

Biblioteca digital de la Universidad Catolica Argentina

Scala, Jorge

Aborto : desmitificando las cifras

Publicado en El Derecho 218-897, 2006

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Scala, J. (2006). Aborto: desmitificando las cifras [en línea], *El Derecho*, 218-897. Disponible en: http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/contribuciones/aborto-desmitificando-cifras-jorge-scala.pdf [Fecha de consulta:.......]

(Se recomienda indicar fecha de consulta al final de la cita. Ej: [Fecha de consulta: 19 de agosto de 2010]).

Aborto: desmitificando las cifras (*) - [ED, 218-897]

Por Scala, Jorge

1

Proemio

1.a. Conforme el art. 103 de la Constitución Nacional, "los ministros no pueden por sí solos, en ningún caso, tomar resoluciones, a excepción de lo concerniente al régimen económico y administrativo de sus respectivos departamentos"; por ello, son sólo colaboradores del ciudadano que ejerce el cargo de presidente de la Nación, quien es "el jefe supremo de la Nación, jefe del gobierno y responsable político de la administración general del país", como lo prescribe el art. 99, inc. 1º, de nuestra Carta Magna. Es decir que es el titular del Poder Ejecutivo Nacional, el responsable único de los actos de sus ministros, que excedan los aspectos administrativos y económicos, de sus carteras. Estas prescripciones jurídicas son aún más acentuadas, por la personalidad del actual inquilino de la Casa Rosada, quien de facto, parece ostentar la suma del poder público(1).

Conviene recordar estos elementos jurídicos, como introducción a este estudio. En efecto, son varios los ministros del ejecutivo nacional, que están impulsando la despenalización del aborto en la República Argentina. A las antiestéticas campañas de prensa, del titular de la cartera sanitaria, que llevan ya año y medio, se sumó un aporte concreto, con la aprobación y publicación, de la llamada "Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto", del 9 de septiembre de 2005, mediante resolución 989/05, publicada en el Boletín Oficial el día 17 de dicho mes y año. Dicha guía es el primer paso para entrenar al personal sanitario dependiente de la Nación, en las prácticas abortivas. Para comprobarlo basta leer el documento. A él se ha sumado recientemente, como una verdadera broma de mal gusto, el titular de la cartera de justicia, seguridad y derechos humanos, quien con un anteproyecto de nuevo Código Penal, pretende convertir en un acto virtuoso, la confabulación entre una madre y un médico -otra paradoja-, para occisar intrauterinamente al inocente e indefenso hijo de la primera.

Como las autoridades no los destituyeron, ni los desautorizaron a través de sus voceros oficiales ni oficiosos, la conclusión luce evidente. El Presidente de la Nación Argentina, a título personal, está impulsando la despenalización del aborto en nuestra República -o lo que queda de ella-.

1.b. Me propongo efectuar una revisión crítica, de las estadísticas en torno al aborto procurado. Este estudio resulta imprescindible. En todos los países que lo legalizaron, el

principal "argumento" esgrimido, fue la difusión de diversas cifras en torno al tema -jamás citando fuentes confiables-. Al ser repetidas hasta el hartazgo, por los medios de propaganda, volcaron la opinión pública a favor del homicidio prenatal, de modo que dejara de ser considerado un crimen abominable, por el común de la gente(2).

Uno de los promotores del aborto en EE.UU., nos lo dice claramente en su autobiografía, al comentar las tácticas utilizadas para lograr la despenalización en su país: "Nuestra línea de conducta favorita era achacar a la Iglesia cada muerte producida por abortos caseros. Se daban cada año unas trescientas muertes por abortos delictivos en los años sesenta en Estados Unidos, pero Naral y sus notas de prensa afirmaban tener datos que apoyaban la cifra de cinco mil. Afortunadamente, el reconocido bioestadístico Dr. Christopher Tietze -conspicuo integrante de la Federación Internacional de Paternidad Planificada (IPPF)- era aliado nuestro. Aunque nunca aventuró un número concreto, nunca negó la autenticidad de esos datos..."(3).

Como otro botón de muestra, de esta táctica utilizada repetidamente por los grupos abortistas, transcribo ahora un párrafo de una conferencia, pronunciada por Frances Kissling, presidente de catholics for a free choise, fundación estadounidense dedicada a promover el aborto en todo el mundo, utilizando fraudulentamente el mote de "católicas". Cuando se estaba debatiendo en el Uruguay el -luego rechazado-, proyecto de ley para despenalizar el aborto a petición, Kissling viajó a Montevideo, y en una exposición abierta al público, dijo textualmente: "Jugamos a la política. Para cambiar la mentalidad. Tenemos que incidir aunque debamos "aliarnos con el diablo" (...) Hay que sacrificar a uno, alguien las tiene que pagar. No vamos a castigar a todos, pero uno de ustedes (legisladores) no va a estar aquí en el 2004. Aquí en Uruguay hay que castigar por lo menos a uno y en el 2005 todos los legisladores lo van a pensar dos veces antes que los castiguen para la próxima en el 2008. La política es sucia, nos metemos y peleamos por lo que queremos... Ustedes tienen que martillar que las mujeres se mueren. Hace dos días se murió una mujer. Yo visitaría al legislador... Exageren los números de las muertes"(4).

El uso sistemático de información falsa, obliga a un estudio serio de las estadísticas. Para esta revisión, tomaré los principales mitos esgrimidos en favor del aborto, y los cotejaré con estadísticas de fuentes inobjetables. Como verá el lector, las conclusiones resultan lapidarias.

