

LAS 12

VIERNES, 6 DE FEBRERO DE 2015

ENTREVISTA

En manos de los varones

La Argentina no cumplirá con el compromiso de reducción de la mortalidad materna en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de Naciones Unidas, porque la primera causa de esos fallecimientos son los abortos clandestinos, que en 2013 aumentaron en un 50 por ciento. Una investigación de Silvina Ramos y Mariana Romero confirma que las mujeres dependen de los hombres para acceder a medicación que les permita interrumpir un embarazo. La clave sigue estando en un mayor acceso a los abortos legales, en la aprobación del misoprostol para uso obstétrico y su producción en laboratorios nacionales.

Por Luciana Peker

"Voy a ir a comprarla con mi cara de buen vecino. Siempre le puedo decir que tengo una tendinitis, o algo así...", le dijo su pareja a una mujer con una receta de misoprostol en la mano. En la Argentina de hoy el aborto es clandestino. Pero se puede practicar en la intimidad si se consigue un medicamento que cuesta (en el circuito legal) 1200 pesos, aunque los precios cotizan más alto (y con más riesgos) en Internet. En la Argentina el medicamento está permitido para afecciones de úlcera, pero se usa para abortar. Por eso, las mujeres detrás de un mostrador con una receta se vuelven sospechosas y los varones, inocentes dolidos. La estrategia de triangulación –en el nombre del padre, el abuelo o el novio– está relatada en el informe "Experiencias de las mujeres con el uso del aborto con medicamentos en un contexto legal restrictivo", de Silvina Ramos, Mariana Romero y Lila Aizemberg.

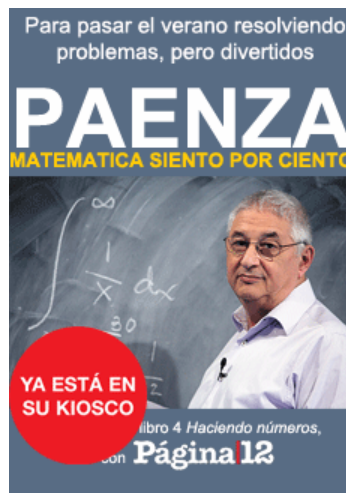
La investigación fue apoyada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y publicada, en noviembre de 2014, en la revista científica Reproductive Health Matters, que edita Marge Berer. En el estudio se muestra la experiencia de 45 mujeres que abortaron con misoprostol entre el 2012 y el 2013, en la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires. Entre otros hallazgos, se revela cómo la clandestinidad empujó a que la llave para poder interrumpir un embarazo esté actualmente en manos de los varones.

Los hombres –y, mucho más, los hombres mayores– no tienen portación de rostro sospechoso a la hora de pedir en la farmacia misoprostol, el medicamento con el que la mayoría de las mujeres que abortan consiguen la interrupción del embarazo. "Una cosa es que un varón te ayude y otra cosa es que la mujer dependa de un varón. No tiene nada que ver la soledad con la autonomía. Si querés buscar ayuda o el otro te quiere ayudar, bienvenido. El asunto es que la mujer no termine subordinada. Y si el varón no quiere ayudar, ¿qué onda? Con este panorama la autonomía queda vulnerada o condicionada", describe la socióloga Silvina Ramos, investigadora del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (Cedes), coordinadora del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de Argentina y asesora del Instituto Nacional del Cáncer, del Ministerio de Salud de la Nación.

Por su parte, la médica Mariana Romero, investigadora del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (Cedes) y del Conicet, y coordinadora del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de Argentina, alerta: "En el mundo, el 11 por ciento de las muertes maternas es por aborto y en América latina el 13 por ciento. Pero en la Argentina esa cifra sube al 20 por ciento. Existe una deuda cada vez más gravosa con las mujeres". Mientras que Uruguay, Perú, Paraguay y Honduras ya llegaron, o van a llegar, a cumplir –



Imagen: Constanza Niscovolos



MIS RECORTES: 1 [4%]

LAS12 INDICE

NOTA DE TAPA> MATERNIDADES

La subversión de las tetas
UNA LEY REGLAMENTADA EN ENERO PROMUEVE EL AMAMANTAMIENTO INCLUSO MÁS ALLÁ DE LOS DOS AÑOS, PERO...
Por Marina Yuszczuk

