

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA  
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA  
SALUD  
CARRERA DE MEDICINA



*Aborto Provocado: Una mirada de los médicos  
de dos instituciones de Rosario  
frente a este grave problema social*

Alumno: André Brajão Romão

Tutor: Dr. Juan Carlos Picena

Junio 2011

En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones inadecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso del aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. ...Se debe asignar siempre máxima prioridad a los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto... En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad.

Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, 1994, El Cairo.  
Párrafo 8.25

## ÍNDICE

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Marco Teórico:.....	7
Problema .....	7
Objetivos .....	7
Material y Métodos .....	8
Resultados .....	11
Discusión.....	21
Conclusiones.....	24
Bibliografía .....	25
Anexo 1 - Marco Teórico.....	29
Anexo 2 - Encuesta.....	41
Anexo 3 - Análisis .....	44
Agradecimientos .....	48



## Resumen

El presente es un estudio descriptivo observacional cuantitativo en base a encuestas anónimas auto administradas a médicos generalistas y especialistas de una institución pública y otra privada de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. Son ellas el Hospital del Centenario y el Sanatorio de la Mujer, respectivamente, durante el periodo comprendido entre el Diciembre de 2010 y Abril de 2011. El objetivo fue indagar sobre el grado de conciencia que tienen determinados profesionales médicos sobre su rol en la prevención y educación sexual para evitar las graves consecuencias que producen los abortos.

Los resultados más significativos fueron: del total de 100 (cien) médicos encuestados, el 31% contestó que la Facultad de Medicina ha informado lo suficiente como para indicárselo a una mujer, que el 99% de los encuestados le asigna mucha importancia a la educación sexual en la prevención del aborto provocado y sus complicaciones, el 95% de los encuestados cree que es importante el rol del médico en la educación de sexual de sus pacientes.

Se concluyó que es insuficiente el conocimiento concreto sobre métodos anticonceptivos, casi la totalidad de los encuestados cree importante el rol del médico en la educación sexual de sus pacientes.

**Palabras clave :** *Aborto provocado, métodos anticonceptivos, educación sexual, planificación familiar.*

## Introducción

La elección de este tema se dio en base a la elevada cantidad de discusiones y polémicas que se han presentado los días de hoy en todos los medios de comunicación sobre el tema aborto. Tengo la intención de demostrar la importancia del conocimiento médico con relación al aborto y su rol en la prevención y también en la educación sexual. Otra razón por la que elegí hablar sobre el tema aborto es que, en mi vida universitaria, tuve la oportunidad de presenciar o enterarme a través de terceros de innumerables situaciones en que los métodos de prevención y, obviamente, los conceptos de educación sexual habían fallado.

Como consecuencia de esto, muchas de las mujeres terminan realizándose un aborto inseguro. Este problema afecta principalmente a las más jóvenes y de menor nivel social produciendo la muerte o dejando graves complicaciones, tanto físicas como psicológicas.

Según la OMS, en América Latina el aborto inseguro se cobra la vida de unas 5000 mujeres cada año. Además, unas 800000 mujeres son hospitalizadas cada año por complicaciones inmediatas del aborto inseguro, como hemorragias, dolor intenso, desgarros e infecciones. <1>

Ni las hemorragias pos-parto, ni los trastornos hipertensivos son la principal causa de muerte materna en Argentina. Son los abortos inseguros.

En otros países, por ejemplo Georgia, donde se documentan las mayores tasas mundiales de aborto, se llevó a cabo un estudio para analizar las evidencias de la disminución de la práctica abortiva en el país. Como resultado se pudo inferir que esfuerzos en aumentar la disponibilidad y el uso de métodos modernos de planeamiento familiar deberían llevar a un declive importante en la tasa de aborto. <2>

Otro estudio realizado en Perú en el 2009, país donde la política con relación al aborto se equipara a la Argentina, se enfatizó la necesidad de políticas de incentivo a la educación sexual y la provisión de métodos contraceptivos para combatir la elevada tasa de aborto. <3>

En el transcurso de este trabajo se trata también de evaluar la importancia de determinados factores que inciden, según los médicos, para recurrir a un aborto provocado. Estos factores son: edad de la mujer, nivel socio-cultural, tipo de unión con la pareja, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, edad del primer embarazo, etc.

Como referencia a nivel nacional, vale la pena citar algunos de los hallazgos obtenidos en un estudio realizado en el año 2001, en quince establecimientos asistenciales administrados y

financiados por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y en catorce hospitales generales y materno-infantiles de seis partidos seleccionados de la provincia de Buenos Aires (Florencio Varela, La Matanza, Merlo, San Fernando, San Martín y Vicente López).

Los entrevistados son médicos ginecólogos, obstetras o toco-ginecólogos que ejercen un trabajo remunerado en los servicios seleccionados. Esos hallazgos fueron: el aborto (78%) y la anticoncepción (65%) fueron considerados problemas de salud pública de gran relevancia. La gran mayoría (más del 70%) consideró “muy prioritaria” la realización de las siguientes acciones: la implementación de programas de educación sexual dirigidos a la población adolescente, la implementación de campañas de prevención con distribución de preservativos, la implementación de programas de asistencia en anticoncepción y de asesoramiento anticonceptivo posaborto. 6 de cada 10 encuestados está de acuerdo con la frase “La prestación anticonceptiva no es suficientemente valorada por los médicos como una acción preventiva”. No se registraron diferencias según sexo y edad de los profesionales.

Como propuesta, entre otras, se destacó la necesidad de trabajar en la promoción de una visión más integral de la salud reproductiva, tanto a nivel de la formación profesional como de la actualización permanente.<4>

Los médicos pueden promover políticas sanitarias para propender a una educación que redunde en el descenso de las altas tasas de aborto provocado.

*Marco Teórico: VER ANEXO 1 pag. 29*

## Problema

¿Cuál es el conocimiento de los médicos generales, clínicos, obstetras y ginecólogos de dos instituciones de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe – Argentina, sobre el aborto provocado, consecuencias y las razones que llevan al mismo?

## Objetivos

### **General:**

- Observar el grado de conciencia que tienen determinados profesionales médicos sobre su rol en la prevención y educación sexual para evitar las graves consecuencias que producen los abortos.

### **Específicos :**

- Evaluar los conocimientos sobre métodos anticonceptivos que se imparten durante la formación de los profesionales.
- Determinar si los médicos creen importante tener un rol protagonista dentro de los programas de educación sexual.
- Determinar la actitud de los médicos frente a una situación de aborto provocado y/ o sus complicaciones

## Material y Métodos

**Tipo y diseño del estudio:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional cuantitativo en base a encuestas anónimas auto administradas.

### **Población y muestra:**

**Universo:** Médicos de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina

**Período:** Diciembre de 2010 y Abril 2011

**Población accesible:** Médicos del Sanatorio de la Mujer, institución privada ubicada en San Luis 2493 de la ciudad de Rosario, Pcia. de Santa Fe, y el Hospital del Centenario, institución pública ubicada en Urquiza 3101, de la ciudad de Rosario, Pcia. de Santa Fe.

**Muestra:** El tamaño de la muestra fue de 100(cien) médicos encuestados, estratificados por especialidad (clínica médica, medicina general, ginecología y obstetricia).

**Criterios de inclusión:** Médicos especialistas y generalistas de ambos sexos.

**Criterios de exclusión:** Rechazo del consentimiento informado. Médicos de otras instituciones asistenciales públicas o privadas de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

**Criterios de eliminación:** Encuestas no contestadas. Encuestas parcialmente contestadas.

### **Variables:**

- ♣ *Género*
- ♣ *Antigüedad de profesión*
- ♣ *Especialidad*
- ♣ *Lugar de trabajo*

### Operacionalización de las variables:

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>
Sexo	Género	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Femenino</li><li>○ Masculino</li></ul>	Proporción en cada categoría	Catagórica dicotómica
Antigüedad de profesión	Años de antigüedad en la profesión	<ul style="list-style-type: none"><li>○ &lt;10 años</li><li>○ 10-20 años</li><li>○ &gt;20 años</li></ul>	Proporción en cada categoría	Ordinal
Especialidad	Rama de la actividad dentro de la medicina	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Clínica</li><li>○ Medicina General</li><li>○ Ginecología</li><li>○ Obstetricia</li></ul>	Proporción en cada categoría	Catagórica dicotómica
Lugar de trabajo	Institución asistencial	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Pública</li><li>○ Privada</li></ul>	Proporción en cada categoría	Catagórica dicotómica

### Instrumentos, recolección y análisis de los datos:

Las encuestas constaron de doce preguntas en total. La primera pregunta se refiere a años de egreso de la carrera y de la especialidad y las once restantes son de múltiple opción. Modelo de encuesta en Anexo 2. VER página 41

Posteriormente a la recolección de datos se procedió al procesamiento para la descripción de los mismos. Los datos fueron volcados en Fichas de Registro confeccionadas ad-hoc, mediante

hoja de cálculo computarizada de tipo Excel versión 2007 Microsoft Windows. A los efectos de describir la muestra se refirieron las características en porcentajes, desvío estándar e intervalos de confianza, según corresponda a la escala de medición de cada variable. Se realizó la confección de tablas como expresión de los resultados y gráficos para la defensa oral.

De acuerdo a los datos, se aplicaron las pruebas (tests) estadísticos que convinieron, considerando un valor de  $p < 0,05$ , como de significación estadística.

## Resultados

Los resultados de los datos obtenidos de las encuestas han sido volcados en las siguientes tablas. En el ANEXO 3 VER Página 44, se construyeron modelos de regresión logística múltiple, utilizando cada una de las preguntas como variable dependiente, con el objeto de determinar interacción o potenciales confundidores.

