

# ABORTO Y SALUD DE LA MUJER: EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

Renzo Puccetti

*Pontificio Ateneo Regina Apostolorum*



## Introducción

Si el abortismo libertario, para utilizar una categorización acuñada hace muchos años por Luigi Lombardi Vallauri, constituye el centro de la falange abortista, se debe tomar conciencia que las alas de este despliegue están formadas por el abortismo humanitario; por un lado está la situación singular, es decir, el caso particular de la mujer violada, de la muchacha jovencísima, de la familia en condiciones de extrema pobreza con muchos hijos que mantener. En la lógica de la avanzada abortista esta parte juega un rol muy persuasivo actuando sobre el lado emocional. Por otro lado, está el abortismo humanitario social. Este último formula el siguiente esquema argumentativo:

- 1) El aborto es practicado por las mujeres al margen del contexto legal, es decir, la ilegalidad no frena a las mujeres para abortar.
- 2) El aborto practicado ilegalmente es, por definición, inseguro; pone en riesgo la salud de las mujeres<sup>1</sup>.
- 3) Por lo tanto, la legalización del aborto no hace otra cosa que prevenir un mal sin generar otro, la legalización sería pues, no tanto un «mal menor» sino, directamente un «bien posible»<sup>2</sup>.

Una posición así, se presta con bastante claridad a aliviar la posible inquietud interior sustentando las leyes abortistas con la mejor medicina: la convicción de hacer el bien.

El objetivo de esta reflexión no será criticar tal aproximación proporcionalista en sus instancias teóricas fundamentales; las doctrinas teleológicas han sufrido en el curso de los años críticas tan formidables que es verdaderamente sorprendente cómo un filósofo que quiera permanecer como amigo de la sabiduría pueda hacerlas propias. No, aquello que haré será aceptar el reto que la argumentación expuesta lanza al mundo pro-vida y que ha delegado en las instituciones políticas nacionales y supranacionales a través de la estructuración del concepto de «salud reproductiva».

En sustancia se trata de verificar concretamente los presupuestos de la teoría examinándolos de forma individual.

## 1. ¿El aborto es practicado por las mujeres prescindiendo del contexto legal?

Esta afirmación es aseverada enérgicamente por los centros de estudios capaces de incidir en las políticas reproductivas. En una publicación del *Guttmacher Institute*, compartida por la Organización Mundial de la Salud, se lee: «Leyes altamente restrictivas del aborto no se asocian a tasas más bajas de aborto. Por ejemplo, la tasa de abortos es de 29 por cada 1000 mujeres en edad reproductiva en África y 32 en América Latina, regiones donde el aborto es ilegal en muchas circunstancias en la mayoría de los países. La tasa es de 1 por 1000 en Europa Occidental, donde, en general, el aborto está permitido sobre la base de amplias motivaciones»<sup>3</sup>. Hay que subrayar

[1] Las características del aborto inseguro son las siguientes: ausencia de personal calificado profesionalmente para efectuarlo y ambiente no idóneo para el procedimiento. La ilegalidad, restringiendo la disponibilidad de ambos factores, constituye un determinante del aborto no seguro.

[2] «Una mujer que aborta podría estar tomando una decisión pro-vida, ya que la vida es una rica mezcla de males y bienes; podría estar haciendo el mal menor y el mayor bien posible en esas circunstancias». Daniel C. Maguire (antiguo miembro del directorio de Catholics' for a Free Choice). «Diversity on AIDS: Legitimate and Welcome». *Conscience*, January/February 1988; 3-4.