EXPERIENCIAS

Carne de la historia
Por Mauro Cabral

PASOS PERDIDOS

Polémica por la reglamentación de la ley de trata

COSAS VEREDAS

La pildorita rosa destiñe...
Por Guadalupe Treibel

ARTE

Delivery de erotismo
Por Cristina Civalé

MONDO FISHION

Dimensión
Por Victoria Lescano

ALBUMINA

Mujer araña
Por Guadalupe Treibel

MUESTRAS

Pioneras y aguerridas
Por Noemí Ciollaro

MUSICA

Puente

CINE

Dios tuyo
Por Paula Jiménez España

VISTO Y LEIDO

Sin aliento
Por Flor Monfort

ENTREVISTA

En manos de los varones
Por Luciana Peker

EL MEGAFONO

La ciudad pone en riesgo el acceso a libros gratuitos en las escuelas
Por Carola Martínez

RESCATES

Ronda de mujeres
Por Marisa Avigliano

PERFILES > KARINA RABOLINI

Despeinada
Por Luciana Peker

ANUARIO14

EDICIÓN LIMITADA

Ya está en
su kiosco con

Página12

en 2015– con el compromiso asumido en los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) con Naciones Unidas para bajar la mortalidad materna. Sin embargo, la Argentina no va a cumplir con lo que se había comprometido y el boletín en rojo se cobra el cuerpo de mujeres. Cada vez más. En 2012 hubo 33 mujeres que perdieron la vida gatilladas por la clandestinidad que derrama hemorragias, expande infecciones o detiene el corazón. En 2013, en cambio, 50 mujeres fallecieron por interrumpir su embarazo sin poder ir a un hospital público a realizarse una intervención médica que en Uruguay –con la legalización de la práctica– no costó ni una sola vida. La muerte por aborto se redobló un 50 por ciento, según los últimos datos del Ministerio de Salud de la Nación.

Por todas esas vidas perdidas, Romero y Ramos piden mayor acceso a los abortos legales, una canasta de opciones para poder elegir cómo y dónde abortar pero, además, la producción nacional de la fórmula del misoprostol, que la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (Anmat) autorice su compra para uso obstétrico y que se aplique realmente un sistema de atención pre y postaborto en el sistema de salud.

¿Qué pasa con las mujeres que mueren en el embarazo, parto o puerperio en la Argentina?

Mariana Romero: Las muertes maternas están disminuyendo, aunque el descenso es muy gradual. En 2011 fue 302 el número total de muertes maternas en un año; en 2012 se contabilizaron 258 y en 2013 se registraron 245 muertes.

¿La Argentina va a poder cumplir con la meta de descenso de la mortalidad materna a la que se comprometió en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de Naciones Unidas para 2015?

Silvina Ramos: Este año se debería cumplir con las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La tasa a la que deberíamos llegar es a 1,3 muerte materna por diez mil nacidos vivos. Pero en 2013, que es el último dato que acaba de ser publicado (por el Ministerio de Salud de la Nación), la tasa de mortalidad materna es 3,2 muertes por diez mil nacidos vivos, o sea, dos veces y medio más. La Argentina es uno de los países que no va a cumplir con la meta. Hay países de la región con menos recursos, con menos gasto per cápita en salud y mayores inequidades en el acceso a la atención médica, que sí van a cumplir con la meta, como Perú.

M. R.: Uruguay ya cumplió con su meta y Perú, Paraguay y Honduras van a llegar a cumplirla.

Uruguay, Perú, Paraguay y Honduras están por debajo de la Argentina en el Índice de Desarrollo Humano de Naciones Unidas. ¿Eso implica que hay una deuda nacional con la muerte de mujeres?

S. R.: Sí, seguro. Hay distintos ODM y la meta que no se va a cumplir es la de reducción de mortalidad materna. Es una deuda histórica que se ve agravada en los últimos años, porque han aparecido tecnologías que están disponibles y que no son aprovechadas.

M. R.: La mortalidad materna no bajó todo lo que esperamos. El misoprostol es una tecnología que deberíamos adoptar ampliamente. También el sulfato de magnesio, que se probó que es efectivo para el tratamiento de los trastornos hipertensivos como consecuencia exclusiva del embarazo (que producen muertes maternas por hipertensión), se está aplicando, pero no lo suficientemente bien.

