	23,3	8,2
Promedio de edad	26,2	26,5
Unida o casada	49,2	73,2
Promedio de embarazos*	3,6	3,5
Supo del último embarazo antes de ir al hospital	95,8	73,0
Usó MAC antes del embarazo	41,0	31,0
Deseaba el embarazo	10,6	60,4
Sentimientos positivos sobre el embarazo**	9,0	54,8
Pensó en hacer algo para interrumpirlo	92,0	5,4
Contó a alguien que estaba embarazada	76,7	84,9
El padre quería que continuara el embarazo	40,6	82,6
Presiones para interrumpir el embarazo	15,9	3,6
n	189	1386

* Incluyendo el actual que terminó en aborto

** Contenta, feliz, entusiasmada, bien

⁸ Es esperable que las respuestas referidas a la posibilidad de pensar/hacer un aborto se vean condicionadas por el contexto moral y legal (Costa *et al*, 1995; Osis *et al*, 1996; Olinto y Moreira, 2004) y ello nos permite suponer que es posible dar por ciertas aquellas respuestas que se oponen a lo esperado socialmente, hecho que no se aplica a la situación inversa.

8. Conclusiones

El análisis previo debe verse a la luz de que hay importantes indicios de que el número de mujeres que efectivamente pensaron en hacerse un aborto o que hicieron algo para inducir un aborto sea mayor. Así lo indica, sobre todo, el alto porcentaje de abortos declarados como espontáneos y su aumento a medida que aumenta el número de embarazos previos. Debido al contexto moral y social adverso al aborto que condiciona lo que se puede hacer, pero más que nada lo que se puede decir, es reducido el porcentaje de mujeres que se anima a reconocer que provocó el aborto por el cual está internada. Aun así, estas mujeres y sus conductas se diferencian de aquellas que declararon que el aborto fue espontáneo.

Se observa una coherencia en la trayectoria hacia la decisión de abortar: las mujeres que declararon que no deseaban el embarazo y las que pensaron en interrumpirlo, es muy probable que efectivamente hayan hecho algo para interrumpirlo.

Las mujeres que tomaron la decisión de interrumpir el embarazo, buscaron ayuda y compartieron su situación con otras personas significativas, sobre todo la pareja, pero la decisión fue autónoma y el aborto se practicó de modo solitario. La oposición de la pareja a la interrupción del embarazo tiene influencia, pero entre aquellas que finalmente abortaron la oposición de la pareja lleva a que tomen la decisión en solitario.

Aunque las razones económicas son las más mencionadas como motivo para el aborto, también lo son las relativas a espaciar los nacimientos o a no querer más hijos. Un número no desdeñable de mujeres señala que desea realizar proyectos personales que tener un hijo obstaculizaría.

Vale la pena tener en cuenta las voces de estas mujeres para contrastarlas con las discusiones de orden público sobre el tema de cuándo sería adecuado despenalizar el aborto. Si desde los discursos de la opinión pública avanza la legitimidad del aborto en casos extremos (violación, riesgo de muerte para la mujer y/o el niño), desde los sentimientos de las mujeres hay otras razones de alto peso para la toma de decisión con respecto a la interrupción de un embarazo.

Referencias bibliográficas

Bankole A., Singh S. y Haas T. (1998). Reasons why women have induced abortion: evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspectives*, 24 (3): 117-127.

Carril E. y López Gómez A. (2006). Las experiencias de las mujeres frente a la interrupción voluntaria del embarazo. Un estudio cualitativo sobre los aspectos psicológicos. 2do. *Encuentro Universitario: Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Avances en Investigación Nacional*. Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Universidad de la República - UNFPA.

Costa R., Hardy E., Osis M. y Faúndes A. (1995). A decisao de abortar: processo e sentimentos envolvidos. *Cadernos de Saúde Pública*, 11 (1): 97-105.

Diez A. (1998). Me lo quiero sacar: discursos y sentimientos de las mujeres cuando van a abortar. *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad. Trabajos del Tercer Taller de Investigaciones sociales en salud reproductiva y sexualidad*, agosto de 1998. Buenos Aires: AEPA - CEDES - CENEP.

Lafaurie M., Grossman D., Troncoso E., Billings D., Chávez S., Maira G., Martínez I., Mora M. y Ortiz O. (2005). *El aborto con medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú*. México D.F: Population Council - Gynuity Health Projects.

Llovet J. y Ramos S. (2001). El estudio del aborto inducido en América latina: un balance parcial y algunas propuestas a futuro. C. Stern y J. Figueroa (coordinadores), *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México D.F.: El Colegio de México.

Maforah F, Wood K y Jewkes R. (1997). Backstreet abortion: women's experiences. *Curationis*, 20 (2): 79-82.

Mario, S. y Pantelides, E. A. (2009). Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. *Notas de Población*, 87: 95-120.

MINSAL/DEIS (Ministerio de Salud de la Nación/ Dirección de Estadísticas e Información en Salud) (2008). *Estadísticas Vitales: Información Básica 2005*, Serie 5, Nro. 49, Buenos Aires: MINSAL/DEIS.

Mundigo, A.I e Indriso C. (1999). *Abortion in the developing World*. New Delhi: WHO.

Osis M., Hardy E., Faúndes A. y Rodrigues T. (1996). Difficulties encountered in gathering information on illegal abortion of women population. *Revista de Saúde Pública*, 30 (5): 444-451.

Olinto M. y Moreira Filho D. (2004). "Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias". En: *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 15 (5): 331-336.

Pantelides, E. A.; Binstock, G. y Mario, S., (2007). *La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina 2005. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud*. Buenos Aires: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación.

Ramos S. y Viladrich A. (1993). *Abortos hospitalizados: entrada y salida de emergencia*. Buenos Aires: CEDES, Serie Salud y Sociedad 88.

Rivas M. y Amuchástegui A. (1996). *Voces e historias sobre el aborto*. México D.F.: The Population Council - EDAMEX.

Rostagnol S. (2005). *Autonomía y subordinación en el tránsito de las mujeres por el aborto clandestino*. Montevideo: Equipo Género, Cuerpo, Sexualidad, FHCE - UDELAR.

Sanseviero R. (2003). *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*. Montevideo: Universidad para la Paz - Ediciones Montevideo - Centro Internacional de Investigación e Información para la Paz.

Viladrich A. (1996). La práctica del aborto: sectores sociales y servicios de salud. *Medicina y Sociedad*, 19 (2): 5-14.

Zamudio L., Pubiano N., Wartenberg L., Viveros M. y Salcedo H. (1999). *El aborto inducido en Colombia*. Bogotá: Cuadernos del CIDS, Serie 1, Universidad Externado de Colombia.