



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA MATERNO INFANTIL**



**CARACTERIZACIÓN SOCIOEPIDEMIOLÓGICA DE LAS
USUARIAS QUE CONSULTAN CON INTENCIÓN DE
INTERRUMPIR SU EMBARAZO, EN LA POLICLÍNICA
GINECOTOLÓGICA "A" DE ASESORAMIENTO EN EL
CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL, EN EL
PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE MARZO-ABRIL DE
2005**

AUTORES:

Br. Cabrera, Silvia
Br. Delmonte, Alejandra
Br. Nicora, Valeria
Br. Rivas, Tania
Br. Carolina, Rodríguez
Br. Rovira, Natalia

TUTORES:

Lic. Enf. Pérez, Mercedes

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2005

AGRADECIMIENTOS

- Al ex Director del Centro Hospitalario Pereira Rossell; Dr. L. Castillo, quien permitió llevar a cabo la investigación en el mencionado centro.
- A la Directora del Departamento Materno Infantil de la Facultad de Enfermería (UDELAR), Prof. Lic. en Enfermería Mercedes Pérez, por su colaboración en el trabajo de investigación.
- Al Dr. Jorge Venegas, Docente del Departamento Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería (UDELAR); por su colaboración.
- A todas las Usuarías que concurrieron a la Policlínica Ginecológica de Asesoramiento que accedieron a ser entrevistadas.
- Al Equipo Médico de la Clínica Ginecológica "A" del Centro Hospitalario Pereira Rossell; destacando al Prof. Adj. Dr. Leonel Briozzo, Prof. Dir. Dr. José Pons, Dr. Gonzalo Vidiella, Dra. Beatriz Vidarte, Dra. Gorgoroso.

“...somos responsables por todo lo que sucede en este mundo. Con la fuerza de nuestro amor, de nuestra voluntad, podemos cambiar nuestro destino y el destino de mucha gente.”

Paulo Coelho

RESUMEN

La interrupción voluntaria del embarazo continúa siendo un problema socio epidemiológico y sanitario a nivel Nacional.

Desde el punto de vista sanitario; las consecuencias en la morbimortalidad de las mujeres que afrontan dicha problemática; hace necesario conocer la realidad de las mismas.

Siendo en el Uruguay, el Centro Hospitalario Pereira Rossell de referencia Materno Infantil a nivel Nacional, que concentra dos tercios de la población, y en el cuál existe un lugar físico donde se trata esta problemática con las mujeres, brindándoles información y asesoramiento, se decide realizar la investigación en la Policlínica Ginecológica "A" de Asesoramiento.

El estudio es de tipo descriptivo, cualicuantitativo; utilizando como técnica la entrevista y como instrumento un formulario, elaborado para tal fin.

El perfil obtenido, corresponde a un grupo de mujeres, predominantemente, adolescentes y jóvenes, solteras, procedentes de la capital del país, con un nivel de instrucción formal medio y superior, en su mayoría, económicamente activas y con escaso apoyo paterno.

Se desprende de las entrevistas a las usuarias que existe conocimiento de los riesgos y consecuencias de la interrupción voluntaria del embarazo.

A pesar de que en los últimos años el tema del aborto ha sido un problema socio sanitario, la sociedad en su conjunto no logra abordar dicho problema de una manera objetiva, encontrándose fuertemente influenciada por connotaciones religiosas, éticas y morales, producto de su proceso histórico.

Como Enfermeras Profesionales el elaborar y trabajar en programas de Primer Nivel de Atención con todas las mujeres en riesgo, es fundamental ya que la población debidamente informada puede disminuir actitudes que lleven a conductas de riesgo.

INDICE

Resumen.....	Pág. 6
Introducción.....	Pág. 8
Problema.....	Pág. 9
Objetivos.....	Pág. 9
Marco teórico.....	Pág. 10
¿Qué es la vida?.....	Pág. 10
Breve reseña de la situación de la mujer en Uruguay.....	Pág. 11
Diseño metodológico.....	Pág. 13
Tipo de estudio.....	Pág. 13
Universo y población de estudio.....	Pág. 13
Metas.....	Pág. 13
Fraición.....	Pág. 13
Plan de Análisis.....	Pág. 13
Tablas y gráficos.....	Pág. 14
Análisis.....	Pág. 27
Conclusiones.....	Pág. 30
Obstáculos en la investigación.....	Pág. 32
Sugerencias.....	Pág. 33
Bibliografía.....	Pág. 34
Anexos.....	Pág. 36
Anexo I: Protocolo de investigación.....	Pág. 37
Anexo II: Formulario.....	Pág. 71
Anexo III: Instructivo de llenado del formulario.....	Pág. 72

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación fue realizado por seis estudiantes, cursando la carrera de Licenciatura en Enfermería, en el marco de la Facultad de Enfermería, de la Universidad de la República, tutorado por la profesora Licenciada en Enfermería Mercedes Pérez.

En base a las diferentes temáticas planteadas por el Departamento Materno Infantil se seleccionó la del Aborto, dentro de ésta, realizar la "Caracterización socio epidemiológica de las mujeres que consultan con la intención de interrumpir un embarazo, en la Policlínica Ginecológica "A" de Asesoramiento, perteneciente al Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el período comprendido entre marzo-abril de 2005"; cuyos resultados serán presentados en este informe.

El estudio es de tipo descriptivo, cuali-cuantitativo, para la recolección de los datos se utilizó la técnica de la entrevista semiestructurada, mediante la implementación de un formulario como instrumento.

El tema del aborto hace alusión a los cuestionamientos más básicos del ser humano; el origen de la vida, la muerte, la no existencia, la capacidad de creación y destrucción de los seres humanos; el solo hecho de que alguno de nosotros podría haber sido abortado, toma esta temática tan conflictiva.

Cada año se producen 75 millones de embarazos no deseados en el mundo, de los cuales aproximadamente 20 millones finalizan en abortos provocados en condiciones inseguras. De ellos 78 mil costarán la vida a pacientes que se los realizarán y un número no determinado, pese a sobrevivir, lo hará con secuelas graves, incluida la infertilidad.

La estimación de casos de abortos en Uruguay gira en torno a los 33 mil anuales, a lo largo de todo el territorio Nacional. En nuestro país no existen políticas específicas, que aborden el tema, se carece de información concreta sobre el número de embarazos no deseados y el número de interrupciones voluntarias de los mismos. Es desconocida también, la proporción de abortos provocados en condiciones de riesgo y en condiciones seguras; esto es aún mas grave, dado que tampoco hay reportes periódicos sobre la morbimortalidad producida por abortos provocados en condiciones de riesgo.

Este problema constituye el principal emergente sanitario en el área de la Salud Materna en el Uruguay.

PROBLEMA

"Cuál es el perfil socio epidemiológico de las usuarias que consultan, con la intención de interrumpir su embarazo, en la Policlínica Ginecológica "A" de Asesoramiento perteneciente al Centro Hospitalario Pereyra Rossell, en el período comprendido entre marzo – abril de 2005"

OBJETIVOS

- **Caracterizar socio epidemiológicamente a las usuarias que consultan, con la intención de interrumpir su embarazo, en la Policlínica Ginecológica "A" de Asesoramiento perteneciente al Centro Hospitalario Pereyra Rossell, en el período comprendido entre marzo- abril de 2005.**
- **Conocer los factores de riesgo que intervienen en el desenlace del embarazo de las usuarias que consultan con la intención de interrumpirlo.**

MARCO TEÓRICO

¿Que es la vida?

Esta pregunta puede llegar a tener respuestas tan variadas como incontables. Desde nuestra perspectiva, y para tratar el tema que nos ocupa, tomamos el concepto de que se trata de un compendio de fenómenos anatómicos, fisiológicos, nutritivos, emocionales y reproductivos que responden a una organización, que se producen y extienden con diversos grados de intensidad, interrelacionados, desde la gestación hasta la muerte.

Siempre los extremos de iniciación y final de la vida son objeto de posiciones diversas y encontradas. Según diversas corrientes, el inicio de la vida se sitúa en la gestación, con la formación del cigoto, luego de la singamia, con la aparición de la cresta neural, con la anidación en el útero, y según otra con el nacimiento.

Respecto a la extinción de la vida, unos la centran en la ausencia del funcionamiento del corazón, los pulmones y del cerebro, o sea, centran la muerte en tanto fenómeno fisiológico integral; para otros, la muerte es la destrucción del complejo químico vital, cuyos integrantes retoman así a lo inorgánico, "la muerte significará siempre la desaparición de un ser psicofísico único e irrepetible en toda la historia de la humanidad" (Tozzini¹)

"Considerando la vida un bien, el aborto no respeta la dignidad, ni la vida humana, la destruye, puesto que deshace la integridad material del ser viviente.

Si tenemos una obligación moral de defender la vida de los más débiles, no se puede ser partidario del aborto. Ya que conspira contra el derecho y el respeto a la vida, lo que determina que no abandonemos a un inocente, ni toleremos que se lo mate" (Lanziano²).

Científicamente esta demostrado que la vida humana empieza con la concepción, con la unión de los gametos femenino y masculino, originando al cigoto, el cual contiene toda la información del ser gestado, y posteriormente con su multiplicación originará al embrión. El ser concebido a veces demora varios días (entre 7 y 14) en anidarse en el útero.

Todo lo aiente al aborto esta enbuido de connotaciones científicas, teológicas, psicológicas, sentimentales, políticas, demográficas, que siempre son fuente de apasionantes discusiones y de tratamientos legislativos diversos.

Las posiciones extremas, se polarizan incriminando la interrupción voluntaria de la gestación o postulando la libertad absoluta para abortar.

El aborto ha sido legalizado en diversas naciones: en algunas en cualquier momento del embarazo; en otras la libertad para abortar está circunscripta a condiciones dentro de determinados términos, plazos que se extienden sin limitaciones, si tuvieran por causa la malformación del feto o peligrara la salud de la madre (Lanziano³).

¹ Tozzini, Carlos A. "El Problema de la Muerte del Donante en los Trasplantes de Corazón" En Problemas Actuales de las Ciencias Penales y la Filosofía del Derecho. Págs. 206 a 250 Buenos Aires. Ediciones Passafiume. 1970.

² Lanziano, Washington "El Aborto y el Derecho a la Vida" Págs. 18 a 22 Montevideo, Uruguay. Ediciones Tránsito. 2003.

³ Lanziano, Washington "El Aborto y el Derecho a la Vida" Págs. 150 a 156 Montevideo, Uruguay. Ediciones Tránsito. 2003.

Parlando de la tesis de que nadie es partidario de la practica abortiva, ya que conduce a la muerte (o a frustrar una esperanza de vida, en cuanto se sostuviere que lo que se aniquila, aún no tenía vida).

Los abortos en algunos casos se efectúan en protección de la vida o salud de la mujer embarazada, madre receptora de un óvulo ajeno fertilizado anidado en su útero. Otras veces para no dedicar tiempo cuidando al hijo por nacer, sea para que no se le dificulte gozar de sus diversiones, para mantenerse en forma o para atender adecuadamente su actividad artística, profesional, deportiva, entre otras.

Mujeres solteras por prejuicios como el "que dirán" en la familia, en el trabajo, en los medios sociales, abortan en salvaguarda de su supuesto honor. Otras con la finalidad de conservar su trabajo dependiente, eliminan el fruto de la concepción.

También, razones económicas han determinado a mujeres casadas con marido y varios hijos, basadas en los magros recursos con que cuentan, que les son insuficientes, recurren al aborto, lo que no harían si no estuvieran en esa situación.

Por todas estas razones, existen diversos criterios proclives a la realización de practicas abortivas, dejando de lado la referencia a quienes ganan y lucran con la ejecución del aborto, con la interrupción de la gravidez; resultan violados intereses orbitados en torno a morales sociales, a dogmas religiosos, a intereses estatales, en mantener incólume la integridad individual y aun al orden familiar (Lanziano⁴).

BREVE RESEÑA DE LA SITUACIÓN DE LA MUJER EN EL URUGUAY

En el umbral del siglo XXI, luego del marcado impacto cultural de la inmigración europea y la temprana modernización del país; nos vemos enfrentados a otro tipo de incertidumbres que implican la interpretación de fenómenos diferentes en el ámbito de la vida privada y la familia.

Aumento del divorcio, aumento de la fecundidad adolescente, nuevos arreglos de convivencia familiar determinados tanto por el aumento de separaciones y divorcios, como por el empobrecimiento que conduce a estrategias de convivencia para maximizar los ingresos económicos.

El envejecimiento de la población y los divorcios y separaciones, han provocado un aumento de los hogares monoparentales y unipersonales.

Teniendo en cuenta los últimos cuatro períodos censales del Uruguay se pueden destacar tres cuestiones:

- las adolescentes incrementan de forma sostenida su aporte a la fecundidad total
- las jóvenes lo disminuyen (la pérdida mayor es para las mujeres entre 20 y 24 años)
- las mujeres adultas (30 y 34 años) tienden a aumentarla levemente.

De esto se puede concluir que estaría cambiando el momento en que las mujeres uruguayas tienen sus hijos durante su ciclo de vida fértil.

La maternidad en edades muy tempranas (10 a 19 años) y la maternidad en edades tardías (30 a 34 años), poseen significados distintos en términos de elección de proyecto de vida. Unas anteponen la maternidad a otro tipo de realización personal, en tanto que las otras la posponen.

La variación de la tasa global de fecundidad oscila entre 2,3 y 3,1 hijos por mujer, donde los departamentos que se localizan al sur del río Negro presentan los valores más bajos.

⁴ Lanziano, Washington "El Aborto y el Derecho a la Vida" Págs. 146 a 149 Montevideo, Uruguay. Ediciones Trilce, 2003.

La reproducción, es siempre, un hecho biológico y un hecho social. Lo biológico refiere a la capacidad de las mujeres de reproducirse; lo social, refiere a las condiciones sociales, culturales y económicas en que esa reproducción se realiza.

El acceso a la educación por parte de las mujeres, muestra un comportamiento diferencial en cuanto al número total de hijos tenidos por éstas a lo largo de su vida fértil (15 a 49 años de edad). Más allá del área geográfica donde residen las mujeres (Montevideo o Interior del país), existe una relación inversa entre educación y número de hijos: a mayor número de años de estudio menor número de hijos tenidos vivos.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Es un estudio descriptivo, cualicuantitativo.
En el se pretenden describir ciertas características de la población en estudio.

Universo y población de estudio:

Todas las mujeres que consultan en la Policlínica Ginecológica "A" de Asesoramiento del Centro Hospitalario Pereira Rossell durante el período marzo- abril de 2005 con embarazos no deseados.

Metas:

Caracterizar el 100% de las usuarias que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" de Asesoramiento del Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período marzo-abril de 2005.

Finalidad:

- Sensibilizar a otros investigadores, a partir de la información obtenida, a continuar el abordaje de dicha problemática.
- Evidenciar a partir de datos cuantitativos los resultados obtenidos.

Plan de Análisis

Ordenamiento de datos: Serán ordenados primariamente los datos patronímicos, seguidos de la gestación actual, relacionados con la intención de interrumpir ésta, y antecedentes de interrupciones gestacionales intencionales previas.

Presentación de datos: Los datos serán presentados mediante tablas de contingencia y gráficos basados en las mismas.

Análisis de datos: Serán analizados mediante cálculo bioestadística de los datos aportados por cada variable.

Método de análisis: Se utilizará el programa informático de Microsoft Excel.

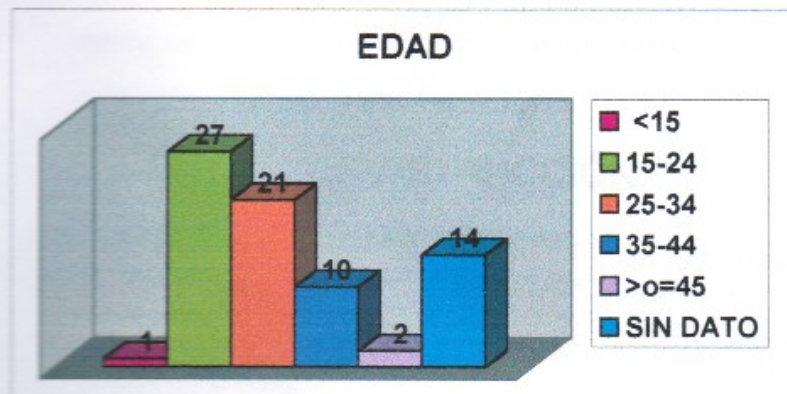
TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE EDAD

EDAD	FA	FR%
<15	1	1
15-24	27	36
25-34	21	28
35-44	10	13
>0=45	2	3
SIN DATO	14	19
N	75	100

Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

GRAFICA 1: MUESTRA LA DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD



Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

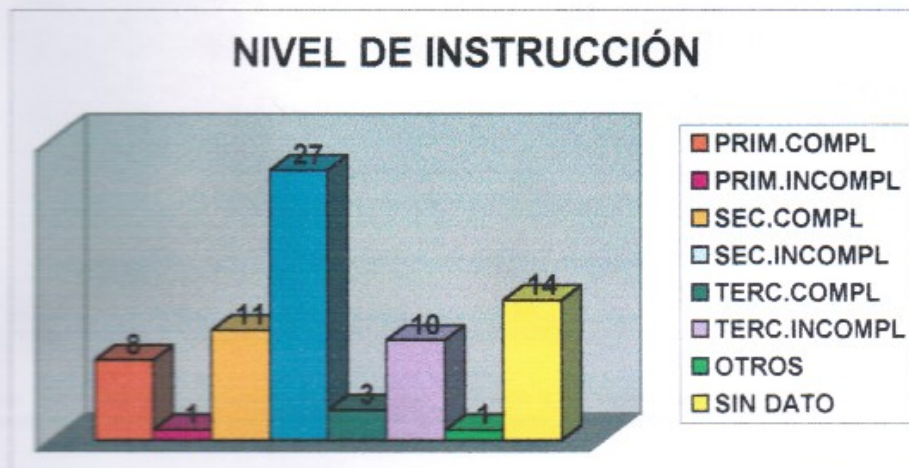
La gráfica muestra que el rango de edad predominante se encuentra entre 15 y 24 años, seguido por el de 25 a 34 años.

