

Exodo abortivo en Europa : El caso belga.

Dr . Pierre Moonens (01.03.2009.)

INTRODUCCIÓN

Mi nombre es Pierre Moonens, soy Licenciado en Medicina por la Universidad Libre de Bruselas (1979). Desde mi formación he participado en las actividades relativas a la Salud Sexual y Reproductiva, la Planificación Familiar y más concretamente a la práctica del Aborto Provocado, desde los centros de planificación familiar que hacen posible que las mujeres en mi país accedan a esta prestación.

Los primeros años en la prestación de Aborto Provocado fueron años en los que esta práctica sanitaria era clandestina por su ilegalidad. En consecuencia, era la solidaridad entre los/as profesionales de diversos campos, así como, la connivencia de una sociedad concienciada de esta necesidad, la que hacía posible el acceso de las mujeres a la interrupción del embarazo. En esta situación soportábamos la presión del movimiento antielección y de una Iglesia Católica muy presente en nuestra sociedad, lo que imposibilitaba la existencia de un Estado Laico.

Mi experiencia en este campo, el trabajo en estas condiciones, cerca de las mujeres, de la realidad cotidiana vivida en los centros de planificación familiar, me ha hecho formar parte de una corriente de pensamiento político y filosófico que considera, entre otros aspectos que :

- La Mujer tiene derecho a escoger cuando, cuántos y con quien desea tener hijos. Un derecho sexual y reproductivo básico que debería estar reconocido como tal en la Constitución. Un reconocimiento que no solo favorecería a las mujeres, sino también a los niños y a la sociedad en general. Ya que la procreación no puede ligarse solo al azar o a un control más o menos efectivo a nivel contraceptivo. En esta línea considero que si el derecho a estar embarazada no depende del Código Penal, la interrupción del embarazo tampoco debería estar allí.
- Además de mi práctica cotidiana como médico de familia, formo parte de la dirección de la "GACEHPA » (Groupe d'Action des Centres Extra Hospitaliers Pratiquant des Avortements). Plataforma que agrupa a los veintiocho centros belgas francófonos que practican abortos en centros de Planificación Familiar. Es decir, hablamos de una plataforma que realiza las $\frac{3}{4}$ partes de los abortos registrados en esta parte del país. Desde esa posición puedo analizar la evolución de esta práctica sanitaria, las presiones y relaciones de fuerzas que se observan, así como, la consolidación de los derechos sexuales y reproductivos como parte de la consolidación de los derechos democráticos.

¿ CÓMO VA EL ABORTO EN BÉLGICA?

Bélgica es uno de los países que más ha tardado en tener una ley de aborto, hasta 1990 la práctica del aborto provocado era clandestina y perseguida judicialmente. A partir de esa fecha, el aborto es despenalizado bajo ciertas condiciones, estableciéndose el aborto libre hasta la semana 12 de gestación. Una práctica sanitaria que se realiza en óptimas condiciones sanitarias, médicas y psicológicas y que es financiado por la Seguridad Social, mediante reembolso. Esta situación permite cubrir el 90% de la demanda de Aborto Provocado en Bélgica.

Sin embargo, a partir de la semana doce de gestación la interrupción del Embarazo solo es practicada en caso de riesgo grave para la salud de la madre o del feto. Concretamente podemos decir que solo los abortos terapéuticos son realizados. Como consecuencia de lo anterior, sistemáticamente los abortos de más de doce semanas «son exportados» al extranjero (esencialmente en los Países Bajos). Estas interrupciones suponen el 5% de los abortos provocados. Son por tanto, una minoría, sin embargo no podemos olvidar que esta minoría enfrenta situaciones muy penosas e incluso peligrosas desde todos los puntos de vista. Una coyuntura evidentemente mucho más problemática que la que enfrentan las mujeres que interrumpen su gestación antes de las 12 semanas.

Frente a ello, tenemos que decir que si bien la presión judicial se ha visto disminuida no es menos cierto que continuamos en una situación de peligrosa clandestinidad.

UNA FRONTERA ARTIFICIAL.

La frontera de las doce semanas de embarazo es artificial. Es sólo un compromiso con aquellos que no admiten el aborto como un derecho fundamental.

Cualesquiera que sean las leyes, habrá siempre abortos de más de doce semanas, y por lo tanto siempre será necesario ofrecer una salida a esas mujeres. Sería deseable que esa « salida » fuese óptima desde un punto de vista médico, social y profesional.

