



Aborto inducido: ¿ignorancia o negación de una tragedia?

Induced abortions: ignorance or denial of a tragedy?

López, Elsa¹

El aborto inducido es una práctica generalizada en todos los países. Se recurre a la interrupción del embarazo en las sociedades rurales y las urbanas, en distintos grupos sociales y étnicos, en generaciones y grupos de edad distintos y en diversas regiones al interior de los países, con modalidades que cambian de acuerdo a factores sociales, económicos y culturales. También difieren las razones que llevan a poner fin a un embarazo no previsto, razones que muestran la heterogeneidad de situaciones que enfrentan las mujeres que abortan, al tiempo que permiten conocer sus perfiles compartidos.

La situación de ilegalidad del aborto inducido, que prevalece en la mayoría de los países de América Latina, ha dado lugar a numerosos debates religiosos, laicos, médicos, jurídicos y políticos. Como señalan Guillaume y Lerner (1), las consecuencias de esa legislación restrictiva configuran una práctica discriminatoria y de injusticia social que propicia un mercado clandestino y viola los derechos humanos de las mujeres, especialmente de las más pobres. Las Conferencias de El Cairo y Beijing pusieron de relieve que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son esenciales para los derechos humanos y reconocieron la importancia de abordar el tema del aborto inseguro en tanto causa principal de la muerte de un gran número de mujeres. A 20 años de El Cairo y Beijing, es preciso recordar que, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los derechos reproductivos se mencionan en forma tangencial, como “mejorar la salud materna” mediante la reducción de la mortalidad materna, el aumento en el número de partos con asistencia de personal especializado y el incremento en el uso de anticonceptivos, pero se echan en falta indicadores que aludan a los derechos, notándose un retroceso con respecto a los acuerdos de El Cairo y Beijing.

En la Argentina, aunque la mortalidad materna ha disminuido alrededor del 30% en los últimos 30 años, la tasa ha permanecido desde 1990 en niveles cercanos a las 50 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos (2-5). La causa principal de la muerte materna es el aborto inducido, que es una de las situaciones más frecuentes de admisión en los servicios de salud de cuidados intensivos.

El aborto inducido está penado por la ley en la Argentina, salvo que sea el resultado de una violación o que la vida de la mujer esté en peligro de muerte. Pese a esas excepciones, no existen garantías para el acceso al aborto seguro. Médicos de diversos servicios de salud reproductiva advierten del temor que este tema provoca en sus colegas ya que, a pesar de que el Código Penal no exige autorización judicial para practicarlo cuando se trate de los casos mencionados, el pedido de autorización a los jueces es práctica corriente y la mayoría de los médicos no llevarán a cabo el procedimiento sin ella

¹Profesora consulta e investigadora, Instituto de Investigaciones “Gino Germani”, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina. lopezelsa4@gmail.com

(6). A ello se agrega una serie de requisitos que dificultan el acceso de la mujer a un aborto seguro, aún cuando el tiempo exija una respuesta inmediata y esa actitud desfavorable agrava las consecuencias del procedimiento.

En lo moral e ideológico es donde los profesionales muestran gran amplitud de matices (1): la mayoría está de acuerdo con la utilización de métodos anticonceptivos modernos pero el acuerdo disminuye si se trata del aborto, aun frente a situaciones límite como salvar la vida de la mujer o proteger su salud física y mental. El negar o proporcionar estos servicios, aun en los casos permitidos por la ley, depende en gran medida del criterio personal de los profesionales de la salud o de las autoridades médicas de las instituciones donde trabajan, en las cuales estos criterios están fuertemente influenciados por personas que sostienen ideologías con fuertes improntas religiosas o conservadoras.

Una encuesta sobre opiniones acerca del aborto, aplicada a proveedores de cuidados críticos, reveló que el 89% de los respondientes apoyó la despenalización en casos de violación; el 77% si la salud mental de la mujer está en riesgo; el 48% si el embarazo no fue planeado; el 41% por razones económicas y el 81% si se efectúa antes de la semana 12 del embarazo (7). Con similares resultados, una encuesta de opinión pública en población general estimó que más del 80% de los entrevistados mostró su acuerdo con la interrupción del embarazo, si este era producto de una violación, si el desarrollo intrauterino del feto era incompatible con la vida por malformaciones y si peligraba la vida de la mujer, motivos que se han mantenido estables como los más importantes a lo largo de los años (8,9).