**Tabla 1: Datos basales de la población estudiada**

<b>Variable</b>	<b>n 100</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
<i>Femenino</i>	51	51%
<i>Masculino</i>	49	49%
<b>Especialidad</b>		
<i>Clínica</i>	28	28%
<i>Generalista</i>	31	31%
<i>Ginecología-Obstetricia</i>	41	41%
<b>Lugar de trabajo</b>		
<i>Hospital público</i>	58	58%
<i>Clínica privada</i>	42	42%
<b>Egreso de la carrera</b>		
<i>&lt;10 años</i>	47	47%
<i>10-20 años</i>	23	23%
<i>&gt;20 años</i>	30	30%

En la tabla 1 se observan los datos basales de la población y su distribución según las variables analizadas. Con respecto al sexo la población estuvo equitativamente distribuida en ambos sexos. Con respecto a la especialidad, se observó una predominancia de médicos ginecólogos, gineco-obstetras y obstetras (41%), seguido de generalistas (31%) y médicos clínicos (28%). El 58% de los médicos trabajaba en Hospital Público (Hospital Centenario de la Ciudad de Rosario), y un 42% en Clínica Privada (Sanatorio de la Mujer). Finalmente el 47% de los médicos encuestados tenía menos de 10 años de carrera, el 23% entre 10-20 años y los 30% restantes se graduaron hace más de 20 años.

**Tabla 2**

<b>Pregunta 5</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
NO	57	57%
SI	43	43%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

La tabla 2 representa los resultados obtenidos con las respuestas de la pregunta 5. Se puede observar que el 57% de los encuestados contestó que la Facultad de Medicina no le ha informado suficientemente acerca del aborto y sus complicaciones como para brindar una atención óptima. El 43% contestó que la Facultad de Medicina sí le ha brindado la información suficiente.

Si bien los resultados del análisis univariado de cada una de las variables vs. la pregunta 5, habían sido no significativos, se testeó un modelo multivariable para descartar existencia de potenciales confundidores o variables de interacción. No se constató significancia para ninguna de ellas. (Anexo 3 ver página 44)

**Tabla 3**

<b>Pregunta 6</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>N</b>
A - no le ha brindado información sobre métodos anticonceptivos	33.00%	33
B - han recibido información de manera vaga o incompleta	36.00%	36
C - ha informado lo suficiente como para indicárselo a una mujer	31.00%	31
<b>Total</b>	<b>100.00%</b>	<b>100</b>

La tabla 3 representa los resultados obtenidos con las respuestas de la pregunta 6 **¿Cree usted que la Facultad de Medicina le ha brindado información sobre métodos contraceptivos, como preservativos, píldoras, D.I.U., diafragma, etc.?** Se puede observar que el 33% de los médicos encuestados contestó no la Facultad de Medicina no le ha brindado información sobre métodos contraceptivos, como preservativos, píldoras, D.I.U, diafragma, etc. (A). El 36% contestó que han recibido información de manera muy vaga o incompleta, o sea, mencionaran los métodos, pero no sus ventajas y desventajas (B). Por último, el 31% contestó que la Facultad de Medicina ha informado lo suficiente como para indicárselo a una mujer (C). En el análisis de esta pregunta se observó que la variable sexo, que había tenido un resultado significativo en el análisis univariado, resultó no-significativo en el modelo multivariable. Sí resultaron significativos los resultados de *p* para las siguientes variables: especialidad, lugar de trabajo y años de egreso de la carrera. Según este modelo, se puede decir entonces que las diferencias observadas en los porcentajes de respuestas a la pregunta 6 son significativamente según la especialidad, el lugar de trabajo o los años de egresado que tengan los médicos.

**Tabla 4**

<b>Pregunta 7</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
A – no le ha brindado información sobre anticoncepción de emergencia	55	55,00%
B – han recibido información de manera vaga o incompleta	25	25,00%
C – ha informado lo suficiente como para indicárselo a una mujer	20	20,00%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,00%</b>

La tabla 4 representa los resultados con las respuestas de la pregunta 7. **¿Cree usted que la Facultad de Medicina lo ha informado suficientemente sobre métodos de contracepción de emrgencia?** Se puede observar que más de la mitad (55%) de los médicos encuestados dice no haber recibido información suficiente sobre métodos de contracepción de emergencia en la Facultad de Medicina (A). La minoría (20%) contestó que la Facultad de Medicina lo ha informado lo suficiente como para poder indicárselo a una mujer (C). El 25% restante respondió que sí, pero en forma vaga o incompleta (B). En el análisis de esta pregunta se observó que el variable sexo y el egreso de la carrera, que habían tenido una *p* no-significativa en el análisis univariado, resultaron significativas en el estudio multivariado. Se puede decir sin embargo que probablemente las diferencias encontradas en los porcentajes de estas variables sean entonces estadísticamente significativas.

**Tabla 5**

Pregunta 8	N	Porcentaje
A – lo atendería yo	73	73%
B – la derivaría	27	27,00%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

La tabla 5 representa los resultados obtenidos con las respuestas de la pregunta 8. **Si usted fuera consultado por una paciente con un post-aborto provocado, ¿cual sería su actitud?** El 73% de los encuestados contestó que atenderían personalmente si fueran consultados por una paciente con un post-aborto provocado (A). Los demás derivarían a otro especialista (B). Al igual que el modelo anterior, en este análisis se observó que las variables sexo y el egreso de la carrera, resultaron significativas en el estudio multivariado. Se puede decir entonces, que probablemente las diferencias encontradas en los porcentajes de estas variables sean estadísticamente significativas.

**Tabla 6**

Pregunta 9	N	Porcentaje
A - no	25	25%
B – sí, su vida corría peligro	29	29%
C – sí, su vida no corría peligro	46	46%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

La tabla 6 representa los resultados obtenidos en la pregunta 9. **¿Ha atendido usted alguna paciente con un post-aborto provocado?** El 25% de los encuestados contestó que no había atendido ninguna paciente con post-aborto provocado (A). El 29% ha atendido una paciente en esa situación y su vida no corría peligro (B). El 46% de los médicos encuestados afirmó que la vida de la paciente corría peligro (C).

**Tabla 7**

Pregunta 10-1	N	Porcentaje
mucha	99	99%
nada	1	1%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

La tabla 7 representa parte del resultado obtenido en la pregunta 10. **Para evitar llegar a un aborto y sus complicaciones, ¿qué importancia asigna usted a cada una de las siguientes acciones?** Se observó que el 99% de los encuestados le asigna mucha importancia a la educación sexual en la prevención del aborto provocado y sus complicaciones.

**Tabla 8**

Pregunta 10-2	N	Porcentaje
mucha	82	82%
poca	18	18%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

La tabla 8 representa parte de los resultados obtenidos en la pregunta 10. **Para evitar llegar a un aborto y sus complicaciones, ¿qué importancia asigna usted a cada una de las siguientes acciones?** Se observó que el 82% le asignó mucha importancia incentivar talleres de planificación familiar en la prevención del aborto provocado y sus complicaciones. En el análisis de la pregunta 10-2 se observó una asociación fuertemente significativa con la variable especialidad. También se observó significancia estadística en el resultado de  $p$  para la variable egreso de la carrera. Se puede decir entonces que la diferencia entre los porcentajes para las respuestas de la pregunta 10-2 varía significativamente según la especialidad del médico y los años de egreso de la carrera.

**Tabla 9**

<b>Pregunta 10-3</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
mucha	49	49%
poca	45	45%
nada	6	6%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

La tabla 9 representa parte de los resultados obtenidos en la pregunta 10. **Para evitar llegar a un aborto y sus complicaciones, ¿qué importancia asigna usted a cada una de las siguientes acciones?** Muestra que, menos de la mitad de los médicos encuestados (49%), asignó mucha importancia promocionar la contracepción de emergencia como manera de evitar llegar a un aborto y sus complicaciones. Con respecto a los resultados de  $p$  para el análisis multivariado de la

pregunta 10-3, se puede decir que existe una diferencia fuertemente significativa entre los porcentajes de respuesta para esta pregunta con relación al sexo del médico y su especialidad.

**Tabla 10**

<b>Pregunta 11</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
A - no	1	1%
B - sí	95	95%
C - no sabe no contesta	4	4%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

La tabla 10 representa los resultados obtenidos en la pregunta 11. **¿Cree Ud. que es importante el rol del médico en la educación sexual de sus pacientes?** Se constató que una enorme proporción (95%) de los encuestados cree que es importante el rol del médico en la educación de sexual de sus pacientes.

