

EDUCACION Y ANTICONCEPCION: UNA APROXIMACION AL ESTUDIO DE SU RELACION

Lic. Larry Andrade

Lic. Clara Olmedo

Sociólogos. Investigadores y Docentes de la Universidad Federal de la Patagonia Austral, Unidad Académica San Julián. Provincia de Santa Cruz.

Este trabajo es una reelaboración del que fuera realizado en el marco del "Taller sobre mortalidad infantil: aplicación de técnicas cuantitativas al estudio de la mortalidad materno-infantil", coordinado por el Lic. Alberto Minujin. En la versión original participaron además Carla Wainszok y Valeria Travin. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires, 1991.

Introducción

El objetivo del taller fue elaborar y administrar una encuesta que permitiera dar cuenta del nivel socio-económico de las mujeres que demandan atención médica en la Maternidad Sardá (Capital Federal). Se esperaba con los datos obtenidos, poder adelantar algunas conclusiones sobre la importancia de la educación y producir información útil para futuros desarrollos en este área.

Las hipótesis formuladas tienen carácter de hipótesis de trabajo, con un gran nivel de generalidad y la encuesta no tiene por objeto comprobarlas, sino sólo brindar información para formulaciones más precisas en posteriores trabajos.

El presente trabajo fue encarado desde la óptica de la importancia de la educación en la formación de actitudes y valores en las personas; actitudes y valores con los que se desenvuelven y relacionan en la sociedad.

Trabajar fundamentalmente desde esta óptica no significa desconocer la relevancia de otras variables que inciden con gran fuerza en la interacción social, sino solamente priorizar una de ellas para analizarla con algo más de profundidad.

En este marco, el análisis apunta a ver que el no acceso a determinados bienes sociales no es siempre producto de la negativa de las personas para hacer uso de ellos sino que, de manera primordial, estos bienes están repartidos irregularmente en la sociedad. Es decir, el acceso es producto de la posición diferencial que se ocupa. Es producto de la desigualdad social.

Así las cosas, analizar la anticoncepción desde el

punto de vista de la instrucción alcanzada en el sistema de educación formal implica, en primer lugar, reconocer que no todas las personas que lo deseen tienen acceso a dicho sistema y, segundo, que en la mayoría de los casos no es ese sistema el que provee la información necesaria en temas tan urgentes como la educación sexual y dentro de ésta la referida a comportamientos reproductivos.

Este modesto trabajo no pretende más que realizar un pequeño aporte al estudio de una problemática tan difícil y conflictiva como es la anticoncepción en la Argentina y, por otra parte, argumentar en favor de la necesidad de un enfoque interdisciplinario para su abordaje. Por ello, hemos preferido mantener el texto casi como fuera redactado para su presentación a las autoridades del Taller; sólo se efectuaron algunos retoques de forma, porque entendemos que el aporte verdadero está en el análisis y desarrollo de las relaciones encontradas entre las distintas variables relevadas por la encuesta en la Maternidad Sardá.

Justificación

El objeto de análisis del presente trabajo es la *anticoncepción*. Creemos que para hacer una reflexión completa de esta área debemos movernos en dos niveles:

- a. Nivel de organización de la anticoncepción en las instituciones de salud pública.
- b. Nivel de las decisiones individuales.

Con respecto al primer nivel diremos que las primeras iniciativas de organización datan de fines

de la década del sesenta y principios de los setenta. Estas propuestas surgieron motivadas por el exclusivo interés de algunos profesionales de la salud. Se pusieron en práctica en forma descentralizada y se financiaron con apoyo del sector privado. Pero estas prácticas, que funcionaron a escala reducida, se vieron modificadas en la década del setenta.

En el año 1974 el gobierno de Isabel Perón promulgó el decreto 659 que provocó el cierre de todos los consultorios de Planificación familiar y contribuyó a consolidar un clima político-ideológico adverso y refractario ⁽¹⁾.

Es interesante destacar que otra dirección adonde apuntaba este gobierno era a crear una campaña de educación sanitaria que destacase los riesgos de las prácticas anticonceptivas dentro de lo que se podría llamar "una cultura de la anticoncepción". Todavía hoy persiste en el imaginario de muchas mujeres esta relación anticoncepción-enfermedad ⁽²⁾.

