

A UN AÑO DE LA LEY DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

PRIMEROS REGISTROS

Aunque las nuevas cifras de los abortos legales suenen alentadoras, todavía es un misterio si aumentaron o no los abortos clandestinos, y si las dificultades en el sistema están expulsando a las mujeres hacia el circuito ilegal. **Brecha** buscó algunas interpretaciones al escueto informe presentado por el Ministerio de Salud Pública.

TANIA FERREIRA

EN DICIEMBRE DEL año pasado se cumplió un año de la puesta en marcha de la ley de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y la evaluación fue presentada esta semana por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Según sus autoridades, las cifras ubican a Uruguay en "un lugar similar a los países europeos": 6.676 fueron los embarazos interrumpidos desde diciembre de 2012 hasta noviembre de 2013; un promedio de 556 abortos por mes. Y un 82 por ciento de quienes lo hicieron son mujeres mayores de 19 años, lo que pone en duda el mito de las adolescentes como las principales usuarias de la práctica.

Estas cifras fueron mostradas como un avance de la política pública, al ser comparadas con aquellos polémicos 33 mil abortos anuales estimados en el período de 1995 a 2002 (sobre el lapso 2003-2011 no hay datos). Si bien la IVE ha permitido notorios avances en la salud de las mujeres, para algunos constituye un error metodológico hacer de esto un triunfo, ya que no se puede comparar aquella estimación, que refería principalmente a abortos clandestinos, con la nueva cifra de abortos legales. "Por eso no se puede decir que el aborto bajó en Uruguay, no hay elementos para afirmarlo. Tendríamos que esperar y comparar el primer año de aplicación de la ley con el segundo año, y así sucesivamente", dijo Martín Couto —coordinador del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, de Mujer y Salud en Uruguay (MYSU)— respecto al informe del MSP. Y agregó: "Parece que estamos muy apurados por salir a festejar que toda la política pública en Uruguay fue exitosa, y se termina comparando el mes uno con el mes dos, con el tercero, cosa que estadísticamente no se hace, y menos para evaluar una política pública", resumió.

El asunto llegó a la política: el diputado nacionalista Pablo Abdala coincidió con Couto esta semana al decir que no se debía festejar estas cifras, cuestionó que el informe no incluyera el número de abortos ilegales y sentenció: "Tiendo a pensar que los abortos clandestinos en Uruguay se mantienen" luego de la aprobación de la ley.

