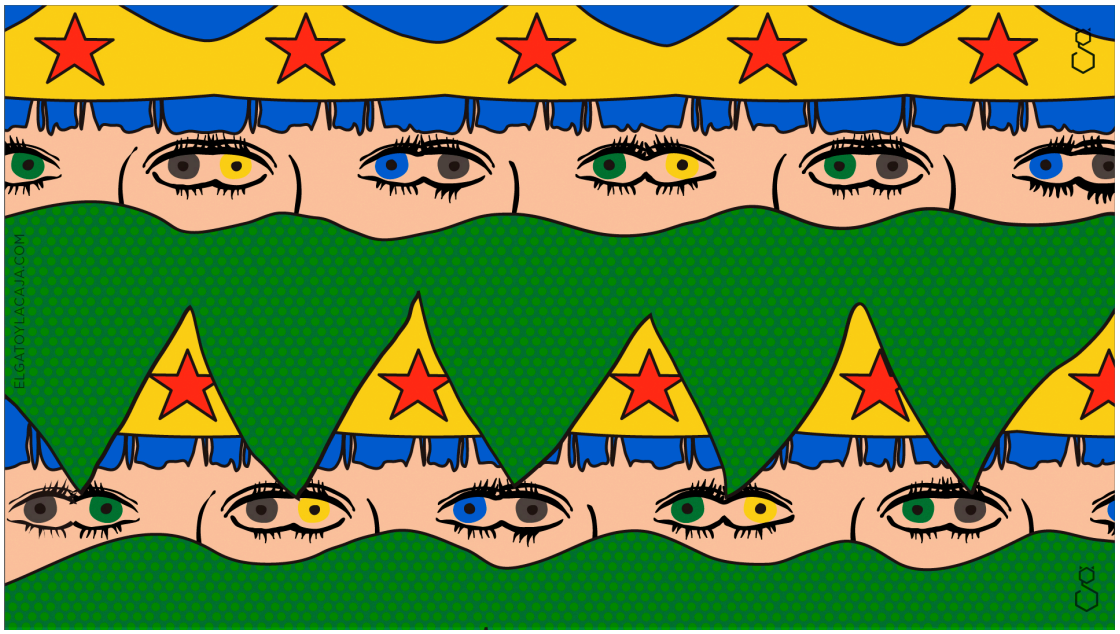


14/06/2019

Nicole en el Laberinto

TXT RAMIRO FERRANDO IMG CECI RO

¿Qué trabas encuentra el aborto en Estados Unidos? ¿Qué es y cómo funciona un Crisis Pregnancy Center?

En el 2018, el Senado argentino rechazó la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo. O sea que, todavía, el artículo 88 del Código Penal argentino establece que "Será reprimida con prisión de uno a cuatro años, la mujer que causare su propio aborto o consintiere en que otro se lo causare". Si fuera supersticioso, creería que a la realidad le gusta jugar con los números. El 88 en la quiniela es 'el Papa'.

¿Cuál sería la historia si el Senado hubiese aprobado la interrupción voluntaria del embarazo? Imposible saberlo realmente, incluso es imposible aventurar escenarios sin ponernos contrafácticos. Pero podemos, por lo pronto, mirar lo que ocurrió en

otros lugares, por ejemplo en EE.UU. Porque en el año 1973, mientras que en Argentina finalizaba una dictadura cívico-militar, en EE.UU. el histórico fallo de la Corte Suprema de Justicia Roe v. Wade despenalizó el aborto y sentó el marco legal para que los gobiernos estatales no pudieran prohibirlo.