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

NIVEL DE INSTRUCCION	FA	FR%
PRIMARIA COMPLETA	8	11
PRIMARIA INCOMPLETA	1	1
SECUNDARIA COMPLETA	11	15
SECUNDARIA INCOMPLETA	27	36
TERCIARIA COMPLETA	3	4
TERCIARIA INCOMPLETA	10	13
OTROS	1	1
SIN DATO	14	19
N	75	100

Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

GRAFICO 2: MUESTRA LA DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN



Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

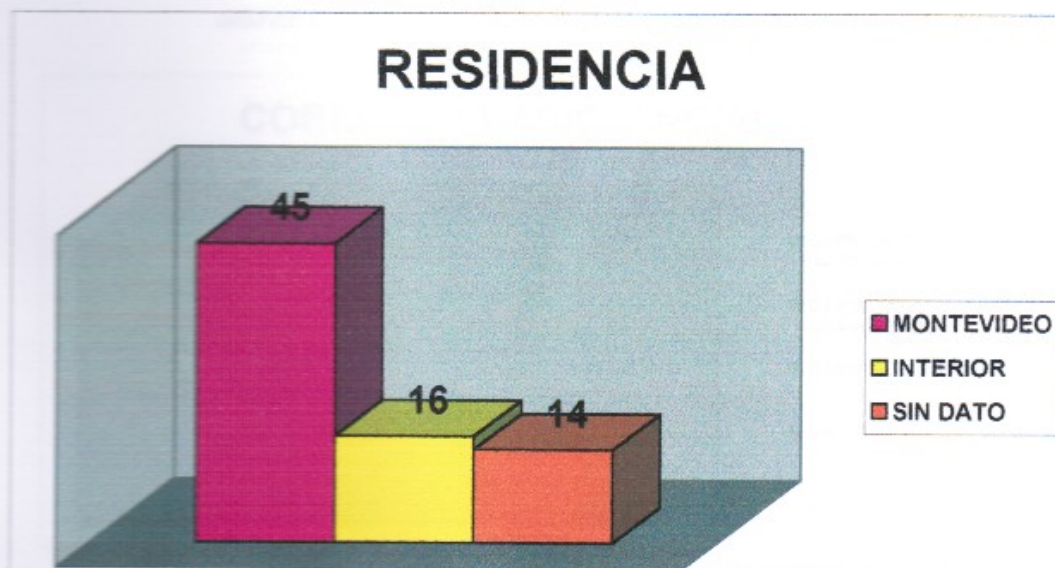
El gráfico muestra un predominio de usuarias mayoritario con secundaria incompleta, en tanto que un 28% supera este nivel de instrucción.

TABLA 3: DISTRIBUCIÓN SEGÚN RESIDENCIA.

RESIDENCIA	FA	FR%
MONTEVIDEO	45	60
INTERIOR	16	21
SIN DATO	14	19
N	75	100

Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

GRAFICO 3: MUESTRA LA DISTRIBUCIÓN SEGÚN RESIDENCIA.



Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

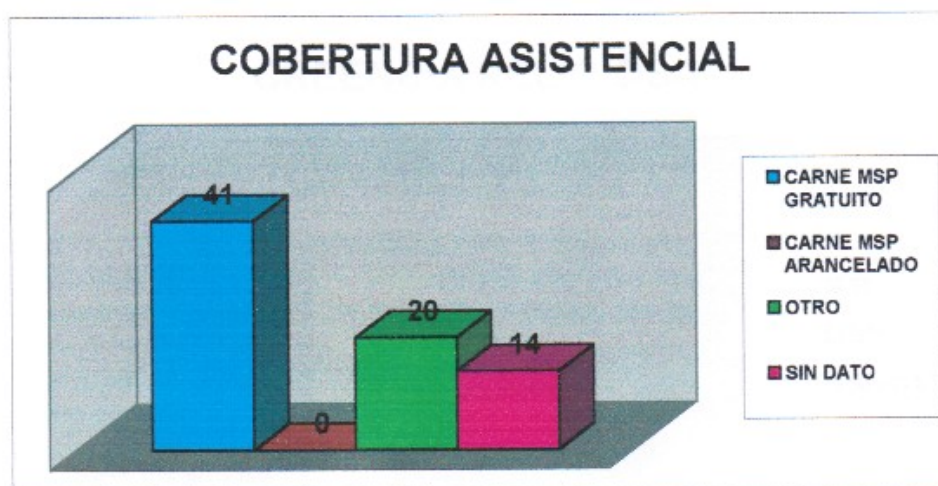
El gráfico muestra una población proveniente, en su mayoría (60%), de la capital del país.

TABLA 4: DISTRIBUCIÓN SEGÚN COBERTURA ASISTENCIAL.

COBERTURA ASISTENCIAL	FA	FR%
CARNE MSP GRATUITO	41	55
CARNE MSP ARANCELADO	0	0
OTRO	20	26
SIN DATO	14	19
N	75	100

Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

GRAFICO 4: DISTRIBUCIÓN SEGÚN COBERTURA ASISTENCIAL



Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

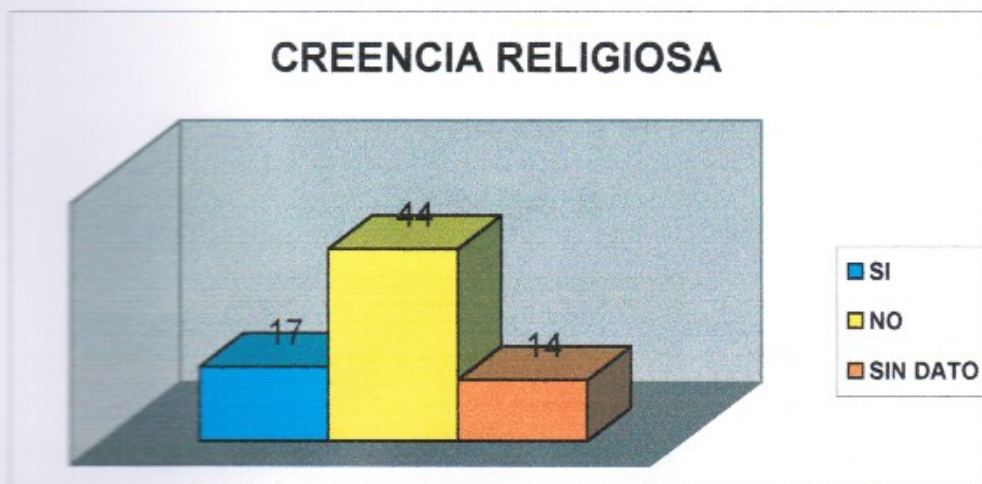
Como se observa en el gráfico la mayoría de las usuarias poseen cobertura asistencial del Ministerio de Salud Pública (MSP), y el 100% de estas, sin arancel.

TABLA 5: DISTRIBUCIÓN SEGÚN CREENCIA RELIGIOSA

CREENCIA RELIGIOSA	FA	FR%
SI	17	23
NO	44	58
SIN DATO	14	19
N	75	100

Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

GRAFICO 5: DISTRIBUCIÓN SEGÚN CREENCIA RELIGIOSA.



Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

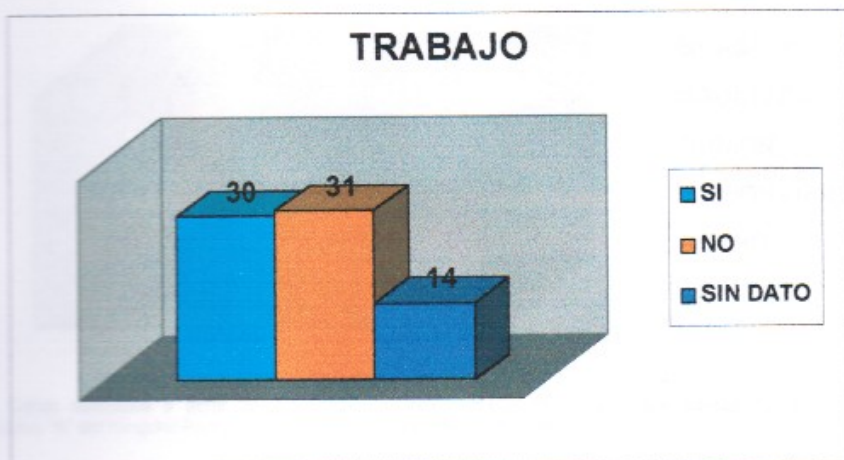
Como se observa en el gráfico, la mayoría de las usuarias (58%), refieren no poseer ninguna creencia religiosa.

TABLA 6: DISTRIBUCIÓN SEGÚN SITUACIÓN LABORAL.

TRABAJO	FA	FR%
SI	30	40
NO	31	41
SIN DATO	14	19
N	75	100

Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

GRAFICO 6: DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA ACTIVIDAD LABORAL.



Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

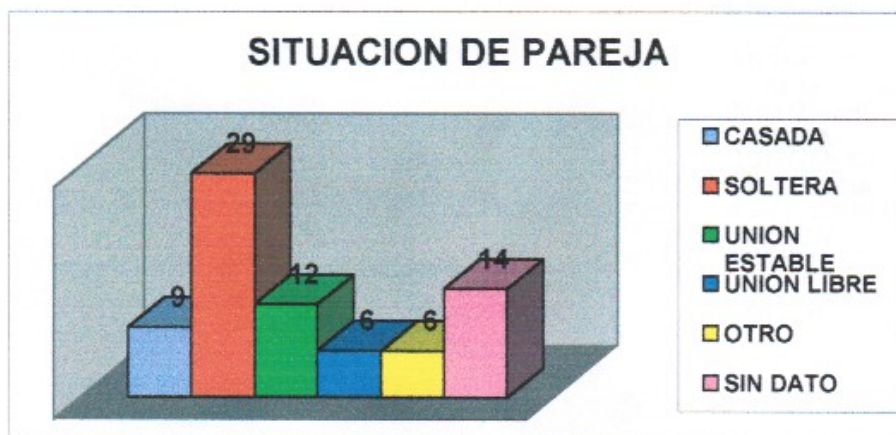
Como muestra el gráfico, el porcentaje de usuarias que trabajan (40%) es similar a las que no trabajan (41%).

TABLA 7: DISTRIBUCIÓN SEGÚN SITUACIÓN DE PAREJA

SITUACION DE PAREJA	FA	FR%
CASADA	9	12
SOLTERA	29	39
UNION ESTABLE	12	16
UNION LIBRE	6	7
OTRO	6	7
SIN DATO	14	19
N	75	100

Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

GRAFICO 7: DISTRIBUCIÓN SEGÚN SITUACIÓN DE PAREJA



Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

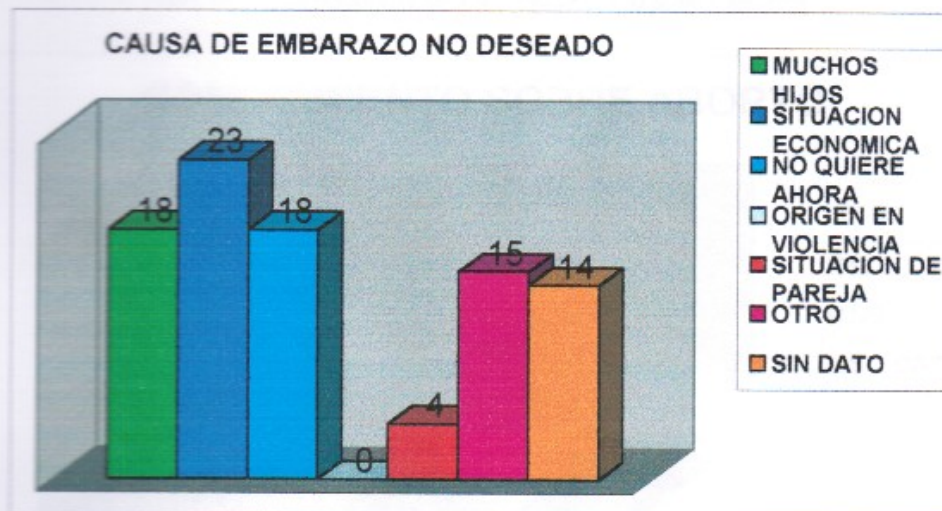
Como muestra el gráfico, el estado civil de las usuarias, es en su mayoría (39%), de solteras.

TABLA 8: DISTRIBUCIÓN SEGÚN CAUSA DE EMBARAZO NO DESEADO

CAUSA DE EMBARAZO NO DESEADO	FA	FR%
MUCHOS HIJOS	18	24
SITUACION ECONOMICA	23	31
NO QUIERE AHORA	18	24
ORIGEN EN VIOLENCIA	0	0
SITUACION DE PAREJA	4	5
OTRO	15	20
SIN DATO	14	19

Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

GRAFICO 8: DISTRIBUCIÓN SEGÚN CAUSA DE EMBARAZO NO DESEADO



Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

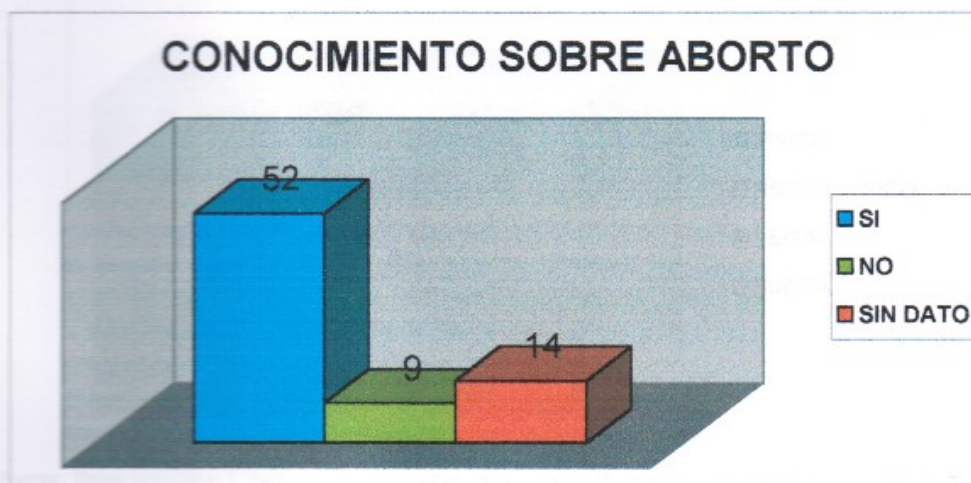
Como muestra el gráfico, lo que mas frecuentemente refieren las usuarias como causa de embarazo no deseado, es su situación económica actual (31%), en tanto que en un porcentaje menor, refieren como causa la de tener muchos hijos y la de no querer ahora, con un 24% cada una.

TABLA 9: DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE ABORTO

CONOCIMIENTO SOBRE ABORTO	FA	FR%
SI	52	69
NO	9	12
SIN DATO	14	19
N	75	100

Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

GRAFICO 9: DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE ABORTO



Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

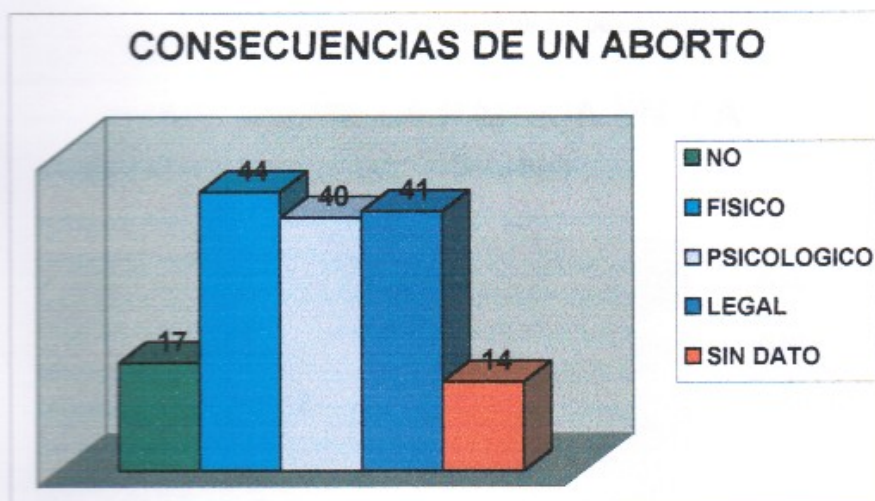
Como evidencia el gráfico la mayor parte de las entrevistadas (52%), refieren saber lo que significa realizar un aborto.

TABLA 10: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL CONOCIMIENTO DE LAS CONSECUENCIAS DE UN ABORTO.