En 1977 se promulgó el decreto 3938 que aprobó los objetivos y políticas propuestas por la Comisión Nacional de Políticas Demográficas, constituida por esos años como soporte legal a una serie de lineamientos ideológicos referidos a la familia ⁽³⁾, que ese gobierno, la dictadura autodenominada "Proceso de Reorganización Nacional", consideraba como "la célula básica de la sociedad".

Desde el punto de vista legal, la situación se modificó hacia fines de 1986 con el Decreto 2274, donde se reivindica por primera vez en un instrumento legal el derecho de la familia a decidir libremente acerca del número y espaciamiento de los hijos ⁽⁴⁾. En la actualidad existen diversos centros de planificación familiar en el país, la mayor parte de ellos están concentrados en el área metropolitana de Buenos Aires. Algunos de ellos están dentro de algunos hospitales públicos y comenzaron a organizarse bajo iniciativa de la Jefatura del Servicio de Ginecología, pero éstos atienden la demanda sólo unos días de la semana en horarios más restringidos que los correspondientes a otros servicios ⁽⁵⁾.

En Argentina no hay disposición alguna que prohíba ofrecer asistencia anticonceptiva en los servicios de salud, pero hay cierto desentendimiento por parte de las autoridades sanitarias respecto a esta línea de atención de la salud ⁽⁶⁾.

En la órbita estricta de la comercialización de los anticonceptivos, el diafragma y el DIU son importados tanto legal como ilegalmente, y no hay controles de calidad de la Secretaría de Salud Pública de Nación ⁽⁷⁾.

El condón se produce y comercializa fuera del marco de los demás fármacos.

Sólo los productos anovulatorios orales e inyectables así como espermicidas locales están regula-

dos por la Secretaría de Salud Pública y la Secretaría de Comercio de la Nación ⁽⁸⁾.

Con respecto al segundo nivel, el de las *decisiones individuales*, el problema planteado por el comportamiento anticonceptivo no se refiere exclusivamente al de "los costos objetivos asociados con ciertos medios, incluyendo la penalización de algunos (como por ejemplo la esterilización y el aborto)" ⁽⁹⁾.

El aborto inducido es una de las formas más antiguas de regulación de la fecundidad y la más controvertida en la actualidad.

Están en juego costos subjetivos o emocionales a menudo entrelazados con aquellos ⁽¹⁰⁾. Estos últimos son particularmente sensibles al medio cultural en que las decisiones son tomadas. Se puede hablar entonces de una "cultura anticonceptiva" ⁽¹¹⁾ entendida como aquella que se puede transmitir de generación a generación y que legitima las decisiones sobre reproducción como opciones aceptables.

En la formación de esta cultura intervienen diferentes actores sociales: medios de comunicación, sistema educacional, iglesia, agentes de salud, dentro de un contexto a menudo regulado por el Estado ⁽¹²⁾.

En nuestro país, el proceso de industrialización y urbanización temprana que se registró se ha señalado como el determinante principal del cambio en las actitudes y prácticas que llevaron al descenso de la fecundidad, al modificar las condiciones materiales en que se desarrollaba la vida familiar, y por lo tanto, las funciones de la familia y de la mujer en la sociedad ⁽¹³⁾.

El binomio anticoncepción-aborto ha sido sistemáticamente excluido de las políticas sociales y, como precaución, de las estadísticas oficiales. La actitud del Estado argentino ha sido de omisión y no de acción, y sus contadas intervenciones directas se orientaron a desarticular iniciativas privadas de difusión y cobertura de asistencia anticonceptiva. ^{(14) (15)}

Como la prescripción de un anticonceptivo no se resuelve sólo en el acto de la consulta, se presenta entonces una selección de la demanda, expulsando mujeres y haciendo fracasar intentos. La sobrevivencia se da en aquéllas que tienen una mayor convicción de su necesidad y deseo, con mayor disponibilidad de tiempo, una mejor aceptación de los códigos hospitalarios y mayor disposición para comprender la relación de cada acto con el objetivo final ⁽¹⁶⁾.