Leticia Rieppi, coordinadora del área de salud sexual y

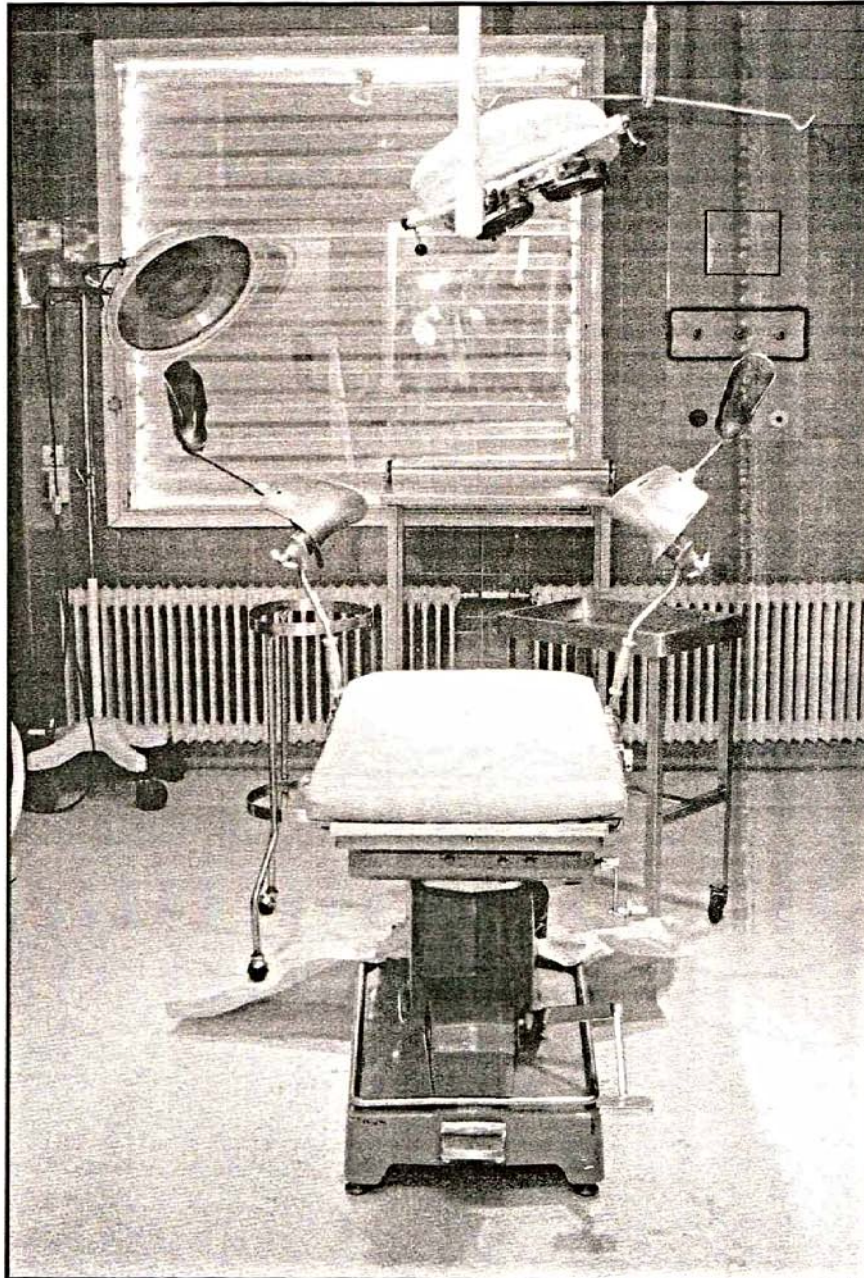


FOTO ARCHIVO ÁCAR

reproductiva del MSP, fue clara al respecto: "Me llama la atención cómo no pueden entender que un informe sanitario no incluya cifras de algo ilegal. No es el ministerio el que recoge los eventos ilegales que ocurren en el país. No se dan cuenta de que eso es imposible. Nosotros recogemos de las instituciones prestadoras de salud los datos de los procedimientos que se hacen legalmente", explicó a Brecha.

En pocas palabras, lo único que muestran estas nuevas

cifras es que 6.676 mujeres pudieron pasar por el circuito legal y que, salvo dos casos de complicaciones graves (una histerectomía pos IVE y un ingreso a CTI después de un aborto inseguro), no tuvieron inconvenientes en la interrupción de sus embarazos.

La tendencia mes a mes marca un aumento de los procedimientos. Un quiebre importante se produjo entre junio y julio del año pasado —un aumento repentino de casi cien casos—, como si el fracaso del

plebiscito para derogar la ley en ese mes hubiera alentado a las mujeres o las parejas a consultar más, a sentirse habilitadas a hacerse un procedimiento médico, ahora sí realmente legal.

Desde Salud Pública tienen la aspiración de reducir los abortos, bajando en realidad la cantidad de embarazos no deseados. Para ello esta semana el ministerio anunció la utilización de un nuevo anticonceptivo subcutáneo destinado a la población más joven, que

mantiene su eficacia durante al menos tres años.

LOS EXTREMOS. El 59 por ciento de las IVE se realizaron en mutualistas privadas, contra un 41 por ciento del sector público. Y por otro lado, 64 por ciento se hicieron en Montevideo y 36 por ciento en el interior del país, resume el informe del MSP.

Podría ser puro prejuicio, pero considerando que en ASSE se atiende la gente de los sectores más pobres de la población, resulta interesante cuestionarse por qué hay menos casos que en el ámbito privado. Y lo mismo respecto a la capital y el Interior: fuera de Montevideo vive casi la mitad de la población, sin embargo 64 por ciento de las mujeres interrumpieron su embarazo en la capital.

"Nosotros tenemos falsas concepciones, por ejemplo que son las mujeres pobres las que abortan, o que las adolescentes son las que más lo practican", explicó Rieppi a Brecha. Según coinciden los consultados, la distribución de abortos entre el sector público y el privado no tiene una explicación demasiado compleja, sino que es más o menos el correlato de cómo se reparten los usuarios en el sistema de salud. Después de la reforma del FONASA, las mutualistas aumentaron notablemente su matrícula y ahora tienen la mayoría de los usuarios.

En cuanto a la diferencia entre Montevideo y el Interior, la ginecóloga advirtió que los números presentados por el MSP pueden no representar estrictamente la realidad: en las cifras de Montevideo se incluyó a las mutualistas capitalinas que tienen sucursales en Ciudad de la Costa, sobre avenida Giannattasio: "La institución cuya casa central está en Montevideo nos da un único informe con todas sus usuarias, no discrimina quiénes son del Interior y quiénes de la capital". "Tal vez nos debemos un análisis más intensivo de los números", admitió Rieppi.

Para el sociólogo de MYSU la diferencia entre la cantidad de abortos en el Interior y la capital se explica por la disposición de los servicios, que hacen que los mejores estén en Montevideo. Además, en la capital no ocurrió que hubiera un cien por ciento de objetores, como ocurrió en el departamento de Salto,² recordó.

En segundo lugar aparece "la cuestión del estigma" sobre la mujer que decide abortar, y también sobre la prácti-

ca en sí misma. Según Couto, estas cuestiones que deberían perecer resisten más en el Interior que en la capital. Y para evitar el castigo social aparece entonces otro factor que resulta difícil de lograr en ciudades de pocos habitantes: la confidencialidad, que *“es un problema que se agrava si el médico que trabaja en la polí-clínica es el mismo que te cruzas llevando a los niños a la escuela”*, analizó.

PUEDA Y DEBE RENDIR MÁS.