CONSECUENCIAS DE UN ABORTO	FA	FR%
NO	17	23
SI:		
FISICO	44	59
PSICOLOGICO	40	53
LEGAL	41	55
SIN DATO	14	19

Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

GRÁFICA 10: DISTRIBUCION SEGÚN EL CONOCIMIENTO DE LAS CONSECUENCIAS DE UN ABORTO



Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

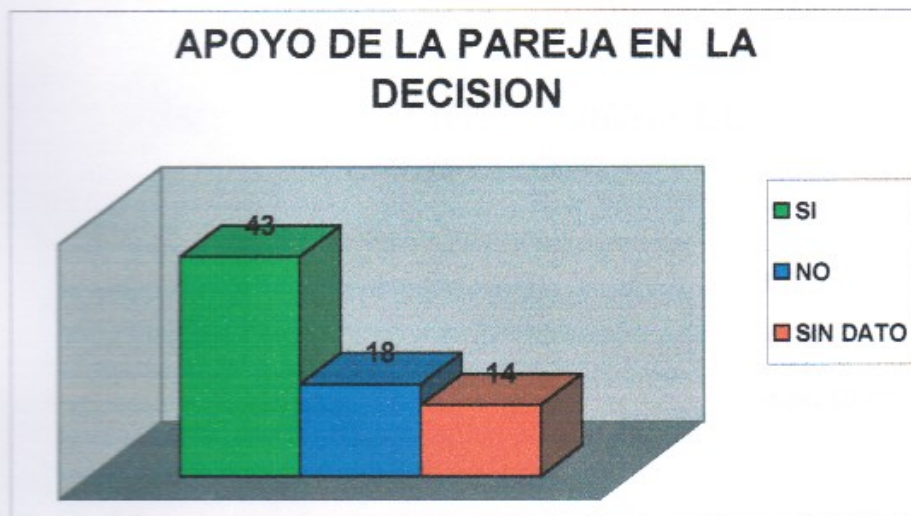
El gráfico muestra un 58% de usuarias que poseen conocimientos sobre las consecuencias de practicarse un aborto, de estas las consecuencias físicas son las predominantes.

TABLA 11: DISTRIBUCIÓN SEGÚN APOYO DE LA PAREJA

APOYO DE LA PAREJA EN LA DECISION	FA	FR%
SI	43	57
NO	18	24
SIN DATO	14	19
N	75	100

Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

GRAFICA 11: DISTRIBUCIÓN SEGÚN APOYO DE LA PAREJA



Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

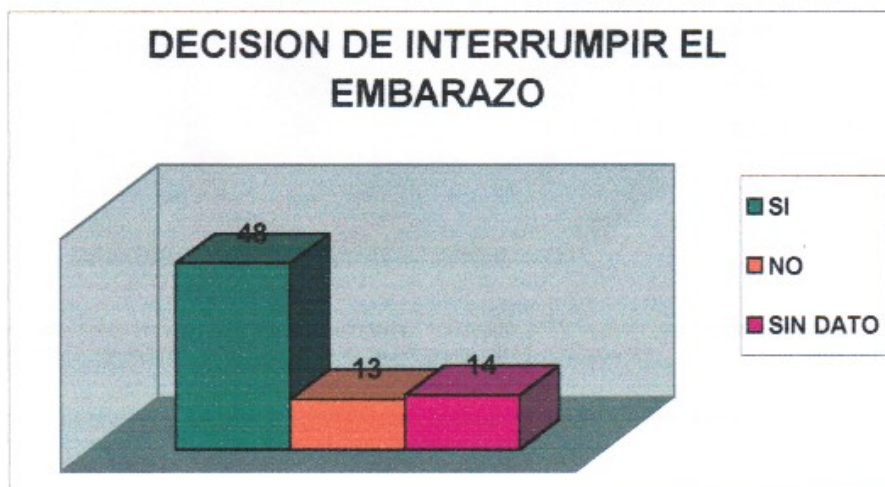
Según el gráfico, se observa que el 57% de las usuarias presenta apoyo de su pareja en la decisión de interrumpir su embarazo.

TABLA 12: DISTRIBUCIÓN SEGÚN DECISIÓN DE INTERRUMPIR EL EMBARAZO

DECISIÓN DE INTERRUMPIR EL EMBARAZO	FA	FR%
SI	48	64
NO	13	17
SIN DATO	14	19
N	75	100

Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

GRAFICA 12: DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA DECISIÓN DE INTERRUMPIR EL EMBARAZO



Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

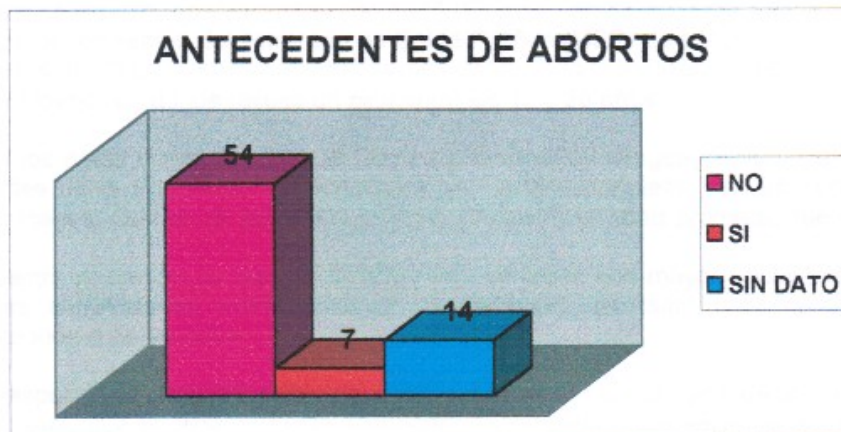
Se observa un 64% de usuarias que han decidido interrumpir su embarazo.

TABLA 13: DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOS ANTECEDENTES DE ABORTOS

ANTECEDENTES DE ABORTOS	FA	FR%
NO	54	72
SI	7	9
SIN DATO	14	19
N	75	100

Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

GRAFICA 13: DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOS ANTECEDENTES DE ABORTOS



Fuente: Datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a 75 mujeres que consultaron en la Policlínica Ginecológica "A" del Hospital Pereira Rossell, en los meses de marzo, abril de 2005.

La grafica muestra que el 72% de las usuarias refiere no haberse realizado abortos anteriormente.

ANÁLISIS

A continuación se presenta el análisis de los datos correspondientes a la etapa de ejecución del proyecto.

La recolección de datos fue realizada mediante la entrevista a las usuarias, consultantes con embarazos no deseados, utilizando como instrumento un formulario (Ver Anexo II), en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en la Policlínica Ginecológica "A" de Asesoramiento, en el consultorio número 10, los días lunes y jueves de 13 a 16 horas.

El total de población que concurre a la policlínica, en el período de estudio, corresponde a 75 mujeres, 14 de las cuales no accedieron a la entrevista.

Del total de la población que accede a la entrevista para el estudio, 61 usuarias, la distribución por rango etéreo, muestra que: entre 15 y 24 años hay un 36%, entre 25 y 34 años hay 28% y de 35 a 44 años un 13% (Ver Gráfico 1).

Resulta importante destacar que en el intervalo de 15 a 44 años, la franja etérea correspondiente a la etapa óptima reproductiva, se concentran el 77% del total de las mujeres encuestadas.

Estos datos obtenidos coinciden con la bibliografía manejada, la cual muestra que las mujeres más jóvenes son las más vulnerables a los embarazos no deseados, tal como muestra un estudio realizado en el año 1986 (Pienovi⁵) en mil mujeres encuestadas en Centros dependientes del Ministerio de Salud Pública (MSP) de todo el país, entre 15 y 83 años de edad, en donde un 30.5% del total admitió la realización de al menos un aborto provocado, donde resultó un pico entre los 15 y 20 años.

Según los datos presentados en el Sindicato Médico del Uruguay en un total de 309 pacientes de la Policlínica Ginecológica "A" de asesoramiento, en un período de nueve meses, durante el año 2003 y 2004, (Vidiella⁶) la edad promedio fue de 26.8 años.

En nuestra población de estudio, la edad que se repite con mayor frecuencia en las mujeres entrevistadas corresponde a 19 años (8), en tanto que, el promedio corresponde a 24,46 años.

Con respecto al nivel de instrucción (Ver Gráfico 2), se obtiene de la población consultante, que el 36% presenta secundaria incompleta, 15% secundaria completa, seguido de un 13% con terciaria incompleta y un 4% con terciaria completa.

Se evidencia una franja de usuarias mayoritaria (68%) con un nivel de instrucción formal que supera la educación primaria.

En cuanto a la residencia (Ver Gráfico 3) se observa que el 60 % de las usuarias habitan en Montevideo, siendo los barrios más frecuentes Centro, La Teja y Maroñas, correspondiendo cada uno a un 8% del total respectivamente.

Del total de la población en estudio se observa que un 19% no presenta datos con respecto al barrio. Mientras que el 21% residen en departamentos del interior del país, predominando los departamentos limítrofes a la capital, como ser Canelones y San José con un 31% cada uno. Cabe destacar la concurrencia de usuarias provenientes de otros departamentos, tales como: Durazno, Colonia, Maldonado, Rivera y Salto.

⁵ Dr. Pienovi Mario, IX Congreso Uruguayo de Ginecología, "Cifras sobre Aborto Provocado en el Uruguay", Montevideo 1986.

⁶ Dr. Vidiella, Gonzalo, "Jornada: Iniciativas Sanitarias para una Maternidad Segura", Sindicato Médico del Uruguay, diciembre de 2004.

El 55% de las usuarias posee cobertura asistencial del Ministerio de Salud Pública de carácter gratuito, mientras que el 26% restante presenta otro tipo de cobertura (Ver Gráfico 4).

En lo que respecta a la creencia religiosa, el 58% manifiesta no poseer ninguna (Ver Gráfico 5); de los creyentes 82% son católicos y 6% son evangelistas.

Cabe destacar que de las 61 usuarias entrevistadas el 40% trabaja, de estas el 73% lo hace de manera dependiente y un 27% en forma independiente (Ver Gráfico 6).

En lo referente a la situación de pareja (Ver Gráfico 7), se desprende que el 39% de las usuarias son solteras, 16% presentan unión estable y 12% son casadas.

Entre los diferentes motivos que impulsaron a las usuarias a desear no continuar el embarazo (Ver Gráfico 8), se obtiene que el 31% de las mismas, refiere que es debido a su situación económica actual, el 24% por tener muchos hijos y el mismo porcentaje manifiesta no querer ahora; mientras que un 20% expresa otros motivos.

Los dos motivos mencionados inicialmente, concuerdan con los datos manejados en la bibliografía utilizada, donde se observa la influencia del número de hijos previos y la situación económica actual en el momento de decidir. En nuestro país a partir de la situación socioeconómica y política; de los últimos decenios, intensificada luego de la crisis del año 2002; las mujeres han tenido que replantear su maternidad.

Se obtiene que el 69% de las usuarias refieren conocimientos sobre lo que significa la interrupción voluntaria de un embarazo (Ver Gráfico 9).

Haciendo referencia al conocimiento de los riesgos y consecuencias (Ver Gráfico 10), el 23% los desconoce, en tanto que un 59% los presenta; de éstas el 100% conoce los riesgos físicos, el 91% conoce los riesgos psicológicos y el 93% conoce los riesgos legales.

Se observa que las usuarias que refieren tener conocimientos sobre las consecuencias de interrumpir un embarazo, aún así, acuden a la policlínica para asesorarse.

En cuanto al apoyo paterno frente a la decisión (Ver Gráfico 11), se desprende que un 57% recibe apoyo, de estas el 13% recibe apoyo emocional, y el 87% cuenta con apoyo de tipo emocional y económico.

Es relevante que un 24% de las mujeres no reciben ningún tipo de apoyo por parte del progenitor de su embarazo. Esto coincide con la posición social que aún persiste asignada a la mujer; (a pesar de que a partir de los años 70 se ve un incremento progresivo en su ingreso al mercado laboral); que es: la de tener hijos, la función reproductora.

Por ende el lugar y función que se le asigna a la mujer socialmente: es el de soporte fundamental de la estructura familiar; de ella se espera que sea madre.

El discurso social de la maternidad y la función de la mujer en la sociedad, influyen no solo en el embarazo, sino también en la elección o no del mismo, así como la aceptación o rechazo de éste, y posteriormente los vínculos que se establecen con el niño.

La posición que el hombre ocupa en la sociedad se complementa con la de la mujer, se encuentra "cargado" con el estereotipo de la virilidad.

En lo que respecta a la continuidad del embarazo (Ver Gráfico 12), el 68% ya había adoptado una decisión, en tanto un 13% aun no. Un 19% no da respuesta a esta pregunta.

Dentro del 68%, que había adoptado una decisión, sólo una usuaria (2%) decide continuar su embarazo, mientras que el resto (98%) decide interrumpirlo.

Como antecedente ginecobstétrico (Ver Gráfico 13), se obtiene que el 9% ha interrumpido al menos un embarazo en forma intencional, refiriendo haberlo realizado en clínicas privadas, y el 72% restante manifiesta no haber interrumpido ninguna gestación previa.

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

CONCLUSIÓN

El perfil socio epidemiológico encontrado en las usuarias corresponde a una población mayoritariamente de adolescentes y jóvenes, solteras, provenientes de la capital del país; con un nivel de instrucción que supera a la educación primaria; con una franja importante de usuarias cursando actualmente estudios secundarios o superiores.

Se observa la concurrencia de usuarias con diferentes coberturas asistenciales (tanto públicos como privados), en busca de asesoramiento, provenientes de una amplia gama de departamentos del interior del país.

En relación a la situación laboral, si bien, gran parte de las mismas, perciben algún ingreso económico; este no resulta suficiente para sustentar a su hijo. Además, muchas de ellas ya poseen hijos previos, siendo este uno de los motivos por los cuales deciden interrumpir su embarazo.

Considerando la postura formal de la Iglesia Católica llama la atención el hecho de que, las usuarias creyentes, casi en su totalidad manifiestan ser católicas. Entonces ¿por qué razón estas usuarias acuden a la Policlínica de Asesoramiento?

Siendo la sexualidad actualmente un tema que aún ofrece resistencia en su abordaje por la sociedad en su conjunto, la carencia y/o deficiencia de educación sexual a nivel familiar e institucional; ¿se encontrará estrechamente relacionado con los embarazos no deseados, y por ende a la problemática del aborto?

El conocimiento que refieren poseer las usuarias sobre el aborto y sus implicancias, dada la cantidad de embarazos no deseados, nos lleva a cuestionarnos si existe una falla y/o inadecuada utilización de métodos anticonceptivos, lo cual sugiere falta de responsabilidad por parte de los involucrados.

Si bien el hombre es partícipe de la concepción y tan responsable como la mujer, es significativo el porcentaje de mujeres sin apoyo. Es cierto que el procrear es un acto de dos personas con igual responsabilidad de sus consecuencias; por esto cabe preguntarse ¿por qué son las mujeres las que adoptan las medidas anticonceptivas?

En un país como Uruguay, en democracia, con un estado laico, que se consideró revolucionario en algunos momentos de la historia en cuanto a la educación universitaria y el voto de la mujer, entre otros, hoy por hoy, continúa no existiendo una equidad e igualdad de género.

La interrupción voluntaria de un embarazo, aún en la actualidad, sigue siendo un tema no resuelto que ocasiona fallecimiento e incapacidad a muchas mujeres a lo largo de todo el territorio Nacional, con muchas aristas que lindan desde lo legal, ético, religioso, moral y sociopolítico, con diferentes posturas encontradas, sin la adopción de medidas tendientes a dar solución al problema.

Incluso en las situaciones donde el aborto estaría eximido de pena, queda a criterio del juez actuante, la penalización del mismo. No existe correspondencia entre las normas y su aplicación, dado que hay una tendencia a tomar decisiones e interpretar la ley a través de filtros morales y religiosos, arraigados en la sociedad, manteniendo la discriminación e inequidad de las mujeres.

A partir del interés y la preocupación por parte de los profesionales de salud, acerca de la problemática del aborto, se logró la elaboración y aprobación por parte del Ministerio de Salud Pública (Agosto, 2004) de las "Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto provocado en Condiciones de Riesgo". Éstas tienen aplicación a nivel Nacional,

pero con poca difusión, aunque su aplicación y adhesión por parte de los profesionales de la salud, se hace más relevante en la Policlínica Ginecológica "A" de Asesoramiento del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Ésta cuenta con un equipo multidisciplinario, donde Enfermería Profesional, encuentra un nuevo espacio donde desempeñar su función, trabajando en el Primer Nivel de Atención, realizando: promoción, prevención y rehabilitación de estas mujeres, contribuyendo con la disminución de la incidencia de este problema.

Como Enfermería Profesional, resulta importante la difusión de las Iniciativas Sanitarias, ya que promoviendo el acceso a la información, en forma clara y precisa, a los diferentes estratos de nuestra sociedad, con énfasis en los sectores más vulnerables, conllevaría a la disminución de la morbilidad materna asociada a los embarazos no deseados.

OBSTÁCULOS EN LA INVESTIGACIÓN

- El grupo destaca la dificultad que existió en la etapa de recolección de datos, ya que esta modificó los tiempos preestablecidos de la investigación, provocando un enlentecimiento de la misma a partir de la etapa de ejecución del proyecto.