MAS ALLA DE LAS DOCE SEMANAS. UNA SITUACIÓN COMPLEJA

- **La toma de decisiones de las mujeres ocurre siempre en condiciones más difíciles que en los casos de demandas precoces:**

La toma de decisiones puede verse influida por:

- El retraso en la conciencia del estado de embarazo:
 - Juventud de la mujer
 - Negación de embarazo
 - "Pobreza" educativa: La ausencia de regla no es asociada ni con un embarazo ni con una necesidad de tomar una decisión; incapacidad de tomar rápidamente decisiones que conciernen a su propia vida;
 - Ciclos irregulares
- El desconocimiento de la ley y de las posibilidades de interrupción de embarazo

- El caso de jóvenes dependientes de sus padres: imposibilidad de hablar del tema en casa; de liberar el tiempo necesario a espaldas de los adultos; de desplazarse...
- Ambivalencia demasiado importante y vivida dolorosamente
- Dificultad en la gestión del tiempo: el informe al tiempo que pasa; la sobrecarga de otras limitaciones diarias que oscurece la conciencia
- Problemas de pareja: violencia, ruptura o temor de ruptura...
- Problemas en el trabajo: insuficiencia de ingresos, pérdida de puestos de trabajo, dificultad de estar de baja ...
- Sentimiento de culpabilidad demasiado importante y creciente a medida que las semanas pasan hasta un punto de ruptura..

Las mujeres que toman una decisión tardía sobre su interrupción enfrentan situaciones mucha más complejas, carentes de apoyo personal y social, y de mayor riesgo psicológico, social y en relación a su propia salud. Por el contrario, las Mujeres que las mujeres que abordan un aborto antes de las doce semanas son apoyadas personal y socialmente, cuentan con un respeto y hasta son "mimadas ».....

La realización del aborto tardío es increíblemente más difícil:

Encontrar la clínica y citarse.

variables que intervienen:

- El número de semanas de embarazo (las clínicas no ofrecen todas los mismos servicios).
- Los precios varían.
- Los plazos para la cita varían e influyen a veces sobre la elección de las clínicas,
- El emplazamiento geográfico de la clínica con relación al domicilio de las mujeres o
- los medios de transporte utilizados.
- Las mujeres están acostumbradas a que las trabajadoras sociales de los centros belgas lleven a cabo los trámites. Una labor que hasta para estas profesionales es costosa.
- No todas las mujeres tienen la posibilidad de encontrar un centro que les ayude en este laberinto.

El plazo de espera.

- Es muy frecuente que la toma de cita en los Países Bajos el plazo sea de dos a tres semanas.
- Para la mujeres que solicitan un aborto precoz, esperar una semana les parece a menudo demasiado largo, penoso, incluso irrespetuoso.
- Las mujeres que deben expatriarse para abortar, vivencia mal la realidad de « estar fuera de plazo »
- Se culpabilizan todavía más, o viven esta situación como más grave que un aborto "normal" : La prueba: esto no se puede hacer en su país.
- Y todavía deben esperar, y el embarazo avanza ...

El viaje en el extranjero:

- Es siempre una aventura. Es a menudo la primera vez que dejan el país.
- Se añaden los problemas de idiomas (mientras que se sientan ya tan incomprendidas).
- Los problemas de papeles para los "extracomunitarios"...

El aspecto financiero:

Al precio de la intervención, que siempre es muy importante, deben añadirse los gastos del viaje, frecuentemente la vivienda en el mismo lugar, una persona acompañante eventual,

...

La necesidad de interrumpir su vida social.

- Un día mínimo, a menudo más.
- Obtener permiso de baja en el trabajo, en la escuela; encontrar a alguien para ocuparse además de la familia ...
- ¿ Y qué hacer si los padres, el marido, el empresario... no pueden saber nada ?

Pero a través de todo la culpabilidad, la soledad y el miedo:

-despertarse de una anestesia, sólo, en el extranjero, ...

-y si debía quedarme más tiempo, a causa de una complicación..

-y todavía hay que volver, y rehacer el trayecto en la otra dirección ...

- y si hago un malestar en el tren ...y si ...y si...

Acabo de describir una parte solamente de las dificultades con las que deben enfrentarse las mujeres.

Consecuencia simple de una frontera artificial, atravesando una decisión profundamente personal y siempre grave: estoy embarazada y no quiero ser madre.

Numerosas son las mujeres que cuando han de enfrentar tal acumulación de dificultades o no empiezan este trayecto, o no llegan al final.

Seamos claros, todo esto acaba a veces en un drama.

