

MÁS ENFERMERAS PARA LAS MUJERES

Johanna Cepeda Saavedra¹

Resumen

El aborto es un tema que se ha encontrado en la agenda mundial de discusión, principalmente por su impacto en la salud y la vida de las mujeres, así como su estrecha relación con la morbimortalidad materna. Colombia desde hace más de 16 años ha avanzado en el reconocimiento de esta situación como un derecho y una necesidad de carácter sanitario, en respuesta a diversas estrategias y tratados internacionales. Sin embargo, se han encontrado diferentes barreras de acceso y prácticas violentas contra las mujeres que deciden no continuar con un embarazo por parte de los servicios de salud. Este artículo es un llamado a la reflexión sobre la importancia de ejercer un cuidado ético y respetuoso a quienes se deciden por un aborto, apelando a las obligaciones éticas que nos rigen como profesionales, así como de nuestro importante papel en la defensa y protección de los derechos de las mujeres y niñas.

Palabras clave: aborto legal, atención de enfermería, derechos de la mujer, perspectiva de género.

Historial del artículo

Fecha de recibido: 07-08-2022 | Fecha de aceptado: 12-07-2022

©2022 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia

Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v4i2.655

¹Enferma, Universidad El Bosque, con Maestría en Salud Sexual y Reproductiva. Profesional de Asistencia Técnica en Fundación ESAR. Cofundadora del Grupo de Enfermería por el Derecho a Decidir. Bogotá, D.C., Colombia. ORCID 0000-0003-3713-6502. Autor para correspondencia, correo electrónico: johacepedas@gmail.com

MORE NURSES FOR WOMEN

Abstract

Abortion is an important issue on the global agenda discussion mainly because of its impact on women's health, and its close relationship with maternal morbidity and mortality. Colombia has advanced in the recognition of abortion as a right and as a health need since 2006 in response to health strategies and international treaties. However, there are still different access barriers and violent practices against women from the health services to those who decide not to continue with a pregnancy. This article is a call to reflection on the importance of exercising ethical and respectful care for those who decide for an abortion based on the ethical obligations that rule us as professionals, as well as our critical role in defending and protecting girls and women's rights.

Keywords: abortion legal, nursing care, women's rights, gender perspective.

Probablemente, pensemos que el aborto no es “necesario”, que ya estamos los profesionales en salud para brindar servicios y que (como casi todas las exigencias de las mujeres frente a sus necesidades) este termina siendo una “exageración”. Así lo llaman muchas personas.

La enfermería, a pesar de ser una carrera feminizada, no está diseñada en la forma que debería, pues no ha tomado un rol en la defensa y protección de los derechos de las mujeres, como bien podría hacerlo. En este escrito, quiero hacer una crítica y una invitación a movernos en un área en la que nuestro liderazgo y acción son sumamente importantes, pero en la que no hemos tenido la incidencia que deberíamos por responsabilidad ética y profesional: el aborto.

El aborto es un tema que se ha posicionado en la agenda mundial de discusión desde hace varias décadas, principalmente por el impacto que ha tenido en la salud y en la vida de las mujeres, específicamente por su estrecha relación con la morbilidad materna (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012). Los datos más recientes indican que en el mundo el 48% de todos los embarazos son no deseados y que de estos el 61% terminan en un aborto, con un total de 73 millones de abortos en todo el mundo (Bearak et ál., 2020).

Del total de abortos, el 31% son poco seguros y el 14% son nada seguros; el 40% de las mujeres que se someten a estos procedimientos sufren complicaciones, lo que causa anualmente la muerte de entre 22.800 a 31.000 mujeres cada año. El aborto inseguro continúa causando el 11% de las muertes maternas a nivel mundial, siendo la única razón completamente prevenible (Singh et ál., 2017). En Colombia, 70 mujeres mueren cada año a causa de abortos inseguros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) y cerca de 130.000 sufren complicaciones asociadas según los últimos datos oficiales (Prada et ál., 2010).

Son 70 mujeres las que anualmente pierden su vida. Como Lorena Inmaculada Gelis Palomino, mujer barranquillera de 37 años que murió por causa de un aborto clandestino en enero del 2022 (Revista Semana, 2022), mientras esperaba un fallo de la Corte Constitucional frente a una demanda de inconstitucionalidad interpuesta por el movimiento Causa Justa, para que el aborto dejara de ser un delito y fuera abordado como lo que es: una necesidad de salud y un asunto de justicia social. Lorena podía haber estado entre nosotras y seguir trabajando como lo hacía, o tal vez podría estar cumpliendo sus sueños, si no se hubiese enfrentado a una sociedad egoísta en la que las mujeres con más necesidades son las que ponen su vida en riesgo cuando enfrentan un embarazo no deseado; por hacer parte de un entorno que solo se ha dedicado a poner obstáculos para impedir que las mujeres y niñas puedan acceder a servicios de interrupción voluntaria del embarazo, bajo el marco de la sentencia C 355 de 2006.