SUGERENCIAS

- **Se espera lograr, a partir de dicha investigación, una mejor accesibilidad y relacionamiento de los estudiantes de enfermería, con el Equipo Médico, favoreciendo así futuras investigaciones.**
- **Capacitar al personal de salud en la problemática del aborto, con la finalidad de lograr una adecuada inserción en el Primer Nivel de Atención, trabajando en la elaboración e implementación de programas que aborden medidas de protección maternas frente al aborto provocado en condiciones de riesgo.**
- **Difundir a todas las mujeres, la existencia de la Policlínica de Asesoramiento a lo largo del territorio Nacional.**
- **Incentivar a Enfermería Profesional en la realización de futuras investigaciones tomando como punto de partida dicho trabajo.**

BIBLIOGRAFÍA

- Aliaga Buch, S. ,Machicao Barbery, X. El Aborto: Una cuestión no solo de mujeres. Conferencia de Beijing, Párrafo 97. Editorial Huellas. Año 1995.
- Borges, F. ,De Pena M. Mercant, M. Medicina legal: Aborto. 2ª Edición. Oficina del Libro. AEM, 1995:317-32.
- Briozzo, L. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo-2001.
- Católicas por el derecho a decidir. Estrategias en salud y derechos reproductivos. La legalización del aborto en América Latina. Montevideo, Uruguay. CDD. Año 1993.
- Hurst, J. La historia de las ideas sobre el aborto en la iglesia católica. Lo que no fue contado. Católicas por el derecho a decidir CDD 3ª Edición. Montevideo, Uruguay. Año 1993.
- Lanziano, W. El Aborto y el derecho a la vida. Ediciones Tradinco. Montevideo, Uruguay. Año 2003.
- Maguire, R, Maguire, D. Aborto. Una guía para tomar decisiones éticas. Católicas por el derecho a decidir. CDD. 3ª Edición. Junio 1994.
- MEC. Informe Nacional sobre la mujer. Instituto Nacional de la Familia y la Mujer. Ministerio de Educación y Cultura. Uruguay. Año 1986.
- MSP. Normativa de Atención Sanitaria y Guías de Práctica Clínica de la Ordenanza 369/04 del MSP: "Asesoramiento para una maternidad segura, Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo". Ministerio de Salud Pública. Uruguay. Agosto 2004.
- Ordoqui, Castilla, G.; "Derecho médico" Primer Tomo, Ediciones del Foro, Montevideo Uruguay, Año 2001.
- Pérez, Aguirre, L.; La Condición Femenina. Editorial Trilce. Uruguay. 1995.
- Pineda E., Alvarado E., Canales F. Metodología de la Investigación, 2ª edición, OPS, USA, 1994.
- Rodríguez Villamil. Artículo: Situación y problemática de la mujer uruguaya actual. Serie Lila N° 18 GREMCU. UNAM. Ediciones SAREC. Suecia. 1991.
- Abranciskas, L., Lopez Gomez, A., Aborto en el Uruguay, mayo 2004. www.chasque.net/frontpage/aborto/default.htm
- BBC Mundo.Com, Uruguay rechaza el aborto, 6 de mayo, 2004. www.chasque.net/frontpage/aborto/default.htm
- Abranciskas, L., Lopez Gomez, A., Mortalidad Materna, Aborto y salud en Uruguay. Un escenario cambiante, abril 2004. www.dossier.com.uy

- Rodríguez Almada, H., Berro Rovira, G. , Iniciativas medicas contra el aborto provocado en condiciones de riesgo: fundamentos medico legales.
www.mednet.org.uy/dml
- Rotondo M., Iniciativas Medicas contra el aborto provocado en condiciones de riesgo, mayo 2004.
www.smu.org.uy/gremiales/documentos/analisisbioeticoaborto.htm
- Tutor Medica.com, El aborto legal, abril 2004.
www.tutormedica.com/aborto/es/aborto_legal.htm

ANEXOS

ANEXO I
PROTÓCOLO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA.
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTEL
PROF. LIC. MERCEDES PÉREZ

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el perfil socio epidemiológico de las usuarias que consultan por embarazo no deseado en la Policlínica Ginecotológica "A" perteneciente al Centro Hospitalario Pereyra Rossell en el período comprendido entre marzo - abril de 2005?

Montevideo, 1 de diciembre de 2004

INTRODUCCIÓN

El tema abordado en este trabajo trata acerca de la caracterización del perfil socio epidemiológico de las usuarias con embarazos no deseados que consultan en la Policlínica Ginecológica "A" de Asesoramiento del Centro Hospitalario Pereira Rossell (Hospital Público, ubicado en la capital del país, centro de referencia Materno Infantil a nivel Nacional, que brinda asistencia en los tres Niveles de Atención).

Esta investigación se llevará a cabo por seis estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, cursando el cuarto ciclo, del Plan 93 de la Facultad de Enfermería, perteneciente a la Universidad de la República.

La misma será orientada por el Departamento Materno Infantil, tutorada por la Profesora Lic. En Enfermería Mercedes Pérez.

Dicha investigación se realizará atendiendo una exigencia curricular en base a un interés grupal, en el área de Salud Reproductiva.

Se desarrollará en un período de tiempo de sesenta días, en los meses marzo- abril de 2005. Este período fue seleccionado debido a la disponibilidad de las estudiantes y la accesibilidad al servicio.

El período previsto anteriormente correspondía a los meses enero-febrero (meses en los cuales se produce el mayor número de consultas en la Policlínica de Asesoramiento); el mismo fue pospuesto debido a la falta de autorización para ingresar al Centro Hospitalario Pereira Rossell con el objetivo de realizar la recolección de datos.

En Uruguay, las cifras nos dicen que tenemos el récord mundial de mujeres fallecidas por abortos practicados en situaciones de clandestinidad. La principal causa de mortalidad de las mujeres en el año 2001 en Uruguay, en relación a la maternidad, está relacionada con el aborto practicado en condiciones de riesgo, en un ambiente inadecuado por personas sin capacitación técnica, donde la resolución de la mujer nos está indicando que ha adoptado una actitud sumamente dramática, porque sabe que corre muchísimo más riesgo que si tuviera capacidad de pago para contratar otro servicio.

En nuestro país, así como en la mayoría de los países donde el aborto es ilegal, muchos integrantes del equipo de salud, incluyendo médicos, parteras y enfermeras, carecen de información fundamental sobre la legislación del aborto y no saben como transmitirla. Así, muchas mujeres que estarían en condiciones de obtener abortos seguros, son rechazadas por falta de conocimiento de los proveedores acerca de las implicancias exactas de la ley, o debido a las consideraciones personales, sea éticas, religiosas, entre otras de cada uno. En tanto, frecuentemente la atención médica después de un aborto es demorada o inaccesible por desinformación, falta de protocolos para la atención posterior al aborto, diagnóstico erróneo o actitudes punitivas de los proveedores de salud.

Las consecuencias de la morbimortalidad en mujeres en edad reproductiva por causa de interrupciones de embarazo no deseado en condiciones insalubres, por ausencia de medios económicos, por falta de información, entre otras, constituyen un problema relevante para Salud Pública.

El conocer las características de las mujeres consultantes en la Policlínica Ginecológica "A" de Asesoramiento del Centro Hospitalario Pereira Rossell, como Licenciadas en Enfermería, nos permitirá implementar estrategias de trabajo en prevención primaria en salud (educación, prevención, detección precoz), ya que la población debidamente informada puede disminuir actitudes que llevan a conductas de riesgo. Cabe resaltar, que el Hospital es un Centro de Referencia Nacional, por lo que toda la población del país tiene acceso a su servicio, en forma gratuita o arancelada. Esto determina que la población de mujeres consultantes pueda ser diversa desde el punto de vista socioeconómico, y cultural, aunque las cifras de mujeres consultantes correspondientes a los sectores más sumergidos de nuestra sociedad sean

mayoritarias. El caracterizar a las mujeres consultantes nos va a permitir vislumbrar parte de la temática en cuestión, probablemente desde el sector socioeconómico al que mayoritariamente pertenecen.

Es una investigación en base a un estudio de tipo descriptivo, cualicuantitativo que se centra en conocer las características socio epidemiológicas de la población objeto de estudio en el período comprendido entre marzo – abril de 2005, mediante la aplicación de un formulario elaborado para recabar datos, que nos aporten información de las variables en estudio, en una población que nos permita obtener datos representativos de las mujeres consultantes.

FUNDAMENTACIÓN

"El aborto provocado en situaciones de riesgo es la principal causa de muerte materna en Uruguay."

Nuestro país se ubica, según los datos disponibles, en el primer lugar en el mundo en Mortalidad Materna por aborto provocado.⁷

Esto constituye por encima de cualquier otra consideración, una injusticia social y sanitaria por la inequidad que representa que sean las mujeres más desposeídas las que no pudiendo acceder a métodos más "seguros" de interrupción de embarazo, arriesgan su vida y muchas veces sean mutiladas y fallezcan en condiciones deplorables⁸

En Uruguay, el aborto es un delito penado por la ley; penado tanto para el que se realiza un aborto, como para el que lo practica⁹.

Sin embargo son 33.000 los casos estimados de aborto que se realizan anualmente a lo largo del territorio Nacional (según cifras del año 2002)¹⁰. Mientras que el promedio mundial de Mortalidad Materna es de un 13%; Uruguay posee el mayor porcentaje de América Latina, un 28%, dentro del cual se obtuvo que el 47% de los casos se dan en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR)¹¹.

Desde el punto de vista epidemiológico Uruguay presenta el record mundial de mujeres fallecidas por abortos provocados en situaciones de clandestinidad.

La principal causa de mortalidad en mujeres en relación a la maternidad esta vinculada con el aborto practicado en malas condiciones, en un ambiente inadecuado por personas sin capacitación técnica, donde la mujer adopta una resolución dramática porque sabe que corre mayores riesgos, que si tuviera capacidad de pago para contar con otro servicio¹².

Los datos provenientes del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Hospital de alta complejidad a nivel Nacional, de Asistencia Materno Infantil, ubicado en Montevideo, capital del país, que concentra aproximadamente dos tercios de la población total, conducen a afirmar que la situación se ha agravado dramáticamente en el año 2001. En la maternidad de dicho Centro se produjeron 7 muertes maternas en este año; siendo 5 de las mismas por complicaciones debidas a abortos provocados en condiciones de riesgo.

Esto hace que el primer año del siglo XXI; el 80% de las muertes maternas en el CHPR, hayan sido causadas por abortos en condiciones de riesgo y por la cuantía de esta cifra su repercusión en la mortalidad a nivel nacional es trascendente¹³.

Dada la magnitud que representa dicho problema para la sociedad en su conjunto, desde el punto de vista sociopolítico, económico, psicológico, familiar y sociocultural, consideramos de suma relevancia caracterizar a las mujeres consultantes con el objetivo de interrumpir su embarazo, para identificar sus necesidades, intereses y problemas que pueden llegar a ser abordados por las Enfermeras profesionales en su intervención en salud y posteriormente por otros profesionales.

Desde el punto de vista de la Enfermería, según el código ético de la profesión (San

⁷ Dr. Leonel Briozzo, cita de "Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo", Pág. 9, Sindicato médico del Uruguay, Montevideo 2002.

⁸ Diputada Mónica Xavier, Partido Socialista, asamblea parlamentaria, abril de 2004.

⁹ Artículo primero de la Ley Nº 9.763, promulgada el 28 de enero de 1938, Código Penal del Uruguay.

¹⁰ Diputada Mónica Xavier, Partido Socialista, asamblea parlamentaria, abril de 2004.

¹¹ Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Pág. 88- 91, Sindicato médico del Uruguay, Montevideo 2002.

¹² Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Pág. 88- 91, Sindicato médico del Uruguay, Montevideo 2002.

¹³ Dr. Rodríguez, H; Prof. Dr. Berro Rovira, G Dpto. de Medicina Legal de la Facultad de Medicina. Universidad de la República "Iniciativas sanitarias contra el aborto en condiciones de riesgo: Fundamentos Médico Legales", Pág. 109, Sindicato Médico del Uruguay, año 2002.

Pablo, 1953), "las Enfermeras profesionales cuidadoras de los enfermos asumen la responsabilidad para crear un ambiente espiritual, físico y social que conducirá al restablecimiento y la fuerza, a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud, para enseñanza y ejemplo. Suministrando un servicio sanitario al individuo, a la familia y a la comunidad, y coordinar sus servicios con miembros de otras profesiones sanitarias".

"... La necesidad del servicio de Enfermería es universal. El servicio de Enfermería profesional no está influenciado por consideraciones de nacionalidad, raza, creencias, color o estado político"; más allá de que muchos de los profesionales se encuentran condicionados por la filosofía personal y los pareceres particulares.

"Inherente al código es el concepto fundamental de que la Enfermera tiene de la libertad esencial del ser humano y de la preservación de la vida humana."

Se considerará además, el punto de vista de la Iglesia Católica como representante aproximadamente de un millón de Uruguayos bautizados, teniendo esto influencia desde el punto de vista de la sociedad en su conjunto, y una fracción minoritaria de creyentes representada por la Iglesia Evangélica Valdense con una postura contrastante a la de la Iglesia Católica.

PROBLEMA

Cuál es el perfil socio epidemiológico de las usuarias que consultan, con la intención de interrumpir su embarazo, en la Policlínica Ginecológica "A" perteneciente al Centro Hospitalario Pereyra Rossell, en el período comprendido entre marzo – abril de 2005

OBJETIVOS

- **Caracterizar socio epidemiológicamente a las usuarias que consultan, con la intención de interrumpir su embarazo, en la Policlínica Ginecológica "A" de Asesoramiento perteneciente al Centro Hospitalario Pereyra Rossell, en el período comprendido entre marzo- abril de 2005.**
- **Conocer los factores de riesgo que intervienen en el desenlace del embarazo de las usuarias que consultan con la intención de interrumpirlo.**

MARCO TEÓRICO

Definiciones de términos utilizados:

Feto: Se entiende como el producto de la concepción que no ha llegado a nacer, pero que tiene las formas de la especie.

Aborto: Es la terminación de un embarazo antes de que el feto este capacitado para la vida extrauterina (definición médica)

Aborto espontáneo: Se define como la pérdida del embarazo, clínicamente reconocible antes de las 20 semanas de gestación, con expulsión total o parcial del contenido del útero.

Aborto provocado o Inducido: Es la interferencia deliberada en un embarazo, con la intención de terminarlo, por parte de la propia embarazada o de otra persona.

Aborto séptico: El aborto que se infecta. Se considera que la mayoría de los abortos sépticos son provocados, pero se puede presentar infección después de un aborto espontáneo.

Aborto incompleto: La presencia de restos, del producto de la concepción, retenidos en el útero después de un aborto espontáneo o provocado. El aborto incompleto es el diagnóstico más común cuando las mujeres se hospitalizan a causa de complicaciones por abortos¹⁴.

Abortivo: Medicamento u otra sustancia utilizados para que aborten las mujeres embarazadas.

Aborto en condiciones de riesgo: Aquel procedimiento para terminar un embarazo no deseado practicado por personas que carecen de calificaciones necesarias o que es practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médica o ambas (Organización Mundial de la Salud¹⁵).

Género: Creación sociocultural de las ideas sobre lo masculino y lo femenino, atributos, roles y características de identidad esperables en determinado momento histórico. Es una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado (Grela¹⁶).

Igualdad de género: significa que tanto hombres como mujeres tienen iguales condiciones para realizar plenamente sus derechos humanos y su potencial de contribuir y beneficiarse del desarrollo social, político, económico y cultural¹⁷.

Equidad de género: es el proceso de justa distribución de recursos entre hombres y mujeres, por el cual se asigna más a quienes necesitan más, por lo que para compensar las desventajas históricas y sociales que impiden que hombres y mujeres operen en campo de igualdad, es necesario asegurar la justicia de esta distribución (OPS¹⁸).

Salud Reproductiva: La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuando y con que frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin

¹⁴ Population Reports, F-5

¹⁵ Definición de OMS www.dossier.com.uy

¹⁶ Dra. Grela, Cristina "Derecho a la Vida/Aborto", En Seminario Permanente de Educación en Derechos Humanos, Facultad de Derecho, Universidad de la República, 2002.

¹⁷ www.generoforma.org

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud, "Igualdad de Género en Salud en las Américas", Sección 2, 525 23rd Street, NW, Washington DC, 20037, USA.

riesgos. La atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva" (OMS¹⁹).

LISTADO DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS ²⁰

DERECHOS SEXUALES

- Ejercicio autónomo de la sexualidad, gozada con o sin finalidad coital, de acuerdo con las propias preferencias y con protección legal para no sufrir discriminación de ningún tipo.
- Tener una sexualidad placentera y recreacional independiente de la reproducción.
- Contar con información y conocimiento adecuado y suficiente acerca de la sexualidad y la reproducción.
- Derecho al amor, la sensualidad y el erotismo. A buscar afecto y relaciones sexuales.
- Acceder a una educación sexual oportuna, integral, laica, gradual, científica y con enfoque de género.
- Derecho a no tener actividad sexual.
- Estar libres de temor, vergüenza, culpas, creencias impuestas, u otras formas que inhiban la sexualidad de la persona o menoscaben sus relaciones sexuales.
- Elegir con quien relacionarse sexualmente y poder ejercer la sexualidad sin coerción ni violencia.
- Contar desde niños / as con la nutrición necesaria para el adecuado crecimiento y desarrollo integral del cuerpo y su futuro potencial sexual y reproductivo.
- Derecho a que las políticas públicas de educación promuevan desde la infancia la valoración de la sexualidad como un aspecto importante de la vida, que debe vivirse en forma placentera sin temores ni culpas.
- Derecho a acceder a servicios de salud sexual de calidad y con enfoque de género, que incluyan la prevención y tratamiento de Infecciones y Enfermedades de Transmisión Sexual en especial el VIH – SIDA.