[3] Guttmacher Institute. Facts on induced abortion worldwide. [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/induced\\_abortion\\_2012.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/induced_abortion_2012.pdf) [consultado el 13-06-2013].

de manera preliminar que utilizar la tasa de abortos para sostener la indiferencia del contexto legal es metodológicamente incorrecto. La tasa de abortos está directamente relacionada con la tasa de fecundidad, que a su vez está influida por numerosos factores económicos, entre ellos la educación y los ingresos. Comparar África con Sudamérica y Europa, como se hace en esta publicación, pero también en estudios en revistas de alto perfil científico; es como comparar peras con manzanas. Como hemos demostrado en el contexto del Perú adoptando los mismos datos proporcionados por los autores, tanto el empleo de la relación de abortos (número de abortos por cada 1000 nacidos vivos) así como de la tasa de abortos como indicadores de abortividad: muestran que la prohibición se asocia a niveles inferiores de abortividad<sup>4</sup>. La tesis de la insensibilidad de la abortividad respecto de la ley afirma que no hay diferencia entre el número de abortos antes y después de la legalización. Para indicar una diferencia se deben conocer los dos términos de la operación, en este caso la abortividad antes y después de la legislación<sup>5</sup>. El aborto es fácilmente detectado cuando es legal y hay disponible un sistema eficiente y preciso de encuesta epidemiológica. ¿Pero cómo determinar el número de abortos cuando el aborto es ilegal? Para resolver tal problema se han propuesto varios sistemas (tabla 1)<sup>6</sup>.

**Tabla 1**

1	Sondeo a los proveedores de aborto
2	Estadística de complicaciones
3	Estadística de la mortalidad
4	Autodeclaración de la historia abortiva previa
5	Autodeclaración de la historia abortiva futura
6	Método residual
7	Informes de «terceros»
8	Estimaciones de expertos

[4] Puccetti R. Incidence of induced abortions in Peru. *Canadian Medical Association Journal*. 2009; 180(11): 1133.

[5] La tasa de abortos es el número de abortos entre el número de mujeres en edad reproductiva. En la mayoría de los casos se informa como el número de abortos por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años (para los Estados Unidos entre 15 y 44 años).

[6] Rossier C. Estimating abortion rates: a review. *Studies in Family Planning*. 2003; 34(2): 87-102.

[7] Figà Talamanca I. Estimating the incidence of induced abortion in Italy. *Genus*, 1976; 32(1-2):91-107; B. Colombo. *Medicina & Morale*, 1976.

[8] Grandolfo ME, Spinelli A. Interruzione volontaria di gravidanza in Italia: epidemiologia. GC Di Renzo. *Ginecologia e Ostetricia*. Roma, Verducci editore 2006 vol. 1. 1011-1016.

[9] INED. Rapport. de l'Institut national d'études démographiques à Monsieur le Ministre des Affaires sociales. Sur la Régulation des Naissances en France. 1966; 4: 645-90; Thierry Lefevre. L'avortement avant la loi Veil. <http://www.trdd.org/INEDCPF.HTM>.

[10] Francome C. Estimating the number of illegal abortions. *J Biosoc Sci*. 1977 Oct;9(4):467-79; Goodhart CB. Estimation of illegal abortions. *J Biosoc Sci*. 1969 Jul;1(3):235-45.

Cada uno de estos métodos tiene su propia metodología, un ámbito de aplicación preferencial y problemas específicos. Lejos de querer examinarlos individualmente, lo que aquí es relevante; es una característica común de estos métodos: el elevado margen de incertidumbre y la fuerte dependencia de decisiones discrecionales por parte del investigador. A modo de ejemplo, se puede considerar el método de las complicaciones. Se trata de un procedimiento de observación que de un determinado número de complicaciones por aborto inducido pretende encontrar el número de abortos clandestinos. Para hacerlo se necesitan una serie de pasos, cada uno de los cuales proporciona un nivel extremo de incertidumbre que en el modelo matemático se concreta en un coeficiente cuya veracidad no se ha probado ni es demostrable. Estos coeficientes puestos en serie multiplican en modo exponencial la aleatoriedad del resultado final. En concreto, en el primer nivel de incertidumbre está la atribución de las complicaciones: ¿se deben a un aborto inducido o de un aborto espontáneo o de alguna otra condición? El segundo nivel de incertidumbre es el siguiente: ¿cuál es el porcentaje de mujeres en hospital que pueden ser abordadas? Tercer nivel de incertidumbre: ¿qué porcentaje de abortos clandestinos provocan una complicación de características tales que requiere hospitalización? Inevitablemente estos coeficientes de multiplicación en serie están en el origen de variaciones enormes en la estimación del aborto clandestino. Para el caso de Italia, un conjunto de publicaciones hechas en los años 70, presentaban estimaciones de aborto clandestino que oscilaban de 100 000 a más de 3.500 000<sup>7</sup>. Recientemente, otros autores propusieron la cifra de 350 000 abortos clandestinos antes de la puesta en marcha de la ley 194/1978<sup>8</sup>. Si hacemos una comparación con naciones demográficamente similares a Italia en número de abortos antes de la legalización; encontramos un estimado de 55 000 - 255 000 para Francia<sup>9</sup> y 15 000 - 100 000 para Inglaterra<sup>10</sup>, cifras llama-

