

Por la formación en el aborto provocado

La Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del embarazo reclama que los médicos estudien las técnicas específicas de la intervención

TRIBUNA: SANTIAGO BARAMBIO

Aborto provocado: piedras en el camino de su normalización

SANTIAGO BARAMBIO 08/03/2010

El País. es

La ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción del Embarazo nace con la intención de normalizar una prestación reconocida, pero no facilitada por el Sistema Nacional de Salud. Con este objetivo, la ley aborda aquellos obstáculos que impiden a una mujer recurrir al Sistema Público para interrumpir su gestación, ya sea directamente o a través de la concertación con los centros acreditados.

Para conseguir esta normalización, la ley insta de una parte a la formación de los profesionales en las técnicas de aborto provocado y de otra a regular la objeción de conciencia. Desde ACAI siempre hemos defendido la necesidad de dicha formación, ya que durante más de veinte años mientras los profesionales de las clínicas privadas se formaban e investigaban sobre el recurso al aborto, los profesionales de la sanidad pública permanecían estancados en el conocimiento de esta prestación, o bien la relacionaban con sus conocimientos obstétricos, cuando el aborto tiene características y técnicas propias. Como consecuencia, la sanidad pública no contempla la formación de los profesionales en el recurso, no se incluye en el currículum de los médicos, enfermeros... ni en la especialidad de ginecología, ni existen las "necesarias" unidades especializadas en aborto provocado.

En consecuencia si hay una verdadera voluntad política por garantizar la prestación, deben establecerse los cauces formativos oportunos. Una apuesta que requerirá de tiempo y sobre todo de una voluntad profesional que hoy no se manifiesta con rotundidad. Más allá de la regulación de la denominada objeción de conciencia, que en mayor o menor medida puede mermar la resistencia a la realización de abortos provocados, ACAI considera que existe una clara reticencia por parte de los médicos en general y de los ginecólogos en particular, a realizar interrupciones de la gestación.

Las razones son varias, pero casi todas ellas se relacionan con la falta de prestigio profesional. Y es que cuando hablamos de realizar una prestación no normalizada por el sistema público, se entiende que atender esta prestación resta proyección profesional, aunque con ella se ayude a miles de mujeres. Como consecuencia, podemos encontrarnos con que la prestación acabe siendo realizada por médicos que no quieren realizarla y que de hacerlo lo harán aplicando conocimientos obstétricos que nada tienen que ver con las técnicas específicas de aborto provocado. Por otra parte, hoy por hoy, la mayoría de ese 2% de abortos que realizan los hospitales públicos son abortos espontáneos, en los que la naturaleza ha resuelto en un 90% la situación. Es decir, la sanidad pública no suele abordar abortos provocados en los que se debe empezar de cero, ya que no existe un aborto en curso, ni un aborto retenido.

Las consecuencias para las mujeres pueden ser muy negativas, ya que de no utilizarse las técnicas apropiadas, de no realizarse por personal motivado, de no llevarse a cabo con el acompañamiento psicológico que se requiere...la salud física y psíquica de las mujeres se vera afectada.

Sería realmente lamentable que la asunción de esta prestación por el sistema público obviara su carácter diferencial, reduciéndola a un servicio más. El aborto provocado se debe seguir realizando por unidades específicas que respalden la intervención y obviamente se deben seguir aplicando técnicas protocolizadas por los centros acreditados durante estos 23 años; de no hacerlo estaremos retrotrayéndonos a técnicas que convierten el aborto en un proceso inseguro, doloroso y largo para la mujer.

La interrupción de embarazo es una técnica socio-sanitaria de gran complejidad, pues abarca aspectos sanitarios, psíquicos, íntimos y sociales. Si estos aspectos no son tratados uno por uno por profesionales de diversos ámbitos, con experiencia y sin juicios previos de carácter moral o religioso, se puede producir el mal llamado *síndrome post aborto*.

Para resolver los grandes desequilibrios en el acceso, esta ley prevé el desarrollo de una Estrategia Nacional para todo el territorio. Sin embargo, no deberíamos olvidar que la sanidad es una competencia transferida a las comunidades autónomas en su gestión. En consecuencia, si bien el Estado cuenta con mecanismos para establecer estrategias globales; no es menos cierto que las consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas pueden obstaculizar e incluso impedir a través de la gestión del recurso su normalización.

Los profesionales de los centros y las mujeres que acuden a ellos sufrimos desde hace años la arbitrariedad de algunas consejerías de Salud. Las inspecciones políticas acabaron degenerando en el caso Isadora, donde cientos de mujeres fueron violentadas en su intimidad. Menos espectacular, pero igual de obstructivo, resulta la exigencia de infraestructuras innecesarias para la práctica de aborto.

Tal es el caso de determinadas consejerías que en contra de lo que establece la reglamentación nacional, piden a los centros acreditados de menos de 12 semanas la habilitación de un bloque quirúrgico equivalente al de un gran hospital para la realización de una intervención de cirugía menor ambulatoria. Medidas tan poco razonables que solo pueden responder al intento de obstaculizar el aborto por la vía administrativa.

El hecho de que la ley no establezca un modelo común que arbitre la práctica del aborto provocado, vuelve a dejar en manos de las autonomías la gestión del recurso. Es decir, corremos el riesgo de que la tutela que hasta ahora se ha ejercido sobre las mujeres legalmente, se siga ejerciendo burocráticamente por determinados gobiernos autonómicos. O bien, que la tutela moral que sufren muchas mujeres desde algunos hospitales y ambulatorios, a los que acuden en busca de información, se convierta en una táctica disuasoria, desde la que culpabilizar a la mujer.

Esta ley nace cargada de loables intenciones, sin embargo su éxito dependerá del desarrollo reglamentario y de la gestión autonómica del recurso. Ambos incidirán en su normalización y, lo que es más importante, en la voluntad profesional por mantener la calidad de la prestación.

FE DE ERRORES

Santiago Barambio es presidente de la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (Acai).