

EL 8A: UN ANTES Y UN DESPUÉS

POR MARÍA PAULA BOTTA Y DANIEL TEPPAZ

María Paula Botta. Médica especialista en medicina general y familiar. Trabajadora de la salud pública de Rosario. Docente de la materia electiva “El aborto como problema de salud” de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR. Integrante de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir.

Daniel Teppaz. Médico tocoginecólogo. Coordinador de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud de Rosario. Docente de Salud Sexual y Perspectiva de Género en Salud del Postgrado de Medicina General y Familiar. Integrante de REDAAS.

En estas líneas nos proponemos brindar un panorama en torno a la actualidad de la problemática del aborto desde nuestra perspectiva en tanto trabajadorxs del sistema público de salud de la ciudad de Rosario.

El 8 de agosto de 2018, el Congreso de la Nación le dio la espalda al movimiento de mujeres, negando la posibilidad histórica de terminar con una de las deudas que la democracia tiene con ellas: la legalización del aborto a voluntad de la mujer. Sin embargo, algo cambió en el conjunto de la sociedad luego de un año en el cual el aborto logró “salir del clóset”, de la clandestinidad simbólica, para comenzar a meterse de a poco en las escuelas, en las universidades, en los hospitales, en las mesas familiares. No hubo espacio alguno que haya quedado por fuera del debate. Incluso los medios de comunicación hegemónicos, que históricamente respondieron a intereses político-religiosos, cubrieron parte de la discusión en el Congreso.

El debate por la legalización del aborto permitió sacar a la luz uno de los secretos mejor guardados: desde el año 1921, el artículo 86 del Código Penal expresa que en la Argentina el aborto es legal por causales (violación y riesgo para la vida o la salud). Este fue un descubrimiento, no solo para el conjunto de la sociedad, sino también para profesionales de la salud que desconocían su marco de responsabilidades en tanto garantes de la protección de la salud de las personas.

En el interior del sistema de salud el cambio fue notorio. Desde los inicios del debate, comenzó a aumentar el número de mujeres a las cuales la situación de embarazo se les presentaba como conflictiva y por lo tanto solicitaban asistencia. Cabe destacar que, a pesar de su capacidad de gestar, no se ha observado este aumento en la solicitud de asistencia por parte de varones trans y sujetxs con otras identidades.

El aborto como posibilidad en la vida de las mujeres comenzó a ser percibido en otros términos: “La maternidad será deseada o no será”, decían algunas de las usuarias que llegaban al sistema de salud a realizarse un procedimiento de evacuación uterina. Las mujeres llegan, ahora, a los centros de salud y a las consejerías hospitalarias con más información, conociendo cuáles son sus derechos y exigiendo al Estado el cuidado de su salud. “No quiero que me pase lo mismo que a mi mamá”, contaba una mujer de 30 años que había sido criada por su abuela porque su mamá había muerto por un aborto clandestino cuando era muy joven.

En este año de Marea Verde fue muy llamativo observar que las mujeres, sobre todo las más jóvenes, comenzaban a llegar a los servicios de salud con sus pañuelos verdes colgados de sus mochilas. El pañuelo se convirtió en un código de complicidad, de sororidad, un signo que representaba la posibilidad de no sentirse solas: “Vine con mis amigas, están afuera, son las que tienen las mochilas con los pañuelos, vinimos en manada”, nos contaba una estudiante universitaria. El rol de los medios de comunicación y, sobre todo, el que juegan hoy en día las redes sociales en la masificación de la cuarta ola feminista permite, paulatinamente, comenzar a transitar los abortos de manera más libre y autónoma, quedando cada vez más lejos el estigma y la culpa.

Ahora bien, la mayor duda se presentaba al pensar si el revés legislativo no crearía mayor confusión entre quienes llevan adelante la responsabilidad de dar respuesta en todos los niveles del sistema de salud del subsector público. Como mencionamos anteriormente, el debate generó una respuesta inmediata muy positiva en jóvenes y adolescentes que pusieron su posicionamiento sobre la mesa familiar, lo cual trajo aparejado que muchxs trabajadorxs de la salud, en su espacio de trabajo, “salieran del clóset” en relación con su posición sobre la legalidad del aborto y ayudaran a otrxs profesionales a reflexionar. Por otra parte, hemos percibido un aumento en el interés por conocer cuál es el marco legal vigente y cuáles son las prácticas que se deben garantizar. Esta situación se refleja en el aumento de agentes de salud que en los efectores garantizan la práctica.