Después de 16 años de su promulgación había una mujer muriéndose, que no tuvo acceso a un aborto seguro, al que pudo haber recurrido probablemente bajo la causal salud. Lo anterior permite entender su definición de manera amplia, como lo determina la OMS (WHO, 1946), pues lo que se sabe es que no tenía la capacidad económica para asumir una maternidad. Asimismo, existía una demanda de inconstitucionalidad a la que más de 100 organizaciones y 150 personas se sumaron, pidiendo a la Corte que eliminara el delito de aborto por ser obsoleto, injusto y discriminatorio, y por configurarse como una barrera estructural para el acceso a servicios seguros, aun teniendo las tres causales que se establecían en la sentencia C355 desde el año 2006 (Ministerio de Salud, Sentencia C355/2006, 2006) y más de 22 sentencias posteriores que reconocían el derecho al aborto para mujeres y niñas en Colombia.

En la documentación de barreras de acceso a servicios de aborto se encontró de manera consistente e importante que muchas tenían que ver con el desconocimiento del marco legal, su interpretación restrictiva y las fallas en el sector salud (González Velez & Castro, 2017). Precisamente, del sector salud hacemos parte el personal de enfermería. Estas barreras representaron una violación a los derechos de miles de mujeres y niñas en Colombia, que fueron obligadas a llevar a término embarazos que no deseaban o a buscar servicios clandestinos, muchas veces inseguros, como pasó con Lorena. Y varias de las mujeres que tuvieron acceso fueron víctimas de diferentes prácticas dilatorias y violentas dentro de los servicios sanitarios.

Como profesionales de enfermería estamos regidas/os por un código ético inherente que resalta en nuestra labor el respeto por los derechos humanos (Consejo Internacional de Enfermeras, 2005); además, tenemos principios que regulan nuestro actuar, incluyendo los principios bioéticos (LEY 911 DE 2004, 2004). Nuestra responsabilidad es con todas las personas que necesiten cuidado, bajo un entorno de respeto, para dirigir nuestro ejercicio en iniciar y mantener la satisfacción en las necesidades de salud y en particular la de las poblaciones vulnerables. Tenemos un papel fundamental en la defensa de la equidad y la justicia social frente a la distribución de los recursos, incluyendo el acceso a los cuidados de salud y demás servicios sociales y económicos. Nuestros deberes fundamentales se sustentan en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración de la salud y el alivio del sufrimiento (Consejo Internacional de Enfermeras, 2005). Todos estos postulados deben ser aplicados sin discriminación alguna y las mujeres que solicitan un aborto también deben ser beneficiarias de una atención profesional ética y de calidad.

Sin embargo, son múltiples los casos en los que la ética profesional se soslaya por posturas personales y juicios de valor frente a las decisiones reproductivas de mujeres y niñas, situación que se ha documentado en todos los procesos reproductivos, incluyendo la decisión de abortar. Cuando se realizan acercamientos a las percepciones, significados y opiniones de los profesionales de salud con respecto a las mujeres que abortan, sí se ha encontrado que la práctica asistencial, actitudes discriminatorias hacia las mujeres y la falta de humanización en la atención está altamente influenciada por preceptos morales y religiosos (López, 2014). Por ejemplo, existen estudios sobre violencia obstétrica que señalan como primer maltratador al personal de enfermería (Terán et ál., 2013) y, frente a las mujeres que están en situación de aborto, los datos coinciden en afirmar actitudes de rabia, prejuicio, condena y discriminación, con una asistencia mecanicista, burocrática, de negación de servicios y muchas veces violenta (Pitilín et ál., 2016).

Se conocen casos de no aplicación de medicación para el dolor, negación de las medidas básicas de confort, amenazas y malos tratos como forma de aleccionamiento a mujeres y niñas que decidieron interrumpir su embarazo de forma legal o a aquellas de las que se sospechaba habían usado maniobras para inducirse un aborto. Un caso que se hizo público de este tipo de situaciones fue el descrito por la escritora Piedad Bonnett en un diario nacional (Bonnett, 2018), en el que relata cómo en un hospital de la ciudad de Bogotá se estarían cometiendo tratos inhumanos al parecer como castigo contra las mujeres que solicitaban interrumpir su embarazo:

Graciela estaba con otras mujeres, que estaban haciéndose un IVE por alguna de las tres causales que permite la ley. Aunque suplicaban, las enfermeras no les pusieron bata ni trajeron un pato a tiempo. La puerta estaba abierta, y todo

el mundo podía ver aquellas mujeres desnudas y gimiendo. Todas debieron compartir la misma bolsa para el vómito. Su pareja se encargó de limpiar a Graciela, que pujó y pujó, con un feto de casi seis meses en su vientre, sin que le dieran siquiera una aspirina... A la chica de 17 años que estaba a su lado, que fue violada, estaba sola y no dejaba de llorar, la enfermera le puso enfrente el feto que arrojó.