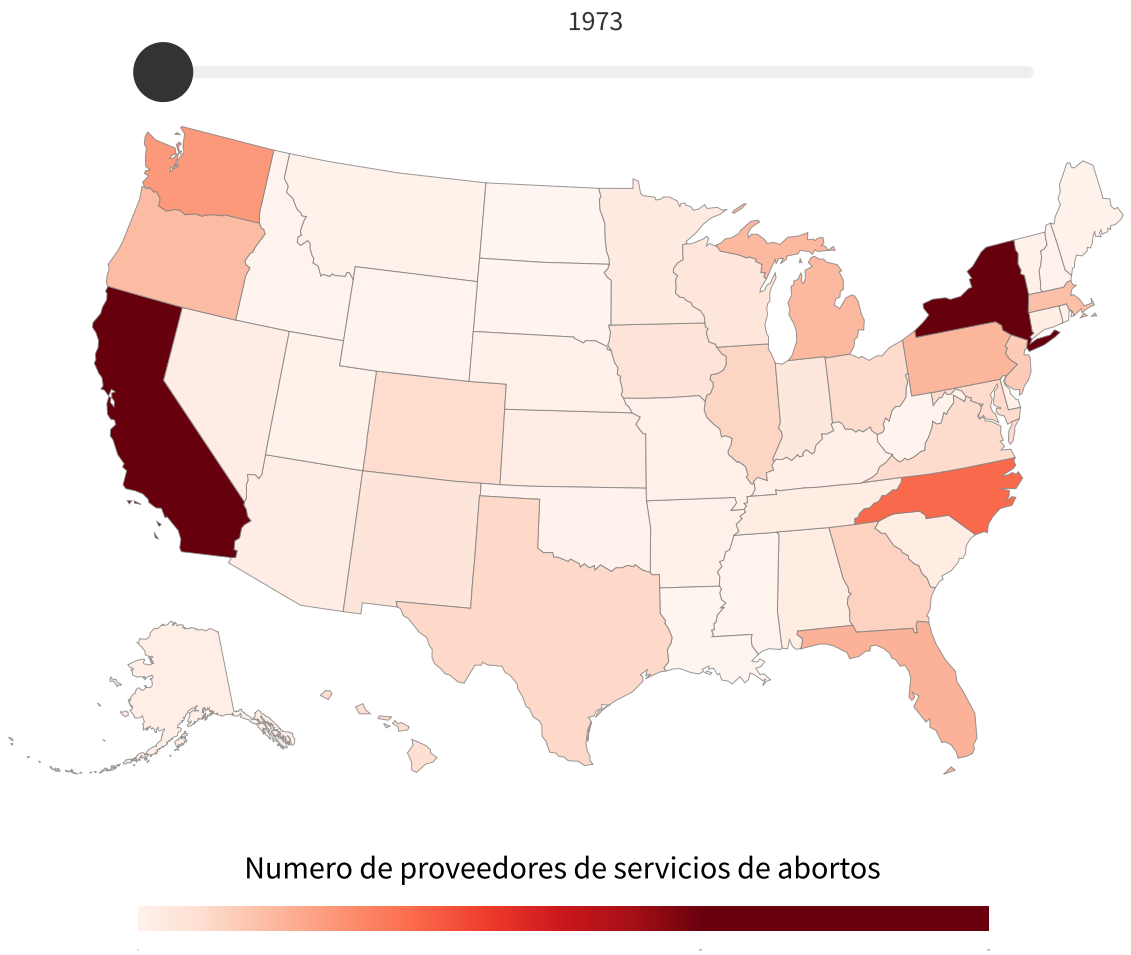
Desde entonces, cualquier mujer en el territorio de los EE.UU. tiene el derecho a abortar. Pero 'derecho' y 'acceso' son cosas diferentes. Lo que sigue es el resultado de una investigación periodística de seis meses sobre el acceso aborto en los EE.UU.

Cruzar el desierto

Nicole tuvo su primer aborto a los 22 años. Tres años después, en 2008, lidiando con problemas de adicciones y viviendo en las calles de Las Vegas, quedó embarazada nuevamente.

El número de proveedores (clínicas de aborto, algunos hospitales y consultorios privados) se encuentra en el punto más bajo desde la legalización del procedimiento en 1973.

En el año 1982 había en EE.UU. unos 2908 proveedores de abortos. Desde entonces esa cifra ha caído un 42% a 1671 proveedores en el 2014.



Información para 1973-2014. Datos: Guttmacher Institute.

El número se achica aún más al considerar que los proveedores realmente relevantes son las clínicas especializadas en aborto, en las que se realizan cerca del 90% de las prácticas.