**Tabla 11**

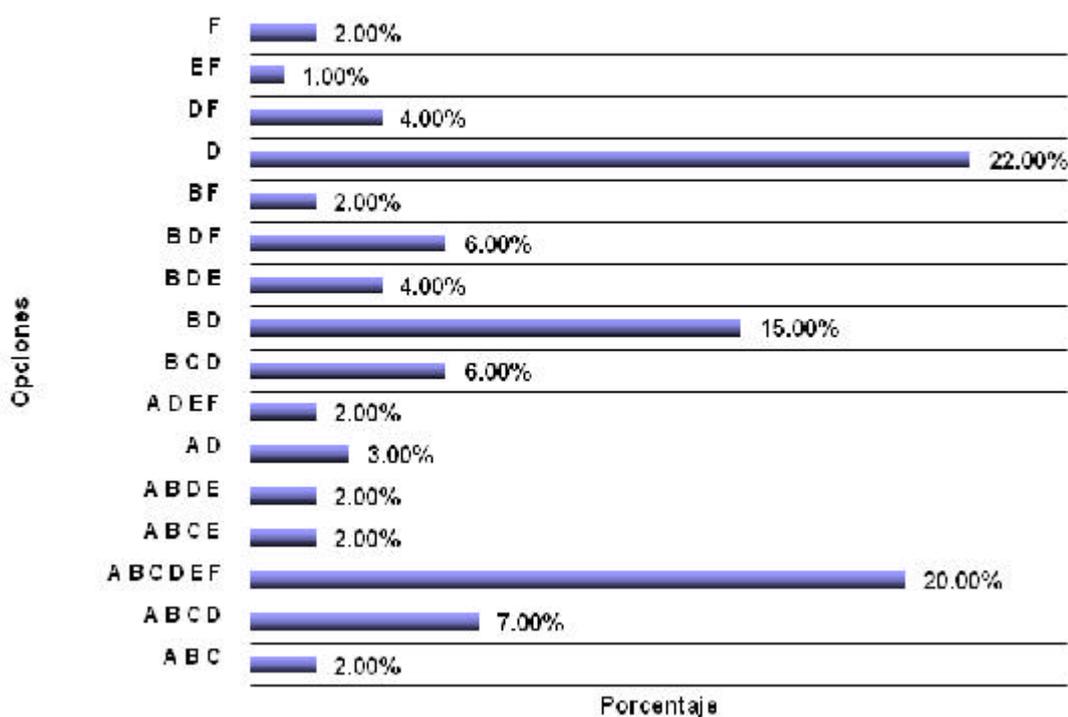
<b>Pregunta 12</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
ABC	2	2%
ABC D	7	7%
ABC DEF	20	20%
ABCE	2	2%
ABDE	2	2%
AD	3	3%
ADEF	2	2%
BCD	6	6%
BD	15	15%
BDE	4	4%
BDF	6	6%
BF	2	2%
D	22	22%
DF	4	4%
EF	1	1%
F	2	2%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

La tabla 11 representa los resultados obtenidos en la última pregunta de la encuesta: **¿Cuáles considera que son razones por las que se llega a un aborto provocado? Indique una o más opciones.** Las opciones eran: A- Edad de la mujer; B- Nivel socio-cultural; C- estabilidad de

la pareja; D- Desconocimiento y no uso de métodos anticonceptivos; E- Edad temprana del primer embarazo; F Violación seguida de embarazo. De acuerdo a las proporciones referidas arriba, podemos concluir que: el 91% de los encuestados opinó que el desconocimiento y no uso de métodos anticonceptivos es la principal razón por la se llega a un aborto provocado. El nivel socio-cultural (66%), edad de la mujer (38%), estabilidad de la pareja 37%), violación seguida de embarazo (37%) y edad temprana del primer embarazo (31%) siguen el orden de frecuencia. Analizando las combinaciones de respuestas, se puede concluir que el 22% de los encuestados cree que el desconocimiento y no uso de métodos anticonceptivos es la única razón por la que se llega a un aborto provocado. Ya el 20% cree en todas las opciones como posibles razones.

Estos datos pueden ser expresados más claramente en el siguiente grafico.

**Gráfico 11**



## Discusión

Se llevó adelante un estudio de tipo descriptivo observacional cuantitativo en base a una encuesta anónima realizada a médicos generalistas y especialistas (clínicos, ginecólogos y obstetras) que trabajan en dos instituciones de la ciudad de Rosario provincia de Santa Fe, siendo una pública y la otra privada (Hospital del Centenario y Sanatorio de la Mujer, respectivamente) durante el periodo de 10 de diciembre de 2010 y 4 de abril de 2011.

- ^ En relación a las características de la población en estudio en cuanto a los años de egreso de la carrera: el 47% egresó hace menos de 10 años, el 23% entre 10 y 20 años y 30% más de 20 años.
- ^ A pesar de que los profesionales, tanto generalistas como especialistas, en su mayoría, refirieron haber recibido información en su formación universitaria sobre los métodos anticonceptivos disponibles en el mercado, una sustancial proporción refirió no haber recibido lo suficiente como para indicárselo al paciente.

¿Sería conveniente la aplicación de cursos o talleres sobre planificación familiar? Es evidente la existencia de una falla importante en el sistema universitario actualmente en cuanto a la formación profesional integral de sus alumnos. La primera consulta para solicitar un método anticonceptivo puede ser la **única** oportunidad para prevenir un embarazo no deseado.

Por esto sería necesario adelantar amplias y masivas actividades y estrategias de educación médica, siendo importante desarrollar en la universidad una intervención educativa más enérgica sobre sexualidad y anticoncepción para resolver las principales deficiencias encontradas sobre estos temas y afines.

En Argentina, así como en otros países, está establecida por ley la educación sexual en las escuelas (primaria y secundaria) como materia obligatoria. La gran controversia pasa por el hecho de que los profesores admiten no estar preparados para brindar la información necesaria a sus alumnos. <23> Cabría al profesional de salud (médicos generalistas y especialistas) el rol principal en la difusión de una de las principales “armas” que tenemos contra el embarazo no deseado.

- ⤴ Como medidas para evitar llegar a un aborto y sus complicaciones, casi la totalidad de los encuestados refirió como muy importante el papel de la educación sexual y cree importante su rol en esa tarea.

De acuerdo a lo referido anteriormente, quizás el médico podría cumplir un rol más importante dentro de los establecimientos educativos, como por ejemplo en la capacitación de los docentes.

- ⤴ Con el cruce de los datos, la promoción de la anticoncepción de emergencia para la prevención del embarazo no-deseado fue clasificada solamente por la mitad de los encuestados como de mucha importancia.

La “píldora postcoital” entra en el concepto de anticoncepción de emergencia y **solo** para emergencia. Es un método para evitar un embarazo no deseado cuando haya relación sexual no protegida ni con preservativo ni con anticonceptivos o cuando la mujer fue víctima de una violación o relación sexual forzada. <24>

- ⤴ El desconocimiento y no uso de métodos anticonceptivos y el nivel socio-cultural de la mujer fueron las dos razones más mencionadas por los encuestados para que se llegue a un aborto provocado.

Un estudio realizado en 27 países en el año 1998, reveló que la estabilidad de la pareja y el nivel socio-cultural representaban las principales razones. <25> Este año se publicó, en la provincia de Neuquén, otro estudio donde se encuestaron médicos generalistas y gineco-obstetras sobre varias cuestiones relacionadas al aborto. Se constató que para el 49% de los y las profesionales encuestados la causa más frecuente es el no uso de métodos anticonceptivos, mientras que un 19% opina que es la falta de educación/información de la mujer. En tercer lugar, un 9% del personal médico adjudica la realización de un aborto a la falta de responsabilidad de la mujer. La percepción del no uso de métodos anticonceptivos como principal causa de embarazos que terminan en abortos, es congruente con la información obtenida del Sistema Informático Perinatal del año 2009.<26>

Quiero terminar citando las palabras de una autoridad indiscutible en asuntos de bioética: del fundador de esta disciplina, el médico norteamericano Van Reenselaer Potter. Dice: "Por supuesto, la terminación del embarazo mediante el aborto no es solución satisfactoria al problema del embarazo indeseado. Las otras alternativas son la abstinencia sexual total y el uso de técnicas

anticonceptivas efectivas. La educación sexual en las escuelas puede proporcionar la información necesaria, pero la orientación familiar parece más conveniente. La provisión de asesoramiento contraceptivo es esencial. <27>

Lo que tienen en común todas las mujeres que abortan es que se han embarazado sin planearlo, sin decidirlo. Como este embarazo va en contra de su voluntad, se ven obligadas a recurrir al aborto cuando no encuentran otra forma de resolver el problema, ya sea porque reconocen que no pueden hacerse cargo de la criatura que nacería, o porque no pueden aceptar la posibilidad de darla en adopción. El origen de todos los abortos provocados es el embarazo no buscado. <28>

Los gobiernos necesitan estimar el impacto en la salud del aborto inseguro, expandiendo y mejorando los servicios de planificación familiar, diseñar normas e intervenciones para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres. Prevenir los embarazos no deseados y el aborto inseguro debe continuar como prioridad en las políticas de salud sexual y reproductiva. Información y servicios de planificación familiar deben estar fácilmente disponibles, inclusive para los más jóvenes. <29>

## Conclusiones

En base a los resultados obtenidos en este estudio, y teniendo en cuenta el objetivo general planteado de observar el grado de conciencia que tienen determinados profesionales médicos sobre su rol en la prevención y educación sexual para evitar las graves consecuencias que producen los abortos, se puede concluir que:

- ✧ Es insuficiente el conocimiento concreto sobre métodos anticonceptivos. La mayoría de los encuestados expresa no haber obtenido información suficiente sobre métodos de anticoncepción de emergencia en su formación universitaria.
- ✧ Casi la totalidad de los encuestados cree importante el rol del médico en la educación sexual de sus pacientes.
- ✧ Las razones por las que se llega a un aborto provocado, según el orden de frecuencia fueron: desconocimiento y no uso de métodos anticonceptivos, nivel socio-cultural, edad de la mujer, estabilidad de la pareja, violación seguida de embarazo y por ultimo edad temprana del primer embarazo.

A pesar de haber realizado un análisis estadístico profundo de las variables, no es posible ni tampoco prudente extrapolar los resultados a la población de médicos en general, ya que solamente fueron encuestados algunos profesionales pertenecientes a dos instituciones. Se entiende entonces que la muestra no es representativa de todos los médicos de Rosario.