tivas de la inverosimilitud de los rangos alto y medio en la estimación de abortos clandestinos en Italia. La literatura, sin embargo, proporciona datos más sólidos: se trata de un análisis temporal de la natalidad antes y después de las leyes abortistas. En los diversos contextos en que se ha examinado, los autores han concluido que la legalización del aborto ha llevado a una reducción de la natalidad como consecuencia de un aumento en la abortividad (tabla 2).

**Tabla 2**

Autores	Año	Ámbito de Investigación	Resultados principales
Potts M, et al.	1977	Estado de Nueva York	11,6% de reducción de nacimientos.
Potts M. et al.	1977	EEUU. Variación entre nacidos antes y después de la legalización en estados con leyes liberales versus estados con leyes restrictivas.	-7,8% vs -4,9% (hijos legítimos) -12,4% vs -1,9% (hijos ilegítimos)
Quick JD.	1978	Oregon: Análisis de los registros demográficos 1965-1975	La reducción de la natalidad en el primer año es del 10%, debido a la legalización.
Pop-Eleches C.	2005	Rumania: comparación de natalidad con Bulgaria, Hungría y Rusia	+91,6% en la tasa de natalidad después de la prohibición del aborto en Rumania. +25% en la tasa de fecundidad en Rumania respecto a los 3 países de la comparación solo durante los 20 años de prohibición.
Cazzola A.	1995	Análisis de la natalidad en Italia antes y después de la legalización del aborto.	-20.000 nacimientos directamente atribuibles a la legalización del aborto

Que la legalización del aborto implique un aumento del recurso al aborto también es consistente con una cantidad de estudios que, bajo diversos aspectos, indican una correlación directa entre amplio acceso al aborto (la disponibilidad de estructuras para abortar: cercanas y la cobertura del seguro, por ejemplo) y mayor abortividad<sup>11</sup>. Michael J. New ha conducido un extenso análisis de los efectos determinantes de las políticas implementadas a nivel estatal por gobernadores y asambleas republicanas, para restringir el acceso al aborto a través de la obligación de informar a los padres por parte de los menores, la obligación del consentimiento informado y las restricciones de subsidios económicos para abortar. En general, estas iniciativas han dado lugar a una reducción de la tasa de abortividad de 2,6 - 2,7 puntos porcentuales, una cifra que en Estados Unidos corresponde a cerca de 170 000 abortos menos y que para Italia correspondería a 20 000 abortos evitados<sup>12</sup>. Sobre este aspecto es evidente que la legalización se asocia a la difusión de servicios abortivos y, frecuentemente, a una cobertura económica del aborto por parte del Estado que constituyen una objetiva ampliación al acceso del aborto mismo. La respuesta que se tiende a dar a estos hechos demostrados es una representación ideológica de la mujer que aborta como un sujeto perfectamente determinado en la elección de abortar, no influenciado por las presiones derivadas de la facilidad del procedimiento. Que este retrato no tenga en cuenta la complejidad de la realidad no es solo sugerido por las mujeres que, a posteriori, se arrepienten de haber abortado, sino que es atestiguado por el porcentaje significativo de mujeres que demuestran ambivalencia ante la decisión de abortar incluso en el mismo día del procedimiento<sup>13</sup>.