2

El mito de que despenalizando el aborto

disminuiría su incidencia

Esto se afirma dogmáticamente, sin expresar un motivo concreto de cuál sería la causa de que, al legalizar el crimen intrauterino, disminuiría su incidencia. Al respecto, las estadísticas muestran empíricamente, exactamente lo contrario. En efecto:

2.a. En todos los países que despenalizaron el aborto, tanto el número como la tasa de abortos aumentaron notablemente

Veamos algunos ejemplos:

En EE.UU., la cifra inicial de abortos "legales", fue de 57.160 en el año 1967. En 1996, el número total de abortos fue de 1.504.790; es decir un crecimiento del 2632,59% en treinta años. El total de abortos legales efectuados entre ambos años en EE.UU., fue de 36.405.760(5).

En Gran Bretaña, la cifra inicial de abortos legales, corresponde a 1969, con 49.829. Esta práctica se había elevado a 185.415 durante el año 2004(6), lo cual implica un aumento del 272%, en sólo 35 años.

El siguiente cuadro nos muestra la situación en España, según la información oficial. Para ello se tomaron los años a partir de la despenalización del aborto (1985), describiendo el número de nacimientos, el número de abortos y el porcentaje de abortos respecto de los nacimientos viables de cada uno de esos años. Las estadísticas demuestran que no sólo aumenta permanentemente el número total de abortos, sino también la tasa de los mismos. En efecto:

Nacimientos y Abortos En España

Datos según los registros del Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto Nacional de Estadística

	Año	Nacimientos	Abortos legales		% Abortos
respecto embara	zos viables		1985	456.298	9
-	1986	438.750	467	0,11	

1987	426.782	16.766	3,78		1988
418.919	26.069	5,86		1989	408.434
30.552	6,96		1990	401.425	37.231
8,49		1991	395.989	41.910	9,57
1992	396.747	44.962	10,18		1993
385.786	45.503	10,55		1994	370.148
47.832	11,44		1995	363.469	49.367
11,96		1996	362.626	51.002	12,20
1997	369.035	49.578	11,84		1998
365.193	53.847	12,85		1999	380.130
58.399	13,32		2000	397.632	63.756
13,82		2001	403.859	69.857	14,75
2002	416.518	77.125	15,62		Total
hasta					
	al 24 42 02	7 4 5 7 7 4 0	704.00	0.05	
	el 31-12-02	7.157.740	764.23	32 9,65	

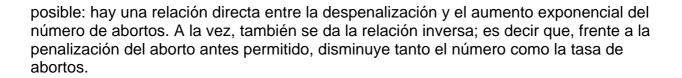
En 2003, se practicaron 79.788 abortos en España, y un año después fueron 84.985, por lo que continuó la tendencia ascendente.

Subrayo que en todos los países que legalizaron el homicidio intrauterino, las estadísticas muestran efectos similares. En conclusión: cuando se despenaliza el aborto, éste se incrementa continuamente.

2.b. Por el contrario, Polonia es el único país en el mundo que tenía una ley muy permisiva de aborto, y la modificó por otra con muchas restricciones. Por lo tanto, este caso resulta muy importante, para prever el impacto de una política pública, en torno al aborto. En dicho país, el número máximo de abortos se produjo en 1970 con 168.600, con una ley que permitía el aborto sin restricciones. En 1993, el Parlamento modifica la legislación, dejando únicamente como no punible, al aborto en caso de que corra peligro la vida de la madre. Las cifras resultan elocuentes:

ia viua ue ia	maule. Las	s cilias lesc	illan elocuentes.			ALIO .
Número de a	abortos		1993	1208		1994
782		1995	559		1996	431
1997	3171(7)		1998	312		1999
151		2000	138		2001	123
2002	159(8)					

Las estadísticas totales mundiales, nos hacen llegar a la misma y única conclusión



3

El mito de identificar el aborto legal

como si fuera seguro

Aunque sea legal, ningún aborto es seguro para la gestante(9). Las mujeres pueden sufrir serios daños físicos, psicológicos y emocionales, e incluso la muerte, como resultado de abortos legales practicados en las mejores condiciones sanitarias. Por ejemplo, en EE.UU. se han registrado 351 mujeres muertas al practicarse abortos "legales", entre 1972 y 1999(10). Además, de las 68.000 muertes maternas anuales debidas a abortos "inseguros", casi la mitad ocurren en la India -27.200 muertes anuales, donde el aborto es legal(11). Por tanto, la legalización del aborto no lo convierte en una práctica "segura", ni siguiera en los países con medicina avanzada.

Es muy abundante la bibliografía científica, que recoge los importantes daños físicos y psíquicos del aborto. Más abajo cito sólo los trabajos principales, en publicaciones científicas de primer nivel. Dejo expresa constancia que se trata de estudios realizados en países donde el aborto está legalizado, lo cual derriba el mito de que en tales circunstancias, los abortos serían seguros. Veamos.

3.a. Daños físicos provocados por el aborto

Negligencia en la práctica del aborto:

Strahan"s Major, Thomas, Articles and Books Concerning the Detrimental Effects of Abortion (Rutherford Institute, PO Box 7482, Charlottesville, VA 22906-7482, (804) 978-388);

Kaunitz, Causes of Maternal Mortality in the , "Obstetrics and Gynecology", 65(5) Mayo 1985.

Cáncer de mama:

Howe, H. L., et al., Early Abortion and Breast Cancer Risk Among Women Under Age 40, International Journal of Epidemiology 18(2):300-304 (1989);

Remennick, L. I., Induced Abortion as A Cancer Risk Factor: A Review of Epidemiological Evidence, Journal of Epidemiological Community Health, (1990);

Pike, M. C., Oral Contraceptive Use and Early Abortion as Risk Factors for Breast Cancer in Young Women, British Journal of Cancer 43:72 (1981).