## Bibliografía

### Introducción:

1. Henry Espinoza. *Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistentes en América Latina*. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(3), 2002. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9391.pdf> Visitado en 06/08/2010
2. Serbanescu F, Stupp P, Westoff C., *Contraception matters: two approaches to analyzing evidence of the abortion decline in Georgia*. 2010 Jun;36(2):99-110. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20663746> Visitado 22/10/2010 hora 22:00
3. Antonio Bernabé-Ortiz, MD, Peter J. White, PhD, Cesar P. Carcamo, MD PhD, James P. Hughes, PhD, Marco A. Gonzales, Patricia J. Garcia, MD MPH, Geoff P. Garnett, PhD, and King K. Holmes, MD PhD, *Clandestine induced abortion: prevalence, incidence and risk factors among women in a Latin American country*. CMAJ. 2009 February 3; 180(3): 298-304. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2630358/?tool=pmcentrez> Visitado 22/10/2010 hora 01:30
4. *Profesión médica y problemática reproductiva: los tocoginecólogos frente a la regulación de la fecundidad y la salud sexual*. Disponible en: <http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/RE/2001/1848.pdf> Visitado 10/09/2010

### Marco teórico:

5. .A.Patitó, O. Lossetti, F. Trezza, C. Guzmán, N. Stingo *Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense*. J. Editorial Quorum. Buenos Aires, Argentina. 2003. IV, 807-818

6. Achával, Alfredo. *Manual de Medicina Legal*– 6ª edición ampliada y revisada – Buenos Aires : Abeledo-Perrot, 2005. XXX, 745-765
7. Paola Bergallo, Agustina Ramón Michel. *El aborto no punible en el Derecho Argentino*. 2009. Disponible en:  
<http://www.ispm.org.ar/pdfs/El%20aborto%20no%20punible%20en%20el%20derecho%20argentino.pdf> visitado 22/01/2011
8. Comparato, Mario. *Ginecología en esquemas*. 3ª edición 1ª reimpresión – Buenos Aires: El Ateneo, 2002. 19, 140-146
9. Gori, Jorge – Lorusso, Antonio . *Ginecología de Gori* – 2ª edición 1ª reimpresión – Buenos Aires : El Ateneo, 2003. 31, 553-576
10. *Miradas sobre el Aborto*, GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), México, 2001. Disponible en: [www.gire.org.mx](http://www.gire.org.mx) Visitado 10/09/2010
11. Graciela Rosso. *El aborto en la Argentina hoy* . ISSN 0328-8773. Disponible:  
<http://www.scielo.org.ar/pdf/mora/v13n2/v13n2a06.pdf> Visitado 23/10/2010
12. Dr. Carlos Abel Ray. *Mortalidad materna por abortos*. 2002. Disponible en:  
[www.uca.edu.ar/uca/common/.../mortalidad\\_materna\\_x\\_abortos.pdf](http://www.uca.edu.ar/uca/common/.../mortalidad_materna_x_abortos.pdf) visitado 28/01/2011
13. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. *Guía Técnico para la Atención Integral de los Abortos no Punibles*. 2007. Disponible en:  
[http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia\\_tecnica\\_abortos\\_no\\_punibles.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia_tecnica_abortos_no_punibles.pdf)
14. Dr. Ricardo Schwarcz, Dr. René Castro (Chile), Dra. Diana Galimberti, Lic. Obst. Inés Martínez, Dr. Oscar García, Dra. Celia Lomuto, Dra. Maria E. Etcheverry, Dra. Marta Queiruga. *Guía para el uso de métodos anticonceptivos*. Ministerio de Salud de Argentina. Octubre 2002. Disponible en:  
[http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia\\_de\\_metodos\\_anticonceptivos.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia_de_metodos_anticonceptivos.pdf)

15. Sociedad Argentina de Pediatría. *La píldora del día después como anticoncepción de emergencia*. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/acoe.pdf> visitado 02/02/2011
16. Dr. Juan Osvaldo Mormandi. *Aborto infectado y aborto séptico*. Disponible en: [http://www.sogiba.org.ar/lacomunidad/e3\\_aborto.htm](http://www.sogiba.org.ar/lacomunidad/e3_aborto.htm) Visitado 28/10/2010
17. Hogue CJ, Boardman LA, Stotland NL and Peipert JF. *A clinician`s guide to medical and surgical abortion*. In Paul M, Lichtenber ES, Borgatta L, Grimes D and Stubblefield. Philadelphia, Churchill Livingstone 1999. 217-228.
18. Organización Mundial de la Salud – OMS. *Mejorar el acceso a cuidados de calidad en Planificación Familiar - Criterios de Elegibilidad Médica para el uso anticonceptivo*. 2005. Disponible en: <http://prosalud.org.ve/public/documents/20100809281281369328.pdf>
19. Stotland N.L. *Abortion: Social Context, Psychodynamic Implications*. American Journal of Psychiatry. 1998. 155. 964-967. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/155/7/964?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=1&author1=stotland&title=abortion&andorexacttitle=and&andorexacttitleabs=and&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourceype=HWCIT> Visitado 03/02/2011
20. Silvia L. Gaviria A. *ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS DEL ABORTO INDUCIDO*. Disponible en: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol5/articulos/50008.php> Visitado 16/06/2010
21. Trine Munk-Olsen, Ph.D., Thomas Munk Laursen, Ph.D., Carsten B. Pedersen, Dr.Med.Sc., Øyvind Lidegaard, Dr.Med.Sc., and Preben Bo Mortensen, Dr.Med.Sc. *Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder*. NEJM - New England Journal of Medicine. 2011. Cap. 364, 332-339. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0905882> Visitado 22/03/2011

22. WHO - World Health Organization. *Ten statistical highlights in global public health*. 2007.  
disponible en: [www.who.int/entity/whosis/whostat2007\\_10highlights.pdf](http://www.who.int/entity/whosis/whostat2007_10highlights.pdf) visitado  
22/03/2011

*Discusión:*

23. Ibid 15
24. Luciana Lavigne. *La educación sexual en la ciudad de Buenos Aires. Interrogantes y reflexiones acerca de la construcción de una política pública en sexualidad*. 2007.  
Disponible en: [http://centauro.cmq.edu.mx/dav/libela/altredoc/Luciana\\_Lavigne2.pdf](http://centauro.cmq.edu.mx/dav/libela/altredoc/Luciana_Lavigne2.pdf)  
visitado 01/02/2011
25. Sonia Santoro. *Argentina: Una pastilla que revoluciona*. Mayo 2011. Argenpress.info.  
Disponible en : <http://mujeresenaccion.over-blog.es/article-argentina-una-pastilla-que-revoluciona-74522790.html> visitado 04/05/2011
26. *Temas de Ética Médica*. 2000. Librería Digital. Disponible en :  
<http://www.encolombia.com/etica-medica-capitulo-X-parte2.htm> visitado 22/01/2011
27. WHO - World Health Organization. *Unsafe abortion Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. Disponible en :  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596121\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596121_eng.pdf) visitado 03/02/2011
28. Ibid 11
29. Bankole, Akinrinola; Singh, Susheela; Haas, Taylor. *Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries - 1998 - International Family Planning Perspectives*, 24, 3, 117-27, 152 . Disponible en:  
[http://www.ceped.org/cgi/wwwisis.cgi/%5Bin=../cdrom/avortement\\_ameriquelatine\\_2007/e/s/infos/direct.in%5D/?t2000=848X](http://www.ceped.org/cgi/wwwisis.cgi/%5Bin=../cdrom/avortement_ameriquelatine_2007/e/s/infos/direct.in%5D/?t2000=848X)  
visitado 03/02/2011

## Anexo 1: Marco Teórico

Una de las primeras referencias al aborto como delito se encuentra en el Código de Hammurabi, donde se castigaban las maniobras abortivas al tener en cuenta la lesión a la mujer, y más frecuentemente aún, el daño a los intereses del marido a quien se defraudaba, ya que se le impedía tener descendientes. En la ley mosaica, la única disposición existente relativa al aborto se refiere al caso del que “golpear a una mujer embarazada”. Si de ello resultaba el aborto, la pena consistía en el pago de una multa “de lo que el marido quiera”. Se trataba de una compensación por el perjuicio causado. En Persia, se sancionaba por igual la mujer embarazada, al instigador y al que practicaba el aborto, haciendo referencia a las drogas abortivas. En Grecia, el aborto era penalizado si se realizaba después que el feto se “animara” o “hubiese recibido el sentimiento y la vida”. Hipócrates afirmaba que dicha “animación” se producía al séptimo día de la concepción, ya Aristóteles, proponía que el aborto era elemento regulador de la demografía y debía ser realizado antes de que el embrión hubiese recibido la “animación”. El siglo XX fue el de los mayores cambios relacionados con la legislación sobre el aborto vinculado a los principios de la libertad individual, la disposición sobre el propio cuerpo y, especialmente, a los movimientos feministas.<5>

A lo largo del tiempo, un enorme número de procedimientos abortivos fueron presentados a las mujeres para poner fin a su embarazo. Desde el uso de sustancias tóxicas o farmacológicas hasta maniobras tales como la aspiración. Las mismas se pueden efectuar sobre la vagina y superficie del cuello uterino, sobre la cavidad uterina, sobre el huevo, o bien sobre el abdomen. La mayoría de estas técnicas vienen acompañadas de 4(cuatro) factores primordiales que llevan a las complicaciones: clandestinidad, inexperiencia, septicidad y concausas genitales y extragenitales ignoradas.