## 2. ¿El aborto legal es seguro?

Las fuentes abortistas tienen a bien subrayar el bajo riesgo del aborto legal realizado en un ambiente adecuado y con personal idóneo y el incremento de mortalidad con el aumento de la edad gestacional, la mayor peligrosidad del aborto clandestino e incluso del parto (Fig. 1)<sup>14</sup>. En la traducción del mismo gráfico expuesto por la Organización Mundial de la Salud y repro-

[11] Henshaw S.K., Finer L.B. (2003): The Accessibility of Abortion Services in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2001; 35 (1): 16-24; Gober P. The role of access in explaining state abortion rates. *Soc Sci Med*. 1997; 44(7): 1003-16.

[12] New MJ. Analyzing the Effect of Anti-Abortion U.S. State Legislation in the Post-Casey Era. *State Politics & Policy Quarterly* 2011; 11(1): 28-47.

[13] Husfeldt C., Hansen SK., Lyngberg A., Noddebo M., Petterson B. Ambivalence among women applying for abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1995; 74: 813-17.

[14] Bartlett LA., et al. Legal Induced Abortion-Related Deaths, Mortality Rates, and Relative Risks, by Selected Characteristics-United States, 1988-1997. *Obstetrics & Gynecology*. 2004; 103(4): 729-37; Raymond EG, Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstet Gynecol*. 2012 Feb;119(2 Pt 1):215-9; WHO. *Abortion: a tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion*, Second Edition, Geneva (1994).

ducido en la figura 2, se muestra como cuanto mayor es el acceso al aborto, tanto menor es la mortalidad de las mujeres atribuida al aborto mismo.

Esta descripción es, sin embargo, parcial. Precisamente, al tomar en cuenta solo la mortalidad específica por el aborto a corto plazo omite efectuar una evaluación global de los riesgos vinculados al aborto.

## 2.1 Mortalidad materna

La mortalidad de las mujeres que se someten al aborto voluntario puede ser, en efecto, evaluada a una distancia variable desde el fin del embarazo. Los indicadores de mortalidad con menor seguimiento desde el fin del embarazo constituyen la mortalidad materna, definida por la Organización Mundial de la Salud como «la tasa de mortalidad entre mujeres durante el embarazo o dentro de los 42 días desde el término del mismo, independientemente de la duración y localización del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o por su gestación, pero no por causas eventuales o accidentes». A este propósito, tanto los estudios longitudinales como los transversales desmienten la presunta correlación entre legalización del aborto y reducción de la mortalidad materna. Ya una revisión de la mortalidad materna a nivel mundial mostraba como el cambio de la ley del aborto no se asociaba a la esperable variación en la mortalidad materna. Así, por ejemplo, la restricción legal del aborto en El Salvador, Nicaragua y Polonia no se asociaba a un crecimiento de la mortalidad materna<sup>15</sup>. Más específicamente, el grupo de trabajo chileno del profesor Koch demostró cómo la restricción legal del aborto implementada en Chile en 1989 viene asociada a una reducción global del 58% de la mortalidad materna y del 98% de la mortalidad ligada al aborto (Fig. 3)<sup>16</sup>. El mismo grupo de trabajo produjo datos análogos para México, tomando en consideración los datos producidos después de la legalización del aborto en el Distrito Federal de México<sup>17</sup>.

## 2.2 Mortalidad con seguimiento a mediano y largo plazo

Hasta ahora hemos examinado los datos inherentes a la mortalidad materna que, por definición, están comprendidos dentro de los 42 días desde el final del embarazo. Pero queda por investigar una cuestión ulterior ¿qué sucede con las mujeres que abortan en el transcurso de los años? ¿Qué pasa con su salud, cuyo indicador más importante es, obviamente, la supervivencia? Hoy podemos responder a estas preguntas.