S. R.: Es una deuda histórica. No le pasó sólo a este gobierno ni en los últimos diez años, pero se hizo particularmente gravosa porque ahora tenemos tecnologías que han probado ser efectivas para dos causas de la mortalidad materna: el trastorno hipertensivo y las complicaciones por aborto. Por eso ahora la deuda es más grave.

M. R.: El misoprostol sólo está aprobado por la Anmat para maduración del cuello de útero, pero no para el resto de las indicaciones obstétricas a pesar de que la OMS lo incluyó, desde 2007, en el listado de medicamentos esenciales para la salud de las mujeres y los niños.

¿Qué pasa con los casos en que el aborto es legal?

M. R.: A partir de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, el aborto no punible debería estar más disponible.

S. R.: Otro agujero negro es qué pasa con las muertes maternas de mujeres que tienen una enfermedad que se agrava con su embarazo. Quizá si a ellas las hubieran expuesto al riesgo de continuar con su embarazo, o dado acceso a un aborto, no se hubieran muerto. Esas muertes pueden estar encubriendo barreras de acceso al aborto legal.

M. R.: En Entre Ríos, una mujer con un problema cardíaco ahora está en silla de ruedas, hemipléjica, con la mitad del cuerpo paralizado y con un primer hijo discapacitado del que ahora no se puede hacer cargo. Ella, cuando quedó embarazada, pidió la interrupción del embarazo y en el quirófano un médico irrumpió y dijo que estaban cometiendo un delito y, finalmente, no le hicieron el aborto.

¿No pueden existir más muertes de mujeres por aborto que las que se contabilizan oficialmente?

S. R.: La situación actual es un poco confusa porque hay indicios de cifras a nivel de algunas provincias que son inverosímiles. El caso paradigmático es el de Santiago del Estero, que informa un número de muertes que el propio Ministerio de Salud de la Nación sospecha y sabe que no son números ciertos.

M. R.: En una provincia como Catamarca, encontrar una sola muerte materna es raro. Pero no podemos aseverar nada.

S. R.: La Argentina necesita tener información más fidedigna sobre mortalidad materna.

En el país se hicieron dos estimaciones del subregistro de mortalidad materna en 1985 y en 2002, a solicitud del (ex) Ministro de Salud Ginés González García, en Mendoza, San Luis, San Juan, Chaco, Formosa y Tucumán. En esa época el subregistro era del 10 por ciento. En el mismo escenario hoy, en vez de tener 245 muertes serían, realmente, 269 muertes.

¿Por qué se dijo que el aborto ya no era la primera causa de mortalidad materna en Argentina?

M. R.: Eso se dijo en 2011, pero fue un año atípico. Ese año hubo 758.000 nacimientos y se bajó a 738.000 en 2012, hubo veinte mil nacidos menos y es mucho. En 2013 se volvieron a registrar 754.000 nacimientos. En los últimos datos, el 20 por ciento de la mortalidad materna es por las consecuencias de la clandestinidad del aborto.

“La tasa de mortalidad materna se redujo, pero al mismo tiempo tuvimos un incremento en los fallecimientos por abortos, que volvieron a convertirse en la primera causa de muertes maternas en la Argentina y, por lo tanto, en el principal problema”, reconoció el viceministro de Salud de la Nación, Daniel Gollán, en La Voz del Interior y exaltó el modelo uruguayo de consejerías de misoprostol. ¿Qué piensan?

M. R.: Pasamos de 33 muertes en 2012 a 50 muertes en 2013 y es un aumento del 50 por ciento en relación con un año atípico. Pero son 17 muertes más. En la Argentina no se está implementando el modelo uruguayo (previo a la legalización) de reducción de riesgos y daños. Y él lo dijo como si no fuera responsable de la política pública.

S. R.: Si la política de reducción de daños no va acompañada de la disponibilidad de la droga, sigue dejando a las mujeres en una situación desvalida y también hay que fortalecer el acceso al aborto legal.

El Estado les dice a las mujeres en consejerías: “Podés usar misoprostol pero arreglate como puedas...”.

M. R.: El misoprostol está disponible hace más de treinta años, con lo cual no hay que pagar patente para fabricarlo y se puede tener una política de producción para abortos legales.

