

Aborto: un derecho en tránsito

SANTIAGO BARAMBIO y FRANCISCA GARCÍA*

PÚBLICO, 01 Jun 2009

Cuando una mujer decide interrumpir su gestación puede deberse a diferentes factores, aunque la mayoría de las veces se debe a un fallo en el método anticonceptivo. En menor medida, a que su madurez va dos pasos por detrás de su sexualidad. También podría suceder que un proyecto ilusionante se vea truncado por una patología propia o fetal grave, pudiera ser que... cualquier mujer, en algún momento de su vida, tenga que enfrentar alguna de estas situaciones.

Sea cual sea el motivo, todos ellos deberían ser íntimos, privados. Razones que no deberían ser diseccionadas por la acción profesional, médica o judicial, la opinión política o el juicio público... En base a esta creencia, ACAI elaboró una propuesta de ley pensando en salvaguardar los motivos de cada mujer, de cualquier mujer. Una propuesta que fijaba un único plazo de decisión basado en la viabilidad fetal, es decir, en la probabilidad más segura de supervivencia para el feto fuera del útero materno, de acuerdo con los criterios de la OMS. En base a ello, la Asociación de Clínicas Acreditadas propuso, emulando la ley holandesa, que la mujer tuviese plena capacidad de decisión hasta la semana 24 de gestación. Y propusimos, además, que ese plazo científico no fuera vinculante cuando se diagnosticara una patología fetal grave o la salud de la mujer corriera un riesgo real.

Desgraciadamente, el anteproyecto de ley del Ejecutivo no ha trasladado esta propuesta que ofrece una solución global al diagnóstico de aborto provocado, sino que ha optado por la adopción de vías intermedias,

conjugando un plazo de libre decisión y determinados supuestos acorde con el tenor medio europeo.

Toda vez que el ministerio decidió optar por esta solución, los centros acreditados han seguido colaborando para mejorar la propuesta legislativa, al punto que hoy podemos afirmar que algunas de las propuestas más importantes de ACAI vienen respaldadas por el proyecto de ley en curso y por distintas fuerzas políticas que influirán en la ley durante su trámite parlamentario.

Aun resultando ser un plazo conservador, consideramos que este proyecto reconoce por vez primera a la mujer la libertad de decidir, una resolución que hasta el momento estaba tutelada. Por tal motivo, nos resulta cuando menos paradójico que la ley exija un periodo de reflexión de tres días que no hace sino enjuiciar una decisión meditada, alargando un proceso que debería ser corto en los plazos y acompañado en los tiempos.

Constituye también un paso hacia delante el hecho de que el texto fije el concepto de salud, aludiendo a la definición que de la misma establece la OMS: el bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad. Para los profesionales de los centros acreditados, este aspecto, ponderable a partir de la semana 14 para interrumpir una gestación, contribuirá a la seguridad jurídica de las mujeres y de los profesionales. Sin embargo, el establecimiento de este criterio confronta con la indicación que obliga a la mujer a pasar por dos juicios médicos, cuando la actual ley sólo contempla como necesario el criterio de un facultativo en los casos de aborto provocado por salud materna. Como

mediadores en esta prestación sanitaria, sabemos por experiencia que esta condición dificulta y alarga sin justificación un proceso vital difícil. No cabe duda alguna de que resultan especialmente complejos los más de 200 casos anuales que los profesionales de ACAI hemos atendido en nuestros centros en relación a patologías graves diagnosticadas a partir de la semana 22, por tanto no podemos dejar de valorar positivamente que el Ejecutivo se haya mostrado receptivo a la propuesta de ACAI que solicitaba para estos casos la mediación de un comité encargado de la evaluación de estas patologías, distinto al que realizaría la intervención. En este sentido, esperamos que esa “sensibilidad” frente a la situación se traduzca en un texto que establezca un comité que actúe con imparcialidad, con criterio científico, con capacidad para pronunciarse en un plazo de 48-72 horas y que el silencio, en caso de producirse, se entienda como positivo.

Como profesionales comprometidos con este derecho de la mujer y expertos en la atención de esta demanda, no podemos dejar de apoyar la intención del ministerio, que busca asegurar la equidad, la gratuidad y la igualdad en el acceso a esta prestación. Si bien en esta apuesta resulta imprescindible que el Ejecutivo exija a todos los centros, tanto públicos como privados, unos niveles básicos de calidad en la prestación, así como una formación profesional especializada en el aborto provocado del personal responsable de estas intervenciones.

No quisiéramos abandonar estas líneas sin respaldar la consideración de este recurso sanitario básico dentro de una política amplia de salud sexual y reproductiva. Si bien en este sentido, creemos imprescindible que para que dicha política tenga el éxito deseado, el sistema curricular educativo debería incluir como asignatura troncal la educación sexual. Al

tiempo, el Sistema Nacional de Salud debería tener la capacidad de asegurar la gratuidad de los métodos anticonceptivos. Medidas que sin duda incidirán, de aplicarse, en la disminución de los embarazos no planificados y por tanto en la reducción del número de abortos y de maternidades no deseadas, especialmente entre una población adolescente tan cuestionada en sus actitudes y a la que la ley otorga una capacidad de decisión igual a la que les es concedida en las demás prestaciones sanitarias.

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

Francisca García es vicepresidenta de ACAI.