Los resultados mencionados indican que, así como la violación y el riesgo de vida de las mujeres aparecen como motivos más que suficientes para el acuerdo con el aborto, los problemas económicos o la falla anticonceptiva se catalogan como insuficientes: si hay problemas económicos, "alguien proveerá", ya sea el Estado, los padres adoptivos o la vida misma; si falló el método anticonceptivo, con un mayor enjuiciamiento a la decisión de abortar que en el caso anterior, la opción es "hacerse cargo".

En cuanto a las estimaciones sobre la magnitud del aborto en la Argentina, Pantelides y Mario (10) utilizando estadísticas de egresos hospitalarios por complicaciones del aborto (11), y el método residual (12,13), concluyeron que la cifra basada en las estadísticas de egresos hospitalarios por complicaciones del aborto se situó en alrededor de 460.000 abortos anuales para el año 2000, mientras que, para el método residual y el mismo año, lo hace entre 486.000 y 522.000, según se use la media o la mediana de duración de la lactancia. Las estimaciones son válidas para las mujeres que residían en localidades de 5.000 habitantes o más de la Argentina en 2004 (el 84% de la población total del país),

Las debilidades del método de los egresos hospitalarios radican en la mala calidad del registro, debida a la penalización del aborto aplicada a la mujer y al médico, lo que dificulta distinguir entre abortos espontáneos e inducidos, mientras que las del método residual (14), (que relaciona la fecundidad observada con la potencial, la prevalencia de uniones, de uso de métodos anticonceptivos, de aborto y de infertilidad posparto), estriban en el desconocimiento de la efectividad en el uso de anticonceptivos de las mujeres argentinas, dato ignorado que debe reemplazarse por estadísticas provenientes de otro contexto.

En lo que se refiere a métodos para interrumpir el embarazo, Zamberlin (15) estudia el acceso al aborto con misoprostol en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y concluye que ese medicamento está disponible en farmacias cercanas a los hospitales públicos y que el uso de esa práctica autoinducida presenta varias ventajas: es más segura, evita la estigmatización y no depende de terceros; y algunos riesgos, como el uso indiscriminado de la medicación.

En la actualidad se encuentran en discusión varios proyectos de leyes nacionales sobre el aborto. Las propuestas van desde que el aborto se autorice a libre petición de la mujer antes de las 12 semanas del embarazo, hasta la ampliación de las causas por las que el aborto se permite, tales como que el producto padezca una patología incompatible con la vida y cuando exista riesgo para la salud física o mental de la mujer.

El origen de estas reflexiones es la comprobación de un alto y persistente nivel de la mortalidad materna en la Argentina y de su principal causa de muerte, el aborto inducido, que continúa estable a través de los años. Es preciso agregar que existen diferencias entre el tratamiento del aborto inseguro y los derechos reproductivos relativos a la anticoncepción. En esta última, aunque falta mucho por mejorar,

se han logrado en los últimos años avances importantes mediante leyes y políticas que facilitan el acceso de la población femenina de menores recursos a los métodos anticonceptivos reversibles. En cambio, no ha pasado lo mismo con el aborto e, incluso en los casos en los que está permitido legalmente, el sistema legal y médico encuentra los subterfugios para demorar las intervenciones hasta el punto de volver casi inaplicable la interrupción del embarazo, principalmente en las mujeres más vulnerables de la sociedad, que son las más pobres.

Los movimientos de mujeres y otros colectivos de la sociedad civil se han unido en nombre de los derechos sexuales y reproductivos para luchar por la reducción de las inequidades en el acceso al aborto seguro. En respuesta a esos reclamos, se observa un mayor compromiso de profesionales y responsables del sector salud, aunque persisten agrupamientos políticos de perfil conservador que coinciden con la postura oficial de la Iglesia católica en la defensa del derecho a la vida en cualquier situación. Son pocos los políticos que se arriesgan a enfrentar a la jerarquía católica. Mientras tanto, las mujeres pobres siguen muriendo de abortos clandestinos e inseguros. En las más jóvenes, el embarazo y el aborto pueden ser eventos traumáticos y causa importante de morbilidad materna en las jóvenes, especialmente en situaciones de coerción sexual.