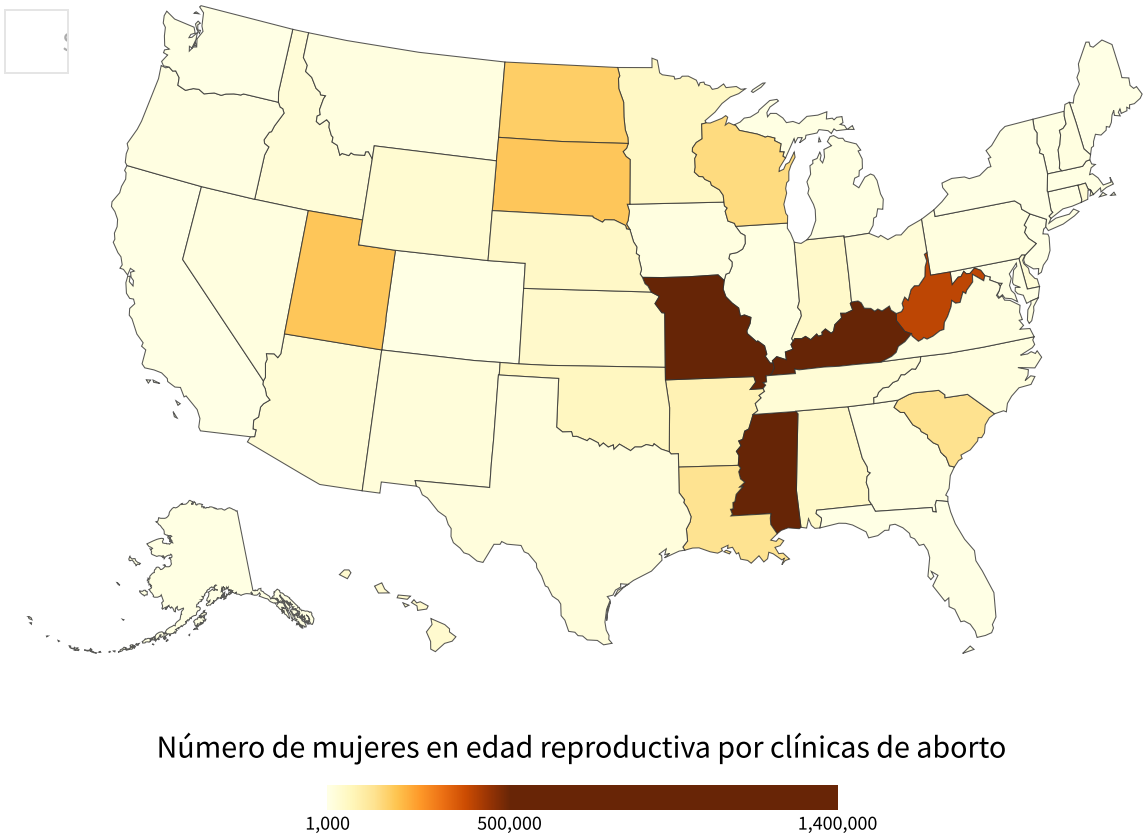
De acuerdo a un **estudio** publicado en 2017, existían entonces unas 780 clínicas especializadas. Eso se traduce en un promedio de unas 15 clínicas por estado. Pero los **promedios** pueden ser engañosos.

De hecho, podría considerarse esperable una disminución del número de proveedores ya que ha caído el número de abortos cada 1000 mujeres en edad reproductiva (15 - 49 años) de 29.3 en el año 1981 a 11.8 en el 2015, de acuerdo a **datos** del *Center for Disease Control and Prevention* (CDC). Sin embargo, la existencia de proveedores no parece tener una relación lineal con la potencial demanda: el estado de California, por ejemplo, cuenta con 152 clínicas, mientras

que otros como Mississippi, Wyoming, Missouri, Kentucky, North Dakota, South Dakota y West Virginia tienen solamente una cada uno.

Como consecuencia de sucesivos cierres de clínicas, las mujeres deben viajar distancias cada vez más grandes. Y el asunto se complejiza aún más cuando se tiene en cuenta que no todas las clínicas ofrecen la práctica de aborto quirúrgico (que es el indicado a partir de la semana 10 de gestación).

El problema del acceso al aborto es incluso más evidente cuando se considera el número de mujeres que habitan esos estados. El caso más extremo es el de Missouri, donde sólo hay una clínica para 1.365.575 mujeres en edad reproductiva.