En 2004, fueron publicados los resultados del estudio STAKES<sup>18</sup>. Se trata del análisis conducido sobre todas las mujeres (no una muestra) que, en el periodo comprendido entre 1987 y 2000 en Finlandia, han muerto después de un año de un embarazo interrumpido, espontáneamente o por un aborto voluntario.

Los datos, resumidos en la figura 4, indican cómo las mujeres que abortan tienen una mortalidad global más alta que cualquier otra categoría examinada, en particular, de las mujeres que llevan a conclusión su embarazo, que alcanza significación estadística tanto respecto de la muerte por causas naturales como por causas violentas. Estos datos no indican una relación de causa-efecto entre aborto y mortalidad, pero son bastante sugerentes del hecho de que a un año de distancia del evento, abortar no garantiza ninguna protección para la vida de la mujer. Refleja, entre otras cosas, la mayor incidencia de muerte por causas violentas detectada por los autores con los estudios de matriz psiquiátrica que evidencian el mayor riesgo de uso de sustancias estupefacientes, de alcohol y de tasas de suicidio en las mujeres que abortan.

Un estudio posterior se llevó a cabo comparando los registros médicos daneses entre las mujeres vivas a partir de 1980 y nacidas entre 1962 y 1991<sup>19</sup>. Se identificaron 463 473 mujeres que en el periodo de 1980 a 2004 han tenido su primer embarazo; de estas, 2 238 han muerto en un arco temporal comprendido dentro de los 10 años del embarazo. A partir de 6 meses después del aborto y hasta 10 años de distancia de él, la mortalidad de estas mujeres se ha mantenido siempre estadísticamente más alta respecto de la mortalidad de las mujeres que no han abortado (Fig. 5).

[15] Hogan MC., Foreman KJ., Naghavi M., et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010; 375: 1609–1623.

[16] Koch E. Impact of Reproductive Laws on Maternal Mortality: The Chilean Natural Experiment. *The Linacre Quarterly*. 2013; 80(2): 151–160.

[17] Koch E., Aracena P., Gatica S., Bravo M., Huerta-Zepeda A., Calhoun BC. Fundamental discrepancies in abortion estimates and abortion-related mortality: A reevaluation of recent studies in Mexico with special reference to the International Classification of Diseases. *Int J Womens Health*. 2012; 4: 613–23.

[18] Gissler M., Berg C., Bouvier-Colle MH., Buekens P. Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1987–2000. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004; 190: 422–7.

[19] Reardon DC., Coleman PK. Short and long term mortality rates associated with first pregnancy outcome: population register based study for Denmark 1980–2004. *Med Sci Monit*. 2012

Muy recientemente se consignaron datos de la mortalidad a 25 años, que indican una vez más, cómo las mujeres que abortan constituyen una clase de sujetos con mayor mortalidad que las mujeres que dan a luz (Fig. 6)<sup>20</sup>.

### Conclusiones

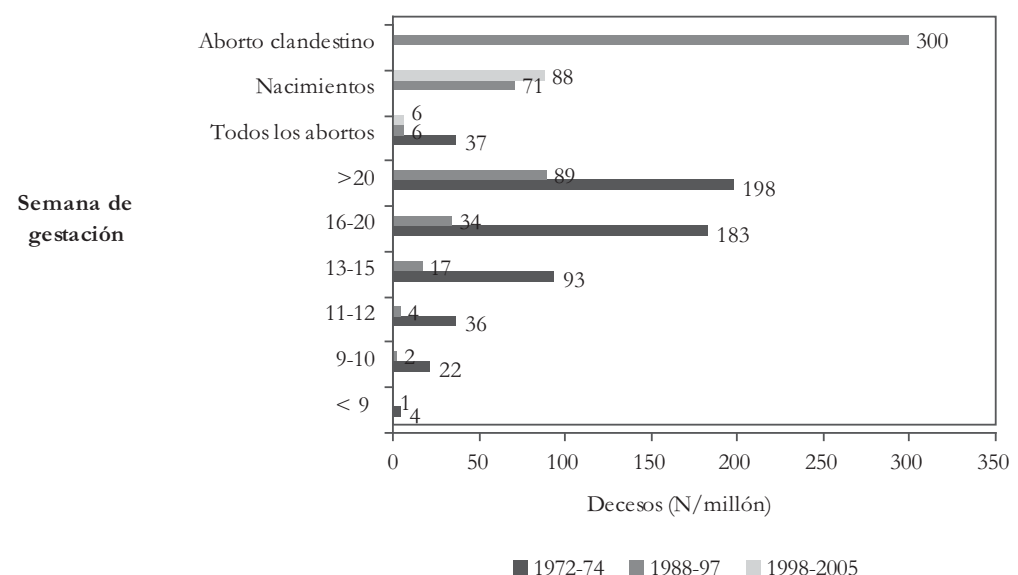
De todo lo expuesto sobre la base de una correcta lectura de la literatura médica, podemos afirmar que el presupuesto teórico invocado al inicio es falso en sus premisas y, por tanto, falso en sus conclusiones.

