

07/03/2018

Acerca del derecho a la vida

TXT SOL MINOLDO IMG FLORENCIA GONZÁLEZ

7 ideas fundamentales para conversar y definir una postura sobre el aborto legal.

El 6 de marzo se presentó en el congreso un proyecto para legalizar el aborto, con la firma de 71 diputados de todas las bancadas. Como aclara Cecilia González, la legalización no se reduce a dejar de criminalizar el aborto (que sería el caso de la despenalización), sino que obliga al Estado a garantizar el derecho de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo.

Tratándose de un tema que tiende a generar debates apasionados, que el presidente decidiera 'permitir' el debate desató la controversia en redes sociales y medios de comunicación. Y sí, el debate social es fundamental, pero un debate maduro requiere discutir sin recurrir a datos falsos o a falacias argumentativas. En esta nota

vamos a intentar aclarar algunos puntos para desenmarañar confusiones o desconocimientos que oscurecen el debate, y lo estancan.

¿Es un dato científico que hay una 'persona' desde la 'concepción'?

Empecemos por un equívoco que nunca está de más aclarar: **la fecundación no puede ser científicamente considerada 'el origen de la vida'**, ya que también espermatozoide y óvulo son células 'vivas'. **Lo que realmente separa las aguas del debate es desde cuándo existe una 'persona'**. Y por mucho que algunos lo repitan, no es cierto que la ciencia haya dado 'evidencia' de que ese momento es la fecundación (o sea, la fertilización de un óvulo por un espermatozoide). Como explica esta nota, una cosa es que la ciencia pueda dar cuenta de que a partir de ese momento existe un nuevo genoma único, diferente al de la madre gestante y al del padre, y otra muy diferente es identificar 'un genoma único' con 'una persona con derechos'. Ese salto pretende dar autoridad científica a una afirmación que no puede hacerse desde la ciencia, porque no es un hecho, sino una valoración de los hechos, una manera de interpretarlos.

Lo que sí puede hacer la ciencia es, como bien apunta Rivera López, darnos información para identificar cuándo un ser biológico cumple con las condiciones necesarias para atribuirle la categoría de persona con derechos, pero para ello **debemos establecer primero un concepto de persona, que es siempre normativo.** Así, la existencia de un genoma único puede ser un hecho científico y, sin embargo, no constituir condición suficiente para determinar la existencia de una persona con los mismos derechos que una mujer gestante. Para algunos, por ejemplo, la existencia de un sistema nervioso desarrollado que permita 'sentir' o percibir el entorno, puede ser más importante que el genoma único, y eso ya corre la frontera entre 20 y 30 semanas desde la fecundación (como contamos en esta nota).

Otra cuestión que se mezcla en el debate es la valoración moral de las 'responsabilidades' de las mujeres por los embarazos no deseados. Pero desde ese punto de vista algunas mujeres tendrían más derechos que otras a disponer de su

cuerpo. Mientras en unos casos la vida de un embrión o feto es considerada secundaria a los derechos de la mujer gestante, en otros casos, cuando las mujeres no están en riesgo ni fueron violadas, sus derechos sí estarían relegados. Se impone, ante todo, un mandato de maternidad que sólo estaría excusado en casos especiales. Se trata de una tutela sobre el cuerpo y las decisiones de las mujeres mientras que, por otro lado, preocupa mucho menos cuando los embriones no están dentro de su cuerpo. Basta ver la aceptación general de que, para técnicas de reproducción asistida, se congelen los embriones 'sobrantes', y que incluso luego de un tiempo sean descartados sin que haya demasiados que consideren que se están 'asesinando personas'.

¿Por qué se dice que el aborto es un problema de salud pública?