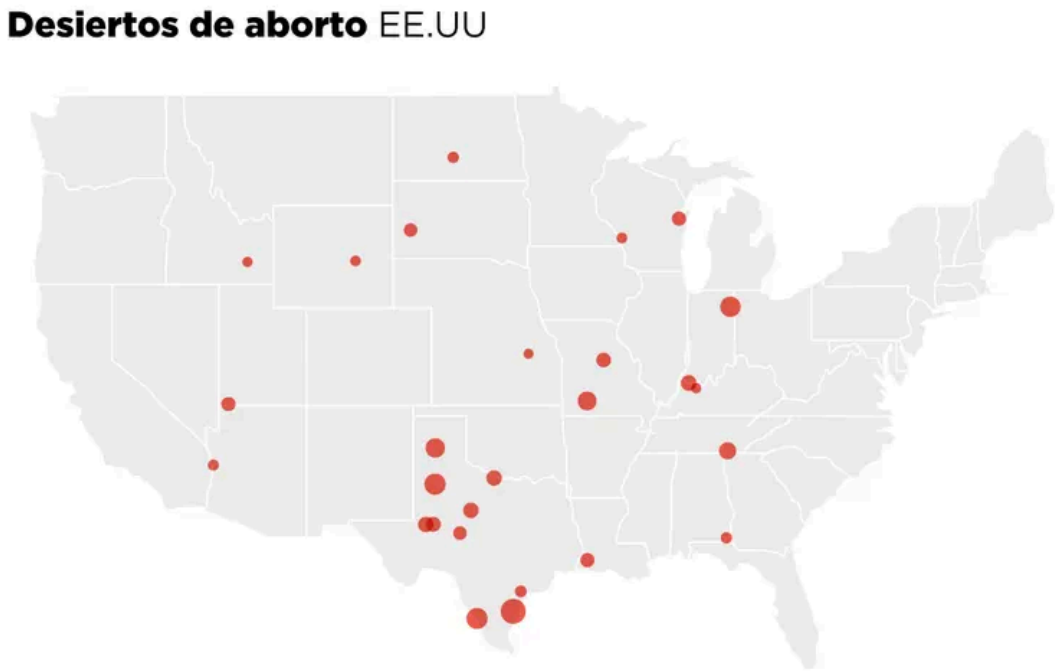
Información para 2017. Datos: Cartwright et al.

En este contexto, algunos investigadores de la temática acuñaron la expresión "desiertos de aborto" para referirse a ciudades que están a más de 150 millas (unos 240km) de una clínica proveedora.

Ushma Upadhyay, profesora de la Universidad de California en San Francisco, y una de las autoras de un estudio sobre el tema, señala que no existen datos oficiales respecto del número y la ubicación de las clínicas de aborto en EE.UU. El estudio

abordó la cuestión de los mencionados 'desiertos', encontrando unas 27 ciudades que se ajustan al criterio.

[caption id="attachment_25135" align="aligncenter" width="1200"]



Ciudades a más de 150 millas (unos 240 km) de una clínica de aborto. Fuente.[/caption]

Pero, ¿por qué el panorama luce así?

Los 400 golpes

La dispersión observada no es producto de la casualidad. **Y es que cada Estado tiene un margen de maniobra bastante amplio en el marco regulatorio de las políticas públicas. En reiteradas ocasiones, varios Estados han intentado imponer medidas altamente restrictivas, tales como prohibiciones totales del procedimiento**. Pero la Corte Suprema de Justicia, hasta el momento, ha desactivado tales intentos (como puede verse por ejemplo acá y acá).

Desde el año 2011, 33 de los 50 Estados de EE.UU. pusieron en marcha unas 400 políticas para limitar el acceso al aborto. Elizabeth Nash, Senior Manager de Asuntos de Estado en el Guttmacher Institute (una organización sin fines de lucro que defiende y promueve el derecho de acceso al aborto de las mujeres de todo el mundo), ofrece algunas pistas. **Nash atribuye las restricciones a las**

elecciones del año 2010. "Muchos candidatos muy conservadores accedieron a posiciones legislativas", sostiene.

Para ese entonces, según Nash, **una serie de legislaciones pre-elaboradas por organizaciones 'pro-vida' estaban listas para avanzar**. Así fue que muchos Estados procedieron a implementar regulaciones que incluyen:

- Límites más estrictos o prohibición completa del fondeo de abortos por parte de los Estados.
- Obligatoriedad de consejo profesional previo al procedimiento.
- Periodos de espera más largos entre primer chequeo y procedimiento.
- Permiso de los padres en caso de menores de edad.
- Derecho a negarse en la provisión del servicio por parte de profesionales e instituciones de salud.
- Prohibiciones de cobertura de los gastos de abortos en planes y seguros de salud privados.
- Prohibiciones relacionadas con el periodo gestacional.
- Obligatoriedad de un segundo profesional involucrado en el procedimiento.
- Mayores estándares de seguridad edilicios en la clínicas.

De acuerdo a los argumentos de los legisladores, el principal objetivo de estas medidas es el de incrementar la seguridad de las mujeres. Sin embargo, un reporte del *American College of Obstetricians and Gynecologists* ha dicho que estas leyes son

innecesarias y apuntan en última instancia a disminuir la oferta de servicios de aborto.

Algunas de estas restricciones fueron llamadas leyes 'TRAP' (traducción: trampa) por

organizaciones activistas *pro-choice* (a favor de la despenalización del aborto). Y un estudio reciente publicado en el *Journal of Law, Medicine & Ethics* sostiene que todas estas medidas afectan desproporcionadamente a las mujeres de bajos ingresos.