DERECHOS REPRODUCTIVOS

- Contar con información y conocimientos adecuados y suficientes acerca de la sexualidad y la reproducción
- Contar desde niñas/ os con la nutrición necesaria para el adecuado crecimiento y desarrollo integral del cuerpo y su futuro potencial reproductivo.
- Derecho a la maternidad / paternidad voluntaria, decidida y vivida por propia elección y no por obligación.
- Recibir plena información acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de todos los métodos anticonceptivos y la prevención de embarazos no planeados.

¹⁹ (Organización Mundial de la Salud, tomado por el Capítulo 7 de la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional de Población y desarrollo-CEPD- El Cairo, 1994).

²⁰ (Tomado de: "Carta de derechos sexuales y reproductivos" (IPPF), "Derechos sexuales y derechos reproductivos: los más humanos de todos los derechos" (Mari Ladi Londoño); Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos (Chile) y Mujer y Salud en Uruguay (MYSU).)

- Tener acceso y poder usar anticonceptivos gratuitos o de bajo costo con información actualizada, seguimiento y con la garantía de que quienes los prescriben respondan por sus efectos.
- Derecho a optar por contraer matrimonio o no y a formar y planear una familia.
- Derecho a tener hijos o no tenerlos.
- Derecho a decidir cuándo tenerlos.
- Derechos a servicios de salud gratuitos de calidad que faciliten el cuidado integral de la gestación, el parto, el post-parto y la crianza, acompañados por legislaciones apropiadas. Derechos de hombres y mujeres a participar con iguales responsabilidades en la crianza de niños / as, asumiendo una educación que construya identidades propias más allá de los roles de género establecidos.
- Contar con efectiva protección legal y jurídica frente a la violencia sexual.
- Derecho a la adopción y a tratamientos para la infertilidad de tipo integral, asequibles y razonables.
- Derecho a la prevención y tratamiento de enfermedades del aparato reproductivo
- Derecho a información objetiva y actualizada sobre metodologías anticonceptivas, métodos de esterilización masculina y femenina, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos que intervengan en la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres, que permita la toma de decisiones informadas.

RESEÑA HISTÓRICA

En la antigüedad la práctica de abortos era un método generalizado para el control de la natalidad. Posteriormente fue restringido o prohibido por la mayoría de las religiones, pero no se consideró una acción ilegal hasta el siglo XIX; donde fue prohibido como forma de protección a las mujeres de intervenciones quirúrgicas que, en aquella época no estaban exentas de riesgo; la única situación en la que estaba permitido, era cuando peligraba la vida o la salud de la madre.

El código Hammurabi, castigaba a las hitias que realizaban el aborto con penas económicas hasta la muerte en algunos casos, a pesar de sus costumbres tan depravadas; los Egipcios no tienen suficientes documentos sobre el tema, pero sí hay testimonios acerca de la naturaleza del embrión humano.

La literatura Veda proveniente de la India condena el aborto, hay textos que lo consideran como un homicidio.

Atenas y Esparta consideraban a los hijos como propiedad del Estado, al grado de aplicar una política eugenésica (aplicación de las leyes biológicas al perfeccionamiento de la especie humana), la cual autorizaba incluso el infanticidio. Para ellos era más prudente proteger el embarazo y eliminar a las criaturas que eran consideradas indeseables.

Hipócrates condena a los anticonceptivos y en consecuencia el aborto. Platón proponía para una sociedad utópica el mantenimiento de medidas eugenésicas, incluyendo el aborto cuando se trata de incesto. Después de sus derrotas políticas en Atenas, Esparta y Sicilia, revisa sus fantasías y dedica varios estudios a la consolidación de la familia y de la fidelidad conyugal, considerando aún a los hijos como propiedad del estado.

Aristóteles no logra superar la estatolatría de Platón, lo relevante es que excusa al aborto, antes de que el feto diere señales de vida, lo que es de suma importancia por

suponer el máximo respeto por la vida misma.

En el derecho Romano, se considera que los hijos son propiedad de la familia y en especial del padre, por lo que a las mujeres que abortaban se les penaba con el exilio o la muerte, y al considerarlo como propiedad de la familia degenera hasta la corrupción y el exceso. Hasta que llega la etapa del cristianismo y se establecen de manera clara los derechos jurídicos del ser humano en el seno materno, el primero en considerar al feto como un sujeto potencial de derechos es Justiniano.

Esta etapa desmitifica al Estado a tal grado que considera a la sociedad, como una entidad racional al servicio de las personas, siendo la única capaz de experimentar dolor, bienestar y a la que han de ponerse a su servicio todos los valores.

IGLESIA Y ABORTO

La Iglesia ha condenado desde el primer momento al aborto, y sin importar la edad gestacional del producto, ya que opta por la teoría de San Basilio que en síntesis es la de la animación inmediata.

Hoy en día, la ciencia ha comprobado que la animación del feto o embrión humano es de manera inmediata y que el código genético es cabal desde el instante mismo de la fecundación, en esto se fundamenta, hoy en día para continuar con esta postura.

En la Iglesia, si bien, la postura oficial, es de condena, existen algunas excepciones y diversas penalidades a los diferentes tipos de abortos, como el que se realiza cuando peligró la vida de la mujer, aquí algunos miembros de la iglesia lo aceptan, aunque nunca ha sido el criterio oficial de la iglesia.

Como bien sabemos, en la Iglesia Católica "ciertos pecados particularmente graves están sancionados con excomunión, la pena eclesiástica más severa...y cuya absolución, por consiguiente sólo puede ser concedida, según el derecho de la Iglesia, por el Papa, por el Obispo del lugar, o por sacerdotes autorizados por ellos (ver CIC can. 1354-1357)". El Código de Derecho Canónico en el can. 1398 sanciona el aborto provocado y la pena impuesta es la excomunión latae sententiae. Sólo algunos sacerdotes tienen la facultad de absolver y de levantar esta pena. La Iglesia castiga el aborto directamente provocado con pena canónica de excomunión no sólo a la madre y al médico, sino a toda persona que sin su ayuda no se hubiera realizado este delito contra la vida humana. El canon 1398 del CIC dice: "Quien procura un aborto, si éste se produce, incurre en excomunión latae sententiae" (excomulgación automática), se excluye al sujeto de la comunión de los fieles y, en consecuencia, se le prohíbe cualquier participación ministerial en la celebración de la Eucaristía o en cualesquiera otras celebraciones de culto, celebrar los sacramentos o sacramentales y recibir los sacramentos; así como desempeñar oficios, ministerios y cargos eclesiásticos o realizar actos de régimen. Si se dan las condiciones que configuran el delito de aborto, en este caso quedan excomulgados, además de la mujer que aborta voluntariamente, todos los que han prestado colaboración indispensable para que se cometa el aborto: quienes lo practican, quienes ayudan de modo que sin esa asistencia no se hubiera producido el aborto, quien aconseja y anima decisivamente a practicarlo y éste efectivamente se produce, etc. (por ejemplo: el médico anestesista, la enfermera, el que facilita el dinero, etc.).

Si la vida de la madre corre peligro, se debe hacer todo lo posible para salvarla. Igualmente, la vida de la criatura debe tratar de salvarse a toda costa. No es lícito matar directamente a uno para salvar al otro. Si, procurando salvar ambas vidas, accidentalmente, sin quererlo, se produce la muerte de una o de ambas, no hay delito; pero siempre se ha de procurar salvar las dos vidas, que valen igualmente ante Dios.

La Iglesia ha entendido siempre que el aborto provocado es uno de los peores crímenes desde el punto de vista moral. El Concilio Vaticano II dice a este respecto: "Dios, Señor de la vida, ha confiado a los hombres la insigne misión de proteger la vida, que se ha de llevar a cabo de un modo digno del hombre. Por ello, la vida ya concebida ha de ser salvaguardada con extremados cuidados; el aborto y el infanticidio son crímenes abominables".

Así también lo señala claramente el Catecismo de la Iglesia Católica:

"La vida humana debe ser respetada y protegida de manera absoluta desde el momento de la concepción. Desde el primer momento de su existencia, el ser humano debe ver reconocidos sus derechos de persona, entre los cuales está el derecho inviolable de todo ser inocente a la vida (Ver Congregación para la Doctrina de la Fe, Instrucción "Donum vitae" 1, 1).

"Antes de haberte formado yo en el seno materno, te conocía, y antes que nacieses te tenía consagrado (Jr 1, 5; Cf. Jb 10, 8-12; Sal 22, 10-11). Y mis huesos no se te ocultaban, cuando era yo hecho en lo secreto, tejido en las honduras de la tierra (Sal 139, 15).

"Desde el siglo primero, la Iglesia ha afirmado la malicia moral de todo aborto provocado. Esta enseñanza no ha cambiado; permanece invariable. El aborto directo, es decir, querido como un fin o como un medio, es gravemente contrario a la ley moral.

"No matarás el embrión mediante el aborto, no darás muerte al recién nacido (Didajé 2, 2; Bernabé, ep. 19, 5; Epístola a Diogneto 5, 5; Tertuliano apol. 9)".

La Iglesia pudo haber cambiado, en la última y profunda revisión del Código de Derecho Canónico culminada en 1983, la pena de excomunión que pesa sobre los que procuran conscientemente un aborto, pero no lo hizo así precisamente porque en las últimas décadas se ha producido en todo el mundo una acusada relajación de la sensibilidad de las personas y también de muchos creyentes hacia este crimen. Y si bien esta mayor laxitud social, que ejerce una presión cierta sobre las conciencias, puede disminuir la gravedad del delito en algunos casos, una atenuación de la pena habría suscitado, inevitablemente, la errónea idea de que la Iglesia considera hoy el aborto provocado como menos grave que antes, cuando, evidentemente, no es así.

La Iglesia, es Madre y Maestra; como Madre, es lenta para la ira y fácil para el perdón, pero como Maestra no puede desvirtuar el depósito de la doctrina que ha recibido de Dios, y no puede decir que está bien lo que está mal, ni puede dar pie a que nadie suponga que actúa de esta manera.

Quien ha incurrido en pecado de aborto, ¿cómo ha de proceder para la absolución de la excomunión y del pecado?

Si un católico se encuentra en esta situación, debe acudir al Obispo o a los sacerdotes facultados para remitir esta pena²¹.

"La Iglesia establece la excomunión para quien aborta y para sus colaboradores, para que las madres cristianas tengan más claro lo que debe hacerse, recibiendo fuerzas para decidir correctamente. Se protege la vida del hijo y el alma en paz de la madre.

Las leyes deben dificultar el mal y promover el bien de los ciudadanos. En este caso, defender el bien de dos ciudadanos: hijo y madre. Por tanto, las leyes deben disuadir a las madres del aborto y facilitarles soluciones para dar a luz. También pueden añadirse medidas preventivas. Como ejemplo de medida preventiva, puede ser difundir en la sociedad una mentalidad de sólo usar el sexo dentro del matrimonio. En este sentido irá bien limitar la pornografía, por su clara contribución al uso indiscriminado del sexo.

¿Difundir la anticoncepción previene del aborto?. No, no. La triste experiencia en varios países confirma que sucede lo contrario. Los métodos anticonceptivos extienden el uso del sexo sin medida. En consecuencia, aumenta el número de embarazos no deseados²².

²¹ http://www.vidalumma.org/vida/fam/aborto/aborto_mopa.html

²² <http://www.observatorio.es/ideas/aborto.html>

"A nivel regional e internacional, la influencia de sectores como las jerarquías de la Iglesia Católica, los grupos Opus Dei, los autodenominados "pro-vida" y los sectores más reaccionarios y conservadores han determinado que América Latina sea la región del mundo con el menor porcentaje de países que cuentan con legislaciones que admitan alguna forma de aborto legal. Comparativamente Europa y los países del norte tienen un 84% de países con legislaciones permisivas, la región asiática tiene un 54%, los países musulmanes llegan al 14% mientras que en América Latina sólo cuenta con el 5%." (Abracinskas ²³)

"La regla de la mordaza implementada por el gobierno de los Estados Unidos es un ejemplo de cómo funcionan mecanismos de imposición a través, en este caso, del condicionamiento económico. El 22 de enero de 2001, en su primer día de trabajo en el cargo (y en el 28 aniversario de Roe vs. Wade, la decisión de la Corte Suprema estadounidense que estableció el derecho de las mujeres al aborto), el Presidente George Bush, reimpuso la regla de obstrucción global al programa de población de la Agencia de EEUU para el Desarrollo Internacional (USAID). Esta política restringe a todas las organizaciones no gubernamentales que reciben fondos de USAID para la planificación familiar, a realizar servicios de aborto, cabildear frente a sus gobiernos para la reforma de las leyes restrictivas, e incluso proporcionar atención médica u orientación adecuada en relación al aborto. Sin embargo aumentó el apoyo a los grupos autoproclamados pro-vida"

"Mediante esta regla, el gobierno de los EEUU no sólo inhibe la libertad de expresión, sino que discrimina de manera particular a quien tiene una opinión diferente, sentando un peligroso precedente. La regla de obstrucción global obliga a las organizaciones de salud a tomar una opción inmoral: o renuncian a fondos que son necesarios para desarrollar sus planes de planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva, o renuncian a la libertad de expresión y a la posibilidad de proporcionar a las usuarias información médica completa y rigurosa.

En el tema de aborto, como en muchos otros, no se trata de sustituir una fe por otra, de hecho no se trata de combatir la fe de nadie, sino de respetar las ideas de todos y procurar hacer este mundo un poco más habitable. Imponer dogmas o atemorizar a las personas no genera actos de conciencia. La ignorancia produce siempre frutos amargos. Miedo, irracionalidad, odio, imposición de creencias, falta de respeto a otras posturas y decisiones, no resuelve la situación ni favorece una vida digna y democrática²⁴.

En nuestro país frente a la campaña para buscar la aprobación del "Proyecto de Ley de salud reproductiva" promulgado en abril-mayo de 2004 en el Parlamento, Monseñor Nicolás Cotugno, arzobispo de Montevideo, declaró a la opinión pública en diferentes medios y a sus fieles que el aborto sería "un crimen abominable", su posible aprobación "jugar con la verdad" y los políticos católicos deberían ser "coherentes cuando se trata de leyes que van contra la vida, ya que un católico no las puede votar".

Abracinskas²⁵ dijo al semanario Brecha que "es grave la injerencia de la Iglesia Católica en el sistema político de un país que se define laico, que separa la Iglesia del Estado desde principios del siglo XX. El sistema político no puede ser utilizado para imponer posiciones religiosas".

Sólo el 5% de los países de América Latina tienen legislaciones que admiten alguna forma de aborto legal, mientras que en los países de origen musulmán es el 14%. Este ejercicio de poder de la jerarquía de la Iglesia Católica y de grupos que ostentan las posiciones más fundamentalistas en relación al aborto, como la jerarquía de la Iglesia Católica, no permite que nuestros países avancen. La mesa redonda sobre Aborto "Un

²³ Abracinskas, Lilian. Ciudadano Mujer Número 37 Mayo 2004.

²⁴ http://www.observatorio.org.uy/temas/tema_100.html

²⁵ Mesa: Redem, semanario "Busqueda" el 18 de febrero de 2001.

²⁶ Secretaría Ejecutiva Progresista, Frente Amplio, Coordinadora de Mujer y Salud en Uruguay (MYSU)

debate siempre pendiente" realizada en el Salón Rojo de la IMM el lunes 28 de mayo en el marco de las acciones del "Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer" (Abracinskas²⁶).

El escenario actual donde se resitúa el debate cuenta con condiciones que deberían augurar buenos resultados. A nivel internacional organismos referenciales como FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Panamericana de la Salud (OPS) y el sistema de Naciones Unidas, han reconocido que éste es un grave problema de salud pública, de justicia social, de derechos humanos y es expresión de discriminación contra las mujeres, dado que las muertes maternas son, en su amplia mayoría, evitables. En el contexto nacional actores reconocidos como "fuertes" -presidente de la Suprema Corte de Justicia, los profesionales de la salud, la Intendencia Municipal de Montevideo (ver Plan de Igualdad de Oportunidades) y la opinión pública en su mayoría- han expresado que deben tomarse medidas para cambiar esta injusta situación.²⁷

IGLESIA EVANGELICA VALDENSE Y ABORTO

La Iglesia Evangélica Valdense no promueve, ni favorece una práctica indiscriminada del aborto, en tanto representa siempre un hecho negativo, doloroso y traumático, especialmente para la mujer que en diferentes razones, contrarias a su voluntad debe soportarlo, agravado por la condena y la marginación que la sociedad proyecta hacia ella.

Suscribe los siguientes puntos:

Rechazo absoluto a la imposición coercitiva del embarazo.

Rechazo a la penalización generalizada e indiscriminada, en cuanto precursora de males mucho peores que aquellos que se quisieran combatir.

La despenalización es una conquista de la cual no se debe retroceder!

La maternidad ya no es más una situación dolorosa que se debe aceptar; La maternidad no debe ser ya una fatalidad.

Por todo lo antedicho el equipo de bioética de la Iglesia Evangélica Valdense:

Apoya el proyecto de ley del aborto en tanto considera que no es una ley "abortiva", y que otorga a la mujer que enfrenta el drama de un embarazo no deseado, tener acceso dentro de "su" libertad de decisión a prestaciones médicas que la cubran al máximo de los riesgos que para su salud integral representa la interrupción de una gestación.