Cuando se apaga el Estado se enciende la Red (conocida como la Red de Solidaridad)

En el proceso de adopción de un anticonceptivo, para estas mujeres se torna importante el espacio de intercambio de solidaridades. Esta Red abarca

mucho más que el tema de la anticoncepción, pero acá también se vuelve referente. La Red es vista como el lugar de información, allí se intercambian conocimientos, experiencias y lo más importante: se obtiene apoyo emocional. Para reflexionar acerca de la importancia de este espacio diremos que las experiencias pueden ser exitosas o no, pero el crédito a la Red sigue vigente ⁽¹⁷⁾.

Con respecto a los compañeros de las mujeres, diremos que se presenta una solidaridad de segundo orden; los hombres en general tienden a cuidarse cuando la mujer tiene que descansar o están enfermas; ellos son vistos como modelos de excepcionalidad cuando cuidan y se preocupan de sus mujeres ⁽¹⁸⁾.

Esto se relaciona con que la vida sexual es patrimonio del otro; el otro tiene deseos y ellas deben preocuparse por adquirir por sus propios medios un método adecuado ⁽¹⁹⁾.

En contraste con las decisiones anticonceptivas, las decisiones de aborto tienden a ser tomadas exclusivamente por los dos integrantes de la pareja, sin la intervención de otros familiares, y, en caso de desacuerdo, la visión del hombre frecuentemente prevalece ⁽²⁰⁾.

Marco metodológico

Antes de realizar el *trabajo de campo* teníamos definido el perfil de las unidades de análisis: mujeres que hubieran dado a luz en la Maternidad en el período de estudio.

El cuestionario está conformado por cincuenta y tres ítems comprendidos en nueve dimensiones, a saber:

1. Datos de la mamá; 2. Bebé; 3. Mamá; 4. Cuidados del Bebé; 5. Familia; 6. Educación de la madre; 7. Ocupación; 8. Salud; 9. Vivienda.

La encuesta que se realizó buscaba conocer con cierta precisión las *condiciones socio-económicas* de las entrevistadas, particularmente en lo atinente a conformación del núcleo familiar, ocupación, educación y relación con la Institución Médica como así también los datos elementales sobre la vivienda que habita.

El trabajo de campo se realizó entre el 2 de Julio y el 1 de Agosto de 1991, en la Maternidad Sardá de Buenos Aires, en el horario de 16 a 17 hs. y de Domingo a Lunes.

La *fuentes primaria* de información para realizar las encuestas fue el libro en el cual se registraban todos los ingresos a la sala de partos y del cual debíamos extraer los datos para desarrollar la tarea.

Se realizaron un total de 579 encuestas, que representan cerca del 10% de los aproximadamente 6.000

partos anuales que atiende la Maternidad Sardá.

Con el envío por parte de la Maternidad del material para conformar las variables faltantes, como por ejemplo, cantidad de hijos nacidos vivos y nacidos muertos, número de abortos, etc., el universo de trabajo se redujo a 433 casos (aproximadamente el 7% del número de partos anuales).

El procesamiento de los datos se realizó con la ayuda del Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS-PC).

Con el fin de unificar criterios, consideraremos en este trabajo “**Aborto**”: “a todos los abortos como si hubieran sido abortos provocados” ^(20A). Consideramos por ésto último a todas aquellas prácticas que interrumpen el desarrollo y evolución normal de la gestación.

Abreviaturas utilizadas en el presente trabajo:

A: aborto; MA: método anticonceptivo; NE/NI: nivel educativo/nivel de instrucción alcanzado, TR: tarea remunerada; MET: corresponde a la recategorización de la variable MA.

Recategorización de variables

Nivel educativo: fue recategorizado en cuatro grupos: 1. sin instrucción (no asistió y primaria incompleta); 2. baja instrucción (primaria completa); 3. instrucción media (secundaria incompleta); 4. instrucción alta (secundaria completa y universitaria completa o incompleta).

Edad: fue recategorizada en cuatro grupos: 1. menores de 18 años; 2. de 19 a 25 años; 3. de 26 a 30 años y 4. 31 y más años.

Método anticonceptivo: fue recategorizada en cuatro grupos: 1. métodos naturales (coitus interruptus, ciclo natural); 2. otros (sin especificar); 3. anovulatorios (pastillas e inyecciones) y 4. de barrera (DIU, diafragma y preservativo).