Cuando entendemos 'salud pública' como el interés por la salud colectiva, adquiere sentido la preocupación de hace ya décadas por las consecuencias del aborto inseguro, que cada año dañan la salud de cientos de miles de mujeres en el mundo y se cobran la vida de decenas de miles (los números están más abajo).
Ya en 1967, la Asamblea Mundial de la Salud identificó el aborto inseguro como un problema serio de salud pública en muchos países. En 1994, los Estados de cerca de 180 países participaron en la Conferencia de Población y Desarrollo realizada en El Cairo, organizada por Naciones Unidas. En el documento final se instaba "a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia". En las bases del artículo sobre salud de la mujer se expresaba la preocupación por los fallecimientos y lesiones permanentes causadas por abortos inseguros y el impacto que ello implica también para el resto de la familia, "dado el papel decisivo que desempeña la mujer en la salud y el bienestar de sus hijos". Así, aunque insistiendo en un estereotipo que asimila a la mujer con la maternidad, el documento reconocía que la muerte o el daño en la

salud de mujeres que abortan no es sólo un problema de ellas. Otro punto relevante del documento aclara la importancia de garantizar el acceso a aborto en condiciones adecuadas cuando éste no sea ilegal. Es decir que, **en caso de despenalizar, se debería dar un paso más para garantizar buenas condiciones a todas las que aborten.**

La delegación Argentina planteó reservas en este punto, expresando que "la vida comienza desde la concepción" y que desde ese momento "la persona, en su dimensión única e irrepetible, goza del derecho a la vida". Por tanto, "no puede admitir que en el concepto de salud reproductiva se incluya el aborto". Para poner algo de contexto, vale comentar que Argentina también planteó reservas respecto de otro artículo que aceptaba las distintas formas que la familia puede tener, aclarando que "en ningún caso puede alterar su origen y fundamento, que es la unión entre varón y mujer, de la cual se derivan los hijos".

Las otras delegaciones que también plantearon reservas sobre la inclusión del aborto como un problema de salud pública fueron Honduras, Salvador, Nicaragua, República Dominicana, Ecuador, Guatemala, Perú, Vaticano, Malta, Pakistán, Libia y Emiratos Árabes.

Las preocupaciones planteadas en el informe de El Cairo respecto del aborto inseguro como problema de salud pública, fueron reafirmadas en 1995 en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (en Beijing) y en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1999 (en Nueva York).

En 2013 se celebró la primera versión regional de estas conferencias de población con la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. El documento final se conoce como Consenso de Montevideo y plantea la preocupación por las muertes maternas provocadas por abortos inseguros, refiriendo además a las consecuencias de su penalización: "algunas experiencias en la región muestran que la penalización del aborto provoca el incremento de la mortalidad y morbilidad maternas y no disminuye el número de abortos, todo lo cual aleja a los Estados del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio". Por tanto, se acuerda "eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones

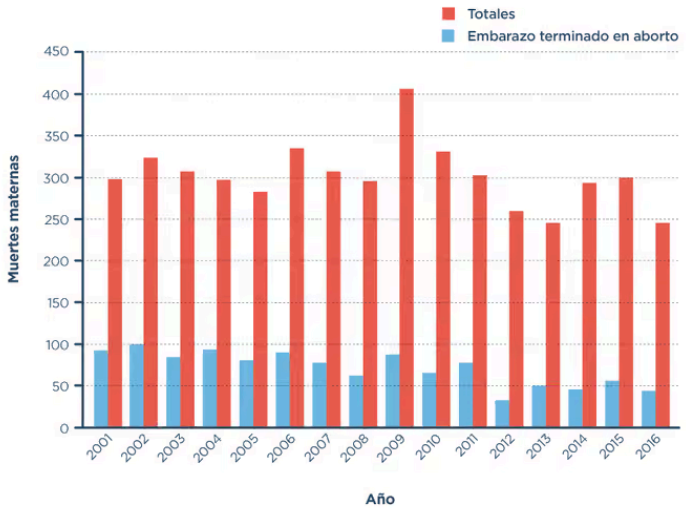
integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños". Y además, "asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos".

¿Cuál es el impacto del aborto en el mundo y en nuestro país?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año se efectúan, en todo el mundo, unos 22 millones de abortos peligrosos, es decir, que no fueron realizados por personas con capacitación adecuada y empleando técnicas correctas, o se llevaron a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo. Unos 5 millones de mujeres ingresan en hospitales como consecuencia de complicaciones por abortos inseguros, que pueden ser aborto incompleto (no se retiran o se expulsan del útero todos los tejidos embrionarios), hemorragias (sangrado abundante), infección, septicemia, peritonitis, perforación uterina (cuando se atraviesa el útero con un objeto afilado) y daños en el tracto genital y órganos internos debidos a la introducción de objetos peligrosos. Además, más de 3 millones de mujeres que han sufrido complicaciones a raíz de un aborto peligroso no reciben atención médica. En 2008 se calcula que se produjeron 47.000 defunciones a causa de abortos peligrosos a nivel mundial.