El significado de la palabra aborto proviene del latín ab “sin” y orthus “nacimiento”. En Argentina, la Propuesta de Normativa Perinatal del Ministerio de Salud y Acción Social (1993) define el aborto como “expulsión de un feto o embrión que pesa menos de 500 gr. (edad gestacional aproximada 20-22 semanas completas), o cualquier otro producto de la gestación de cualquier peso o designación específica (ejemplo: mola hidatiforme) independientemente de la edad gestacional, tenga o no evidencia de vida y sea o no el aborto inducido o espontáneo”. Ya Ricardo Nuñez, en Derecho Penal Argentino, manifiesta que el aborto “es la interrupción violenta del proceso

fisiológico de desarrollo del feto”. Para unificar el tema, a fines médico-legales, definimos aborto como la interrupción del embarazo, con muerte del producto de la concepción, en cualquier momento del mismo.

Siguiendo la visión médico-legal del tema, lo clasificamos en: espontáneo y provocado. Podemos decir también que los provocados se dividen en punibles y no punibles de acuerdo al Código Penal vigente. El aborto doloso o criminal y el preterintencional son punibles; pero el realizado con un propósito terapéutico o bien por una orden jurídica, donde el embarazo proviene del un acto de violación a una mujer alienada o idiota, son no punibles. <6>

Desde 1922 la legislación argentina penaliza el aborto con ciertas excepciones definidas en el artículo 86 del Código Penal. Sin embargo, aún hoy el acceso de las mujeres a servicios de aborto en los casos del citado artículo se encuentra seriamente restringido. El Estado, como garante de la administración de la salud pública, tiene la obligación de asegurar el acceso a los servicios de salud de todas/os las/os habitantes sin más restricciones que las que impone la ley de manera razonable. Cuando concurren las circunstancias que habilitan a solicitar un aborto no punible, el Estado tiene el deber de poner a disposición de las mujeres las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera accesible y segura.

Además, debe tenerse en cuenta que en este tipo de intervenciones médicas la demora puede ocasionar riesgos para la vida o salud de la mujer. Este último factor, y de acuerdo con el principio de efectividad de los derechos –la operatividad y eficacia del derecho en sí mismo, constituye un elemento indispensable al momento de valorar la implementación de los procedimientos para acceder a los abortos no punibles. <7>

El control de la fertilidad permite que el hombre y la mujer tengan un hijo voluntariamente, en el momento y en la circunstancia elegida y según sus posibilidades económicas y creencias religiosas. Surge el concepto de paternidad responsable, y en la planificación familiar tanto el hombre como la mujer participan en esta decisión. <8>

Algunos estudios han revelado que en todas partes del mundo las mujeres que tienen abortos dan casi siempre las mismas razones para explicar su decisión. Estas razones pueden resumirse de la siguiente manera: para evitar la maternidad; posponer la maternidad; por condiciones socioeconómicas; por problemas en la relación; edad; motivos de salud; coerción. <9>

Las razones que pueden llevar a las mujeres a provocarse un aborto son muchas y diferentes. El hecho de que el embarazo sea producto de una violación o una relación sexual forzada; la imposibilidad de asumir a una criatura más; la carencia de empleo o de recursos económicos para sostener a una criatura; el desentendimiento o rechazo de la pareja; la percepción

de las mujeres de ser demasiado jóvenes o demasiado viejas como para poder ser madres; la necesidad de continuar los estudios o de dedicarse exclusivamente a la propia carrera, trabajo o proyecto de vida; el descubrimiento de graves malformaciones o enfermedades en el feto; el hecho de tener ya los hijos e hijas que se desean y, desde luego, la posibilidad de que la continuación del embarazo ponga en grave riesgo la salud o la vida misma de la mujer. <10>

Lo que tienen en común todas las mujeres que abortan es que se han embarazado sin planearlo, sin decidirlo. Como este embarazo va en contra de su voluntad, se ven obligadas a recurrir al aborto cuando no encuentran otra forma de resolver el problema, ya sea porque reconocen que no pueden hacerse cargo de la criatura que nacería, o porque no pueden aceptar la posibilidad de darla en adopción. El origen de todos los abortos provocados es el embarazo no buscado. <11>

## **Medidas Educativas y Preventivas**

Dichas medidas deben basarse en educación sanitaria y sexual de la población, en los consultorios pediátricos y ginecológicos a los padres y madres en especial, pero también en los medios de comunicación, en las aulas universitarias y en las sociedades científicas. <12>

Junto con eso, deben promocionarse los valores de la persona humana. Hay que explicar a las mujeres y a las madres lo que significan la vida, la sexualidad, la feminidad y el control responsable de la natalidad. Entre estas medidas, debe jugar un papel importante la enseñanza de la ciclicidad genital femenina, de la fertilidad periódica mensual y de los métodos de planificación natural de la natalidad.

Como se explicó en el Simposio Internacional sobre la Vida Humana, llevado a cabo en Septiembre de 2002 en el Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires <13>, hay que enseñar a todas las mujeres, a aprender a reconocer el día que ovulan y la ciclicidad de la ovulación. Posteriormente, ellas podrán elegir métodos naturales o métodos anticonceptivos para regular la natalidad. Esto las fortalecerá como mujeres y como personas y no serán "atropelladas" por los técnicos o facultativos que directamente les indican o colocan anticonceptivos. Insisto en esto: la enseñanza y el aprendizaje debe hacerse, cualquiera sea el método de regulación natal que luego elijan libremente. Pero esta elección posterior voluntaria, la harán poseyendo una información completa.

En octubre de 2002 se sancionó la ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación lo puso en marcha en febrero del 2003. Se constituyó en una política de Estado a través del gran consenso obtenido tanto a nivel parlamentario como de la sociedad en su conjunto.

Las acciones efectuadas por el Programa permitieron que los centros de salud en todo el país con prestaciones de salud sexual y reproductiva pasaran de 337 en marzo del 2003 a 5076 en 2006. Asimismo, creció la cantidad de beneficiarios directos: de 124.200 a 2.200.000 personas bajo el Programa.

La Argentina se encuentra actualmente transitando un cambio importante en sus políticas públicas, no sólo por la sanción de la Ley y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y las leyes y programas provinciales, sino también por la mayor visibilidad social y política del campo de la salud reproductiva. "Salud Sexual y Reproductiva es tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado; poder regular su fertilidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos; tener un embarazo y parto seguros y criar hijos saludables."

La incorporación de anticonceptivos es un compromiso muy fuerte del Estado para equiparar a toda la población. Antes de la creación del PNSSyPR, muchas mujeres no podían acceder a los métodos anticonceptivos, con la consecuencia de seguir agrandando sus familias y perpetuarse en la pobreza. Asimismo, la ley estipuló que el acceso a métodos anticonceptivos (anticonceptivos orales, inyectables y para la lactancia, condones y dispositivos intrauterinos) cubra a todas las personas en edad reproductiva, desde los 14 años de edad, sin necesidad de que concurra una persona mayor para entregar los anticonceptivos, reconociendo los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.

Aún hay falta de difusión del PNSSyPR. Se están implementando más acciones de información, comunicación social, sensibilización, educación y concienciación en salud sexual y reproductiva y en derechos humanos para lograr que la población se apropie de los derechos y los ejerza. Por ejemplo, a partir de junio 2006 se implementó el Programa "Juana Azurduy" en el ámbito del Consejo Coordinador de Políticas Sociales con el fin de fortalecer el conocimiento de las leyes vigentes y los derechos de las mujeres.

Paralelamente se está capacitando al equipo de salud para mejorar la calidad de atención de las usuarias del Programa, respetando la confidencialidad, las elecciones de las personas y sus decisiones. A fines del año 2004, el Ministerio Nacional de Salud inició una campaña de sensibilización y capacitación del personal de salud en la atención de las mujeres que sufrieron un

aborto, con el fin de ofrecerles una mejor calidad de atención desde una perspectiva integral, poniendo en práctica consejería y alternativas anticonceptivas para evitar los abortos. Este abordaje de la atención de las complicaciones del aborto se enmarcó en el respeto de los derechos reproductivos como parte fundamental de los derechos humanos de la mujer y como un deber de todo profesional de la salud.

Para que el objetivo educativo sea logrado en plenitud, se requiere de una actitud positiva previa por parte del usuario/a, que se exprese en un comportamiento adecuado. En la medida en que cada individuo tome conciencia de que la salud propia y la ajena constituyen un derecho y un deber para todos, se habrá dado un paso significativo en la búsqueda de la salud individual y colectiva. La información a entregar debe contener diversos elementos. <14>

**a) Eficacia del método:** uso adecuado del método elegido, posibles factores que pueden afectarlo. Es aconsejable entregar instructivos prácticos y claros sobre qué hacer en caso de dudas, o de cometer un error de uso del método elegido (por ejemplo, olvidarse de tomar la píldora), y qué hacer si se presentara algún problema o síntoma.

**b) Ventajas y desventajas:** de cada uno de los métodos en particular.

**c) Efectos colaterales y complicaciones:** conocerlos con anticipación favorece una mejor adaptación y satisfacción con el método. Por otro lado permite, frente a la aparición de síntomas, consultar oportunamente.

**d) Prevención de ETS:** colaborar en la comprensión y evaluación de los riesgos de contraer ETS, incluyendo el HIV/SIDA y la Hepatitis B, por medio del uso correcto de condones ("doble método", esto es, anticonceptivo y de prevención de ETS).

**e) Seguimiento:** en usuarios de métodos hormonales, DIU y preservativos, informar sobre los productos y dónde acudir para un cambio de método si fuera necesario.