Probablemente, quienes hemos ejercido la profesión o hemos tenido la oportunidad de realizar prácticas en el entorno clínico-hospitalario conocemos múltiples casos de este tipo, en el que las necesidades de atención en salud se convierten en una plataforma de oportunidad para ejercer poder sobre los cuerpos de mujeres y niñas que no están cumpliendo con el mandato de ser madres. Tal vez, lo aprendimos de una de nuestras profesoras más admiradas; tal vez, lo escuchamos de esa colega que por su amplia experiencia y tiempo de labor era un referente de respeto, o tal vez fuimos nosotras/os quienes con una palabra o una acción violentamos a una mujer o una niña que en su conciencia no se visualizaba como madre y tomó la decisión de interrumpir un embarazo o contra aquellas de las que se sospechaba habían realizado maniobras abortivas.

Yo recuerdo que era muy común en mis años de trabajo hospitalario la persecución e indagatorias casi judiciales del personal de salud a aquellas mujeres que llegaban con un sangrado obstétrico; toda mujer con aborto en curso era vista desde la sospecha, más si era muy joven y con bajo nivel socioeconómico. Recuerdo haberme enterado de casos de aborto inducido que se comprobaban en urgencias mediante el examen físico, al hallar restos de Misoprostol en el conducto vaginal de las mujeres. Cuando yo no estaba ejerciendo en ese servicio, el rumor llegaba a todos los pasillos. Recuerdo recibir pacientes en posoperatorio de legrado, esperando horas una cama que le había sido

negada porque se “había hecho un aborto”. Recuerdo haber escuchado: “Le di la cama a otra, ella que se espere”, sin más criterio que la decidía. Recuerdo haber escuchado comentarios como: “Ni las perras hacen una cosa de esas” o “Asquerosa irresponsable”. Recuerdo haber visto cómo a la “del aborto” le demoraban más la atención. Recuerdo también las miradas y las formas en que se dirigían a esas mujeres. También cómo, desde el rechazo que generaban, poco o nada interesaba preguntarles cómo se sentían o el poco interés para que esa mujer pudiera prevenir un embarazo en un futuro. Recuerdo cómo, al ser una de las pocas profesionales que se acercaba a estas mujeres, me llamaban de otros servicios a decirme “Jefe, le llegó una paciente de esas que a usted le gustan”; o algunas auxiliares de enfermería más solidarias me buscaban para contarme situaciones de violencia que otras personas ejercían contra estas mujeres, para así poder hacer algo.

Estos son algunos ejemplos de cómo dejamos de ejercer como profesionales y empezamos a ejercer como jueces desde nuestros propios prejuicios. Cuando trabajamos con personas con necesidades de salud, en un entorno patriarcal y con situaciones que involucran decisiones tan íntimas como las reproductivas, se vuelve muy fácil cruzar esa línea. Por esto, es importante plantearnos una práctica basada en derechos y con enfoque de género en la atención de enfermería, que transforme la atención sanitaria desde adentro.

Necesitamos dejar de hacerle el juego al patriarcado, necesitamos dejar de lavar la cara a personas y servicios con conductas machistas que atentan contra los derechos y las decisiones reproductivas más íntimas de mujeres y niñas. Es fundamental alzar la voz frente a la falta de voluntad institucional en la implementación de medidas que permitan que mujeres accedan a servicios de aborto de manera segura y legal; debemos involucrarnos en la transformación

de protocolos institucionales en los que se utilicen las mejores tecnologías que garanticen un aborto seguro para las mujeres, esto implica dejar de tener abortos poco seguros en instituciones eliminando la práctica del legrado, maniobra obsoleta y no recomendada.

En nuestro ejercicio debemos estar vigilantes y rechazar todas aquellas prácticas violentas que han sido naturalizadas como manera de coaccionar y castigar las decisiones de otras personas. Recordemos que nuestra tarea es aliviar el sufrimiento y que, cuando nos quitamos la venda de los prejuicios personales y nos acercamos a la realidad de las mujeres, encontraremos en la mayoría de los casos que lo que rodea a un embarazo no deseado es el sufrimiento desde diferentes perspectivas, entonces, para una mujer que toma esta decisión termina siendo el aborto el alivio.