En 2019, **ya son ocho los Estados que han impuesto aun más medidas restrictivas para abortar**. El caso más reciente y altisonante es el de Alabama, cuya legislatura acaba de aprobar una ley para prohibir todos los abortos, con excepción de aquellos en los que peligra la salud de la mujer. Si bien la ley no establece penas para las mujeres que aborten, propone hasta 99 años de cárcel para quienes los practiquen. Se espera que la ley sea apelada y llegue a la Corte Suprema. A diferencia de ocasiones anteriores, esta será la primera vez que una Corte con mayoría conservadora enfrente la decisión de refrendar o rectificar su apoyo al fallo de Roe v. Wade.

Mayor precio, menor demanda

Retirar el apoyo del Estado o la cobertura de seguros de salud en el financiamiento de la práctica es una estrategia clave para generar barreras adicionales en el acceso al aborto. Barreras que, además, afectan asimétricamente a las mujeres de bajos ingresos.

De hecho, un estudio de 2016 estimó que aproximadamente un 25% de las mujeres que están inscritas a nivel nacional en *Medicaid* (un programa del gobierno que asiste a personas de bajos ingresos), terminan dando a luz por no poder pagar el costo del servicio de aborto en los estados que no tienen este tipo de políticas.

> *A sus 25 años, había estado presa un par de veces por cuestiones relacionadas con sus problemas de adicción. Sin dinero, casa, e incluso un teléfono celular, Nicole fue a una biblioteca pública de la ciudad para usar internet y encontrar una clínica*

para poder abortar. Encontró una no muy lejos de donde estaba, en el barrio de Southridge. Pidió prestado un teléfono, llamó e hizo una cita para el día siguiente.

El costo promedio de un aborto en los EE.UU. ronda los U$D 500 sin incluir gastos de viaje, días de ausencia al trabajo, ni otros gastos frecuentes (según la estimación de un estudio realizado por investigadoras relacionadas con el *Guttmacher Institute*). El costo es incluso mayor si la interrupción del embarazo tiene lugar después de la semana 10 de gestación. Esta semana es particularmente importante porque marca el límite para tener un aborto farmacológico (aquel que se realiza tomando píldoras de Mifepristona y Misoprostol). Luego de la semana 10, es necesario uno quirúrgico que, además de ser más costoso, no todas las clínicas están autorizadas a brindarlo.

Las 'clínicas' para abortar abortos

Cuando se trata de iniciativas para entorpecer el acceso al aborto, los '*Crisis Pregnancy Center*' (Centros para Crisis de Embarazos), también conocidos como CPC, merecen un capítulo especial.

En lo concreto, los CPCs pueden tomar varias formas. Algunos consisten en una oficina o un consultorio, otros se parecen más a una clínica de aborto. Pero lejos están de serlo. Desde una perspectiva conceptual, los CPCs son una respuesta estructural y de largo plazo al hecho de que la interrupción voluntaria del embarazo sea legal. Una marcha o una protesta son, por el contrario, manifestaciones de corto plazo. Pueden ser muy potentes e impactantes, pero son circunstanciales y esporádicas. Un CPC, en cambio, está siempre ahí. Día tras día. Mes tras mes. Año tras año.

Durante los últimos años, los CPCs han estado en el ojo de la tormenta. No necesariamente por su postura, sino por los métodos persuasivos que utilizan con el fin último de evitar que las mujeres accedan a abortos. Aparentando ser clínicas de aborto, se instalan lo más cerca posible de éstas y buscan atraer a mujeres embarazadas que están considerando abortar o buscando proveedores para hacerlo. Algunas, incluso usan nombres y fachadas similares.

Al llegar al lugar, convencida de que se trataba de la clínica de aborto, Nicole entró a un CPC. "Estaba en la misma calle, literalmente enfrente" cuenta. Todos adentro llevaban indumentaria médica y parecía estar dentro de una clínica. "No tenía idea de que estaba en el lugar incorrecto" recuerda .

Pero sus estrategias se adaptan también a la tecnología. Las páginas web de los CPCs se valen de estrategias de SEO (*Search Engine Optimization*, que significa 'optimización en motores de búsqueda') para aparecer entre los primeros resultados de las búsquedas de clínicas de aborto. De hecho, Upadhyay y su equipo hallaron muy desafiante la tarea de discriminar CPCs de clínicas de aborto utilizando buscadores online.

Por otro lado, de acuerdo a Swartzendruber, los CPCs se han 'medicalizado' a través de la inclusión de aparatología y equipamiento médico en sus instalaciones. Muchos realizan tests de embarazo, e incluso ecografías.