De acuerdo con información de Estadísticas vitales del Ministerio de Salud, disponibles desde 2001, **en Argentina la cantidad de muertes en este milenio por 'embarazo terminado en aborto' han ido de un máximo de 100 a un**

mínimo de 43 por año, representando entre el 31,3% y el 12,8% de las muertes maternas totales. Vale aclarar que si bien los datos no distinguen entre abortos espontáneos o inducidos, las evidencias muestran que la mortalidad está asociada casi siempre con su inducción en condiciones de inseguridad (algo que se desprende de las bajas o nulas tasas de mortalidad materna a las que se asocia el aborto en los países donde se realiza en condiciones seguras).



Fuente: Estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación

Hace falta aclarar que las muertes registradas como relacionadas con aborto tienden a subestimar la cantidad real. Como explica la OMS, puede ocurrir que, al producirse tras un procedimiento clandestino o ilegal, el incidente no se notifique en forma confiable, sobre todo si no ocurre de forma inmediata al procedimiento.
Teniendo en cuenta la cantidad de hospitalizaciones por complicaciones relacionadas a aborto, se puede hacer una estimación de la cantidad de abortos clandestinos. Así, un trabajo sobre los datos del año 2000 estimó que las 65.735 intervenciones hospitalarias por aborto daban cuenta de 446.998 abortos inducidos ese año en nuestro país. Otro método aplicado en ese trabajo es el 'residual', que compara la cantidad de nacimientos registrados (que es la fecundidad real) con una cantidad de nacimientos estimada como 'potencial' (de acuerdo con un multiplicador que se determina para cada sociedad, según

diferentes variables que influyen en la fecundidad). Con ese método, la estimación de abortos en Argentina para 2004 y 2005 ascendía a 485.974 abortos anuales.

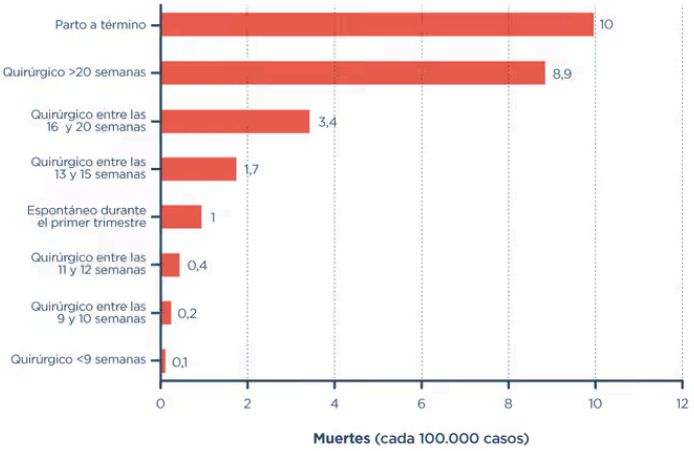
¿Los abortos son siempre un riesgo?

Un argumento que relativiza los problemas de la penalización (o las ventajas de la legalización) es que, en realidad, el aborto es siempre una práctica de riesgo. Sin embargo, La Organización Mundial de la Salud cuenta con evidencias que indican que la diferencia de riesgo del aborto inducido es enorme según el marco legal y las condiciones de acceso a servicios de salud seguros (un aborto inseguro en Latinoamérica puede ser entre 300 y 30 veces más letal que un aborto legal quirúrgico, como se aprecia en los gráficos de abajo).