Necesitamos conocer y cumplir la legislación que reconoce los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y niñas. El aborto es un derecho reconocido por la Corte Constitucional según la Sentencia C 355 de 2006 y se ratifica en la Sentencia 055 de 2022, porque reconoce que las mujeres no somos meramente un receptáculo o un instrumento reproductivo. Por esta razón, obligarnos a continuar embarazos que no deseamos atenta de manera importante contra derechos fundamentales como nuestra vida, nuestra salud y nuestra dignidad como personas. Debemos cumplir con los protocolos y resoluciones que vinculan el derecho al aborto como parte importante de atención en las rutas de atención materno perinatal (Mi-

nisterio de Salud y la Protección Social, 2018), porque además de minimizar la carga de morbi-mortalidad materna se trata de garantizar maternidades saludables, y aquellas forzadas no lo permiten.

Es necesario superar la visión estereotipada de lo que significa ser mujer, que la maternidad no es una respuesta innata al sabernos mujeres. Que puede que sea negada por decisión de manera definitiva en la vida de algunas o en un momento del ciclo vital de otras. Que las vidas de las mujeres están atravesadas por inequidades de género que generan situaciones de violencia o manipulación, de falta de control sobre la vida sexual, dificultad sobre decisiones frente a la prevención, de falta de información o de acceso a servicios. O simplemente en la vida de las mujeres ocurren realidades como una omisión, un olvido o una falla y ninguna de estas situaciones debería ser castigada con una maternidad impuesta.

El concebir la atención con una mirada feminista, entendiendo las desigualdades y las realidades de las mujeres, también implica mirar nuestras propias experiencias como mujeres, en una profesión feminizada y, por ende, que se desarrolla en contextos de desigualdad. Tenemos que transformar la práctica en un ejercicio que signifique justicia con los derechos de las mujeres, con nuestras necesidades, con nuestras respuestas morales a las realidades que nos atraviesan. Y digo nosotras porque debemos estar desde nuestro ejercicio profesional para nosotras: necesitamos más enfermeras para las mujeres, que somos nosotras mismas.

Referencias Bibliográficas

Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*, 8(9), e1152–e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)

Bonnett, P. (23 de septiembre de 2018). Imparables. *El Espectador*. <https://www.elespectador.com/opinion/columnistas/piedad-bonnett/imparables-column-813725/>

Consejo Internacional de Enfermeras. (2005). Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería. Castellon. <http://castellon.san.gva.es/documents/4434516/5188103/Codigo+Deontologico+CIE.pdf>

Corte Constitucional. (2006). Sentencia C355/2006. Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/sentencia-c-355-de-2006.pdf>

Corte Constitucional. (2022). Sentencia C-055/2022. Ministerio de Salud. https://www.eltiempo.com/uploads/files/2022/05/31/sentencia_c-055_de_2022_expediente_d-13.956_firmas_completas_s.p.-%5B19%5D.pdf

González Velez, A. C., & Castro, L. (2017). Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. http://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/12.-Barreras_IVE_vf_WEB.pdf

Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. 6 de octubre de 2004. D.O. No. 45.693

López, A. (2014). Profesionales de salud y aborto. En S. Ramos (Ed.), *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. (1.º ed.). Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Prevención del aborto inseguro en Colombia. Protocolo para el sector salud. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>

Ministerio de Salud y la Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018. “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.” Resolución 3280, 1–348. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3280 de 20183280.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_No_3280_de_20183280.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf)

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Aborto sin riesgos. Organización Mundial de La Salud, 134. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf
- Pitilin, É. de B., Banazeski, A. C., Bedin, R., & Gasparin, V. A. (2016). Nursing care in situations of induced/caused abortion: An integrative literature review. *Enfermería Global*, 15(3), 439–479. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.3.229511>
- Prada, E., Singh, S., Remez, L., & Villarreal, C. (2010). Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Guttmacher Institute. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/embarazo-no-deseado-colombia_1.pdf
- Revista Semana. (2022). Mujer habría muerto tras practicarse aborto clandestino en Barranquilla. Enero. <https://doi.org/2745-2794>
- Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., & Onda, T. (2017). Uneven Progress and Unequal Access. In *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf
- Terán, P., Castellanos, C., Blanco, M. G., & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: vista de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 171–180. <http://ve.scielo.org/pdf/og/v73n3/art04.pdf>
- WHO. (1946). Summary Report on Proceedings Minutes and Final Acts of the International Health Conference. *International Health Conference*, 2, 100. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official_record2_eng.pdf