S. R.: Por eso es claramente una decisión política. En cambio, ahora no está el precio regulado y hay que conseguir un farmacéutico amigo. Si el gobierno no lo quiere producir, puede incorporarlo para uso obstétrico a través de la Anmat.

¿En qué beneficiaría a las mujeres la aprobación de la Anmat del misoprostol para uso obstétrico?

S. R.: En que los hospitales y programas de salud reproductiva podrían comprarlo. Sería una manera de desclandestinizarlo.

M. R.: Y los médicos podrían recetarlo para el fin indicado.

S. R.: Ahora las mujeres lo van a comprar a la farmacia con una indicación que no es la indicada y tienen que mandar a un varón para que se justifique que es para una úlcera gástrica. Son expresiones de la clandestinidad.

¿Necesitar a un varón para que ponga el nombre en la receta o vaya a comprar el medicamento ¿no es una dependencia riesgosa?

M. R.: La receta suele estar a nombre de un varón o de un adulto mayor porque, como el medicamento tiene indicación para alguien con dolor, es más creíble que la compre un varón adulto mayor.

¿Esta estrategia no pone a las mujeres en disponibilidad de la complicidad de los varones?

S. R.: En subordinación de terceros. Con este panorama, la autonomía queda vulnerada o condicionada.

¿Qué otros riesgos tiene la clandestinidad?

M. R.: Las mujeres acceden a distintas fuentes de información que a veces son contradictorias: un médico que les dice "ponete cuatro píldoras y al día siguiente te ponés otras cuatro" versus lo que encuentran en Internet, que dice que las dosis son cuatro comprimidos, cada cuatro horas, hasta cuatro veces. ¿Cómo hace la mujer para decidir qué hacer?

S. R.: Queda en vulnerabilidad.

M. R.: También en nuestro estudio hay mujeres que recurrieron a un hospital y se sorprendieron de encontrar equipos de salud comprometidos, que daban información sin juzgarlas ni estigmatizarlas.

¿Las mujeres piden poder abortar en los hospitales?

S. R.: Así como debe haber una canasta de anticonceptivos porque no hay uno solo que satisfaga a todas las mujeres y tener opciones es la mejor manera de elegir, en el caso del aborto pasa lo mismo. Las mujeres necesitan opciones diversas. Hay mujeres que prefieren hacerlo en la intimidad de su hogar, con buena información y la compañía de alguien que ellas eligen, en un proceso de aborto más privado, y hay otras mujeres que necesitan el acompañamiento de un equipo de salud. Son opciones.

M. R.: Muchas mujeres tienen temor al sangrado o han tenido malas experiencias y el reaseguro de un equipo médico es importante, o quieren terminar el proceso rápido y que le digan "ya está, no estás embarazada" con certeza.

S. R.: Mientras que otras privilegian tener un espacio privado en el día de la semana que eligen, pero son mujeres que muestran recursos emocionales y son capaces de controlar los procesos. La autonomía de las mujeres se juega en las opciones para elegir. Hay mujeres que también eligen una aspiración manual. ¿Y por qué no? ¿Por qué no vamos a tener una canasta de anticonceptivos y no una canasta para inducir el aborto?

¿Qué pasa con la relación entre clandestinidad y precio del misoprostol?

M. R.: La presentación pasó de ser una caja de 16 comprimidos a tener 20 comprimidos, y el precio aumentó de 450 pesos a 1200 pesos.

S. R.: Eso es en las farmacias, pero no sabés qué te están vendiendo por Internet. Ese es el problema de no ponerle el cascabel al gato. Todo el mundo aprovecha la situación.

Compartir:    



[ULTIMAS NOTICIAS](#) [EDICION IMPRESA](#) [SUPLEMENTOS](#) [BUSQUEDA](#) [PUBLICIDAD](#) [INSTITUCIONAL](#) [CORREO](#)  [RSS](#)

Página12 Alojado en **Gigared**
Data Center

 Desde su móvil acceda a través de <http://m.pagina12.com.ar>

© 2000-2015 www.pagina12.com.ar | República Argentina | [Política de privacidad](#) | Todos los Derechos Reservados

Sitio desarrollado con software libre [GNU/Linux](#).