Algunos comentarios previos a las primeras relaciones entre variables

La población sobre la que efectivamente se trabajó consistió, para algunos cruces bivariados, de 433 mujeres (tal es el caso de aquéllos donde se relacionan variables tales como “aborto”), y en otros con 579 casos (en aquellos donde intervenía la “edad”; “NE”, etc.); cuyas edades oscilaban entre los 13 y 43 años. La mayoría de ellas provenía de los partidos del Gran Buenos Aires. Un gran porcentaje de ellas podrían ser

caracterizadas como de sectores populares o “pobres”, teniendo en cuenta alguna de las variables relevadas y dada su importancia en la caracterización de ese fenómeno social (“lugar de residencia”; “situación laboral”; “NE”, etc.). En la dimensión “ocupación”, la categoría ingresos es nutrida la mayoría de las veces por el aporte del hombre en tareas no reconocidas como de alta rentabilidad y la mujer, generalmente, se emplea en trabajo doméstico o “por horas” algunos días a la semana.

Si se tiene en cuenta el “índice de hacinamiento de la vivienda”, puede decirse que el mismo es alto tomando en consideración el número de personas que la habitan y la cantidad de habitaciones de que disponen, fuera de la cocina y el baño. Así mismo, surge de la encuesta que un buen número de ellas tiene su “lugar de residencia” fuera de la Capital Federal, en zonas donde no cuentan con asistencia médica cercana, como así tampoco con una gran frecuencia de transporte público de pasajeros.

En el aspecto sanitario, si bien el cuestionario no abundó en preguntas de este tipo, la mayoría de las viviendas fueron descritas por las madres como ubicadas en “barrios” y, en cuanto a su propia casa, una alta proporción respondió tener “baño con arrastre de agua”, lo que sanitariamente significa bajar el riesgo de contaminación e infecciones.

Anticoncepción y educación

Dentro del tema de la anticoncepción, la variable “educación” nos parece una de las más relevantes

Cuadro I: Relación entre nivel de instrucción alcanzado por las mujeres y si utiliza o no método anticonceptivo.

	SIN Instruc.	BAJA	MEDIA	ALTA	
n	26	122	104	51	303
Utiliza método	35.6%	52.8%	55.9%	57.3%	52.3%
	47	109	82	38	276
No utiliza método	64.4%	47.2%	4.1%	42.7%	47.7%
TOTAL	73 12.6%	231 39.9%	186 32.1%	89 15.4%	579 100%

Población: (n) 579 mujeres.

cuando se trata de medir el conocimiento y posterior posibilidad de acceso a los distintos métodos. El nivel educativo alcanzado por las mujeres constituye diferencias importantes frente a la posibilidad de muerte de sus hijos y frente a la decisión y elección de métodos para el control de la natalidad.

Por lo tanto, para corroborar la relación entre “NE alcanzado” y “¿utiliza MA?”, se realizó un cruce entre ambas variables. (Cuadro I)

El supuesto que orienta la búsqueda es aquel que nos dice que el “NE alcanzado” tiene fuerte incidencia en la “elección o no de algún MA”.

Del análisis se desprende que la mayor concentración de mujeres se da en las categorías “baja y media instrucción”. Dentro de las mismas es preponderante el número de mujeres que “SI utilizan MA” (39.06% -226 mujeres-) frente a las que “NO utilizan MA” (32.98% -191 casos-).

Este análisis nos da una primera aproximación de la importancia de la educación en la aceptación y uso de anticonceptivos por parte de las mujeres que concurren a la Maternidad.

Según su eficacia, los diferentes “MA” pueden reagruparse en orden de menor a mayor jerarquía en: métodos naturales, anovulatorios, de barrera y otros. Para profundizar más en el análisis de la hipótesis anterior, creemos que el “NE” alcanzado por las mujeres encuestadas incide en el tipo de “MA” que cada una utiliza. Para ello tomaremos el universo de mujeres que utilizan MA (51.03% -221) trabajando con una población de 433 casos, y lo

Cuadro II: Relación entre nivel educativo de las mujeres y tipo de método anticonceptivo que utilizan (en valores absolutos y porcentajes).

Sólo se consideran los métodos anovulatorios y de barrera, fueron excluidos los naturales y otros métodos.