Le, M-G, et al., Oral Contraceptive Use and Breast or Cervical Cancer: Preliminary Results of a French Case- Control Study, Hormones and Sexual Factors in Human Cancer Etiology, ed. JP Wolff, et al., Excerpta Medica: New York (1984) págs.139-147;

Parazzini, F., et al., Reproductive Factors and the Risk of Invasive and Intraepithelial Cervical Neoplasia, British Journal of Cancer, 59:805-809 (1989).

Cáncer de ovarios, hígado y cervical:

Stewart, H. L., et al., Epidemiology of Cancers of the Uterine Cervix and Corpus, Breast and Ovary in Israel and New York City, Journal of the National Cancer Institute 37(1):1-96;

Fujimoto, I., et al., Epidemiologic Study of Carcinoma in Situ of the Cervix, Journal of Reproductive Medicine 30(7):535 (July 1985);

Weiss, N., Events of Reproductive Life and the Incidence of Epithelial Ovarian Cancer, Am. J. of Epidemiology, 117(2):128-139 (1983);

Beral, V., et al., Does Pregnancy Protect Against Ovarian Cancer, The Lancet, May 20, 1978, págs. 1083-1087;

LaVecchia, C., et al., Reproductive Factors and the Risk of Hepatocellular Carcinoma in Women, International Journal of Cancer, 52:351, 1992.

Perforación de útero:

Kaali, S., et al., The Frequency and Management of Uterine Perforations During First-Trimester Abortions, Am. J. Obstetrics and Gynecology 161:406-408, August 1989;

White, M., A Case-Control Study of Uterine Perforations documented at Laparoscopy, Am. J. Obstetrics and Gynecology 129:623 (1977).

Grimes, D., et al., Prevention of uterine perforation During Curettage Abortion, JAMA, 251:2108-2111 (1984);

Grimes, D., et al., Local versus General Anesthesia: Which is Safer For Performing Suction Abortions?, Am. J. of Obstetrics and Gynecology, 135:1030 (1979).

Desgarros cervicales:

Schulz, K., et al., Measures to Prevent Cervical Injuries During Suction Curettage Abortion, The Lancet, May 28, 1983, págs. 1182-1184;

Cates, W., The Risks Associated with Teenage Abortion, New England Journal of Medicine, 309(11):612-624;

Castadot, R., Pregnancy Termination: Techniques, Risks, and Complications and Their Management, Fertility and Sterility, 45(1):5-16 (1986).

Placenta previa:

Barrett, et al., Induced Abortion: A Risk Factor for Placenta Previa, American Journal of Ob&Gyn. 141:7 (1981).

Recién nacidos discapacitados en posteriores embarazos:

Hogue, Cates and Tietze, Impact of Vacuum Aspiration Abortion on Future Childbearing: A Review, Family Planning Perspectives (May-June 1983), vol. 15, no 3.

Embarazo ectópico:

Daling, et al., Ectopic Pregnancy in Relation to Previous Induced Abortion, JAMA, 253(7):1005-1008 (Feb. 15, 1985);

Levin, et al., Ectopic Pregnancy and Prior Induced Abortion, American Journal of Public Health (1982), vol. 72, pág. 253;

Chung, C. S., Induced Abortion and Ectopic Pregnancy in Subsequent Pregnancies, American Journal of Epidemiology 115(6):879-887 (1982).

Afección inflamatoria pélvica:

Radberg, T., et al., Chlamydia Trachomatis in Relation to Infections Following First Trimester Abortions, Acta Obstricia Gynoecological (Supp. 93), 54:478 (1980);

Westergaard, L., Significance of Cervical Chlamydia Trachomatis Infection in Postabortal Pelvic Inflammatory Disease, Obstetrics and Gynecology, 60(3):322-325, (1982);

Chacko, M., et al., Chlamydia Trachomatosis Infection in Sexually Active Adolescents: Prevalence and Risk Factors, Pediatrics, 73(6), (1984);

Barbacci, M., et al., Post-Abortal Endometritis and Isolation of Chlamydia Trachomatis, Obstetrics and Gynecology 68(5):668-690, (1986);

Duthrie, S., et al., Morbidity After Termination of Pregnancy in First-Trimester, Genitourinary Medicine 63(3):182-187, (1987).

Endometritis:

Burkman, et al., Morbidity Risk Among Young Adolescents Undergoing Elective Abortion, Contraception, 30:99-105 (1984);

Post-Abortal Endometritis and Isolation of Chlamydia Trachomatis, Obstetrics and Gynecology 68(5):668-690, (1986).

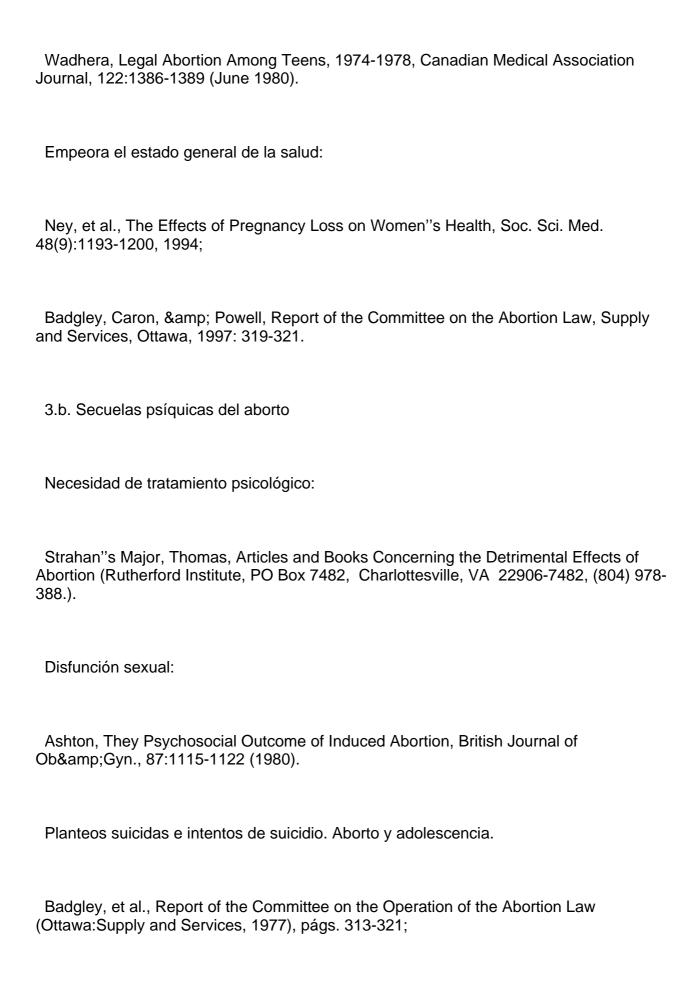
Complicaciones inmediatas:

Frank, et al., Induced Abortion Operations and Their Early Sequelae, Journal of the Royal College of General Practitioners (April 1985), 35(73):175-180;

Grimes and Cates, Abortion: Methods and Complications, Human Reproduction, 2nd ed., 796-813;

Freedman, M. A., Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians, Am. J. Public Health, 76(5):550-554 (1986).

Riesgos añadidos para las adolescentes:



Somers, R., Risk of Admission to Psychiatric Institutions Among Danish Women who Experienced Induced Abortion: An Analysis on National Record Linkage, Dissertation Abstracts International, Public Health 2621-B, Order No. 7926066 (1979);

David, H., et al., Postpartum and Postabortion Psychotic Reactions, Family Planning Perspectives 13:88-91 (1981).

, et al., Bereavement in Post-Abortive Women: A Clinical Report, World Journal of Psychosynthesis (Autumn-Winter 1981), vol.13, nº 3-4;

Barnard, Catherine, The Long-Term Psychological Effects of Abortion, Portsmouth, N.H.: Institute for Pregnancy Loss, 1990);

Herman, Trauma and Recovery, (New York: Basic Books, 1992) 34;

Francke, The Ambivalence of Abortion (New York: Random House, 1978) 84-95;

Zakus, Adolescent Abortion Option, Social Work in Health Care, 12(4):87 (1987);

Makhorn, Sexual Assault & Pregnancy, New Perspectives on Human Abortion, Mall & Pregnancy, Watts, eds., (Washington, D.C.: University Publications of America, 1981);

Adler, Sample Attrition in Studies of Psycho-social Sequelae of Abortion: How great a problem. Journal of Social Issues, 1979, 35, 100-110;

Speckhard, Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern, Journal of Social Issues, 48(3):95-119;

Speckhard, Psycho-social Stress Following Abortion, Sheed & Damp; Ward, Kansas City: MO, 1987; and Belsey, et al., Predictive Factors in Emotional Response to Abortion: King's Termination Study - IV, Soc. Sci. & Damp; Med., 11:71-82 (1977);

Speckhard, Psycho-social Stress Following Abortion, Sheed & Damp; Ward, Kansas City: MO, 1987;

Gissler, Hemminki & Donnqvist, Suicides after pregnancy in , 1987-94: register linkage study, British Journal of Medicine 313:1431-4 (1996);

Haignere, C., et al., HIV/AIDS Prevention and Multiple Risk Behaviors of Gay Male and Runaway Adolescents, Sixth International Conference on AIDS: San Francisco, June 1990;

Campbell, N., et al., Abortion in Adolescence, Adolescence, 23(92):813-823 (1988);

Vaughan, H., Canonical Variates of Post-Abortion Syndrome, Portsmouth, NH: Institute for Pregnancy Loss, 1991;

Garfinkel, B., Stress, Depression and Suicide: A Study of Adolescents in Minnesota, Responding to High Risk Youth, Minnesota Extension Service, University of Minnesota (1986);

Harlap, Characteristics of Pregnant Women Reporting Previous Induced Abortions, Bulletin World Health Organization, 52:149 (1975);

Meirik, N., Outcome of First Delivery After 2nd Trimester Two Stage Induced Abortion: A Controlled Cohort Study, Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavia 63(1):45-50 (1984);

Levin, et al., Association of Induced Abortion with Subsequent Pregnancy Loss, JAMA, 243:2495-2499, June 27, 1980.

Aumento del hábito de fumar, con los correspondientes daños a la salud:

Obel, Pregnancy Complications Following Legally Induced Abortion: An Analysis of the Population with Special Reference to Prematurity, Danish Medical Bulletin, 26:192-199 (1979);

Martin, An Overview: Maternal Nicotine and Caffeine Consumption and Offspring Outcome, Neurobehavioral Toxicology and Tertology, 4(4):421-427, (1982).

Abuso del alcohol:

Klassen, Sexual Experience and Drinking Among Women in a National Survey, Archives of Sexual Behavior, 15(5):363-390;

Plant, M., Women, Drinking and Pregnancy, Tavistock Pub, London (1985);

Kuzma & Damp; Kissinger, Patterns of Alcohol and Cigarette Use in Pregnancy, Neurobehavioral Toxicology and Terotology, 3:211-221 (1981);

Morrissey, et al., Stressful Life Events and Alcohol Problems Among Women Seen at a Detoxification Center, Journal of Studies on Alcohol, 39(9):1159 (1978).

Abuso de las drogas:

Oro, et al., Perinatal Cocaine and Methamphetamine Exposure Maternal and Neo-Natal Correlates, J. Pediatrics, 111:571-578 (1978);

Frank, D. A., et al., Cocaine Use During Pregnancy Prevalence and Correlates, Pediatrics, 82(6):888 (1988);

Amaro, H., et al., Drug Use Among Adolescent Mothers: Profile of Risk, Pediatrics 84:144-150, (1989).