Representa siempre, la decisión de interrumpir una gestación, una decisión dolorosa que no puede y no debe ser agravada por juicios de culpa pronunciados desde afuera, pero que debe ser comprendida, sufrida y compartida en el ámbito del amor y la solidaridad.

Sostiene que la legislación actual (Ley N° 9763 del 24 de enero de 1938) debe ser sustituida urgentemente, porque no ha sido eficaz para enfrentar las problemáticas de embarazos no deseados dando lugar a la práctica clandestina de abortos, entregando las víctimas en manos de mercaderes de la muerte y del dolor ajeno con secuelas tan lamentables como irrecuperables.

²⁶ Paredes: la coordinadora de MYSU y representante de Cotidiano Mujer, Lilián Abracinskas. (las ponencias a disposición en la página web de la comisión en el Dossier de Aborto).

²⁷ Abracinskas, Lilián, Cotidiano Mujer Número 37 Mayo 2004, <http://www.ahasque.net/comision/dossieraborto/aborto.htm>

Siglo XX

- Durante el siglo XX se ha liberalizado la interrupción de embarazos no deseados en diversas situaciones médicas, sociales o particulares. Los abortos por voluntad expresa de la madre fueron legalizados primero en la Rusia postrevolucionista en 1920; posteriormente se permitieron en Japón y algunos países de Europa del Este después de la segunda Guerra Mundial.

- A fines de la década de 1960 la despenalización del aborto se extendió a muchos países; con cambios legales favorecidos principalmente por razones de tres tipos:

1. El infanticidio y la mortalidad materna asociada a la práctica de abortos ilegales
2. La sobrepoblación mundial
3. El auge del movimiento feminista

- Hacia 1980, el 20% de la población mundial habitaba en países donde la legislación sólo permitía el aborto en situaciones de riesgo para la vida de la madre. Otro 40% de la población mundial residía en países en los que el aborto estaba permitido en ciertos supuestos - riesgo para la salud materna, situaciones de violación o incesto, presencia de alteraciones congénitas o genéticas en el feto - o en situaciones sociales especiales (madres solteras o con bajos ingresos). El restante 40% de la población residía en países donde el aborto estaba liberalizado con las únicas condiciones de los plazos legales para su realización.

El movimiento de despenalización para ciertos supuestos, ha seguido creciendo desde entonces en todo el mundo y ha sido defendido en las conferencias mundiales sobre la mujer, especialmente en la de Pekín de 1995, aunque aún hay países que, sobre todo, por razones religiosas se ven presionados a mantener legislaciones restrictivas y condenatorias con respecto al aborto.

Algunos países ven con benignidad el tratamiento del aborto, pero el cuadro legal es por demás complejo. Por razones médicas en las que se pone en peligro la vida de la madre hay más de 110 países que lo consideran lícito. Por conceptos eugenésicos más de 20 países. En aproximadamente 70 países por razones sentimentales, y por motivos sociales alrededor de 15 países lo aceptan, el aborto libre y voluntario se admite en muy pocos países, sin llegar a 10.

Dada la vaguedad legislativa de algunos países, bajo el pretexto de indicaciones médicas consideradas como justificantes, las posibles afecciones mentales o sociológicas de la madre, el aborto "strictu sensu", se practica en varios²⁶.

Situación Actual del Mundo

En todo el mundo, la prevalencia de complicaciones y muertes maternas refleja que 585 000 mujeres al año mueren como consecuencia del embarazo y parto, lo que estaría representando más de 1600 muertes diarias de mujeres en edad reproductiva. Especialmente las menores de 18 años, son las más vulnerables a los embarazos no deseados, a la violencia sexual, las más expuestas a la morbilidad y a la mortalidad materna y las más propensas a contraer enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH / SIDA. Hay más de 1.300 millones de personas clasificadas como pobres en el mundo. Los abortos que se llevan a cabo en malas condiciones siguen siendo un problema de salud pública y una de las principales causas de mortalidad materna. Se calcula que cada año se producen 20 millones de abortos en malas

²⁶ *Revista Historia* www.universidadiberta.edu.mx

condiciones en los países en desarrollo y que unas 80.000 mujeres mueren a causa de ello²⁹.

Esta mortalidad esta dada principalmente por tres grandes grupos de causas: vinculadas con entidades infecciosas, con entidades hemorrágicas gravídicas y a la patología hipertensiva. A nivel de los países en el mundo, existen diferencias en cuanto a las causas de muerte, siendo en los países desarrollados la principal causa la patología hipertensiva, en tanto que las de causa infecciosa y hemorrágica lo son en los países subdesarrollados. Se vincula, además, la mayoría de las muertes maternas a embarazos no deseados.

En los países subdesarrollados, un 25 a un 33% de la mortalidad de la población en general corresponde a causas de embarazos no deseados, lo cual determina que la mortalidad vinculada con el embarazo y el parto se transforme en la causa principal en las mujeres con edades entre 15 y 49 años.

Ante esta situación, en el año 1987 se desarrolló una iniciativa sanitaria bajo la denominación de "Safe Motherhood" (Maternidad Segura) patrocinada por Family Care Internacional, una Organización No Gubernamental (ONG) con gran presencia como referente sanitaria, y copatrocinada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); el Banco Mundial, la Organización Mundial de Salud (OMS) y la Federación Internacional de Planificación de la familia (IPPF).

Este grupo lanzo una iniciativa global por una maternidad sin riesgo con el fin de mejorar la salud materna y disminuir el número de muertes a la mitad, fijándose el año 2000 como plazo para el logro de ese objetivo. En el marco de esa iniciativa se desarrolló la declaración sobre los "Servicios indispensables para una maternidad sin riesgo" instando a que los mismos estén disponibles para la población a través de una red de proveedores de salud.

En la mayoría de los países en vías de desarrollo - y también en el nuestro - se vienen concretando algunos de estos servicios, fundamentalmente aquellos relacionados con prevención del embarazo no deseado mediante el desarrollo de programas de planificación familiar, cuidado prenatal mediante el desarrollo de centros de control del embarazo y asistencia del parto por personal capacitado, así como servicios de asistencia para adolescentes.

"La mayoría de los programas destinados a las mujeres embarazadas tienen que ver con el embarazo deseado y con el no deseado pero aceptado y en este marco presta atención especialmente a los cuidados de las embarazadas y de los recién nacidos.

Los embarazos no deseados pueden ser producto de falla o de falta de métodos anticonceptivos. En estos embarazos, es donde se expresa la mayor parte de la morbimortalidad materna vinculada, fundamentalmente, con las medidas inseguras para la interrupción del mismo. Muchos de estos embarazos no deseados terminan en aborto provocado, transformándose de hecho el aborto en un método extendido de control de la natalidad".³⁰

La práctica del aborto provocado puede ser legal o ilegal, siendo la situación jurídica en que se ubique un factor influyente en la causa de mortalidad materna, teniendo un peso importante por complicaciones, en aquellos países en los que es ilegal.

Desde el punto de vista médico y de las complicaciones que conlleva, el factor que adquiere más importancia es en qué condiciones se realiza. Así, el aborto puede desarrollarse en condiciones seguras para la paciente, en un contexto institucional y con personal entrenado o por el contrario en condiciones de déficit sanitario e inseguro para la paciente.

Existe una gran diferencia en los resultados de los abortos desarrollados en

²⁹ Safe Motherhood. Family Care International 1999. 588 Broadway Suite N.Y., NY 1012 U.S.A. www.dossier

³⁰ Xavier, Mónica sesión del Parlamento de 05/05/2004

condiciones seguras con respecto a los que se practican en condiciones de riesgo. Según datos de la OMS se realizan 20.000.000 de abortos anualmente en el mundo. La misma organización indica que el aborto en condiciones seguras genera menos morbimortalidad que la acontecida por el nacimiento. La OMS estima que a nivel mundial 1 de cada 8 muertes maternas se debe a complicaciones relacionadas con el aborto inducido. Este porcentaje trepa a un tercio de las muertes maternas en algunos países del tercer mundo, en algunas ciudades de América Latina, la mitad de las muertes maternas se producen por abortos en condiciones de riesgo.

Entre el 10% y el 50% de todas las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo necesitan atención médica para el tratamiento de las complicaciones: sepsis, hemorragias, lesiones intra-abdominales, entre otras.

Si se analizan las consecuencias en diferentes países y zonas geográficas que cuentan con distintos niveles socio-económico-culturales pero también diferentes marcos religiosos y legales, se observan diferencias. El aborto inducido en condiciones inseguras causa 30 - 50 % de la mortalidad materna en África y América Latina, aproximadamente entre 25 - 30 % en Rusia y 20 a 25 % en Asia.

La clandestinidad del aborto en condiciones inseguras hace que no sea siempre fácil reconocer que se está en presencia de uno, lo cual dificulta instaurar medidas profilácticas o correctivas de las complicaciones en forma oportuna. En Tanzania 34 - 57% de los ingresos en ginecología de un hospital capitalino correspondían a complicaciones postaborto. En Sudáfrica se planteó que los abortos incompletos eran una forma de presentación común del aborto inducido bajo condiciones de riesgo, ya que el análisis de casos mostraba que 57,6% (286/514) de abortos incompletos sin elementos de infección se habían sometido cierta o probablemente a un aborto inducido, debido a que un 38,7% correspondían al 2º trimestre, siendo un porcentaje elevado para esta edad gestacional y por tanto altamente sugestivo.

Algunos cambios en las conductas relacionadas con la práctica del aborto inseguro, determinan cambios en los resultados. En Ghana se ha producido un descenso de la mortalidad desde 1997 tras la introducción del legrado aspirativo manual y la atención postaborto inmediata.

La situación en países donde el aborto es legal es diametralmente opuesta, no solo porque se realiza en condiciones adecuadas, sino por el control que se realiza posteriormente a esas pacientes, ya sea en caso de procedimientos quirúrgicos como farmacológicos. En Noruega, las complicaciones más frecuentes son la persistencia de restos, abortos incompletos o endometritis, siendo menos del 5% y directamente asociado con embarazos menores de 8 semanas de gestación o del 2º trimestre (donde no se recomienda su realización); le siguen pelvipertitonitis 1,2% y perforaciones 4.0%. En Estados Unidos, el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) registró en el período 1978-1985, 5 muertes por aborto ilegal, y después de ese período la mortalidad es menor de 1 en 100.000 embarazos, siendo los casos de sepsis postaborto excepcionales y de buen pronóstico (El aborto manual aspirativo incluye: riesgo de Síndrome de Asherman, adherencias pélvicas e incompatencia cervical; las complicaciones por el uso de misoprostol o mifepristona son el aumento de la retención de restos intracavitarios).

En el Reino Unido, donde la Ley de Aborto es del año 1967, se explica el procedimiento a la paciente, y actualmente se utiliza preferentemente medicación (mifepristona); es obligatorio el control médico en las 48 horas postaborto, dado que con esa técnica la expulsión puede ser incompleta.

En Francia se utiliza igual droga en embarazo menor de 9 semanas, siendo el resultado reportado en más de 100.000 abortos una sola muerte materna por shock, asociada a la combinación de fármacos, y 4 casos de teratogénesis cuando no se produjo el aborto.

El impacto en la mortalidad materna varía dramáticamente de un país a otro, pudiendo

ser desde insignificante hasta la principal causa de mortalidad en mujeres. Las estimaciones regionales de mortalidad por año se sintetizan en la tabla 1.

TABLA 1: Muerte materna por aborto en condiciones de riesgo en regiones seleccionadas.

Región	Nº abortos en condiciones de riesgo	Nº muertes por abortos en condiciones de riesgo	% muertes maternas por abortos en condiciones de riesgo
África	5.000.000	34.000	13%
Asia	9.900.000	38.500	12%
América Latina	4.000.000	5.000	21%
Europa Oriental	800.000	500	24%
Europa del Norte	Menos de 30.000	Menos de 20	2%
América del Norte	Mínimo	Mínimo	Mínimo

FUENTE- A tabulation of Available Information, 3d., edition. World Health Organisation, Geneva, 1997.

Se deben considerar además los impactos sociales, psicológicos y familiares en los casos que presentan complicaciones por aborto provocado en condiciones de riesgo. También es importante el impacto económico. Los gastos en tiempo de internación, personal para atención, medicamentos, transfusiones, etc. son cuantiosos. La cirugía radical indicada en los casos de sepsis postaborto constituye una cirugía mutilante con graves secuelas y complicaciones. Cuando una mujer muere, su familia y su comunidad sufren una considerable pérdida: las familias pierden su contribución en el manejo del hogar, la economía pierde su contribución productiva, los hijos huérfanos tienen menos posibilidades de alcanzar mayor educación y atención en salud a medida que crecen.

Aborto en Uruguay

Desde el punto de vista legal

El Código Penal de 1889 consideraba delito al aborto consensual; mientras el Código Penal de 1934, elaborado por el doctor Irureta Goyena, desincriminó totalmente el aborto voluntario, por el cual el mismo podía realizarse por cualquier persona, en cualquier lugar, sin expresión de causa y durante todo el tiempo desde la concepción hasta el nacimiento.

El Decreto del 15 de enero de 1935 prohibió la práctica de los abortos, salvo los terapéuticos en los establecimientos dependientes de Salud Pública.

En la Ley Nº 9.763, de 24 de enero de 1938, con la cual se restablece la penalización del aborto, en los artículos 325 y siguientes del Código Penal vigente, que entre otras causas atenuantes y eximentes establece que podrán ser eximidos de castigo aquellos cometidos para "salvar el propio honor, el de la esposa o un pariente próximo..."

El último intento por llevar a la despenalización del aborto en Uruguay es a través de La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social que eleva en mayoría el proyecto de ley referido en primer término a la defensa de la salud reproductiva, creando una normativa en ese sentido y proponiendo la sustitución en el articulado del Código Penal en su Capítulo V, Título XII del Libro II, promulgado por la Ley Nº 9.155 de 4 de diciembre de 1933 y modificado por Ley Nº 9.763, de 24 de enero de 1938.

La modificación de la actual Ley Nº 9.763, de sesenta y cuatro años de vigencia, que criminaliza a la mujer que decide la interrupción de un embarazo no deseado que como consecuencia genera el aborto clandestino y la morbimortalidad materna, y las diferentes ópticas desde las cuales se puede analizar el tema.³¹

La Comisión consideró imprescindible como etapa previa a la redacción del proyecto

³¹ Xavier, Mónica sesión del Parlamento de 05/05/2004

definitivo, recibir a todas las organizaciones o delegaciones representativas de una sociedad que viene debatiendo sobre el tema desde siempre y que para legislar, debe hacerlo sobre el consenso en la misma.

Por lo que recibieron y atendieron veinticinco delegaciones del ámbito académico, científico y gremial del área jurídica y del área médica, organizaciones no gubernamentales vinculadas a la defensa de los derechos humanos y de las mujeres, y representantes de diversas religiones.

Considerando que la salud debería ser una responsabilidad colectiva de la sociedad y del Estado, el que deberá minimizar las inequidades sociales y económicas, asegurando el acceso equitativo a las mismas, como derecho, como deber, y como valor jurídicamente protegido. La salud reproductiva debiera ser considerada un bien social que los Gobiernos, las personas, la comunidad nacional e internacional, tienen la responsabilidad de lograr, dirigida en primer término a disminuir el número de embarazos no deseados.

Uruguay ha suscrito tratados y documentos en conferencias internacionales, en los que ha asumido compromisos que actualmente están incumplidos en materia de planificación familiar, y que forma parte de nuestra legislación desde el año 1981. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (ONU, 1979) que establece en su artículo 16: que los Estados Partes deberán adoptar todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, que deberán asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres el derecho: "a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos".

El tratamiento del proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva, que establece la despenalización del aborto en las primeras doce semanas de embarazo, que tiene planteado el Parlamento ha provocado opiniones de todo tipo. "Estos temas remueven todo, experiencias vitales, concepciones religiosas, filosóficas, todo se pone en juego cuando uno habla de la vida" (Xavier³²). Si bien el proyecto de Ley lo que busca es, mediante la instalación de programas de información para la prevención en materia de salud reproductiva, disminuir la incidencia de embarazos no deseados y la muerte materna por abortos practicados en condiciones sanitaria deficientes, no contó con los votos suficientes a nivel parlamentario, quedando archivado.

Epidemiología

En Uruguay, además de la falta de políticas específicas, se carece de información correcta sobre el número de embarazos no deseados y el número de interrupciones voluntarias (aborto provocado) de los mismos. Es desconocida la proporción de abortos provocados en condiciones seguras y en condiciones de riesgo; tampoco hay reportes periódicos sobre la morbimortalidad por aborto en condiciones de riesgo, debido a su situación legal. Así en la última publicación internacional sobre causas de mortalidad materna en las Américas, entre los únicos 4 países que no tiene cifras registradas se encuentra el nuestro, junto con República Dominicana, Jamaica y Haití.

Para intentar un análisis estimativo de prevalencia en Uruguay, es necesario inferir datos a punto de partida en diferentes fuentes de información. La Mortalidad Materna en el país, informada por la División Estadística del Ministerio de Salud Pública (MSP) se presenta en la tabla 2. Donde se ve que el aborto causa el 36% del total de las

³² Xavier, Mónica sesión del Parlamento de 05/03/2004

mueres maternas en 1995, 36% en 1996, 24% en 1997, 21% en 1998 y 16% en 1999. El aborto en forma aislada, es la principal causa de muerte materna en el periodo analizado. En la información del MSP no se especifica cuál complicación del aborto lleva a la muerte materna (Briozzo³³).