No es cierto que las mujeres aborten indistintamente, prescindiendo del contexto legal. Las mujeres abortan en mayor medida si el aborto es legal en un porcentaje que los autores *pro-choice* estiman entre el 10 y el 30%. Asumiendo la cifra más baja, se reduce solo el 10% del aborto si es ilegal, y, considerando también solo el parámetro más favorable a la tesis abortista, la reducida mortalidad del aborto legal respecto del aborto clandestino, el análisis proporcionalista de los datos nos lleva a concluir que la legalización del aborto, por cada mujer que no muere por aborto clandestino, causa la muerte de 79 niños que mueren antes de nacer. En términos de años de vida perdidos por cada año adquirido por la mujer se pierden 108.6 años de vida para los niños abortados. La legalización del aborto no constituye, por tanto, un mal menor bajo el aspecto de la protección de la vida humana, sino más bien una acción que tiene como efecto prevalente la pérdida de una cuota significativa de vidas humanas.

Estas consideraciones no tienen en cuenta, sin embargo, el análisis extenso del impacto del aborto en la vida de las mujeres. No es cierto que el aborto legal proteja la salud de las mujeres. En cuanto a lo que respecta a la salud mental, nos remitimos a la intervención de la doctora Del Poggetto, que muestra los peores niveles de salud mental en las mujeres que abortan. Aquí se han examinado los aspectos relativos a la salud física, tomando en consideración el parámetro epidemiológico más importante: la mortalidad por todas las causas. En base a las evidencias científicas, las mujeres que abortan tienen niveles de mortalidad superiores a las mujeres que dan a luz. Parangonar, por tanto, el aborto «seguro» con un acto que protege la vida de la mujer es una insensatez científica así como lógica. Si, por tanto, el aborto no protege ni la vida ni la salud de las mujeres, no puede constituirse, a la luz de la definición ofrecida por la Unión Europea de Especialistas Médicos, un acto médico.<sup>21</sup> En este panorama se debe profundizar en las implicaciones deontológicas y jurídicas de una objeción de conciencia fundada no solo sobre razones morales, sino también por razones de conveniencia científica del acto abortivo en sí mismo con el fin de proteger la salud de las mujeres.