Desórdenes alimenticios:

Speckhard, Psycho-social Stress Following Abortion, Sheed & Damp; Ward, Kansas City: MO, 1987;

Spaulding, J., et al., Psychoses Following Therapeutic Abortion, Am. J. of Psychiatry 125(3):364 (1978); McAll, R. K., et al., Ritual Mourning in Anorexia Nervosa, The Lancet, August 16, 1980, pág. 368.

Descuido de los hijos o conducta abusiva contra ellos:

Benedict, et al., Maternal Perinatal Risk Factors and Child Abuse, Child Abuse and Neglect, 9:217-224 (1985);

Ney, P. G., Relationship between Abortion and Child Abuse, Canadian Journal of Psychiatry, 24:610-620, 1979;

Reardon, Aborted Women - Silent No More (Chicago: Loyola University Press, 1987), 129-30, describe el caso de una mujer que golpeó a su hijo de tres años hasta matarlo, poco después de haberle sido practicado un aborto que le desencadenó un "episodio psicótico" de aflicción, culpa e ira injustificada.

Abortos de repetición:

Shepard, et al., Contraceptive Practice and Repeat Induced Abortion: An Epidemiological Investigation, J. Biosocial Science, 11:289-302 (1979);

Bracken, M., First and Repeated Abortions: A Study of Decision-Making and Delay, J. Biosocial Science, 7:473-491 (1975);

Henshaw, S., The Characteristics and Prior Contraceptive Use of Abortion Patients, Family Planning Perspectives, 20(4):158-168 (1988);

Sherman, D., et al., The Abortion Experience in Private Practice, Women and Loss: Psychobiological Perspectives, ed. W.F. Finn, et al., (New York: Praeger Publ. 1985), págs. 98-107;

Belsey, E. M., et al., Predictive Factors in Emotional Response to Abortion: King's Termination Study - IV, Social Science and Medicine, 11:71-82 (1977);

Freeman, E., et al., Emotional Distress Patterns Among Women Having First or Repeat Abortions, Obstetrics and Gynecology, 55(5):630-636 (1980);

Berger, C., et al., Repeat Abortion: Is it a Problem?, Family Planning Perspectives 16(2):70-75 (1984);

Joyce, The Social and Economic Correlates of Pregnancy Resolution Among Adolescents in New York by Race and Ethnicity: A Multivariate Analysis, Am. J. of Public Health, 78(6):626-631 (1988);

Tietze, C., Repeat Abortions - Why More?, Family Planning Perspectives 10(5):286-288, (1978);

Leach, The Repeat Abortion Patient, Family Planning Perspectives, 9(1):37-39 (1977);

Fischer, S., Reflection on Repeated Abortions: The meanings and motivations, Journal of Social Work Practice 2(2):70-87 (1986);

Howe, B., et al., Repeat Abortion, Blaming the Victims, Am. J. of Public Health, 69(12):1242-1246, (1979).

Nuevamente subrayo que la totalidad de la bibliografía citada, ha sido elaborada en los países donde el aborto está despenalizado, y por ende se trataría de abortos "seguros", los que -como queda probado-, son inexistentes.

Por otra parte, hay un elemento importante para destacar. El abortero no es un médico, sino un homicida de profesión -aunque licenciado en medicina-; y esto es algo completamente distinto. La indiferencia con la que matan a las personas por nacer, más tarde o más temprano, los lleva a la acedia respecto de sus "clientas". Y esta situación, agrava el riesgo de los abortos mal llamados "seguros". Bien lo ha testimoniado uno de ellos, luego de cambiar el rumbo de su vida: "Robert Lifton, un psiquiatra, examinó el comportamiento de los doctores nazis que controlaban el exterminio en masa en los campos y entonces volvían a estar normalmente con sus familias al acabar las horas de trabajo. Denominó "desdoblamiento" a ese fenómeno: la división de uno mismo en dos todos funcionales. Los médicos que heredé cuando me hice cargo de la dirección de la clínica -de abortos- podrían no haber tenido necesidad de una autoprotección psicológica tan sutil. Eran una cuadrilla de delincuentes profesionales descargados de todo bagaje ético o moral"(12).

4

El mito de que el aborto legal sería más seguro que el parto

Los cultores de la muerte consideran -implícitamente- que el embarazo es una enfermedad. Por eso, toda la farmacopea contraceptiva, se realiza en el ámbito sanitario. El falso silogismo sería el siguiente: el médico debe prevenir o curar enfermedades, el médico ginecólogo previene embarazos, luego el embarazo es una enfermedad... Se realizan campañas muy bien diseñadas, para atemorizar a las mujeres comunes frente a un posible embarazo. Paradójicamente, cuanto más avanza la medicina, parecería que hay más riesgos que antaño, en la espera de un nuevo hijo... En ese esquema propagandístico, la última falacia propalada, es que un aborto legal sería más seguro que un parto. Nada más falso.