TABLA 2: Mortalidad materna en Uruguay en el período 1995 - 1999.

AÑO	1995	1996	1997	1998	1999
Aborto	5 (36%)	4 (36%)	4 (24%)	3 (21%)	1 (16%)
Causa obstétrica directa	7	7	11	6	5
Hemorragias	0	2	-	-	-
Estados hipertensivos	1	1	-	-	-
Infecciones	1	0	-	-	-
Gestacionales	-	-	-	-	-
Puerperales	2	1	-	-	-
Otras	3	3	-	-	-
Causa obstétrica indirecta	2	0	2	5	0
TOTAL	14	11	17	14	6

(*) En el año 1997 se modificó el tipo de formulario, no discriminando, desde entonces, las causas obstétricas directas.
FUENTE: Uruguay. MSP. División Estadística. Uruguay, 2001.

A su vez, la mortalidad correspondiente al Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR); centro de referencia Materno Infantil a nivel Nacional, ubicado en la capital del país donde se concentra más de la mitad de la población total; muestra una situación preocupante, donde anualmente se dan 9500 nacimientos (uno de cada seis nacidos en el país) y donde la población que se asiste corresponde al subsector público y a los estratos socio económicos más deficitarios del país. La mortalidad materna en el CHPR en el quinquenio 1996 - 2001 se muestra en la tabla 3.

TABLA 3: Muertes maternas en el CHPR, período 1996 - 2001*

AÑO	NUMERO TOTAL DE MUERTES	MUERTES POR COMPLICACIONES DE ABORTO EN CONDICIONES DE RIESGO
1996	2	1
1997	4	1
1998	1	0
1999	-	-
2000	1	0
2001*	5	4

(*) La información del año 2001 corresponde sólo al período enero - septiembre
FUENTE: Uruguay. Sistema Informático Perinatal. Centro Hospitalario Pereira Rossell, MSP, Montevideo, 2001.

En el quinquenio 1996 - 2001 se han producido en el CHPR, 13 muertes maternas. De ellas, 6 (47%) se debieron a complicaciones de abortos en condiciones de riesgo. A pesar de que no se puede establecer una comparación estricta con las cifras para el total, el aborto como causa de muerte es sustancialmente mayor en el CHPR con respecto a la media nacional. Es necesario tener también en cuenta el subregistro, dado que ni las mujeres - aún en inminencia de muerte - ni su entorno - incluso después de la muerte - suelen admitir el haber realizado un aborto provocado.

En los primeros 8 meses del año 2001 se produjeron 5 muertes maternas, siendo 4 de las mismas por complicaciones debidas a aborto provocado en condiciones de riesgo. De los datos internacionales y nacionales surge que el aborto en condiciones de riesgo es la principal causa de mortalidad materna en los países subdesarrollados que no cuentan con un marco legal para la interrupción del embarazo de manera segura³⁴. En el Uruguay ha habido un incremento marcado de la mortalidad por esta causa que

³³ Dr. Briozzo, L. "Iniciativa sanitaria contra el aborto provocado en condiciones de riesgo", Sindicato médico del Uruguay, Montevideo 2002.

³⁴ Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Pág. 88- 91, Sindicato médico del Uruguay, Montevideo 2002.

se ubica hoy como la principal causa de mortalidad materna, siendo particularmente dramática la situación en el nivel asistencial público, donde se asiste la población más carenciada.

Las clases más privilegiadas pueden acceder a abortos provocados en condiciones de bajo riesgo, porque esto en nuestro país se consigue con dinero. Las mujeres que mueren en el CHPR no tienen esa posibilidad, lo que es también una injusticia social y una desigualdad tolerada por una sociedad que hace la vista gorda. Paradójicamente, el aborto en condiciones de riesgo es una de las causas de muerte e incapacidad materna más fácilmente prevenible y tratable.

Las muertes por "aborto inseguro" registradas en el Pereyra Rossell cuadruplican el promedio mundial (47%), mientras que en todo el mundo representan el 13%.

Tabla 4: Mortalidad materna por complicaciones relacionadas con el aborto en diferentes regiones

Región - Lugar	Muertes maternas por aborto provocado
Mundo*	13.0%
América Latina*	21.0%
Sudamérica*	24.0%
Uruguay**	27.7%
CHPR***	47.0%

CHPR: Centro Hospitalario Pereyra Rossell (Montevideo)

FUENTE: (*) World Health Organization. Unsafe Abortion, 3ª edición. WHO, Geneva, 1998. (**) Uruguay, Ministerio de salud Pública. División Estadística. Sistema Informático Perinatal. Quinquenio 1995-1999. Mdeo, 2001. (***) Uruguay. CHPR. Quinquenio 1996-2001. Datos no publicados

Métodos utilizados para práctica de abortos

En este país, abortar es un delito penado por la ley, sin embargo, hay una estimación alta de abortos realizados al año a lo largo del territorio nacional, en camillas sucias y también entre cuatro asépticas paredes.

Las mujeres que recurren a un aborto clandestino lo hacen de distinta manera, acorde al estrato socioeconómico al que pertenecen. Pero son las mujeres pobres las más afectadas por maniobras abortivas de alto riesgo.

Las técnicas abortivas de mayor riesgo en sectores populares son: la introducción de alambres, pañillos, tallos vegetales, sonda, lavados con sustancias tóxicas e ingesta de químicos. Por años, el tallo de perejil fue muy conocido, porque éste producía, además, una infección gravísima, la perfiting.

No necesariamente porque les haya "fallado" el procedimiento, el servicio de urgencia es el próximo paso, y esto no todas lo saben. La persona que coloca una sonda a través de la vagina lo hace para provocar contracciones -el organismo reacciona ante el cuerpo extraño- y luego, por ende, se produce el aborto. Pero no se vacía el contenido del útero en su totalidad. El raspado para extraer los restos del aborto lo tienen que hacer en un centro hospitalario. Las mujeres que fueron informadas por la persona que realizó el procedimiento saben que tienen que negar que hicieron lo que hicieron, y asegurar que sólo tenían un retraso y que después les sobrevino la hemorragia³⁵.

En el estrato medio y medio-alto, el aborto es realizado por personal profesional en una consulta ambulatoria o en una clínica. Esto último se consigue falseando el diagnóstico, "Metrorragia disfuncional", la denominan, y es por cierto un problema que realmente se da. Con este panorama, el médico está autorizado para practicarle a la paciente un raspado biopsico. Otro procedimiento utilizado en sectores más pudientes es la aspiración. Basta una jeringa que saca el contenido del útero. El instrumental, el tiempo usado y el riesgo en las maniobras son mínimos.

³⁵ www.universidadcabildo.edu.uy/Biblio/???ozaya%20&clamo%20Eduardo%20Albert

La mujer con condiciones económicas deficitarias se expone a inflamaciones crónicas, esterilidad, alteraciones menstruales, embarazos y accidentes del alumbramiento en los próximos partos, eso, si es que no muere.

La ley obliga al personal médico a denunciar los casos de aborto.

Aborto en América Latina

Los países de la región están implicados en dos sistemas diferentes de derecho internacional: el sistema universal de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el sistema regional de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

Exceptuando: Estados Unidos, Cuba y Canadá, el resto de los países ha suscripto a los tratados de derechos humanos, sometiéndose a la jurisprudencia internacional de la Corte Internacional de Justicia y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Estos tratados se convierten en documentos de marco jurídico para el ejercicio del derecho a la salud y la igualdad.

En materia de salud e igualdad de género los principales tratados son: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención para la Eliminación de Todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW), La convención Interamericana de Derechos Humanos, La Convención Interamericana para Prevenir, Erradicar y Sancionar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Para)

Las conferencias mundiales de mayor importancia organizadas por la ONU para la equidad de género y salud son: la Conferencia Mundial sobre población y desarrollo de El Cairo, (1994) y la Cuarta conferencia mundial de la Mujer (Beijing 1995). En ellas se establece una relación explícita entre los derechos humanos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

En lo que refiere a los estados, estos, tienen obligaciones, en lo referente a salud y equidad de género, principalmente en la protección de los derechos a la igualdad, a la no discriminación y a la salud.

Los derechos de igualdad y no discriminación: suponen el no discriminar y actuar para remediar el efecto negativo de la discriminación.

El derecho a la salud crea la obligación de generar acciones orientadas a proteger la salud de la población.

Esta es una obligación que implica a los estados acciones y resultados concretos, es decir están obligados a observar y defender los derechos así como a garantizar, un umbral, mínimo de cumplimiento, independientemente del nivel de desarrollo económico.

Además de los derechos a la salud y a la igualdad, hay otros, íntimamente ligados al logro de la igualdad de género: el derecho a la vida, a la integridad física, a decidir el número e intervalo de hijos, al matrimonio, al empleo, a la seguridad social a la educación³⁶.

El Centro de Derechos Reproductivos y la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes (UNIANDES) e investigadoras de cinco países de Latinoamérica, presentaron el reporte *Cuerpo y derecho: legislación y jurisprudencia en América Latina*. "Este es el primer proyecto regional en estudiar conjuntamente la legislación, aplicación e interpretación de los derechos de la mujer y, en particular, los derechos del cuerpo en la sexualidad y la reproducción", dice Julieta Lemaître, profesora de la Universidad de los Andes y coordinadora regional del proyecto.

El estudio se realizó en cinco países representativos de la región: Argentina, Chile, Colombia, México y Perú y revela los enormes progresos de los últimos años en el reconocimiento de los derechos de la mujer en el ámbito nacional e internacional que

³⁶ Organización Panamericana de la Salud, "Igualdad de Género en Salud en las Américas", Sección 2, 525 23rd Street, NW, Washington DC, 20037, USA.

se ve plasmado en las conferencias mundiales y en las reformas constitucionales y legales en los países del área.

Este informe señala que no hay correspondencia entre las normas y su aplicación debido a la tendencia judicial a tomar decisiones e interpretar la ley a través de filtros morales y religiosos manteniendo la discriminación y la inequidad de las mujeres.

La autonomía reproductiva continúa siendo el derecho que se viola de manera sistemática. El cuerpo de la mujer es todavía un territorio dominado en el que se manifiesta de manera explícita su discriminación y subordinación dentro de la sociedad.

En general las cortes protegen a las mujeres que deciden tener hijos, aunque en muchos casos asumen un rol paternalista y ven a la mujer como madre antes que como sujeto de derechos. Frente a la decisión de no tener hijos la situación es crítica en toda la región, particularmente debido a la penalización del aborto y al cuestionamiento de la anticoncepción de emergencia como método de planificación familiar.

Las mujeres están desprotegidas cualquiera sea su decisión reproductiva. Los tribunales ven en el aborto una violación a la constitución incluso bajo circunstancias de violación, incesto o extrema malformación, y la anticoncepción de emergencia empieza a ser acusada de abortiva.

Por otra parte las mujeres que deciden llevar a cabo su embarazo deben enfrentar la discriminación y correr con los costos sociales de la reproducción. En estos casos las cortes han desprotegido, entre múltiples ejemplos, a las adolescentes embarazadas expulsadas del sistema educativo en todos los países excepto Colombia, y las trabajadoras que deben presentar una prueba negativa de embarazo para obtener o permanecer en un empleo.

Aborto, sexo y estratos sociales, en América Latina (Lemaitre³⁷)

Al aborto se le identifica como una experiencia que marca de por vida.

En Chile, el embarazo no deseado es la principal causa del aborto inducido. La mayoría de las abortantes afirma que sufrió falta de apoyo o abandono de su pareja. ¿Por qué el hombre puede desentenderse tan fácilmente? Exige vivir su sexualidad, pero no existe en él la preocupación por regular su fecundidad. Así, cuando su pareja - estable o no- le anuncia embarazo, él se sorprende. No se lo espera. ¡Nunca lo imaginó!

En Chile los tribunales declararon inconstitucional la anticoncepción de emergencia por ser una práctica abortiva, contradiciendo las conclusiones del establecimiento médico. En Perú se han documentado casos de esterilización forzada en una campaña estatal contra la pobreza mientras en Argentina, la esterilización es prohibida.

En investigaciones realizadas entre mujeres que han abortado, prácticamente el 90 por ciento de ellas calificó la decisión de hacerlo como de su exclusiva responsabilidad, incluyéndose aquellos casos en que el principal motivo para abortar era el haber sido abandonadas por su pareja con motivo del embarazo.

En sectores universitarios (clase media, media-alta), cuando la relación es con la mujer amada, la reacción es parecida. Pero en este sector, el embarazo es visto como un quiebre de un proyecto de vida. La primera reacción es pensar en abortar. Los que aceptan el embarazo deciden vivir con sus padres, cada cual con los suyos, pero compartiendo la crianza del niño. Al joven se le libera de la responsabilidad de hacerse cargo.

Los hombres abortan primero. Desentendiéndose, abandonando, induciendo. Pero no

³⁷ Lemaitre, J. "Reporte Cuerpo y Derecho: Legislación y Jurisprudencia en América Latina", Centro de Derechos Reproductivos y Facultad de Derecho de la Universidad de Los Andes, 20 de noviembre de 2002.

se les desgarran el cuerpo, no se les esposa a la cama de un hospital, no mueren por la infección, no se les trata como criminal. Abortan y ya.

En lo referente a las consecuencias de la vida sexual y del proceso reproductivo, en definitiva, se confirma la soledad femenina. Todo, producto de la socialización. A pesar de que la posibilidad de regular la fecundidad es un derecho inherente a todas las personas, hombres y mujeres, la preocupación ha sido históricamente de las mujeres. Con esto se resta la participación activa de los hombres tanto en la crianza como en la planificación de los embarazos. Para controlar el número de hijos, las mujeres tienen que recurrir a distintas posibilidades: métodos para la regulación de la fecundidad, la esterilización voluntaria y el aborto. Las hay quienes han usado todos a lo largo de su ciclo fértil.

En caso de relaciones con mujeres no amadas, el hombre no se siente responsable de las consecuencias de esa sexualidad. Si ésta se vivió con la mujer amada y ella quedó embarazada, se dan varias situaciones, dependiendo del sector socioeconómico al que pertenecen.

En sectores universitarios (clase media, media-alta), cuando la relación es con la mujer amada, la reacción es parecida. Pero en este sector, el embarazo es visto como un quiebre de un proyecto de vida. La primera reacción es pensar en abortar. Es curioso, porque son los hombres los más insistentes en el tema de vivir la sexualidad, la piden, la exigen; no se preocupan mayormente de usar condón, ni siquiera por precaución, y luego se sorprenden cuando les dicen que van a tener un hijo. No se lo esperan, es una sorpresa. La mujer, en cambio, se embaraza, se hace madre y se hace cargo del niño.

Secuelas del Aborto³⁸

Físicas:

Entre las complicaciones físicas del aborto en la mujer están las infecciones, endometriosis, las hemorragias, las complicaciones debidas a la anestesia, las embolias pulmonares o del líquido amniótico, las perforaciones, laceraciones o desgarros del útero, convulsiones, lesión cervical, y los embarazos ectópicos sin diagnosticar.

El riesgo de cáncer de mama, ovarios, hígado y cuello cervical se ve aumentado, se cree vinculado a la interrupción no natural de los cambios hormonales que acompañan al embarazo, así como a la lesión cervical no tratada.

Psicológicas:

El "Síndrome postaborto" incluye sentimientos de culpa, angustia, ansiedad, depresión, baja autoestima, insomnio, diversos tipos de neurosis, tendencia al suicidio, pesadillas en las que aparecen restos del bebé abortado, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que las mujeres que se practican abortos por razones psiquiátricas corren mayor riesgo de problemas mentales una vez realizado el mismo. Existen estudios que evidencian además que cuando se practica un aborto por razones de violación, incesto o problemas de salud es más probable que las mujeres sufran problemas emocionales y psiquiátricos que las que lo han practicado por razones socioeconómicas.

La Dra. María Simón, psicóloga en la clínica Ginecológica Universitaria de Würzburg³⁹ (Alemania), señala: "tras un aborto se acumulan las siguientes consecuencias psíquicas: sentimientos de remordimiento y de culpa, oscilaciones de ánimo y depresiones, llanto inmotivado, estados de miedo y pesadillas". Afirma: "estos

³⁸ - Care of Post-abortion complications - Saving women lives - Population reports, vol. 24, Nº2 September de 1997.

³⁹ Cfr. "Aborto y Angustia" en ACIPRENSA, 139/92, Madrid, España, 28/10/92, en "Mitos y Realidades del Aborto", op.cit., Mito Nº 1. <http://www.fam.org.ar/biblioteca/06mitosaborto1a2.htm>

fenómenos van acompañados de perturbaciones físicas, como alteraciones del ritmo cardíaco o de la tensión arterial, migraña, trastornos del aparato digestivo, o calambres en el vientre. Inmediatamente tras el aborto y bastante tiempo después las pesadillas tienen como tema niños pequeños muertos. Al 52% de las encuestadas les molesta ver a mujeres embarazadas porque les recuerdan sus propios hijos abortados. En el 70% surge el pensamiento una y otra vez de cómo serían las cosas si el niño abortado viviera ahora. Las encuestas arrojan además porcentajes de hasta 50% de uniones que se rompen luego de un aborto⁴⁰.