“Hay problemas con la confidencialidad, problemas con la cantidad de ginecólogos disponibles, con el trato de los médicos; el circuito legal todavía no dio todas las respuestas que tiene que dar”, explicó Couto, y al respecto señaló que como termómetro les sirve el hecho de que a diario reciben en MYSU muchas llamadas de mujeres que quieren abortar pero preferirían hacerlo en un lugar que no fuera su mutualista. Les interesa que no quede registrado en la ficha de procedimientos.

Desde esa organización también denuncian que la ley exige recursos humanos que no están disponibles en el país, notan el tema de las demoras en las fechas de consulta (lo que puede ser grave, ya que el aborto se debe efectuar en las primeras 12 semanas), y lo di-

SUS OJOS EN TU NUCA

SALTO FUE EL único departamento donde, luego de aprobada la ley, el 100 por ciento del personal de salud presentó objeción de conciencia a la realización de abortos. Por este motivo MYSU lo eligió como caso de estudio, y a mediados de marzo se presentarán los resultados oficiales de esta investigación cualitativa.

Según lo investigado, los problemas con la aplicación de la IVE allí son reales: dificultades con la confidencialidad, con el trato de los profesionales hacia las mujeres, y con los profesionales que al principio parecían haber hecho uso del derecho de objeción de conciencia individualmente, pero por momentos lo plantean como una decisión colectiva. *“Observamos que en algunos casos los profesionales que objetan no tienen los mejores tratos con las mujeres que quieren abortar; lo que dificulta incluso la primera consulta”*, es decir, el primer acercamiento al médico en un departamento donde todos los profesionales están en contra de la práctica, explicó Martín Couto.

Otro inconveniente es que permanece activo un circuito clandestino donde se distribuyen medicamentos abortivos, como el Misoprostol. Y en los departamentos fronterizos como Salto, cruzar a Argentina a comprarlos —donde se venden sin receta en las farmacias— resulta un trámite fácil.

También comprobaron en este tiempo que, para algunas salteñas, trasladarse a la capital a hacerse un aborto ante la falta de especialistas en su territorio resulta una complicación importante, sobre todo si tienen que ir varias veces. Y es probable que esa mujer que no se pueda trasladar —por riesgo de perder su trabajo, el presentismo, etcétera— termine recurriendo al circuito clandestino.

Desde setiembre del año pasado ASSE destinó a Salto una especialista, que debido a la situación terminó por encargarse sólo de realizar abortos. Permanece unos días en el departamento cumpliendo la penosa tarea y regresa a la capital. Según lo investigado por MYSU, esta situación genera varios problemas: el servicio depende de una sola persona, si se enferma o pide licencia se suspende la práctica. Además, lo que se pretende con el modelo integrado de salud es que el médico cumpla funciones transversalmente, es decir, que no atienda sólo un tipo de patología sino varias. Y por último, lo deseable sería evitar que se identificara a los profesionales como “médicos aborteros”.

“Se crea un estigma, pero esta vez recae sobre el médico, además de que es muy difícil afrontar esa responsabilidad sin secuelas”, resumen desde MYSU.

Según Rieppi, la dirección del MSP les planteó a los administradores de las instituciones salteñas —sobre todo las privadas— que la responsabilidad de que la prestación se brinde es de ellos. Si toda la plantilla de médicos se vuelve objetora de conciencia, el prestador debe solucionarlo lo antes posible contratando a nuevos profesionales que sí estén de acuerdo con realizar la práctica, sentenció la especialista. ■

fácil que resulta para las mujeres extranjeras que no tienen un año de residencia en el país y por lo tanto no pueden acceder a ese derecho. Algo pareci-

do sucede con las chicas menores de 18 años, que deben tener la autorización de adultos para pedir el procedimiento. *“El propio sistema está dejando*

fuera a muchas mujeres que aún deben recurrir al circuito clandestino para resolver la situación”, escribía esta semana la activista Lilián Abra-

kinskas en un artículo llamado *“Aborto en Uruguay: Ellos siguen poniendo las condiciones, nosotras el cuerpo”*.³

Rieppi aclaró por su parte que el MSP no ha recibido denuncias concretas de que se estén haciendo abortos clandestinos. Y en cuanto a la relación médico-paciente bajo la nueva ley, la ginecóloga explicó: *“estamos viviendo momentos de tensión en las relaciones sociales en general, eso también se traslada a las relaciones en el ámbito de la salud, pero no creo que ocurra particularmente desde los médicos hacia las mujeres que van a consulta para interrumpir su embarazo”*.

Por último, Couto señaló como dificultad la falta de información general sobre el tema, cuya consecuencia grave es una situación de vulnerabilidad muy grande para la mujer. *“Lograr que se conozcan los derechos, que la mujer vaya a la consulta empoderada y que no sienta que está pidiendo un favor, es otra forma de que tenga posibilidades de exigir determinadas cosas y de no permitir tantas otras”*. ■

1. En el programa **Fuentes confiables**, de Radio Universal, 25-II-14.
2. Véase recuadro y la nota *“Los dueños del cerrojo”*, Brecha 22-VI-13.
3. Disponible en <http://revista.conlaa.com/>, 25-II-14.