**Figura 1**

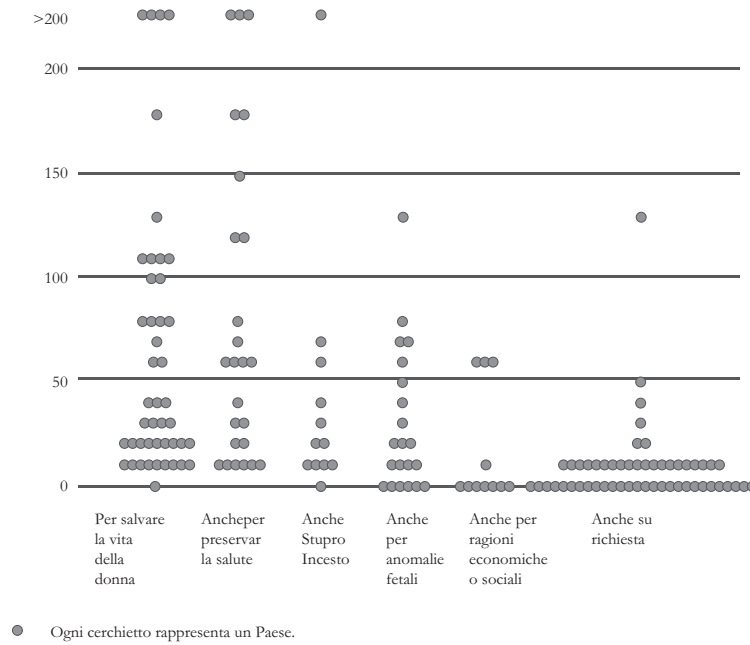
**Tasa de mortalidad por aborto legal y por parto en el contexto occidental.**



[20] Coleman PK., Reardon DC., Calhoun BC. Reproductive history patterns and long-term mortality rates: a Danish, population-based record linkage study. Eur J Public Health. 2012 Sep 5.

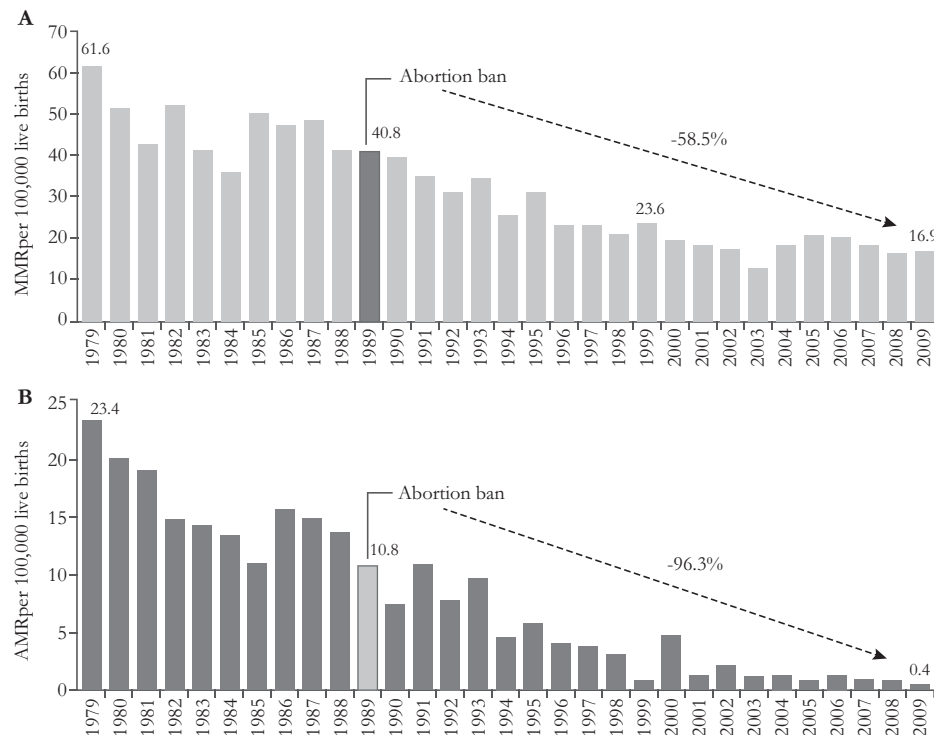
[21] La definición de acto médico brindada por la Unión Europea de Especialistas Médicos (U. E. M. S.) es la siguiente: «El acto médico comprende toda la acción profesional, i. e.: todos los pasos científicos, de enseñanza, aprendizaje, formación, clínicos y médico-técnicos, realizados para promover la salud, prevenir las enfermedades, brindar asistencia diagnóstica y terapéutica a pacientes, individuos, grupos o comunidades, cuya responsabilidad y ejecución debe corresponder siempre a un médico habilitado o estar bajo su directa supervisión o prescripción» [https://www.sog-ssso.ch/fileadmin/SOG-Dokumente/Aktuelles/European\\_Definition\\_of\\_the\\_Medical\\_Act\\_2005.pdf](https://www.sog-ssso.ch/fileadmin/SOG-Dokumente/Aktuelles/European_Definition_of_the_Medical_Act_2005.pdf) [consultado el 14-6-2013]. Sep;18(9):PH71-6.