⁴⁰ "Care of Post abortion complications. Saving women lives" Population reports, vol. 24, N°2 September de 1997.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Es un estudio descriptivo, cualicuantitativo.

En el se pretenden describir ciertas características de la población en estudio.

Universo y población de estudio:

Todas las mujeres que consultan en la Policlínica Ginecotológica "A" de Asesoramiento del Centro Hospitalario Pereira Rossell durante el período marzo- abril de 2005 con embarazos no deseados.

Metas:

Caracterizar el 100% de las usuarias que consultaron en la Policlínica Ginecotológica del Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período marzo-abril de 2005.

Finalidad:

- Sensibilizar a otros investigadores, a partir de la información obtenida, a continuar el abordaje de dicha problemática.
- Evidenciar a partir de datos cuantitativos los resultados obtenidos.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	ESCALA
EDAD	Etapa del individuo en el período del tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha, expresado en años.	Años cumplidos hasta la fecha de consulta.	Cuantitativa continua
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Nivel máximo alcanzado por la mujer mediante la educación formal.	Según el que indique la mujer: Primaria completa-Incompleta; Secundaria completa-incompleta; Terciaria completa-incompleta	Cualitativa ordinal
RESIDENCIA	Lugar donde habita la mujer.	Habita en: Montevideo; interior	Cualitativa nominal
TIPO DE COBERTURA ASISTENCIAL	Forma de acceso a la asistencia médica.	Camé del MSP: Gratis- arancelado Otro	Cualitativa nominal
CREENCIA RELIGIOSA	Profesión y observancia de la doctrina religiosa.	Será la que manifieste la mujer: Creyente: si-no.	Cualitativa nominal
TRABAJO	Desarrollo de una determinada actividad física o intelectual por la cual recibe alguna remuneración.	Manifestación de la usuaria de trabajar Si - No.	Cualitativa nominal
TIPO DE TRABAJO	Diversas actividades que desempeña una mujer, a cambio de una remuneración.	Manifestación de la usuaria: Dependiente - Independiente.	Cualitativa nominal
SITUACIÓN ACTUAL DE PAREJA	Estado civil o vínculo sentimental en el que se encuentra la mujer.	Estado que manifiesta cada mujer: Casada - Soltera - Unión estable -Unión libre - Sola - Otro.	Cualitativa nominal
MOTIVO DE EMBARAZO NO DESEADO	Situación que impulsa a la mujer a decidir interrumpir su embarazo.	Según lo manifestado por la mujer, a causa de: Muchos hijos - Situación económica - No quiere ahora - Origen en violencia - Situación de pareja -Otro	Cualitativa nominal

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	ESCALA
CONOCIMIENTO SOBRE EL ABORTO	Formación e ideas de la mujer acerca de la interrupción voluntaria del embarazo.	Manifestación de saber el significado: si – no.	Cualitativa nominal
IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS Y CONSECUENCIAS	Conocimiento del peligro y las consecuencias potenciales de la interrupción voluntaria del embarazo.	De acuerdo a lo manifestado por la mujer según los criterios pre establecidos en cada categoría: Físico: esterilidad, hemorragia, infección, trastornos menstruales, trastornos ginecobstétricos. Psicológico: angustia, ansiedad, culpa, tristeza, rabia. Legal: penalización tanto para el que se lo realiza, como para el que lo practica.	Cualitativa nominal
APOYO PATERNO EN LA DECISIÓN	Capacidad y obligación de responder frente a la situación tanto económicamente como emocionalmente.	El que manifieste la mujer: apoyo emocional – apoyo económico – ambos – sin apoyo.	Cualitativa nominal
DECISIÓN DE INTERRUPTIR EL EMBARAZO	Resolución adoptada por la mujer al final de la entrevista.	Lo que manifieste la mujer acerca de su decisión: Si - No	Cualitativa nominal
ANTECEDENTES DE ABORTO	Situación anterior de una interrupción voluntaria de la gestación.	Lo manifestado por la usuaria: Si - No.	Cualitativa, nominal.
MÉTODO ABORTIVO UTILIZADO	Procedimiento mediante el cual llevo a cabo la interrupción de un embarazo anterior.	De acuerdo al método que la mujer utilizó: Seguro (bajo riesgo) – Inseguro (alto riesgo).	Cualitativa nominal.

PLAN DE ANÁLISIS

Ordenamiento de datos: Serán ordenados primariamente los datos patronímicos, seguidos de la gestación actual, relacionados con la intención de interrumpir ésta, y antecedentes de interrupciones gestacionales intencionales previas.

Presentación de datos: Los datos serán presentados mediante tablas de contingencia y gráficos basados en las mismas.

Análisis de datos: Serán analizados mediante cálculo bioestadístico de los datos aportados por cada variable.

Método de análisis: Se utilizará el programa informático de Microsoft Excel.

PLAN DE TABULACIÓN

Edad	FA	FR%
< 15		
15 - 24		
25 - 34		
35 - 44		
>= 45		
Sin dato		

Residencia	FA	FR%
Montevideo		
Interior		
Sin dato		

Creencia religiosa	FA	FR%
Si		
No		
Sin dato		

Trabajo	FA	FR%
Si		
No		
Sin dato		

Nivel de Instrucción	FA	FR%
Primaria completa		
Primaria incompleta		
Secundaria completa		
Secundaria incompleta		
Terciaria completa		
Terciaria incompleta		
otros		
Sin dato		

Conocimientos de consecuencias de un aborto	FA	FR%
No		
Si		
Físico		
Psicológico		
Legal		
Sin dato		

Situación de pareja	FA	FR%
Soltera		
Casada		
Unión estable		
Unión libre		
otros		
Sin dato		

Apoyo de la pareja en la decisión	FA	FR%
Si		
No		
Sin dato		

Conocimiento sobre aborto	FA	FR%
SI		
No		
Sin dato		

Causa de embarazo no deseado	FA	FR%
Muchos hijos		
Situación económica		
No quiere ahora		
Origen en violencia		
Sin pareja		
Otro		
Sin dato		

Cobertura asistencial	FA	FR%
Carné MSP Gratuito		
Carné MSP Arancelado		
otro		
Sin dato		

Antecedentes de aborto	FA	FR%
Si		
No		
Sin dato		

Decisión de Interrumpir el embarazo	FA	FR%
Si		
No		
Sin dato		

MARCO INSTITUCIONAL

- CHPR, Policlínica Ginecológica "A" de Asesoramiento.
- Facultad de Enfermería (UDELAR)

Beneficiarios:

Directos: Usuarías
Estudiantes de Licenciatura de Enfermería
Personal de la salud

Indirectos: Estado
Sociedad

Localización física y cobertura espacial:

- 1 Policlínica Ginecológica "A" de Asesoramiento del CHPR
- 2 Facultad de Enfermería (UDELAR)
- 3 Domicilio de cada una de las integrantes de la tesis

Fuente de datos:

Aquellas que permiten obtener información exacta o aproximada sobre un tema determinado, permitiendo minimizar el margen de error.

- Primarias: usuarias
- Secundarias: otros profesionales, equipo de salud

Instrumento y recolección de datos:

La recolección de datos se realizará mediante un formulario (Ver Anexo II) para realizar la entrevista, que contará con preguntas semi-estructuradas a un total de 75 usuarias.

La aplicación del instrumento será sobre la fuente primaria de datos, realizándose en caso necesario, una complementación con datos de la fuente secundaria.

Para la recolección de datos, se realizará un pre test aplicando el instrumento para verificar su eficacia, tomando como muestra el llenado del formulario correspondiente en una semana a 9 usuarias.

Las entrevistas serán realizadas a todas las usuarias que concurran por consulta y que accedan a responder el formulario en la Policlínica de asesoramiento, que funciona en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, los días lunes y jueves en el horario de 12:00 a 16:00 hs.

Determinación de los recursos necesarios:

1 Factor humano:

El trabajo de investigación será realizado por seis estudiantes de Licenciatura en Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Enfermería.

2 Recursos materiales:

- A. Bibliografía
- B. Computadora
- C. Impresora
- D. Compact disk
- E. Disquetes
- F. Tinta de impresión
- G. Fotocopiadora
- H. Papelería

3 Recursos financieros:

La financiación del proyecto provendrá de los seis estudiantes

Costos y presupuestos

Para la realización de la presente investigación, se estiman los recursos necesarios para cubrir gastos de transporte y viáticos de los estudiantes, así como también para la compra de material de papelería, material bibliográfico, material de impresión, horas de Internet y gastos para encuadernación, estimando un costo total aproximado de 12.450 pesos uruguayos.

Viáticos	\$ 4.350
Materiales:	
Bibliográfico	\$ 1.800
Informático	\$ 2.500
Papelería	\$ 600
Encuadernación	\$ 200
Material para presentación	\$ 1.800
Imprevistos	\$1.200
Total	\$ 12.450

Administración del proyecto:

- | | | |
|---|------------------------------|--------------------|
| 1 | Supervisora | Tania Rivas |
| 2 | Secretaría | Carolina Rodríguez |
| 3 | Subsecretaria | Natalia Rovira |
| 4 | Coordinador de reuniones | Alejandra Delmonte |
| 5 | Encargada de la bibliografía | Valeria Nicora |
| 6 | Tesorera | Silvia Cabrera |

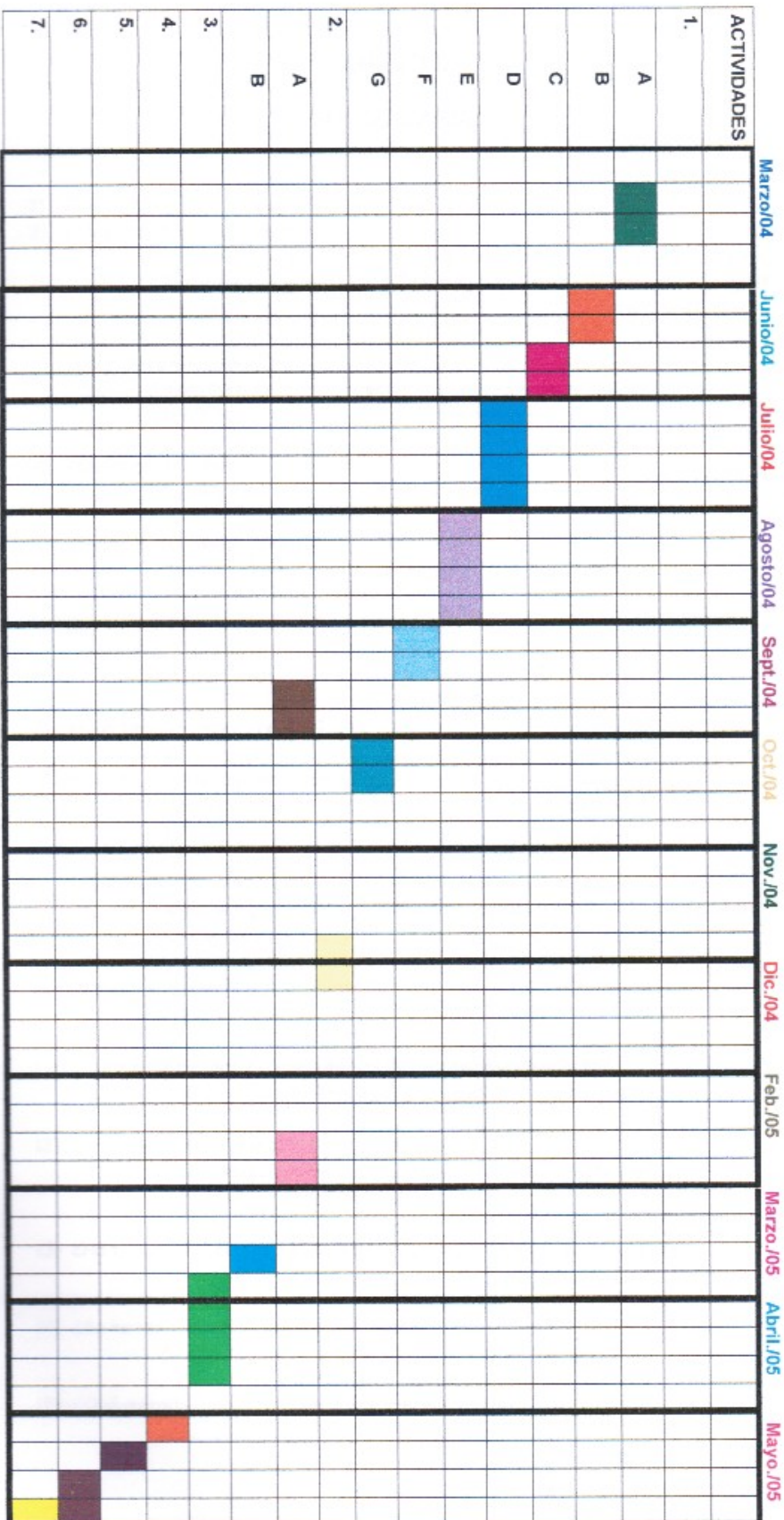
Las funciones a desempeñar serán rotativas cada 15 días.

Cronograma de actividades

- | | |
|---|--------------|
| 1. Realización del protocolo de investigación | (18 semanas) |
| a. Definición del tema y problema | (2 semanas) |
| b. Fundamentación y justificación | (2 semanas) |

c. Determinar objetivos y metas	(2 semanas)
d. Revisión bibliográfica	(4 semanas)
e. Marco referencial	(4 semanas)
f. Variables	(2 semanas)
g. Plan de análisis	(2 semanas)
2. Creación del instrumento de recolección de información	(1 semana)
a. Presentación ante autoridades	(4 semanas)
b. Prueba de funcionalidad del instrumento	(2 días)
3. Recolección de datos	(4 semanas)
4. Procesamiento de datos y clasificación	(1semana)
5. Análisis de los datos obtenidos	(1semana)
6. Redacción del informe final	(3 semanas)
7. Entrega del informe final	(1día)

Diagrama de Gantt



ANEXO II
FORMULARIO

- 1) Edad: _____
- 2) ¿Que estudios ha realizado?
Primaria completa () Primaria incompleta () Secundaria completa ()
Secundaria incompleta () Terciaria completa () Terciaria incompleta ()
Otros ()
- 3) Lugar de residencia:
Montevideo ----- Barrio -----
Interior ----- Localidad -----
- 4) ¿Que tipo de cobertura asistencial posee?
Carne Gratuito () Carne Arancelado. () Otro. ()
- 5) ¿Usted posee alguna creencia religiosa?
Si () No () Cual _____
- 6) ¿Actualmente usted trabaja?
Si. () No. () Cantas horas ()
- 7) ¿Que tipo de trabajo realiza? _____
- 8) ¿Cuál es su situación actual de pareja?
Casada. () Soltera. () Unión estable ()
Sola. () Unión libre () Otro. ()
- 9) ¿Cuál es él/ los motivo/s por los que no desea continuar el embarazo?
Muchos hijos. () Situación económica. () No quiere ahora. ()
Origen en violencia. () Situación de pareja. () Otros. ()
- 10) ¿Conoce lo que significa un aborto?
Si () No ()
- 11) ¿Conoce los riesgos y consecuencias de practicarse un aborto?
No () Si: físico () legal () psicológico ()
- 12) ¿El padre de su hijo la apoya en la decisión?
Apoya emocionalmente () Apoya económicamente ()
Ambos. () No recibe apoyo ()
- 13) ¿Ha tomado una decisión acerca de la continuación de su embarazo?
Si () no () Cual _____
- 14) ¿Se ha realizado abortos anteriormente?
Si () No () Cuantos: _____
- 15) ¿Qué método utilizó para interrumpir el embarazo?

ANEXO III

Instructivo de llenado del formulario.

- Pregunta N°1- Será llenada en años.
- Pregunta N°2- Se consignará una cruz al ítem manifestado por la usuaria; en el ítem otros se especificará cual fue el estudio realizado.
- Pregunta N°3- Se consignará una cruz al ítem manifestado por la usuaria; se especificará el barrio o localidad al cual pertenece.
- Pregunta N°4- Se consignará una cruz al ítem manifestado por la usuaria.
- Pregunta N°5- Se consignará una cruz al ítem manifestado por la usuaria; en el ítem cual, se especificará el tipo.
- Pregunta N°6- Se consignará una cruz al ítem manifestado por la usuaria; especificando en el caso de ser afirmativa, la cantidad de horas, y se pasa directamente a la pregunta N°7.
- Pregunta N°7- Se responderá de manera abierta.
- Pregunta N°8- Se consignará una cruz al ítem manifestado por la usuaria.
- Pregunta N°9- Se consignará una cruz al ítem manifestado por la usuaria.
- Pregunta N°10- Se consignará una cruz al ítem manifestado por la usuaria.
- Pregunta N°11- Se consignará una cruz al ítem manifestado por la usuaria. En el caso de ser afirmativa admitirá de 1 a 3 categorías; y se considerará incluida en alguna de las categorías, si es afirmativo al menos en dos ítems.
- Pregunta N°12- Se consignará una cruz al ítem manifestado por la usuaria.
- Pregunta N°13- Se consignará una cruz al ítem manifestado por la usuaria, en el caso de ser afirmativa, se detallará cual fue la decisión adoptada.
- Pregunta N°14- Se consignará una cruz al ítem manifestado por la usuaria, en el caso de ser afirmativa, se especificará la cantidad y se pasará directamente a la pregunta N°15.
- Pregunta N°15- Será respondida en forma abierta.