El estudio más completo al respecto, es el realizado en Finlandia, donde se estudiaron los registros de nacimientos y abortos, de todas las mujeres finlandesas entre los 15 y 49 años. El seguimiento abarcó el período comprendido entre los años 1987 y 2000. El resultado final muestra las siguientes tasas de muertes maternas, cada 100.000 mujeres:

Embarazo terminado en parto: 28,2

Embarazo concluido por aborto espontáneo: 51,9 Mujeres no embarazadas: 57,0 Embarazo finalizado por aborto provocado: 83,1 En consecuencia, las mujeres que se han provocado un aborto tienen 2,95 más veces de probabilidades de morir, que aquellas que dan a luz a sus hijos(13). Otro estudio del mismo equipo -tomando la misma fuente de información-, concluyó que el 94% de las muertes maternas relacionadas con el aborto en Finlandia, no son identificables a partir de los datos de la partida de defunción(14). Este hecho concreto, hace posible manipular las estadísticas, al tomar sin examen crítico alguno, los datos provenientes del Registro Civil. En los EE.UU., una investigación que abarcó los certificados de defunción, correspondientes a los pagos de partos y abortos, de unas 173.000 mujeres de bajos recursos en el Estado de California, concluyó que aquellas que abortaron tenían el doble de posibilidades de morir, respecto de las mujeres que habían dado a luz. Asimismo, las que abortaron tenían un 154% más de probabilidades, de acabar con su propia vida mediante el suicidio(15). Con respecto al suicidio, otro estudio realizado en Finlandia, concluyó que la tasa de suicidios cada 100.000 mujeres, fue casi seis veces mayor en las mujeres que se provocaron un aborto, con relación a las que dejaron nacer a sus hijos. En efecto: Embarazo terminado en parto: 5,9 Tasa general anual para toda mujer: 11,3 Embarazo concluido por aborto espontáneo: 18,1

Embarazo finalizado por aborto provocado: 34,7 (16)

La conclusión científica unánime es que resulta mucho más riesgoso para toda mujer practicarse un aborto, que dar a luz a su hijo.

5

El mito del mal llamado aborto "terapéutico"

Transcribo la parte resolutiva de la Declaración de la Asociación Médica Nicaragüense, del 29 de junio de 2000, a saber: "Que no existe una situación en la práctica médica actual, donde la vida humana, desde el momento de la concepción deba ser intencionalmente destruida por medio del aborto con el propósito de salvar la vida de la madre. Un médico debe hacer todo lo posible para salvar la vida de ambos pacientes, madre e hijo. Jamás debe intentar la muerte de alguno de ellos. Por tanto: No existe indicación alguna para determinar que un aborto sea terapéutico. Terapéutico significa que cura o intenta curar, en tanto el aborto no cura ninguna patología, y siempre produce la muerte de uno de los integrantes del binomio madre-hijo, como es el niño concebido en el vientre materno".

Por otra parte, es necesario enfatizar que el embarazo es un hecho natural, que sigue -a veces-, a las relaciones sexuales. Es cierto que hay circunstancias, que hacen riesgoso un embarazo para la salud de la gestante; pero no hay relación de causalidad entre la enfermedad -otro hecho natural-, y la tutela de la vida de la persona por nacer, pues aun matando al hijo, la mujer continuará con su enfermedad... Repárese que, si se tomara este modo de razonar como legítimo, sería una medida terapéutica el dar muerte a todos los enfermos de sida, pues todos ellos suponen un riesgo letal para el resto de la población...

En este orden de ideas, no me resisto a relatar el siguiente caso extremo. Se trata de Leslie Mardones, una chilena que padece el síndrome de Morquia, por el cual sólo tiene 89 cms. de estatura. Los médicos que la atendían le dijeron que las posibilidades de sobrevivir al parto de madre e hija, eran escasas, y que lo más probable es que, llegado el momento, deberían escoger a cual de ellas salvar. Ante este panorama, y dos meses antes del parto, Leslie viajó desde Valdivia, su ciudad de residencia, a Santiago de Chile, desoyendo los consejos médicos. El 14 de julio de 2005, en el Hospital de la Universidad de Chile, Leslie dio a luz a su hija Catalina Alejandra, quien no padece su enfermedad, y pesó poco más de un kilo, por lo que debió permanecer más de un mes en la incubadora. En declaraciones al diario "Las Últimas Noticias", al ser dada de alta cinco días después

del parto, Leslie dijo que el nacimiento de Catalina fue "muy lindo. Sentí las contracciones y supe que había llegado el momento. Estaba nerviosa, pero verla fue lo más lindo de mi vida". Por otro lado, sobre las críticas que recibió por arriesgar su vida, para tener a su nena, Leslie respondió: "Yo siempre dije que iba a dar mi vida por mi guagua. Si los doctores debían elegir, yo prefería que ella viviera porque es lo principal para mí". Por último, dijo sentirse aliviada, cuando los doctores le anunciaron que su hija no padecía el Síndrome de Morquio: "No me imaginé que la Cata iba a salir bien. Fue un milagro de Dios. Yo pensé que iba a sufrir lo mismo que yo, la misma discriminación, soportando las burlas".

6

El mito de que la legalización del aborto reduciría la mortalidad materna

De todos los argumentos falsos, éste es el que se reitera con más insistencia, posiblemente por el impacto que causa en el imaginario colectivo. Por tal motivo, sintetizaré varios trabajos de primera línea, y de fuentes ideológicamente abortistas, que desmienten categóricamente tal mitificación.

6.a. La atención especializada del parto es esencial, para disminuir la mortalidad materna

Científicamente, hoy resulta indiscutible, que la acción principal para la disminución de las muertes maternas, es lograr que el 100% de las embarazadas sea atendida por personal especializado; tanto antes, como durante y después del parto. Dicha atención incluye la provisión de medicamentos, infraestructura, transporte y posibilidad de derivaciones a centros de mayor complejidad. Esto lo afirma hasta el Fondo de Naciones Unidas para Actividades en Población (FNUAP), que es uno de los principales promotores del aborto a escala planetaria(17).

Asimismo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)(18), otra institución promotora del aborto en todo el mundo, el descenso más pronunciado en las tasas de mortalidad materna en el mundo desarrollado, tuvo lugar entre 1941 y 1951 - mucho antes de que fuera legalizado el aborto-, y coincidió con el desarrollo de técnicas obstétricas, y con mejoras en el estado general de salud de la mujer. La evidencia muestra, que también en los países en vías de desarrollo, que han logrado una reducción en las tasas de mortalidad materna, el factor crucial ha sido la aplicación de estas políticas, y no la legalización del aborto(19).