**Figura 2**  
**Muertes atribuibles al aborto «inseguro» por 100 000 nacidos vivos sobre la base de las normativas legales para acceder al aborto.**



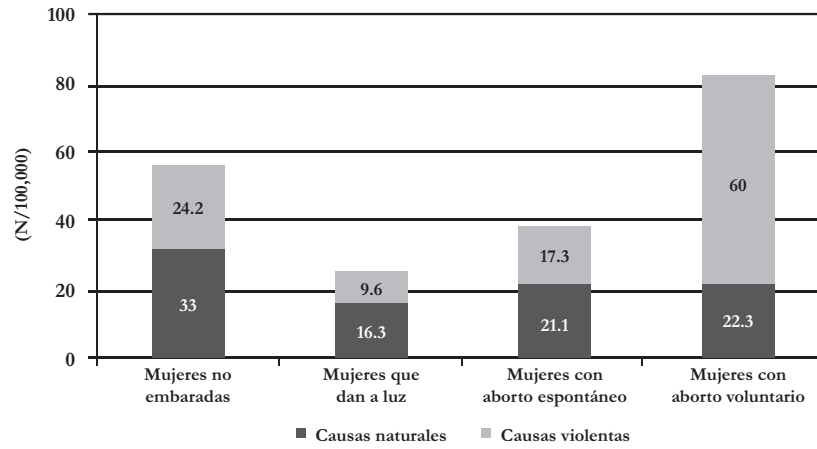
Reproduced from: The World Health Report 2008 - primary health care now more than ever. Geneva. World Health Organization, 2008

**Figura 3**  
**Mortalidad materna (A) y Mortalidad por aborto (B) en Chile antes y después de la restricción legal del aborto en 1989.**

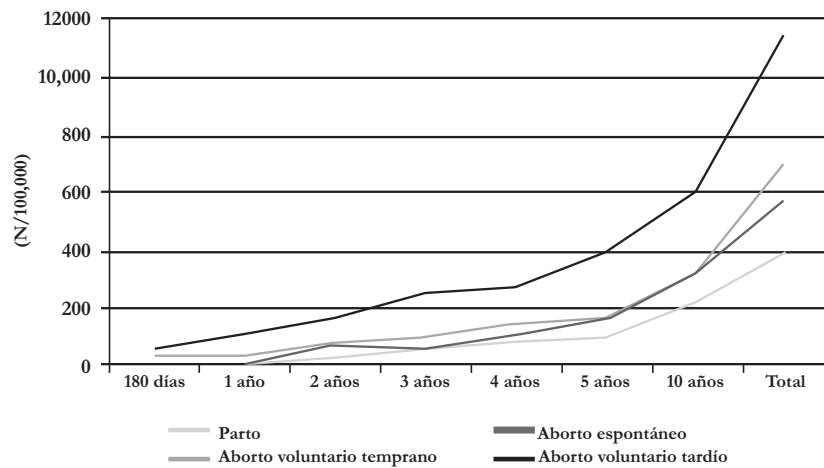




**Figura 4**  
Mortalidad (Un número por cada 100 000 embarazos vs. persona/año) en Finlandia. Período 1987-2000.



**Figura 5**  
Desarrollo de la mortalidad (N/100 000) en mujeres que abortan vs. mujeres que dan a luz en una distancia de 6 meses a 10 años del evento.



**Figura 6**  
Riesgo relativo de muerte a 25 años del evento abortivo respecto a las mujeres que dan a luz, en base al número de abortos (espontáneos e inducidos).