Para que el tema abordado sea expuesto de una manera completa pero al mismo tiempo sucinta, debemos nombrar y explicar brevemente los distintos métodos anticonceptivos disponibles hoy en el mercado.

**1. Dispositivos Intrauterinos:** En sus diversas presentaciones.

**2. Anticonceptivos hormonales**

- Anticonceptivos hormonales combinados orales
- Anticonceptivos sólo de progesterona o mini píldora

- Anticonceptivo de emergencia o píldoras postcoitales
- Inyectables mensuales
- Gestágenos de depósito

### **3. Anticonceptivos de barrera**

- Preservativo
- Profiláctico femenino
- Diafragma

### **4. Anticonceptivos químicos**

- Cremas
- Jaleas
- Espumas
- Tabletas
- Óvulos vaginales
- Esponjas

### **5. Método de la lactancia (MELA)**

### **6. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer**

- Calendario
- Moco cervical
- Temperatura basal
- Sintotérmico

### **7. Métodos de esterilización**

Comparación de eficacia (según PEARL) anticonceptiva de los diferentes métodos:

<b>Método</b>	<b>Uso correcto</b>	<b>Uso común</b>
<b>Píldora</b>	<b>99,9%</b>	<b>92-94%</b>
<b>DIU (cobre)</b>	<b>99,4%</b>	<b>99,2%</b>
<b>Preservativo (condón)</b>	<b>97%</b>	<b>86%</b>
<b>Calendario Natural</b>	<b>91%</b>	<b>80%</b>

Las bases para el trabajo en anticoncepción variarán según las características de la

demanda. Esta demanda puede ser espontánea o surgida de recomendaciones profesionales ante riesgo reproductivo. En una u otra situación, se considerarán algunos aspectos a tener en cuenta por los equipos de salud:

- Asesoramiento y elección del método, a pedido de la interesada:

La entrevista consiste en completar la información a cada mujer sobre los distintos métodos anticonceptivos, y determinar si existe o no una contraindicación al método por el que la usuaria haya optado. Si la consultante así lo desea, se incluirá a su compañero en la/s entrevista/s. La presencia y/o consentimiento del mismo no son necesarios para la indicación de un método. Si bien es importante que la pareja se comprometa con el cuidado anticonceptivo, el derecho a la concepción es individual y no necesita la autorización del compañero, aún cuando estén unidos por un matrimonio legal.

- Condiciones para postergar o evitar el embarazo:

Enfermedades que contraindican el embarazo:

- Nefropatía crónica con compromiso de la función renal.
- Hepatopatía con lesión anatómica.
- Cardiopatía grave.
- Antecedente de enfermedad tromboembólica.
- Hipertensión pulmonar.
- Otoesclerosis.
- Colagenopatías
- Neoplasia.
- Parejas en las que se haya diagnosticado un alto riesgo de enfermedad genética grave para su descendencia.
- Enfermedad de transmisión sexual activa.
- Enfermedad pélvica inflamatoria.
- Trastornos psíquicos graves.
- Condiciones maternas que hacen recomendable postergar el embarazo:
  - Edad menor a 18 años.
  - Intervalo intergenésico menor de dos años.
- Condiciones maternas que aumentan el riesgo de complicaciones para la salud materna y fetal.
  - Edad mayor de 40 años.
  - Paridad 4 ó más.

- Cesárea iterativa anterior.
- Condiciones del último embarazo por las que resulta conveniente postergar un nuevo embarazo:
  - Morbimortalidad fetal, hasta tanto no se considere resuelta la causa que la motivó o identificado el riesgo de repetición de la misma.

La “píldora postcoital” entra en el concepto de anticoncepción de emergencia y **solo** para emergencia. Es un método para evitar un embarazo no deseado cuando haya relación sexual no protegida ni con preservativo ni con anticonceptivos o cuando la mujer fue víctima de una violación o relación sexual forzada. Su modo de acción consiste en inhibir la ovulación y la fecundación. La menstruación no aparecerá inmediatamente sino en la fecha esperada, aunque puede atrasarse o adelantarse unos días. Consiste en tomar 2 píldoras (levonorgestrel 0,75mg) separadas por 12 horas, entro de los 3 (tres) días después de la relación sexual. <15>

Vale reafirmar que no es un método abortivo, o sea, no interrumpe un embarazo y es inocuo y eficaz en la mayoría de las situaciones que justifican su uso. Su existencia debe ser conocida por todos los varones y mujeres en edad fértil. Es un derecho a la información para la salud sexual y reproductiva.

## **Complicaciones**

La muerte no es la única secuela de un aborto inseguro, clandestino o ilegal. El aborto provocado clandestinamente puede traer consecuencias físicas como infecciones severas, hemorragias graves, lesiones de vísceras abdominales y pelvianas, insuficiencia renal, shock, etc. El aborto espontáneo raramente se infecta, pero el aborto provocado se infecta con frecuencia. La frecuencia de la infección en el aborto provocado es mayor cuanto peor es la situación socioeconómica de la mujer que aborta y menor es su edad. <16>

La Organización Mundial de Salud (OMS) publicó, en el año 2000, datos estimativos que 26 millones de abortos legales y 20 millones de abortos ilegales eran practicados por año. En América latina se encuentran las tasas más elevadas de abortos inseguros por cada 100 nacidos vivos y también por cada 100 mujeres con edad entre 15-44 años. Estos valores superan los promedios mundial y en los países en vía de desarrollo. Más allá de las complicaciones físicas, el aborto puede generar graves implicaciones psicológicas en las mujeres que han practicado un

aborto.

Cuando el aborto es llevado a cabo por personal capacitado adecuadamente, las complicaciones son infrecuentes<17>. Sin embargo, todo servicio en todos los niveles del sistema de salud debe estar equipado y contar con personal entrenado en reconocer las complicaciones del aborto y proveer rápida atención o derivar a la mujer durante las 24 horas del día. Las instalaciones y las habilidades necesarias para el manejo de las complicaciones de un embarazo son similares a aquellas necesarias para el cuidado de una mujer que ha tenido un aborto espontáneo.

### ***Aborto incompleto***

Cuando el aborto es llevado a cabo mediante la aspiración al vacío por un profesional entrenado, el aborto incompleto no es común. Es más común cuando se utiliza un aborto con medicamentos. Los signos y síntomas incluyen sangrado vaginal, dolor abdominal y signos de infección. También debe sospecharse aborto incompleto si al examinar visualmente el tejido aspirado durante el aborto quirúrgico éste no concuerda con la duración estimada del embarazo. El personal de toda institución debe estar entrenado y equipado para tratar un aborto incompleto mediante la re-evacuación del útero con aspiración al vacío, prestando atención a la posibilidad de hemorragia o infección.

### **Aborto fallido**

El aborto fallido puede ocurrir en mujeres que se hayan sometido tanto a un método de aborto quirúrgico como a un aborto con medicamentos. Si en el control post-procedimiento de cualquiera de los dos procedimientos el embarazo continúa, la terminación requerirá aspiración al vacío o DyE (dilatación y evacuación) para embarazos del segundo trimestre.

### **Hemorragia**

La hemorragia puede ser producto de la retención del producto de la concepción, traumatismo o daño del cérvix u, ocasionalmente, perforación uterina. Dependiendo de la causa, el tratamiento adecuado puede incluir la re-evacuación del útero y la administración de medicamentos que aumenten el tono uterino para detener el sangrado, reemplazo endovenoso de fluidos y, en casos severos, transfusiones sanguíneas, laparoscopia o laparotomía exploratoria. Dada la baja incidencia

de hemorragia con aspiración al vacío, no se recomienda la utilización de oxitócicos de rutina, a pesar de que pueden ser necesarios en la DyE. El sangrado tipo menstrual prolongado es un efecto a esperar con el aborto con medicamentos. Dicho sangrado raramente es lo suficientemente abundante como para constituir una emergencia. Sin embargo, todo servicio debe tener la capacidad de estabilizar y tratar o derivar a una mujer con hemorragia tan pronto como sea posible.

### **Infección**

Las infecciones raramente ocurren si el aborto se realizó apropiadamente. Los síntomas comunes incluyen fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con olor fétido, dolor abdominal o pélvico, sangrado o spotting vaginal prolongado, sensibilidad uterina y/o un recuento alto de glóbulos blancos. Cuando se diagnostica una infección, deberá administrarse un antibiótico y si la probable causa de la infección es la retención del producto de la concepción, re-evacuar el útero. Las mujeres con infecciones severas pueden requerir internación. El uso profiláctico de antibióticos para las mujeres que se someten a un aborto quirúrgico ha demostrado una reducción en el riesgo de infecciones post-aborto y debe proveerse cuando sea posible.

### **Perforación uterina**

Por lo general, la perforación uterina no se detecta y se resuelve sin necesidad de intervenir. En un estudio de más de 700 mujeres que se sometieron a un aborto y a una esterilización laparoscópica en el primer trimestre se vio que 12 de 14 perforaciones uterinas eran tan pequeñas que no hubiesen sido diagnosticadas de no haberse hecho la laparoscopia. Cuando se sospecha una perforación uterina, la observación y el uso de antibióticos pueden ser lo único que se necesita. En donde esté disponible, la laparoscopia es el método de elección para su investigación. Si la laparoscopia y/o el cuadro de la paciente generan alguna sospecha de daño al intestino, vasos sanguíneos u otra estructura, se puede requerir una laparotomía para reparar los tejidos dañados.