	SIN Instruc.	BAJA	MEDIA	ALTA	
n	15	74	45	19	153
Anovulatorios	83.4%	85.1%	64.2%	52.7%	72.5%
	3	13	25	17	58
De barrera	16.6%	14.9%	35.3%	47.3%	27.5%
TOTAL	18	87	70	36	211 100%

Población: (n) 433 mujeres.

(Ver Cuadro II)

De la lectura del cuadro surge que el “MA por aquellas mujeres que se ubican en los “NI baja y media. En tanto, en los MA de Barrera”, la mayor alto.

Estos resultados señalan que cuanto más alto es

Anticoncepción y trabajo

Otro factor importante a tener en cuenta en la hecho de que la mujer encuestada se desempeñe en puesta, surgen datos contundentes en el sentido de aquellas mujeres que realizan “trabajos más o me- “MA”.

Se trabajó sobre un universo de 579 casos. De las (57.2%) utilizan algún “MA” y de las que “no realizan tanto de las que “realizan tareas remuneradas”, el (49.4%) no utiliza “MA”.

factor fundamental en la elección y adopción del do que un posible embarazo, sobre todo en aquellas

Cuadro III: Relación cruzada entre trabajo remunerado de la madre y utilización de método anticonceptivo.

	TRABAJA	NO TRABAJA	
n	87	216	303
Utiliza método	57.2%	50.6%	52.3%
No utiliza método	42.8%	49.4%	47.7%
TOTAL	152	427	579 100%

Población: (n) 579 mujeres.

titucional, significa la pérdida del mismo.

Para ahondar un poco más en la relación antes

donde las variables son: “realiza tareas remuneradas” y “tipo de método que utiliza”. (Cuadro IV)

Según afirma S. Ramos, la inestabilidad de los ingresos en los hogares sumado al bajo nivel de los mismos atentan contra una continua capacidad de compra (en el caso de anovulatorios) y contra un desembolso considerable de dinero (en el caso de DIU y diafragmas) ⁽²¹⁾ ⁽²²⁾. En el análisis del cuadro IV podemos observar que los datos no se corresponden con dicho enunciado.

Desagregando la variable “realiza tareas remuneradas” en categorías de empleo, es posible ilustrar de manera más concreta la relación entre “ocupación” y acceso a determinados “MA”.

El universo con el que trabajamos ahora es muy restringido (solo tomaremos aquellas que utilizan “MA” y las que realizan “tareas remuneradas”). Suponemos que del “tipo de tareas que realicen” dependerá el “MA” que utilicen. Nuestra idea es que la estabilidad laboral y la posición que se ocupa dentro de este ámbito propiciará los medios necesarios (información, dinero, etc.) para obtener los “MA” que se expenden en el mercado. Específicamente, la posición ocupada por la mujer dependerá del “NE” alcanzado por la mujer, y esto a su vez,

Cuadro IV: Relación entre trabajo materno y tipo de método anticonceptivo utilizado.

	TRABAJA	NO TRABAJA	
n	2	6	8
Natural	3.1%	3.8%	3.6%
Otros		2 100.0%	2 0.9%
Anovulatorio	41 64.0%	113 71.5%	154 69.4%
De barrera	21 32.8%	37 23.4%	58 26.1%
TOTAL	64	158	222 100%

Población: (n) 433 mujeres.

permitirá determinados contactos en detrimento de otros.

Asimismo, es importante destacar que el vínculo y la relación con sus pares juega un papel determinante en la decisión de cada una de las mujeres en la elección del "MA".

De las que utilizan "MA", "trabaja" el 28.8% y "no trabaja" el 71.2%. De estas últimas, el 71.52% utilizan "MA Anovulatorio" y el 23.42% "MA de Barrera". Para las que "trabajan", el dato más significativo es el que indica que el 64.06% utilizan "MA Anovulatorio" frente a un 32.81% que utiliza "MA de barrera".

Para avanzar un poco más la relación entre "realización de tareas remuneradas" y "tipo de MA utilizado" se efectuó un cruce relación entre las variables "categoría ocupacional de las encuestadas" y "tipo de MA que utiliza".