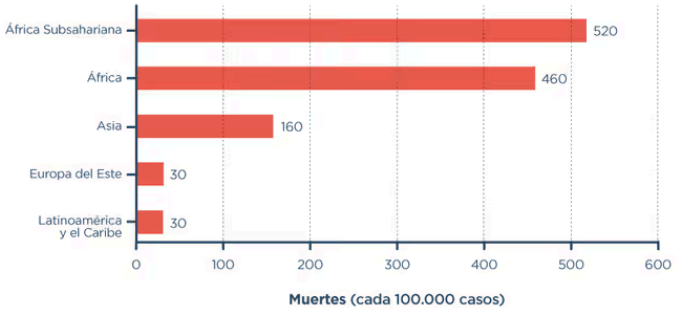
Otro factor que, según indican las evidencias, aumenta el nivel de riesgo en un aborto ilegal son las condiciones socioeconómicas desfavorables, en contraposición al bajo nivel de riesgo al que se exponen las mujeres que pertenecen a estratos socioeconómicos medios o altos, que pueden financiar un aborto en condiciones seguras.

Las legislaciones restrictivas conllevan consecuencias completamente evitables sobre la salud y la vida de las mujeres que abortan. Al quedar relegados a la clandestinidad, los abortos son realizados muchas veces en condiciones inseguras y/o sus complicaciones son tardíamente o mal atendidas.

Los gráficos de abajo muestran que **mientras un aborto legal es más seguro que un parto, las tasas de letalidad de un aborto inseguro pueden ser muy altas.**



Tasa de letalidad de abortos inducidos legales, abortos espontáneos y partos a término en EEUU cada 100 mil procedimientos.



Tasa de letalidad cada 100 mil procedimientos de aborto inseguro, por región, 2008 (Fuente: **OMS**).

¿El aborto traumatiza a las mujeres?

Los estudios sobre el tema (como este, este, este, este, este, este, este, este y este, entre otros) no avalan que exista un síndrome traumático postaborto, algo así como daños emocionales ligados de manera intrínseca a la práctica de abortar. Por un lado, no todas las mujeres que abortan voluntariamente padecen posteriormente efectos psicológicos traumáticos o problemas en la salud mental. Y por otro, si bien en algunos casos, abortar efectivamente puede tener un efecto traumático, depende mucho de la estigmatización, de la falta de contención social,

afectiva, familiar, de sentimientos de culpa relacionados con significaciones sociales, de la ilegalidad de la práctica y de las condiciones en que se aborta.

Las mujeres que interrumpen un embarazo rompen las expectativas sociales dominantes sobre la 'naturaleza' de 'ser mujer', que asocia la sexualidad femenina a lo reproductivo, la maternidad como destino y deseo de toda mujer e incluso un 'instinto natural femenino' de cuidado hacia los vulnerables. Al desviarse de esa norma la mujer pasa a ser vista como 'promiscua', 'irresponsable', 'egoísta' o 'descorazonada', entre otras lindezas.

La estigmatización social del aborto implica que las mujeres (y en ocasiones también sus parejas) experimenten presión desde sus familias y entornos afectivos para continuar con el embarazo o bien que, en caso de abortar, reciban una fuerte condena de sus comunidades. Ello lleva a que la experiencia de abortar se realice frecuentemente sin contar con apoyo emocional de amigos y familiares, con una fuerte carga de marginación y silenciamiento.

El estigma ligado al aborto también puede existir de forma internalizada de modo que, más allá del rechazo social, genera sentimientos de culpa, vergüenza, miedo y tristeza. En gran medida, los sentimientos asociados al aborto están relacionados con los significados que las mujeres tienen sobre la maternidad, la feminidad y el aborto.

Si bien el estigma puede existir tanto en contextos de legalidad como de ilegalidad, la prohibición legal lo magnifica, lo reafirma y lo legitima.

Varios estudios (como este, este, este o este) muestran que la ilegalidad y la penalización generan altos niveles de temor, incertidumbre y angustia. En contextos de una práctica de aborto insegura, predomina el miedo a morir como sentimiento previo. Además, se experimenta el temor a la denuncia y la sanción penal. Cuando necesitan recurrir a servicios de salud por complicaciones en el procedimiento de aborto, las mujeres temen ser maltratadas, estigmatizadas, o incluso denunciadas.