Un reporte de NIFLA, una de las mayores organizaciones de CPCs, dice que un 80% de las mujeres que se realizan ecografías decide continuar con el embarazo. Por ese motivo, sostienen que son una 'herramienta invaluable para revelar la cualidad de persona de los niños sin nacer', y llaman a otros CPCs a abrazar la tendencia de 'medicalizarse'. Pero a pesar de contar con equipamiento médico en sus instalaciones, la mayoría logra quedar por fuera de la regulación que rige para clínicas médicas. En primer lugar, porque no están legalmente inscriptas como

realizadoras de prácticas médicas y, en segunda instancia, porque no cobran por sus servicios.

El Estado de California tuvo un intento fallido en su objetivo de obligar legalmente a los CPCs a brindar información sobre la opción del aborto. La Corte Suprema falló en favor de los CPCs, indicando que tal regulación es inconstitucional por violar su derecho a la libre expresión protegido por la 'Primera Enmienda' de EE.UU.

> *Ya dentro del CPC, Nicole fue llevada a una oficina donde le hicieron una ecografía.*
>
> *Luego, le hicieron ver un video sobre los riesgos de hacerse un aborto y, finalmente, tuvo una charla con una consejera.*
>
> *"No mencionaron nada que fuera 'pro-vida' cuando entré a la clínica o cuando estaban por hacerme la ecografía. No me hicieron ver esa porquería de video de entrada. Si hubieran hecho alguna de esas cosas en diferente orden, me hubiera ido antes. Tienen todo calculado de tal manera que me tuvieron ahí tres horas para hacerme perder mi turno con la verdadera clínica de aborto", relata Nicole.*

Varios reportes han revelado que los CPCs **utilizan información que contradice la evidencia científica actual a la hora de aconsejar a las mujeres**. *Care Net*, por ejemplo, todavía muestra en su sitio web un artículo que asocia el aborto a una mayor incidencia de cáncer de mama, asociación que ha sido desmentida por el *American College of Obstetricians and Gynecologists* y por la *American Cancer Society*.

Un estudio del año 2016 que evaluó la calidad y veracidad de la información de salud sexual mostrada en los sitios web de los CPCs encontró una cantidad de problemas. Por ejemplo, afirmaciones de que los preservativos no son efectivos para prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. Otro estudio del mismo grupo encontró que estos sitios también incluyen afirmaciones que asocian el aborto a una mayor incidencia de enfermedades mentales (contradiciendo a la *American Psychology Association*), nacimientos prematuros y futura infertilidad.

Otra crítica frecuente a los CPCs es que suelen oponerse al uso de métodos anticonceptivos que no sean la abstinencia. Esto tiene sentido considerando que **la mayoría de los CPCs tiene lazos con el evangelismo o el catolicismo**.
Muchos de estos sitios web, según el estudio, están listados en los directorios de información y recursos para mujeres embarazadas de las páginas web oficiales de 12 Estados.

Al siguiente día, Nicole se dirigió a la verdadera clínica de aborto adonde había pedido un turno.

"Cuando expliqué mi ausencia, el personal de la clínica me dijo que no me preocupara, que eso le ocurría literalmente al 30% de las nuevas pacientes".

Tras una ecografía, le dijeron que estaba entre la octava y décima semana de gestación. Todavía estaba a tiempo de realizar un aborto farmacológico.

"Cuando me dijeron el precio de lo que me costaría ($550), me quedé atónita. Recordaba que un par de años antes salía $350. Ni siquiera tenía la mitad de ese dinero".

Le dijeron que llamara a NARAL (una organización pro-choice) para ver si podían ayudarla con algún fondo de emergencia para cubrir lo que le faltaba.

"Pasé los siguientes días llamando con un teléfono prestado. Pasé horas en espera pero nunca respondieron".