Del análisis de la relación planteada encontramos que la mayor concentración de mujeres se registra en tres categorías "empleadas"; "empleadas domésticas" y "trabajadoras por su cuenta", siendo los "MA" más empleados en las tres categorías los "anovulatorios" y los "de barrera" respectivamente, acumulando un (80% -52 casos-) sobre un universo de análisis de (65 casos).

Aborto

¿En qué medida la anticoncepción es un método preventivo que ayuda a reducir el problema público y social del aborto? ⁽²³⁾

El aborto y la anticoncepción se diferencian en virtud de los costos emocionales y económicos y por el acceso y los beneficios y/o riesgos que supone cada uno. Las evidencias señalan que la coexistencia de ambos métodos es una constante en la mayor parte de las poblaciones. Obviamente, la disponibilidad y accesibilidad a uno u otro se hallan condicionados por el contexto legal, cultural y económico dentro del cual las conductas reguladoras de la fecundidad deben voluntariamente llevarse adelante. ⁽²⁴⁾

La "edad" de las mujeres con las que trabajamos oscilaban entre los 13 y 45 años. Suponemos que las mujeres más jóvenes tenderán más a la utilización de "MA" como así también mostrarán una mayor predisposición, llegado el instante de decidirlo, a realizarse "abortos". Por más jóvenes entendemos a las mujeres entre 13 y 25 años. Para poner a prueba la relación propuesta realizamos un cruce bivariado "edad de la mamá" con "número de abortos realizados" con una variable de control: "tipo de MA utilizado".

La relación entre "edad", "número de abortos" y "tipo de MA utilizado", no arroja resultados signifi-

cativos para los dos primeros "MA": "naturales" y "otros" (sin especificar). Si surgen importantes consideraciones para los "MA" del tipo "anovulatorios", donde se concentra el (69.37% -154-) sobre 222 que utilizan "MA". (Cuadro V)

Los valores más importantes indican que (66.9% -103-) mujeres "no tienen abortos realizados" y que un (33.10% -51-) se ha practicado "entre 1 y dos abortos".

Para el "MA de barrera", sobre una población de 58, los valores más importantes son para los grupos de "19/25" y "31 y más", donde para el primer grupo, un (37.6%) se realizó "un aborto" y para el "grupo de 31 y más", el (38.1% -8-) se realizó "un aborto" y el (14.3% -3-) "dos y más". (Cuadro VI)

Las mujeres de los grupos "19/25" y "26/30" representan el 73.4% del total que utiliza "MA anovulatorio" y el 60.4% del total que utiliza "MA de barrera".

Se puede comprobar que las mujeres más jóvenes efectivamente han elegido un "MA" más eficaz y son más proclives a realizarse "abortos". Este último es tomado, en última instancia, como un método AAA de control de la natalidad. Las mujeres más jóvenes parecieran presentar menos prejuicios frente al "aborto".

Además, consideramos que la efectividad del "MA anovulatorio" estará en relación directa con su uso regular por parte de las mujeres. Cabe destacar que dentro de esta categoría se consumen más pastillas

Cuadro V: Relación entre edad materna, número de abortos realizados.

(variable de control: método anovulatorio)

EDAD (años)	hasta 18	19/25	26/30	31 y más	
Ningún aborto	8 88.9%	58 75.3%	19 52.8%	18 56.3%	103 66.9%
Un aborto	1 11.1%	11 14.3%	14 38.9%	7 21.9%	33 21.4%
Dos y más abortos	8 10.4%	3 8.3%	7 31.9%	18 11.7%	
TOTAL	9	77	36	32	154 100.0%

Población: (n) 433 mujeres.

que inyecciones; esto responde en buena medida al hecho de que las mujeres consideran a las inyecciones más que un “MA” un método abortivo ⁽²⁵⁾.

“Las pastillas aparecen con cierta frecuencia, pero por períodos muy breves e intermitentes –en el contexto de una vida urbana– y con una fuerte desconfianza. Los trastornos atribuidos al consumo de este tipo de anticonceptivo y la imposibilidad de comprarlos con la sistematicidad que un tratamiento de estas características requiere, son los factores presentes en la racionalización del abandono o del fracaso de este método de control de la función reproductiva” ⁽²⁶⁾.

A pesar de estas diferenciaciones al uso de este “MA”, se observa que es el más utilizado por todas las mujeres encuestadas, representando el (69% –153 casos–) del total de la muestra analizada (222 casos).