Por otro lado, la experiencia de abortar en clandestinidad puede implicar un sufrimiento físico evitable. Incluso al abortar con misoprostol, pero con el sentimiento de desprotección que supone hacerlo en secreto y temer necesitar

ayuda médica, se acentúan los temores asociados al dolor, la demora para completar el procedimiento, el sangrado prolongado o la posibilidad de que no sea efectivo y tener que acudir a una institución para completar el aborto.
De acuerdo con los estudios (como este, este, este o este) , las consecuencias del aborto pueden ser, de hecho, positivas cuando se realiza en condiciones seguras y legales, con información y bajo supervisión médica, y contando con apoyo social y afectivo. En esos casos predomina la asociación del aborto con sentimientos de alivio.

¿Es costoso garantizar el acceso gratuito al aborto?

Para poder analizar adecuadamente el costo de garantizar el acceso seguro al aborto hay que considerar el costo que tienen las consecuencias del aborto inseguro, porque lo cierto es que la atención a mujeres con complicaciones de aborto inseguro consume una enorme cantidad de recursos (en Argentina las intervenciones hospitalarias por aborto rondan las 60 mil por año). Por eso, el costo de las prácticas seguras se compensa, al menos en buena parte, por la reducción de costos de atención de las complicaciones derivadas de abortos mal realizados. Además, la introducción de métodos eficaces para atender complicaciones de aborto, algo que sería posible si la práctica se institucionaliza, permite reducir el tiempo de internaciones y los costos de las intervenciones, como enseñan las experiencias en otras partes del mundo. En Uruguay, por ejemplo, un estudio calculaba en 2007 un ahorro del 82% por cada intervención cambiando la atención quirúrgica hospitalaria del aborto (o sea, el legrado) por una ambulatoria con AMEU (aspiración manual endouterina).

¿Qué dice la ley sobre el aborto en Argentina?

En Latinoamérica predomina una legislación restrictiva. El aborto está totalmente despenalizado en Cuba (desde 1965), en Guyana (desde 1995), en Uruguay (desde 2013) y en el Distrito Federal de México (desde 2007). Además, en Puerto Rico está despenalizado ‘de facto’ (por un lado, la ley teóricamente prohíbe el aborto que no esté indicado por un médico para proteger la salud de la embarazada pero,

por otro, esa ley contraviene un dictamen del Tribunal Supremo de EE.UU al afectar a derechos fundamentales). En el otro extremo, el aborto está totalmente penalizado en El Salvador, Honduras, Nicaragua, República Dominicana, y lo estaba en Chile hasta 2017. En los demás 25 países, incluida Argentina, está despenalizado de forma parcial para ciertos causales (cuando corre riesgo la vida de la mujer, cuando el embarazo resulta de una violación, cuando la mujer tiene retraso mental y/o cuando está en riesgo la salud de la mujer).

En nuestro país existe el aborto legal para casos específicos, garantizado como un derecho en la constitución. En los hechos, sin embargo, este derecho no estaba garantizado por las dificultades que implicaba hacerlo valer, ya que sólo se accedía pidiendo permiso a la justicia. En 2012 la Corte Suprema determinó que ese trámite no era necesario e instó a los centros de salud a implementar un protocolo sobre el procedimiento que garantizara el acceso al aborto en los casos legales. Uno de los puntos del protocolo que generó resistencia fue permitir el aborto en caso de violación sólo con una declaración jurada por parte de la mujer que lo solicitaba, es decir, sin que mediara denuncia penal. Al día de hoy, el aborto legal dispuesto por la constitución no es un derecho garantizado porque grupos de presión, fundamentalmente relacionados con la iglesia católica, han conseguido que el protocolo no se implemente.

Si ya es difícil que el Estado garantice el aborto que reconoce como un derecho, mayor desafío es conseguir una ley que lo legalice por completo. En estos días, con motivo del inminente debate, algunas personas han afirmado (por ejemplo acá, acá o acá) que dicha ley sería inconstitucional, contraria a diferentes tratados de derechos humanos.

¿Legalizar el aborto violaría el 'derecho humano a la vida'?