A pesar de todo lo señalado, la objeción de conciencia, fundamentalmente entre profesionales de tocoginecología y enfermería -sostenida más en la desinformación y el desconocimiento que en cuestiones morales o religiosas-, sigue siendo un obstáculo para la realización de interrupciones legales del embarazo. Si bien contamos con la existencia de un sistema de regulación, parecería que no ha sido otra cosa que la relación entre pares y el apoyo a quienes a conciencia realizan el acompañamiento a mujeres lo que ha aminorado el impacto de la objeción de conciencia. Como remarcamos al principio, la discusión pública sobre la legalización del aborto ha tenido consecuencias importantes en los posicionamientos profesionales, disminuyendo el impacto negativo que estigmatizaba a profesionales y mujeres.

En este sentido, las Universidades públicas se han posicionado como actores fundamentales en este proceso de cambio: en la Universidad Nacional de Rosario, por ejemplo, mediante la creación en la Facultad de Ciencias Médicas de la cátedra “El aborto como problema de salud”, o de posgrados de medicina general y familiar y de tocoginecología, en los cuales se forman lxs nuevxs profesionales, como así también en otras facultades, como las de Ciencia Política o Psicología, en las cuales mediante distintos mecanismos (seminarios, cátedras libres) se apunta hacia el mismo horizonte de transformación social que, esperamos, sea imparabile.

El caso de Rosario: algunos datos estadísticos

Consideramos que las respuestas ante el aumento, tanto cuantitativo como cualitativo, de la demanda de asistencia ante embarazos no deseados en nuestra ciudad, fueron posibles en tanto y en cuanto se contaba con un sistema de salud con un desarrollo en materia de salud sexual y reproductiva sostenido en el tiempo, capaz de absorber estos cambios.

Sin embargo, a pesar de los distintos avances, las mujeres aún deben consultar a más de un efector para poder resolver su problema. Posiblemente, esto tenga que ver, no tanto con la negativa de un centro de salud determinado a realizar una ILE, sino con la política de territorialización de las atenciones llevada a cabo en nuestra ciudad, en la cual las atenciones relacionadas a aborto con medicamentos se llevan a cabo en el primer nivel de atención mientras que para prácticas quirúrgicas, como podría ser la Aspiración Manual Endouterina, la persona debe ser derivada a otro centro de salud con el equipamiento adecuado. De todos modos, hay que señalar que el 80% de las interrupciones legales del embarazo, dentro de las primeras doce semanas, se resuelven en el primer nivel de atención y de forma ambulatoria. Esto último fue posible desde 2012, año en que el Estado municipal comenzó a proveer misoprostol en forma gratuita.

Además de las estrategias de atención primaria, desde octubre de 2016 el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR), el Hospital Roque Sáenz Peña y el Hospital Alberdi cuentan con un servicio que garantiza procedimientos de ILE mediante la técnica de Aspirado Manual Endouterino (AMEU).

Hasta la fecha se han realizado 455 procedimientos de AMEU en el CEMAR, de los cuales un 55% fueron practicados a mujeres jóvenes entre 20 y 30 años, un 27% a mujeres mayores de 30 años y un 17% a niñas y adolescentes menores de 20 años.

En relación con el nivel educativo, debemos señalar que del total de mujeres un 75% asistió a la escuela secundaria (168 concluyeron esta etapa y 165, no), un 15% cursó o concluyó estudios de nivel terciario o universitario y un 10% asistió solo a la escuela primaria. La mitad de las mujeres trabajaba de manera formal o informal, y la otra mitad no tenía un trabajo fuera del hogar o del ámbito familiar con su respectiva remuneración.

Acerca de la cobertura de salud, se observa que un 70% de las usuarias no cuentan con obra social y un 30% cuenta con obra social o prepaga, pero debe asistir al sistema de salud público porque su cobertura de salud no le garantiza la práctica de ILE.

Por otra parte, se destaca que las mujeres que asistieron al servicio del CEMAR, en su totalidad, tenían una edad gestacional menor a catorce semanas. Un 55% cursaba embarazos menores a diez semanas, y un 45% entre diez y catorce semanas.

Si bien no existe sistematización de los datos acerca de la pertenencia o no a diferentes religiones, parecería que estar o no avaladas por dichas instituciones no es un impedimento para las mujeres a la hora de solicitar una interrupción legal del embarazo, lo cual concordaría con lo que viene sucediendo en la Ciudad de México donde más del 80% de las usuarias reconocen pertenecer a alguna religión.

Las mujeres no suelen consultar solas al servicio de salud. Siempre hay alguna contención que, en su mayoría, es brindada por familiares mujeres (madres, hermanas, primas, etcétera) o amigas, y en algunos casos por sus compañeros varones.

Finalmente, en relación con la anticoncepción post-aborto, debemos señalar que esta juega un rol fundamental en la continuidad del proceso de atención y que, luego de atravesar una ILE, el 70% de las mujeres eligen un método anticonceptivo de larga duración (dispositivo intrauterino o implante subdérmico), los cuales permiten mayor autonomía, evitando la repetición de nuevas situaciones de aborto.