Con respecto a los “MA de barrera”, se puede observar una distribución más uniforme entre los grupos etarios, observándose una ligera predominancia en los dos últimos grupos “26/30” (32.8% –19–) y “31 y más” (36.2% –21–).

Dentro de la problemática del aborto, es importante considerar el “NE” como una de las dimensiones socio-culturales que van a influenciar de manera decisiva en el grado de aceptación de estas prácticas.

En la bibliografía con la que trabajamos, hay algunas referencias a la relación entre “educación” y “aborto”. Con el fin de tener una aproximación a la misma en la muestra obtenida en la Maternidad

Cuadro VI: Relación entre edad materna, y número de abortos realizados.

(variable de control: método de barrera)

EDAD (años)	hasta 18	19/25	26/30	31 y más	
n	1	9	12	10	32
Ningún aborto	50.0%	56.3%	63.2%	47.6%	55.2%
Un aborto	1	6	5	8	20
	50.0%	37.5%	26.3%	38.1%	34.5%
Dos y más abortos	0	1	2	3	6
		6.3%	10.5%	14.3%	10.3%
TOTAL	2	16	19	21	58
				100.0%	

Población: (n) 433 mujeres.

Sardá, realizamos el cruce bivariado entre esas variables. (Cuadro VII)

Tal vez sea necesario aclarar que manejamos cifras declaradas por las madres a la Maternidad Sardá, donde quizá se haya producido ocultamiento del número real de abortos que se han efectuado, y que por el carácter “íntimo” de la problemática del “aborto”, el número de abortos declarados debe ser tomado con las previsiones del caso.

Conclusiones

Después del análisis y lectura de cuadros realizados podemos cerrar con algunos comentarios acerca de los ámbitos de estudio priorizados: el socio-económico y el individual.

Con respecto al primero de ellos, es importante destacar el lugar que ocupa la educación formal recibida por las mujeres entrevistadas, señalando que el acceso a la misma es desigual, respondiendo el no acceso de manera preponderante a causas económicas, pero no siendo estas las únicas. La importancia de la educación quedó esbozada en el análisis de los distintos cruces bivariados propuestos. En ellos se aprecia que las madres más jóvenes son más proclives a utilizar métodos anticonceptivos eficaces y como así también una mejor predisposición hacia la aceptación del aborto en caso de tener que recurrir a él. Consideramos que tales

Cuadro VII: Relación entre nivel de instrucción alcanzado por las mujeres y número de abortos realizados.

	SIN Instruc.	BAJA	MEDIA	ALTA	
n	34	125	102	46	307
Ningún aborto	65.3%	71.8%	72.3%	69.7%	70.9
Un aborto	13	36	6	8	83
	25.0%	20.7%	18.4%	12.1%	19.2%
Dos y más abortos	5	13	13	12	43
	9.6%	4.4%	9.2%	18.1%	9.9%
TOTAL	2	4	26	14	433
	100%	100%	100%	100%	100%

Población: 433 mujeres.

actitudes son atribuibles a la educación alcanzada y a la introducción en los programas de Educación para la Salud de esta temática que, a pesar de las limitaciones, pueden percibirse resultados positivos. ⁽²⁷⁾

Otra cuestión importante relacionada con la educación, es la disposición a utilizar métodos anticonceptivos de un mayor nivel de protección en la medida que el nivel educativo de las encuestadas aumentaba.

Siguiendo con esta línea, es importante tener en cuenta la relación que se establece entre la institución hospitalaria y la paciente, caracterizándose ésta por una falta de espacios de información sobre todo en aquellas mujeres que han alcanzado un bajo nivel de instrucción y que carecen de información general sobre anticoncepción y embarazo⁽²⁸⁾ y los que existen no se utilizan.

Surge también como una cuestión importante la situación laboral. Aparentemente la necesidad de generar ingresos para contribuir a mantener el hogar familiar puede estar en el origen de la adopción de algún método anticonceptivo.

El problema de fondo que requiere ser atacado en todos sus frentes es la falta de educación sobre anticoncepción e información general respecto a la maternidad y al control de la natalidad.

En este aspecto, los errores son compartidos entre el Estado, la institución hospitalaria y por los profesionales de la salud.