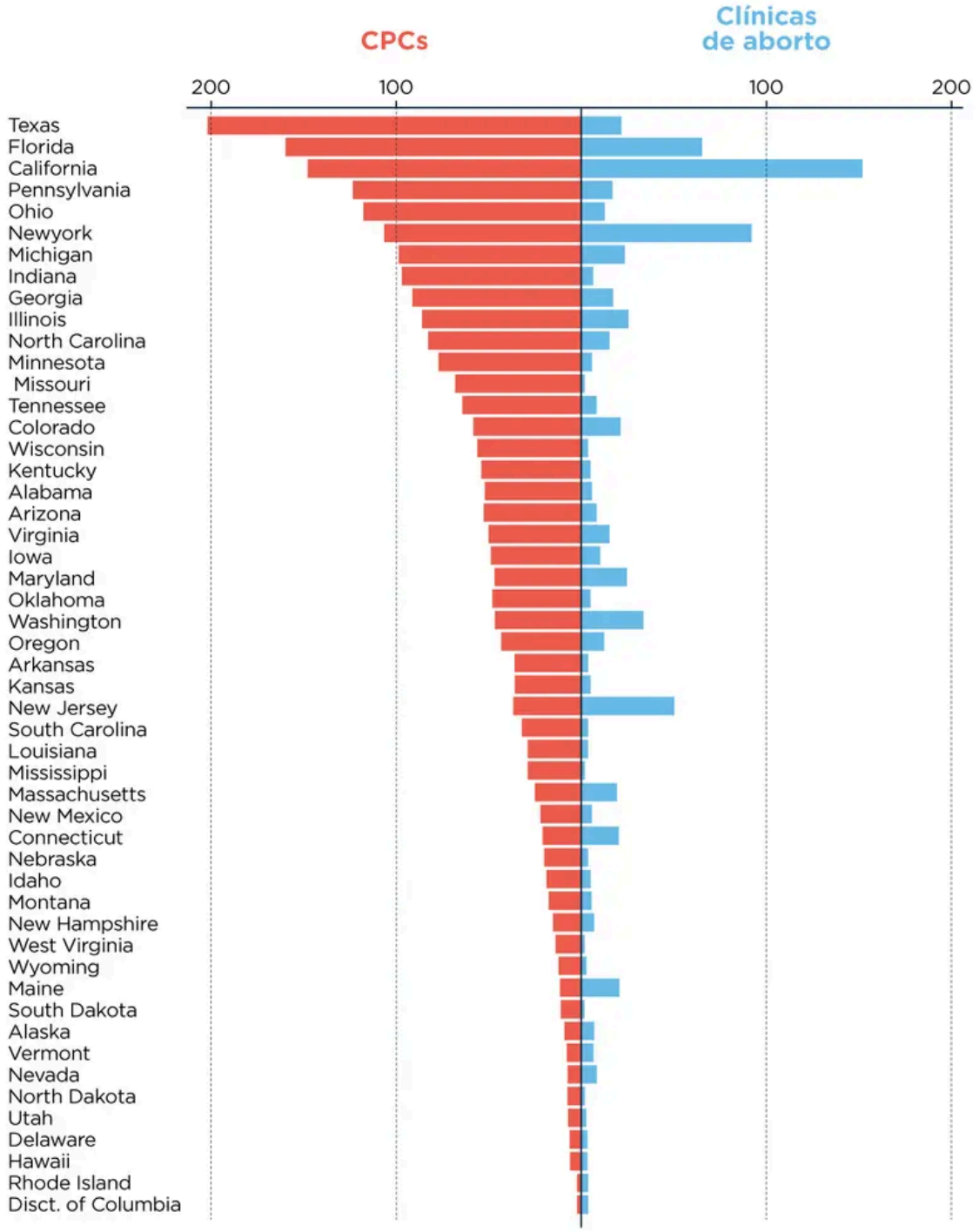
Nicole volvió tras unos días a la clínica y rogó que la ayudaran. La respuesta fue negativa.

Dos semanas después logró reunir casi unos $400. Así, volvió a la clínica para hacer un último intento. "No sé qué esperaba que me dijeran, pero ya no tenía más opciones".

Cuando planteó su situación, no esperaba que teniendo ahora más dinero disponible, estuviera más lejos de poder abortar. Es que el precio subía $150 por cada semana de gestación. Por eso, necesitaría un aborto quirúrgico y casi el doble de dinero del que tenía.

Tendencias opuestas

Mientras que a nivel nacional el número de proveedores de aborto viene cayendo de manera constante, lo opuesto es cierto para los CPCs. Han pasado de unos aproximadamente 2000 en el año 2010, a más de 2500 en 2018 a nivel nacional. Tres veces el número de clínicas de aborto.



La gran heterogeneidad en la distribución de las clínicas de aborto en el territorio estadounidense se vuelve aún más compleja si se tiene en cuenta la distribución de los CPCs.

¿Cómo se financian los CPCs?

Los CPCs están registrados ante el IRS (el ente impositivo de los EE.UU) como organizaciones sin fines de lucro. Por consiguiente, están exentos de impuestos. Pero esto no significa que no tengan costos fijos. **Dado que los servicios que los CPCs brindan a las mujeres son absolutamente gratuitos, surge inexorablemente la pregunta del origen de sus fondos**.