La constitución Argentina incorporó, con la reforma de 1994, diversos tratados de derechos humanos. Algunas personas sostienen que el aborto no sería constitucional porque en uno de esos tratados, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, se define que el derecho a la vida es 'a partir de la concepción'.

Este debate ya lo tuvo Uruguay, cuando discutía su despenalización. Por entonces también había quienes interpretaban que la Convención era contraria al sostener que "toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley, y, en general, a partir del momento de la concepción". Pero lo cierto es que el texto incluye, entre comas, las palabras 'en general'. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos analizó por entonces que la inclusión de esas palabras no era casual. Se agregó para que los Estados pudieran legislar sobre un amplio abanico de excepciones, sin violar la Convención.

Otra cuestión señalada por la CIDH fue que, por otro lado, la penalización del aborto incumplía con otros tratados de derechos, como la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, y que el derecho a la vida no debe entenderse como un derecho absoluto, cuya protección pueda justificar la negación total de otros derechos. En la misma línea, la Corte Suprema de Justicia argentina sostuvo que la protección jurídica al embrión no es absoluta y, por lo tanto, puede ser balanceada con otros derechos e intereses.

Por último, en la Convención de los Derechos del Niño se entiende por niño "todo ser humano menor de dieciocho años de edad" pero no se especifica desde cuándo. Es Argentina la que, mediante la ley con la que adhiere a la convención, formula entre sus reservas la aclaración de que interpreta el niño "desde la concepción". Pero al tratarse de una ley, no tiene rango constitucional y no representa un obstáculo para avanzar en una ley que legalice el aborto.

Si te hubieran abortado...

Para terminar, hay un razonamiento que aparece de forma recurrente en el debate sobre el aborto: la especulación contrafáctica. A modo de argumento, muchas veces se hace referencia a que 'si te hubieran abortado, no estarías acá' o 'si su madre lo hubiese abortado, tal o cual genia/héroe/capo no habría nacido'. El primer problema con este argumento es que, es cierto, en caso de ser abortado, 'alguien' no nace, y eso podemos lamentarlo cuando ese 'alguien' somos nosotros o alguna persona que nos parece valiosa. Pero si se trata de argumentar con la

información sobre la mesa, podríamos decir exactamente lo contrario, y entonces sería para lamentarnos que su madre no haya abortado en su momento a alguno de esos seres que hacen del mundo un lugar peor. El segundo problema es que, aunque fuera cierto que todos los abortos nos privaran de la existencia de personas maravillosas, es un paso más complicado considerar eso como un argumento para prohibirlos. Es que, en esa misma línea, sería judiciable todo aquello que impida la fecundación de cada persona específica, real o hipotética, como por ejemplo que los padres del susodicho no hubiesen tenido sexo cierto día puntual, o usaran un método anticonceptivo.

Desnaturalizar ideas y ordenar la discusión nos pone de frente a los axiomas encerrados en cada postura y a la forma, muchas veces falaz, en la que se construyen argumentos a partir de esos axiomas. Queremos que esta conversación se de pública y masivamente, que los implícitos en nuestros representantes se hagan explícitos. Que si vamos a votar de acuerdo a nuestras creencias, lo hagamos de forma explícita. Que aclaremos los argumentos con los que definimos (desde) cuándo existe una 'persona' con derechos. Que votemos en libertad e informados, teniendo siempre presente que se trata (también) de un problema de salud pública que, directa o indirectamente, nos afecta a todos.
Y que esta conversación no se quede solamente en el aborto, porque es un pedido sobre nuestros derechos más fundamentales: 'Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir'.

Referencias

-José Miguel Guzmán et al. La situación actual del embarazo y el aborto en la adoles cencia en América Latina y el Caribe. Disponible acá.

-Susana Lerner y Agnès Guillaume. Las adversas consecuencias de la legislación rest rictiva sobre el aborto: argumentos y evidencias empíricas en la literatura latinoam ericana. Disponible acá .

-Silvina Ramos (comp.). Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. U na agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. 2015. Disponible acá.

-OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segund a edición. Disponible acá.

-CEPED. El aborto en América Latina y el caribe, una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005, capítulo 7: las consecuencias sanitarias y sociales del aborto. Disp onible acá.

Sumate en
eglc.ar/bancar