### **Complicaciones relacionadas con la anestesia**

La anestesia local es más segura que la anestesia general, tanto para la aspiración al vacío en el primer trimestre como para la dilatación y evacuación en el segundo trimestre. Cuando se utiliza anestesia general, los profesionales deben tener la habilidad de estabilizar y manejar

convulsiones, así como también el deterioro de la función cardio-respiratoria. Siempre debe disponerse de agentes que reviertan el efecto narcótico.

### **Secuelas a largo plazo**

La gran mayoría de las mujeres que se realizó un aborto en condiciones adecuadas no sufrirá ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud general y/o reproductiva. La excepción está constituida por una proporción baja de mujeres que tienen complicaciones severas en el aborto. Las investigaciones no han demostrado asociación entre un aborto inducido sin riesgos en el primer trimestre y consecuencias adversas en embarazos subsiguientes. Existen datos epidemiológicos sólidos que no muestran mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres que se hayan sometido a un aborto del primer trimestre. De acuerdo a una revisión minuciosa, las secuelas psicológicas adversas se presentan en un número muy pequeño de mujeres y parecen ser la continuación de condiciones pre-existentes. <18>

En el estudio de PAYNE y colaboradores, se evaluaron los sentimientos de ansiedad, ira y culpa en 102 pacientes, observándose que el impacto emocional es menor seis meses después de practicado el aborto que en el período previo a la maniobra abortiva. Los datos de investigación sugieren que las mujeres más vulnerables al conflicto son las solteras y nulíparas, que presentan historia de serios problemas emocionales previos, relaciones conflictivas con los novios, relaciones conflictivas con la madre, fuerte ambivalencia frente al aborto o a sus principios religiosos y culturales. <19>

En el estudio longitudinal realizado por BRENDA MAYOR y colaboradores, evaluaron las emociones y la salud mental (depresión pre aborto y post-aborto, autoestima, emociones post-aborto, satisfacción por la decisión, daño y beneficio percibido, y presencia de trastorno de estrés postraumático) de las mujeres que abortaron durante el primer trimestre de un embarazo no planeado, mediante cuatro evaluaciones de la respuesta emocional, sus predictores y los cambios, una hora antes, y una hora, dos meses y dos años después del aborto. Los resultados muestran que 882 de 1043 seleccionadas (85%) aceptaron participar y 442 de 882 (50%) fueron seguidas por dos años. Al cabo de los dos años, 301 mujeres de 418 (72%) manifestaron estar satisfechas con la decisión; 306 de 441(69%) dijeron que abortarían de nuevo; 315 de 440 (72%) reportaron haber experimentado más beneficio que daño respecto a la experiencia del aborto, 308 de 386 (80%) no habían experimentado depresión, y solamente 6 de 442 (1%) habían presentado un trastorno de estrés postraumático. <20>

Aunque la mayoría de estas mujeres no experimentaron problemas psicológicos o remordimiento por el aborto dos años después, la historia previa de depresión, la autoestima baja y complicaciones específicas del aborto fueron factores de riesgo para la presencia de depresión dos años después, en las mujeres que presentaron episodios depresivos durante el estudio.

Un estudio realizado por la Universidad de Aarhus en Dinamarca incluyó a 365.550 adolescentes y mujeres que se sometieron a un aborto o tuvieron parto por primera vez entre 1995 y 2007. Ninguna tenía antecedentes de problemas psiquiátricos que requirieran hospitalización. A través de varios registros nacionales, los investigadores pudieron indagar si habían recibido atención por salud mental en un hospital o fuera de éste, antes o después de haber tenido un aborto o un parto. Durante el estudio, 84.620 mujeres tuvieron un aborto, mientras que 280.930 dieron la luz. Los investigadores compararon la tasa de tratamiento por problemas mentales en mujeres antes y después de un primer aborto. En el primer año después de un aborto, 15 de cada 1000 mujeres necesitaron consulta psiquiátrica, una tasa similar a quienes buscan ayuda nueve meses antes de un aborto. <21>

En conclusión, según este estudio, practicarse un aborto no incrementa el riesgo de sufrir de problemas de salud mental, pero tener un bebé sí. La investigación de científicos daneses desacredita la noción de que interrumpir un embarazo puede desencadenar enfermedades mentales, y muestra que la depresión posparto es un factor de mayor relevancia.

En Argentina mueren alrededor de 100 mujeres por año a consecuencia de complicaciones de abortos inseguros y estas complicaciones representan la primera causa de mortalidad materna. <22>

## Anexo 2. - Encuesta

Buenos días, doctor/a. Soy André Brajão Romão, estoy realizando una encuesta a médicos sobre aborto y métodos anticonceptivos que es tema de mi trabajo final de grado. ¿Desea usted responderla?

*SÍ*

*NO*

Fecha:

1. Año de egreso de la carrera:

2. Sexo: Femenino

Masculino

3. Trabaja en (por favor, marcar todas las que correspondan):

- Hospital público
- Clínica privada

4. Especialidad

- Medico General
- Clínica/o
- Obstetra
- Ginecóloga/o

5. ¿Cree Ud. Que la Facultad de Medicina lo ha informado suficientemente acerca del aborto y sus complicaciones como para brindar una atención óptima?

- No
- Sí

6. ¿Cree usted que la Facultad de Medicina le ha brindado información sobre métodos contraceptivos, como preservativos, píldoras, D.I.U., diafragma, etc.?

- No
- Sí, pero muy vaga o incompleta (mencionaron los métodos, pero no sus ventajas y desventajas)
- Sí, la suficiente como para poder indicárselo a los pacientes

7. ¿Cree usted que la Facultad de Medicina lo ha informado suficientemente sobre métodos de contracepción de emergencia?

- No
- Sí, pero en forma muy vaga o incompleta (mencionaron los métodos, pero no sus ventajas y desventajas)
- Sí, la suficiente como para poder indicárselo a una mujer

8. Si usted fuera consultado por una paciente con un post-aborto provocado, ¿cuál sería su actitud?

- La atendería yo
- La derivaría a otro especialista

9. ¿Ha atendido usted alguna paciente con post-aborto provocado?

- No.
- Sí. Su vida no corría peligro
- Sí. Su vida corría peligro.
- No me acuerdo

10. Para evitar llegar a un aborto y sus complicaciones, ¿Qué **importancia** asigna usted a cada una de las siguientes acciones?

	A) Mucha	B) Poca	C) Nada
1. Educación sexual			
2. Incentivar talleres de planificación			

familiar			
3. Promocionar la contracepción de emergencia			

11. ¿Cree Ud. que es importante el rol del médico en la educación sexual de sus pacientes?

- No
- Sí
- No sabe no contesta

12. ¿Cuáles considera que son razones por las que se llega a un aborto provocado? Indique una o más opciones

- A - Edad de la mujer
- B - Nivel socio-cultural
- C - Estabilidad de la pareja
- D - Desconocimiento y no uso de métodos anticonceptivos
- E - Edad temprana del primer embarazo
- F - Violación seguida de embarazo

*Muchas Gracias*

## Anexo 3. Análisis

Se construyeron modelos de regresión logística múltiple, utilizando cada una de las preguntas como variable dependiente, con el objeto de determinar interacción o potenciales confundidores.

### Análisis multivariable de la pregunta 5 en relación a las variables: egreso de la carrera, sexo, lugar de trabajo y especialidad

Pregunta 5	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sexo	.9486729	.4018601	-0.12	0.901	.4135667	2.176143
especialidad	.8787663	.2229936	-0.51	0.611	.53441	1.445014
lugar trabajo	.8919532	.3750226	-0.27	0.786	.3912493	2.033436
Egreso carrera	.8305803	.2030415	-0.76	0.448	.5143978	1.341109

Si bien los resultados del análisis univariado de cada una de las variables vs. la pregunta 5, habían sido no significativos, se testeó un modelo multivariable para descartar existencia de potenciales confundidores o variables de interacción. No se constató significancia para ninguna de ellas.

### Análisis multivariable de la pregunta 6 en relación a las variables: egreso de la carrera, sexo, lugar de trabajo y especialidad

Pregunta 6	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sexo	1.679147	1.048741	0.83	0.407	.4936916	5.711123
especialidad	.4392406	.1696148	-2.13	0.033	.2060663	.9362632
lugar de tra	11.08586	7.979882	3.34	0.001	2.704291	45.44496
egreso carr	.4236013	.1592025	-2.29	0.022	.2027913	.884841

En el análisis de esta pregunta se observó que la variable sexo, que había tenido un resultado significativo en el análisis univariado, resultó no-significativo en el modelo multivariable. Sí resultaron significativos los resultados de p para las siguientes variables: especialidad, lugar de trabajo y años de egreso de la carrera. Según este modelo, se puede decir entonces que las diferencias observadas en los porcentajes de respuestas a la pregunta 6 son significativas tomando en cuenta la especialidad, el lugar de trabajo o los años de egresado que tengan los médicos.

**Análisis multivariable de la pregunta 7 en relación a las variables: egreso de la carrera, sexo, lugar de trabajo y especialidad**

Pregunta 7	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sexo	4.230091	2.310386	2.64	0.008	1.450246	12.33837
especialidad	.6308878	.2117894	-1.37	0.170	.3267407	1.218151
lugar de tra	1.17649	.6321107	0.30	0.762	.4104408	3.3723
egreso carr	.4755557	.1588275	-2.23	0.026	.2471238	.9151414

En el análisis de esta pregunta se observó que el variable sexo y el egreso de la carrera, que habían tenido una p no-significativa en el análisis univariado, resultaron significativas en el estudio multivariable. Esto hacer pensar la existencia de interacción, la cual no se puede determinar exactamente dada las características de construcción del modelo (multiplicidad de categorías, creación de variables dummies). Se puede decir sin embargo que probablemente las diferencias encontradas en los porcentajes de estas variables sean entonces estadísticamente significativas.