Las estadísticas de todo el mundo muestran de forma inequívoca, la correlación entre el tipo de atención calificada del parto y las tasas de muertes maternas. El siguiente cuadro permite visualizarlo perfectamente: Muertes maternas Región Porcentaje de partos x 200.000 nac. vivos sin atención calificada América del Norte Europa y los Balcanes 9 1% 45 3% Latinoamérica y el Caribe 146 Medio Oriente y N. de África 175 9% Asia Oriental y 10% Pacífico 189 Sur de Asia 430 21% África Subsahariana 48% (20)

6.b. No hay correlación estadística entre las leyes sobre el aborto y la mortalidad materna

Al analizar comparativamente las legislaciones de los países respecto del aborto, y correlacionarlas con las tasas de mortalidad materna, la conclusión es que no existen ni una correlación estadística ni bases científicas, para afirmar que a mayor liberalización de la legislación con respecto al aborto, disminuya la mortalidad materna. Hay países donde el aborto es ilegal o muy restringido -donde se presumen altos índices de abortos clandestinos-, que tienen menores tasas de mortalidad materna, que otros donde esta práctica es legal y se lleva en condiciones "seguras". Por ejemplo, de las 529.000 muertes maternas calculadas el año 2000, un 25%, es decir 136.000 sucedieron en la India, país que permite el aborto sin restricciones(21).

Tampoco en los países desarrollados, se puede encontrar una correlación entre la legislación sobre el aborto, y los índices de mortalidad materna. Rusia, con aborto irrestricto, tiene una tasa de mortalidad materna de 67 por 100.000 nacidos vivos. Por el contrario, Irlanda -donde el aborto es ilegal-, tiene una tasa de 5 por 100.000 nacidos vivos, que es de las más bajas del mundo. Dicha tasa es muy inferior a la de Gran Bretaña -13 por 100.000 nacidos vivos-, y a la de EE.UU. -17 por 100.000 nacidos vivos-, países sin restricciones al aborto y con altos estándares sanitarios(22).

En América Latina, Chile -país que prohíbe todo tipo de aborto-, tiene una tasa de 31 muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos; sólo poco por debajo del Uruguay, con 27 muertes por 100.000 nacidos vivos. Por otra parte, los únicos países con aborto irrestricto son Cuba -33 muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos- y Guyana -170 por 100.000 nacidos vivos-. Además, las mayores tasas de mortalidad materna las tienen Haití -680-, Bolivia -420-, y Perú -410-. Ahora bien, dichos países son también aquellos que ostentan los porcentajes más altos de atención no calificada de partos, a saber: Haití el 76%, Bolivia el 65% y Perú el 59% de los partos son atendidos por personal sin la debida cualificación(23).

6.c. La penalización del aborto disminuye tanto

el número, como la tasa de mortalidad materna

En este trabajo analicé el caso de Polonia, único país que pasó de una legislación ampliamente permisiva del aborto, a su prohibición casi absoluta -excepto para el caso de riesgo para la vida de la madre-, a partir del año 1993. Así Polonia pasó de un promedio de 135.000 abortos anuales -en la primera mitad de la década de los 80-, a poco más de 100 abortos por año, que es la cifra actual. Ahora bien, no sólo han disminuido los abortos, sino también el número y la tasa de muertes maternas, relacionadas con los homicidios prenatales. En efecto, en 1990 -con aborto a petición-, murieron 70 mujeres como consecuencia de los mismos; y en 1996, con aborto restringido, sólo perdieron la vida 21 gestantes por causa de aborto(24). Paralela es la disminución de la tasa de mortalidad materna, la cual experimentó un descenso del 73,3%, pasando de 15 por 100.000 nacidos vivos en 1990; a 4 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, en el año 2000(25).

7

Conclusiones

En síntesis, las estadísticas muestran empírica y consistentemente, los siguientes elementos:

1° Hay una relación directa entre la despenalización y el aumento del número de abortos. A la vez, también se da la relación inversa; es decir que, frente a la penalización del aborto antes permitido, disminuye tanto el número como la tasa de abortos.

2° No existe ningún aborto "seguro". En el aborto "legal", lo único seguro es que muere el hijo. Los riesgos para la salud física son grandes, y para la salud psíquica y espiritual de la gestante, son ineludibles.

3° El aborto "legal" es tres veces más riesgoso que el parto.

4° No existe ninguna indicación para el aborto "terapéutico".

5° No hay correlación estadística entre la situación legal del aborto, y la tasa de muertes maternas.

6° Penalizar el aborto disminuye la cantidad y la tasa de muertes maternas.

7° La atención especializada del parto es esencial para disminuir la mortalidad materna.

De todos modos, lo decisivo es que nadie tiene derecho, en ningún lugar y por ningún motivo, ni bajo ninguna circunstancia, a matar a ningún ser humano inocente. Lo contrario nos retrotrae a la barbarie de los pueblos paganos, o de las ideologías del siglo XX - marxismo, nazismo y relativismo pseudodemocrático-.