La gran mayoría de los CPCs en los EE.UU. son 'franquicias' de grandes organizaciones sin fines de lucro tales como NIFLA, *Care Net*, *Heartbeat International* y *Birthright*. Buena parte de su financiamiento proviene de donaciones privadas, tanto de otras instituciones como de personas físicas. En algunos casos, sus trabajadores son voluntarios (*ad-honorem*).

Sin embargo, algunos Estados proveen a los CPC con financiamiento de las arcas públicas a través de múltiples vías. Según una publicación del *Guttmacher Institute*, 32 Estados en los EE.UU. permiten la venta de placas patente para automóviles con el lema '*Choose life*' (elegí vida). En algunos de estos estados, una parte de esos ingresos es redirigida a ciertos CPCs.

Otros Estados han puesto en marcha fondeos de mayor magnitud. Texas ha destinado USD 20 millones por año a CPCs a través de un programa llamado 'Alternativas al aborto'. El programa también existe en Missouri, North Dakota, Indiana, Michigan y Pennsylvania. Por ejemplo, el Estado de Missouri asignó USD 6 millones a este programa en el año 2017. Minnesota cuenta con un programa similar llamado '*Positive Alternatives*' (Alternativas Positivas) al cual ha destinado más de USD 11 millones para financiar a 34 CPCs durante el periodo 2016-2019.

Swartzendruber menciona la existencia de otra fuente de financiamiento: los '*title V block grants*'. Estos son fondos que el gobierno federal le asigna a los Estados para gastos en salud materno-infantil.

Los medios Rewire.News y Politico han reportado sobre casos en los que Estados redirigen esos fondos a CPCs para realizar programas de educación sexual basados en '*abstinence-only*' (solamente abstinencia) en escuelas. Desde 1998 hasta 2015, estas asignaciones ascendieron a USD 50 millones por año. En 2016, tras la

asunción del Presidente Donald Trump, se incrementaron a USD 75 millones y han permanecido desde entonces en esos niveles.

Además, una nueva partida de fondos discrecionales fue creada en el año 2016, denominada '*Sexual Risk Avoidance Education*' (educación para evitar riesgos sexuales). Estos fondos están destinados a programas educativos para "enseñar a los participantes cómo evitar voluntariamente la actividad sexual no-marital". A pesar de que el fondo inicial constaba de unos USD 10 millones por año, esta cifra se elevó a 15 millones en 2017, a 25 millones en 2018 y a USD 35 millones para el 2019. De acuerdo a la evidencia científica disponible, este tipo de programas centrados en la abstinencia son "inefectivos para demorar la iniciación sexual o para modificar otros comportamientos asociados al riesgo sexual".

De haber tenido dinero, Nicole no habría tenido problemas para acceder al servicio. De haber vivido en otro estado, Nicole podría haber accedido a financiamiento público para abortar.

Unos meses después, Nicole parió a un hijo que luego dio en adopción. Nicole expresa que lo mejor para ella hubiera sido poder abortar.

Durante los últimos años, fue contactada en múltiples ocasiones por la madre adoptiva de aquel hijo. El niño quiere conocerla y que forme parte de su vida, pero ella quiere continuar con la propia. El tema, según sus palabras, la acechará para siempre.

"Eso es algo que quiero que la gente sepa. Muchos dicen que lo mejor es seguir con el embarazo y dar al bebé en adopción. Pero no tienen idea de todas las consecuencias permanentes que vienen con esa decisión".

De vuelta al hogar

El caso estadounidense no es necesariamente un espejo que muestre el futuro de Argentina. Pero parece apoyar, de algún modo, que **el hecho de que una mujer que aborta no sea perseguida por la ley lejos está de garantizar el aborto como un derecho**.

La disyuntiva legal-ilegal, por definición, sólo puede impactar sobre la faceta penal del asunto. Pero el problema argentino no es el de cárceles colmadas de mujeres por

abortar, sino el del riesgo sanitario.

La penalización no evita los abortos. Los convierte, esencialmente, en clandestinos. Y es en la clandestinidad donde se profundizan las diferencias entre quienes pueden pagar un servicio de calidad y quienes, por falta de recursos, se arriesgan a procedimientos peligrosos.

Así como la ilegalidad no evita los abortos, la despenalización por sí sola no puede emparejar la cancha. El verdadero partido, el de salud pública, no se jugará en el campo de las dicotomías, sino más bien en la letra chica de la ley. Y en una dimensión humana que, por lo visto, trasciende fronteras.

elgatoylacaja.com/nicole-en-el-laberinto

Sumate en
eglc.ar/bancar