**Análisis multivariable de la pregunta 8 en relación a las variables: egreso de la carrera, sexo, lugar de trabajo y especialidad**

Pregunta 8	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sexo	2.721125	1.35281	2.01	0.044	1.027005	7.209817
especialidad	.6824402	.2180617	-1.20	0.232	.3648197	1.276589
lugar de tra	.6584708	.3340593	-0.82	0.410	.2436127	1.779808
egreso carr	.4394166	.1390674	-2.60	0.009	.2363125	.8170832

Al igual que el modelo anterior, en este análisis se observó que las variables sexo y el egreso de la carrera, resultaron significativas en el modelo multivariable. Se puede decir entonces, que probablemente las diferencias encontradas en los porcentajes de estas variables sean estadísticamente significativas.

**Análisis multivariable de la pregunta 9 en relación a las variables: egreso de la carrera, sexo, lugar de trabajo y especialidad**

```

-----
Pregunta 9 | Odds Ratio  Std. Err.      z    P>|z|    [95% Conf. Interval]
-----+-----
      sexo |   .4206319   .2457939   -1.48  0.138    .1338158    1.3222
especialidad |  1.609972   .6145308    1.25  0.212    .7619255    3.401922
lugar de tra |  1.590787   .9198581    0.80  0.422    .5121678    4.940963
egreso carr |   .9605135   .3300071   -0.12  0.907    .4898386    1.883449
-----

```

Ninguna de las variables analizadas en relación a la pregunta 9 mostró significancia estadística en el valor de p. Esto quiere decir que las diferencias de porcentajes observadas para las respuestas de esta pregunta, en relación a las categorías de las distintas variables analizadas, no son estadísticamente significativas.

**Análisis multivariable de la pregunta 10-1 en relación a las variables: egreso de la carrera, sexo, lugar de trabajo y especialidad**

```

-----
Pregunta 10-1 | Odds Ratio  Std. Err.      z    P>|z|    [95% Conf. Interval]
-----+-----
      sexo |   1.431653   2.095492    0.25  0.806    .0812729   25.21913
especialidad |  .2215429   .3080133   -1.08  0.278    .0145219    3.379807
lugar de tra |  2.323955   3.595139    0.55  0.586    .1120536   48.19805
egreso carr |   .3829194   .4959506   -0.74  0.459    .0302445    4.848069
-----

```

Ninguna de las variables analizadas en relación a la pregunta 10-1 mostró significancia estadística en el valor de p. Esto quiere decir que las diferencias de porcentajes observadas para las respuestas de esta pregunta, en relación a las categorías de las distintas variables analizadas, no son estadísticamente significativas.

**Análisis multivariable de la pregunta 10-2 en relación a las variables: egreso de la carrera, sexo, lugar de trabajo y especialidad**

Pregunta 10-2	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sexo	.7521535	.4823699	-0.44	0.657	.2140008	2.643612
especialidad	.2376251	.0944843	-3.61	0.000	.1090029	.5180199
lugar de tra	1.027821	.6514712	0.04	0.965	.2967523	3.559924
egreso carr	2.275722	.8834188	2.12	0.034	1.063381	4.87023

En el análisis de la pregunta 10-2 se observó una asociación fuertemente significativa con la variable especialidad. También se observó significancia estadística en el resultado de p para la variable egreso de la carrera. Se puede decir entonces que la diferencia entre los porcentajes para las respuestas de la pregunta 10-2 varía significativamente según la especialidad del médico y los años de egreso de la carrera.

**Análisis multivariable de la pregunta 10-3 en relación a las variables: egreso de la carrera, sexo, lugar de trabajo y especialidad**

Pregunta 10-3	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sexo	.2395795	.1216605	-2.81	0.005	.0885528	.648182
especialidad	.3732512	.1128635	-3.26	0.001	.2063552	.6751295
lugar de tra	1.168523	.5862267	0.31	0.756	.4371244	3.123702
egreso carr	1.147322	.3374277	0.47	0.640	.6446839	2.041851

Con respecto a los resultados de p para el análisis multivariable de la pregunta 10-3, se puede decir que existe una diferencia fuertemente significativa entre los porcentajes de respuesta para esta pregunta con relación al sexo del médico y su especialidad.

Dadas las características propias de las preguntas 11 y 12 (multiplicidad de categorías) no corresponde el análisis estadístico en estos casos.

## Agradecimientos

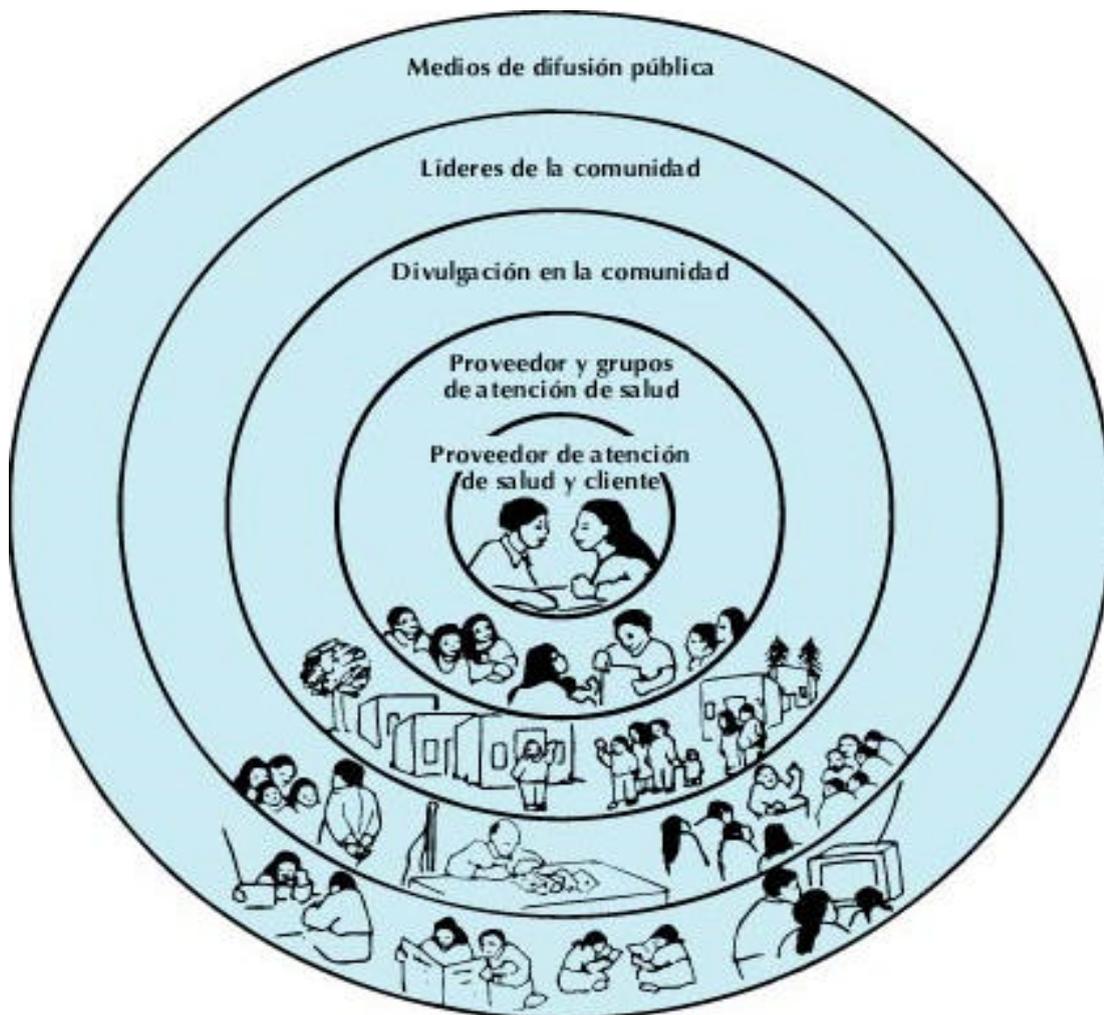
Sé que puede ser muy fácil el omitir a alguien, pero ciento más difícil él ni siquiera intentar y dar las gracias a quienes se lo merecen. Hay tantas personas y sobre todo algunas que se distinguen en Cariño, Amor y Apoyo, por eso gracias a todas estas personas. Aunque dicen que lo hacen con amor y no quieren agradecimientos, lo tenemos que mencionar

Principalmente agradecer a mi familia, mis padres, Celio Romão y Sueli Brajão Romão que me dieron el apoyo incondicional durante estos seis largos años de esta carrera maravillosa, donde aprendí a disfrutar de cada momento, de cada lugar...

A mis amigos, los que están lejos, los que están cerca, y los que me acompañaron durante toda la carrera en especial Aníbal Hernández, fiel compañero de estudio y actividades extra-curriculares. También cabe hacer mención al Dr. Diego Hernández, docente de la Universidad Abierta Interamericana, sede Buenos Aires que me ha aportado ayuda en el procesamiento de los datos.

Un agradecimiento más que especial al tutor de este proyecto Dr. Juan Carlos Picena, por su dedicación, paciencia y por enseñarme a trabajar con la excelencia.

André Brajão Romão



*La información sobre planificación familiar y otras cuestiones relativas a la salud reproductiva llega a las personas de muchas maneras. La reunión a solas entre el proveedor de atención de salud y cada cliente es el factor central.\**

\*Population Reports, Guía de orientación ACCEDA.

<http://info.k4health.org/pr/prs/sj48/counsel.shtml>