Para concluir, unas palabras citadas por David (16) de Jo Asvall, quien fuera Director Regional de la Organización Mundial de la Salud en Europa entre 1985 y 2000, que definió el aborto como “mujeres desesperadas, profesionales de la salud preocupados y políticos asustados”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guillaume A, Lerner S. El aborto en América Latina y El Caribe: Una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005. París: CEPED; 2006.
- Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, Lopez AD, Lozano R, Murray CJL. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet*. 2010;375(9726):1609-1623.
- Alianza Argentina para la Salud de la Madre, Recién Nacido y Niño (ASUMEN). Mortalidad infantil y materna, Argentina 2008: Análisis preliminar [Internet] 2010 [citado 15 may 2014]. Disponible en: <http://www.asumen.org.ar/difusiones/difusion2.html>.
- Ramos S, Gogna M, Petracci M, Romero M, Szulik D. Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica? Buenos Aires: CEDES; 2001.
- Ramos S, Romero M, Karolinski A, Mercer R, Insúa I, Del Río Fortuna C. Mortalidad materna en la Argentina: Diagnóstico para la reorientación de políticas y programas de salud [Internet]. CEDES; 2011 [citado 15 may 2014]. Disponible en: <http://www.aagop.com.ar/articulos/CEDES.pdf>.
- López E, Pantelides EA, Findling L. Línea de base para la aplicación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: Provincias de Catamarca, Corrientes, Formosa, San Juan, Informe presentado al PROMIN [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación; 2004 [citado 15 may 2014]. Resumen disponible en: http://www.cenep.org.ar/areas_tematicas/salud/11.html.
- Vasquez D, Das Neves AD, Golubicki JL, Di Marco I, Loudet CI, Roberti JE, Palacios-Jarquemade J, Basualdo N, Varaglia R, Vidal L. Critical care providers' opinion on unsafe abortion in Argentina. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2012;116(3):249-252.
- Petracci M. Opinión pública sobre interrupción voluntaria del embarazo y despenalización del aborto en la Argentina y América latina [Internet]. Buenos Aires: FEIM, CEDES, IPPF; 2007 (Hojas informativas No 1) [citado 15 may 2014]. Disponible en: http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Hojas_Informativas/01_Petracci.pdf.
- Mallimaci F, Esquivel J, Irrazábal G. Primera encuesta sobre creencias y actitudes religiosas en Argentina [Internet]. Buenos Aires: FONCYT, CEIL-PIETTE-CONICET; 2008 [citado 15 may 2014]. Disponible en: <http://www.ceil-piette.gov.ar/areasinv/religion/relproy/1encrel.pdf>.

10. Pantelides EA, Mario S. Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. *Notas de Población*. 2009;(87):95-120.
11. Singh S, Wulf D. Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos. *International Family Planning Perspectives*. 1994;20(1):4-13.
12. Johnston H, Hill K. Induced abortion in the developing world: indirect estimates. *International Family Planning Perspectives*. 1996;22(3):108-137.
13. Johnston HB, Lara D, Mario S, Pantelides EA. Data triangulation: using multiple methods to estimate and validate abortion incidence and prevalence. En: Singh S, Remez L, Tartaglione A, editors. *Methodologies for estimating abortion incidence and abortion-related morbidity: a review*. New York: Guttmacher Institute-IUSSP; 2010. p. 125-134.
14. Bongaarts J. A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. *Population and Development Review*. 1978;4(1):105-132.
15. Zamberlin N. Misoprostol para tratamiento del aborto incompleto en el contexto argentino [Internet]. Buenos Aires: CEDES, CLACA; 2009 [citado 15 may 2014]. Disponible en: http://clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/24/InformeFinal_Miso_Argentina.pdf?sequence=1.
16. David H. Abortion in Europe 1920-1991: a public health perspective. *Studies in Family Planning*. 1992;23(1):1-22.

FORMA DE CITAR

López E. Aborto inducido: ¿ignorancia o negación de una tragedia? *Salud Colectiva*. 2014;10(2):153-156.



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.