voces: bioética - delitos contra las personas - persona - constitución nacional

* - Nota de Redacción: Sobre el tema ver además los siguientes trabajos publicados en El Derecho: El derecho a la vida: Las ideas de Ronald Dworkin sobre el aborto y la eutanasia, por Ezequiel Coquet, ED, 176-957; Aborto, secreto y argumentación jurídica judicial, por Eduardo R. Sodero, ED, 179-192; Sobre el aborto, por Abelardo F. Rossi, ED, 179-995; Una pena (reflexiones acerca del delito de aborto), por Javier Anzoátegui, ED, 185-1108; Superación de "Natividad Frías": Luces y sombras de un discutido fallo (Aborto, secreto, proceso: causa "Insaurralde", CS de Santa Fe), por Héctor H. Hernández, ED, 186-1321; El estatuto jurídico del embrión. La solución argentina, por Rodolfo C. Barra, ED, 187-1516; Aborto y orden jurídico, por Jorge Scala, ED, 189-642; Abortismo pretoriano (Observaciones. Primera, Segunda, Tercera y Cuarta parte), por Héctor H. Hernández, ED, 189-815, ED, 189-866, ED, 190-589, ED, 190-625; Decisiones de la Corte Suprema de los Estados Unidos sobre derechos reproductivos. Cronología desde 1965 hasta 1997, por Liliana A. Matozzo de Romualdi, ED, 190-847; Juicio Político al Aborto, por Francisco Arias Pellerano, ED, 194-831; El feto, el aborto y el homicidio en la legislación penal argentina, por Vicente E. Andereggen, ED, 194-839; La comercialización de medicamentos de efectos abortivos y la obligación del Estado de preservar la vida del por nacer, por Rodolfo C. Barra, ED, 197-591; Mortalidad materna por abortos, por Carlos A. Ray, ED, 200-971; Aborto, Preservativos y Sida, Consorcio de Médicos Católicos de Buenos Aires, ED, 211-943; El eclipse del valor de la vida: la legalización del aborto.

Análisis sintético del estado actual del debate, por Jorge Nicolás Lafferriere, ED, 215-685.

- 1 La sumisión genuflexa de las mayorías parlamentarias del Congreso Nacional es un elemento de conocimiento público y notorio, como lo prueban -entre tantos otros hechos-, los vaivenes del diputado Bielsa, la "borocotización" de muchos legisladores, la defenestración de la diputada Alarcón, por criticar las medidas contra la producción de carne vacuna, etc. Idéntica sumisión cabe endilgar a la gran mayoría de los gobernadores de provincia, oficialistas y opositores, actuando como corifeos en un puente internacional y en una plaza histórica, casi llena con menesterosos llevados a cambio de unos pocos pesos. Lo mismo cabe decir de la cúpula del Poder Judicial, donde una "mayoría automática" opositora, fue reemplazada por una "Corte sumisa" oficialista, y donde todos los jueces federales pueden ser removidos y casi nombrados a piacere del Presidente de la Nación.
- 2 El caso de Francia ha sido cuidadosamente estudiado. Allí, en la década de los años 60, se hablaba de 1.500.000 abortos. El Ministro de Salud y Población, Raymond Marcelline, firmó el 5-11-65, el "Informe sobre la regulación de nacimientos en Francia", del Instituto Nacional de Estadísticas, publicado en la Revista "Population" (Julio-Agosto de 1966, n° 4, págs. 645 y sigs.), donde se afirmó que "El número de abortos provocados no parece apenas pasar los 250.000". El experto Thierry Lefebvre demostró la inconsistencia aun de la cifra oficial, en su trabajo: El aborto antes de la ley Veil; y achaca a dicho organismo oficial, su complicidad en la despenalización del aborto.
- 3 Nathanson, Bernard, La mano de Dios, Madrid, Palabra, 1997, págs. 112/3.
- 4 Kissling, F., El rol de las religiones en la elaboración de las políticas públicas, versión manuscrita de la Conferencia dictada en la Torre de los Profesionales, el 25 de junio de 2003.
- 5 Estadísticas oficiales del gobierno de los Estados Unidos de América.
- 6 Abortion Stadistics: England and Wales, 2004.
- 7 A finales de 1996 el parlamento polaco aprobó una ley despenalizando completamente el aborto. A los pocos meses, dicha legislación fue anulada por la Corte Constitucional. Este hecho explica el incremento de abortos con relación a

8 - Información extraída del "World Population Monitoring", ONU, 2004.
9 - Resulta extremadamente cruel hablar de aborto "seguro", cuando el hijo va a perder la vida, precisamente por ese procedimiento criminal. Esta terminología no es inocente, y expresa con claridad el grado de manipulación del lenguaje, que utiliza el lobby abortista en todo el mundo.
10 - Elam-Evans, L. et al., Abortion Surveillance United States 2000, Centers for Disease Control, 2003.
11 - Maternal mortality in 2000: Estimates developed, OMS, UNICEF y FNUAP, 2004.
12 - Nathanson, Bernard, La mano, cit., pág. 133.
13 - Gissler, et al., Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1987-2000", American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2004:422-427.
14 - Gissler et al., Methods for identifying pregnancy-associated deaths: population based date form Finland 1987-2000, Pediatr. Perinat. Epidemiol., Noviembre 2004; 18(6): 448-455.
15 - Reardon DC, Ney PG, Scheuren FJ, Cougle JR, Coleman PK, Strahan T, Deaths associated with pregnancy outcome: a record linkage study of low income woomen, South Medical Journal, agosto 2002, 95(8):834-841.

16 - Gissler, Hemminki y Lonnqvist, Suicides alter pregnancy in Finland, 1987-94:

17 - Mortalidad materna - Actualización 2004. El parto en buenas manos, FNUAP,

register linkage study, British Journal of Medicine 313:1431-4, 1996.

los años anteriores y posteriores.

18 - Maternal Mortality: a Global Factbook, OMS, 1991.
19 - The World health report 2005: make every mother and child count, OMS, 2005.
20 - Making Motherhood Safer, Population Reference Boureau, 2002.
21 - Maternal mortality in 2000: Estimates developed, OMS, UNICEF y FNUAP, 2004
22 - Ibídem.
23 - Ibídem.
24 - López López, Pablo, El abortismo en Polonia ya ha sido abolido, pro manuscripto, 2003.
25 - World Population Monitoring 2002, Naciones Unidas (ONU), 2004.