En parte, el problema educativo y de falta de información es solucionado en la relación con sus pares. Esta es importante en aquellos casos donde la instrucción alcanzada es baja y la necesidad de información más acuciante. En este caso, la "Red de solidaridad" entre mujeres aparece supliendo estas deficiencias. No obstante, es más importante el crédito dado a la red que lo que efectivamente se obtiene de ella.

Para concluir, las soluciones parecen apuntar hacia los aspectos educacional e institucional, permitiendo un mayor acceso de mujeres tanto al sistema hospitalario como al educativo, para lo cual es fundamental una fuerte reasignación de recursos hacia estos sectores, con lo cual podría lograrse un mayor y mejor control de la natalidad y menos mortalidad materno-infantil.

En todo caso, la decisión de que esta situación mejore es una cuestión de Estado. Es una decisión política.

Agradecimientos

Un último aspecto a destacar, es la atención

brindada por el personal no médico y médico de la Maternidad Sardá. La misma fue de muy buena disposición pese a la situación de intromisión que significaba nuestra presencia.

Bibliografía consultada

- Ramos, S y Balan J. La medicalización del comportamiento reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares. Bs. As. CEDES. Nro. 29. 1989.
- Ramos S y Llovet, JJ. Maternidad en Buenos Aires: la experiencia popular. CEDES. Reimpresión 1984. Nro. 4.
- Ramos S y Viladrich A. Abortos hospitalizados. Entrada y Salida de emergencia. Bs. As. CEDES/88. 1993.
- Ramos S. La experiencia de la maternidad en los sectores populares de Buenos Aires. CEDES. 1988.
- Cervantes Carson A. En busca de la explicación (variables socio-económicas en el estudio de la mortalidad en la niñez). en: Jimenez Ornelas R, coordinador. Primer Seminario de Demografía formal. UNAM. México.
- Menéndez EL. Mortalidad en México. A preguntas simples, ¿sólo respuestas obvias?. Ibidem.
- Oya Sawyer D y Fernández Castilla, RE. Problemas metodológicos de medición e interpretación en los estudios de la mortalidad infantil. Ibidem.
- Troncoso MC. Componentes sociales, económicos y culturales del proceso salud-enfermedad en el primer año de vida del niño. Compilación de: Lattes A.; Farren M. y Mc Donald J. Salud, enfermedad y muerte de los niños en America Latina. CLACSO. s/f.
- Lattes A. Introducción. Ibidem.

Citas bibliográficas

1. Ramos S, Balan J: La medicalización del comportamiento reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares. Bs. As. CEDES. 1989. pág. 7
2. Idem pág. 34.
3. Idem pág. 7.
4. Idem pág. 8.
5. Idem pág. 26.
6. Idem pág. 9.
7. Idem pág. 20.
8. Idem pág. 17.
9. Idem pág. 19.
10. Idem pág. 16.
11. Idem pág. 10.

12. Idem pág. 10.
 13. Idem pág. 1 / pág. 29.
 14. Idem pág. 5.
 15. Ramos S, Viladrich A. Abortos hospitalizados. Entrada y salida de emergencia. Bs. As. CEDES. 1993, pág. 5 / pág. 55.
 16. Ramos S, Balan J. Ibidem. pág. 32.
 17. Idem pág. 28/29. 54. 63.
 18. Idem pág. 29 y 65.
 19. Idem pág. 30 y 58.
 20. Idem 18 y ss. especialmente 21.
 20A Idem 10.
 21. Idem 51.
 22. Ramos S, Llovet JJ. La práctica del aborto en las mujeres de sectores populares de Buenos Aires. Bs. As. CEDES. 1988. Pág. 9/10 y 24.
 23. Ramos S, Balan J. Ibidem pág. 22.
 24. Idem pág. 23.
 25. Idem pág. 23, 32. y 43/44.
 26. Idem pág. 31. 55.
 27. Ramos S, Balán J. Ibidem pág. 49/50.
 28. Idem pág. 27/35.



Fuente: NEWSWEEK, Dic. 26.1994

Les recordamos que nuestro E Mail es: [postmaster @ Sardá. guti.sld.ar](mailto:postmaster@sardá.guti.sld.ar)