Hace algunos años, una madre de dos niños se encontró en prisión para haber matado al recién nacido al que acababa de dar a luz en su domicilio

Sus otros dos niños se encontraban durante ese momento allí, al otro lado del tabique que dividía la pequeña buhardilla donde vivían.

Esto pasó en una ciudad rica de la costa belga, a treinta kilómetros de la frontera de los Países Bajos.

Esta mujer se había presentado en un centro de interrupción donde trabajaba en la época. El plazo de las doce semanas fue sobrepasado.

Una trabajadora social había entrado en contacto con el centro holandés, la fecha fue fijada y todo parecía ordenado.

" Habíamos hecho nuestro trabajo para ayudar a esta mujer. "

...Pero la mujer no fue a su cita ...

Total: - Un recién nacido asesinado en circunstancia horribles

- *Una madre infanticida*
- *Dos niños cuya mamá mató al hermano o la hermana ...*

Seamos claro: estos casos son excepcionales, pero ¿por qué hacerlos posibles ?

Ninguna mujer debería ser obligada a vivir todo esto.

Ni una desconocida, ni mi hija, ni mi madre, ni mi amante.

Pero practicar abortos es una parte de mi oficio, y también querría compartir con ustedes otros problemas que esta frontera artificial provoca en el mismo seno de la profesión médica.

IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y SOCIAL.

Después de doce semanas todo es extraplanetario.

- No es sano que profesionales de la salud desplacen el problema y parte de sus responsabilidades a otros colegas extranjeros.
- La implicación en el control de un caso de este tipo es más deficiente.
- Vivir regularmente este tipo de situaciones provoca dinámicas nefastas.

Cómo comportarse frente a una límite.

- Desgraciadamente, no es raro que las mujeres "sean exportadas" antes del límite de las doce semanas.
- Para estar seguro de no transgredir la ley, ciertas personas se paran antes del límite.
- se trata a veces de problemas estúpidos de agendas: la mujer es en los tiempos cuando telefona al centro, pero no hay plaza esta semana....

Menor calidad del control médico de las mujeres:

- Cuando un centro belga traslada a una mujer hacia otro centro belga, todo su expediente lo acompaña. Si es enviada a Holanda, la hoja de enlace es muy sumaria.
- Es raro que los trabajadores de los centros belgas hubieran asistido a un aborto en un centro holandés dónde envían a las mujeres.
- Y sin embargo las distancias son sólo algunos kilómetros.
- En Bélgica los trabajadores de los diferentes centros tienen reuniones entre ellos, se conocen y conocen el modo de funcionamiento de otros.
- Podemos saber si la mujer tiene una cita en el centro holandés, pero no si finalmente fue a ese centro.
- La visita de control dos a tres semanas después de la intervención forzosamente tiene menor calidad que si la intervención se efectúa en el mismo centro.
- Es norma que en nuestros centros belgas que el mismo equipo médico y social siga a la mujer a las diferentes etapas del aborto.

No sentirse responsable de estas mujeres en dificultad, tiene como consecuencia **una ausencia de datos estadísticos belgas.**

Es imposible saber exactamente cuántas mujeres empiezan este éxodo. Tenemos sólo los datos del país y nada más.

Sería comprensible que los datos de las mujeres que vienen de fuera no fuesen precisos, Evidentemente no tenemos una idea precisa de cuántas mujeres se convierten en madres en situaciones insostenibles, ni cuántos niños no son deseados cuando nacen, a causa de esta frontera artificial.

Estos son solo algunos ejemplos del resbalón profesional que probablemente contaminan otras facetas de nuestro trabajo.

CONCLUSIÓN

En este texto cuento mis vivencias profesionales y mis preocupaciones.

En Bélgica, la calidad de la interrupción de los embarazos inesperados y de las demandas de aborto hasta doce semanas de embarazo es muy buena.

Más allá, desgraciadamente aceptamos situaciones injustas y traumatizantes para demasiadas mujeres, pero también para los niños.

Aceptar esta situación provoca insuficiencias entre otros aspectos de la atención sanitaria pública.

Nos queda pues un trabajo que cumplir para hacer aplicar la ley.

Sería una lastima que España menoscabara,, no en sus textos legales, pero si en el acceso real, el derecho de las mujeres españolas al aborto.

A las injusticias que le describí anteriormente, podría añadirse una regresión en el desarrollo democrático de una España moderna.

Esta regresión sería a mi parecer, no el reflejo del estado actual de los derechos sexuales y reproductivos, sino de las concepciones impuestas por una parte del poder católico de su país.

Muy agradecido por su atención.