

Aborto y salud de la mujer

Miguel A. Martínez-González¹

Esperanza Aguilera-Cortés²

Cristina López del Burgo¹

¹ Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Navarra

² Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Málaga

*Correspondencia:

Prof. Miguel Á. Martínez-González, MD, MPH, PhD.

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Navarra,
Irunlarrea 1, 31008-Pamplona, Navarra.

E-mail: mamartinez@unav.es. Tel: +34 948 425 600 Ext: 806463

Fax: + 34 948 42 57 40.

Publicado en:

Gaceta Sanitaria

<http://www.gacetasanitaria.org/>

Mirar el artículo original en la página web de la revista:

<http://www.gacetasanitaria.org/es/aborto-salud-mujer/articulo/S0213911114001861/>

Citar como:

Martínez-González MA, Aguilera-Cortés E, López-del Burgo C. Aborto y salud de la mujer. *Gaceta Sanitaria* 2014;28(6):496-497.

El anteproyecto de la nueva ley sobre el aborto es objeto de intenso debate. El objetivo de este artículo es valorar si esta ley beneficiará la salud de las mujeres. Las principales características de este anteproyecto de Ley se pueden consultar en la Web del Ministerio de Justicia ¹.

Básicamente, la nueva ley: a) eliminará el aborto a petición de la mujer (la ley del 2010 asumía que el aborto era libre por “derecho”), b) despenalizará el aborto en casos de compromiso para la salud física o psíquica materna hasta la semana 22, c) eliminará el aborto eugenésico, distinguiendo entre discapacidad -que no será motivo de aborto- y un listado de malformaciones del feto que son incompatibles con la vida en las que sí estará permitido, d) se necesitarán los informes de dos médicos independientes (distintos de los que practican el aborto) para justificar el riesgo para la madre y e) eliminará la posibilidad de abortar sin consentimiento paterno/materno en las menores de edad.

Por todo ello, se argumenta que esta nueva ley provocará un aumento de abortos ilegales y consecuentemente de mortalidad materna. Sin embargo, la OMS ha recordado que aborto inseguro no es sinónimo de ilegal y que en contextos de legalidad también pueden darse abortos inseguros².

Antiguamente la OMS usó el carácter ilegal como único criterio para estimar los abortos inseguros y su impacto en la mortalidad materna, aproximadamente un 13%, pero reconoce que la situación es más compleja, por ejemplo, debido al uso no controlado del misoprostol. Algunos autores afirman que las leyes restrictivas sobre el aborto se asocian paradójicamente con mayores tasas de abortos. Pero ellos mismos reconocen sus fuertes limitaciones metodológicas al cuantificar los abortos clandestinos³. De hecho, es llamativa la sobrestimación del número de abortos en publicaciones del Instituto Guttmacher⁴. Estimaron aproximadamente 123.000 abortos clandestinos en Ciudad de México en 2006. Tras su legalización (2007), los abortos a petición pasaron de 13.404 en 2008 a 20.687 en 2013. En Colombia se estimaron 400.000 abortos en 2008, es decir, 1 aborto por cada 1,8 nacidos vivos. Esta estimación se realizó mediante encuestas a instituciones de salud y personal sanitario, método limitado y alejado de los indicadores objetivos de salud reproductiva ^{5,6}. Algo análogo sucedió con la cifra, nunca documentada, de 300.000 abortos anuales clandestinos en la España de los años 70. Probablemente haya una infradeclaración en el número de abortos legales en todos los países, pero la diferencia entre las especulaciones previas y la realidad objetivada tras la legalización es clamorosa.

Chile redujo significativamente la mortalidad materna con leyes restrictivas del aborto. El descenso se logró por el aumento del nivel educativo de las mujeres y el mejor acceso a servicios de salud materna ⁷. La tasa de mortalidad materna en Irlanda -con ley restrictiva sobre aborto- es inferior que en Inglaterra o Francia.

Equiparar aborto legal con ausencia de problemas para la salud de la mujer es simplista y contradice la evidencia científica. Un interesante ejercicio para quien guste del método epidemiológico sería comparar dos artículos: la cohorte con 25 años de seguimiento y meticuloso control de factores de confusión, que encuentra patentes daños psíquicos para la mujer asociados al aborto ^{8,9} con el estudio de seguimiento metodológicamente fallido (50% de pérdidas, entre otros aspectos) que defiende su inocuidad ¹⁰. Además, ningún estudio similar al de Fergusson ^{8,9} ha demostrado que el aborto *mejore* la salud. Es llamativo que un tema tan vital para la mujer se legisle a espaldas del conocimiento científico.

No se puede olvidar el carácter de negocio privado de los proveedores cuyas ganancias se incrementan cuantas más mujeres abortan. Estos intereses comerciales no se pueden obviar, pues a veces pueden tener más fuerza –como sucede en otros ámbitos de la salud pública– que la evidencia epidemiológica para la defensa de la salud de la mujer.

Se argumenta que esta ley anularía el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo. Por un lado, ni la Convención Europea de Derechos Humanos ni las leyes internacionales avalan el “derecho al aborto”. Reconocen el derecho a la vida y la salud de los seres humanos, lo que podría eximir de penalización al aborto cuando peligre la vida de la mujer, situación que corresponde legislar a cada país. Por otro lado, lo que la mujer alberga en su útero es un ser humano, distinto a ella, pero que depende de ella para su supervivencia, como lo seguirá haciendo tras el nacimiento. El embrión tiene su propia identidad *genética* (duplicación cromosómica) e *inmunológica*. Una tercera razón es que la fecundación es el único acontecimiento que genera un incremento espectacular de *expectativa de vida* donde dos células moribundas dan lugar a un ser humano que vivirá años. Esta *expectativa de vida* también difiere de la materna (la supera en condiciones normales) y por ende marca una identidad distinta. Nada más producirse la fecundación, el embrión provoca la desactivación del sistema inmunológico materno para que no se vuelva contra él. Seamos serios para aceptar la realidad biológica. El carácter humano no depende de ninguna concesión *política*, sino de su propia dotación *genética* e *inmunológica*, únicas e irrepetibles. Afirmar que el embrión o feto es un ser humano no es una licencia *ideológica* sino una realidad *científica* ¹¹. Hasta Peter Singer, conocido

defensor del aborto, reconoce que el *nasciturus* es un ser humano, aunque le niega el mismo derecho a vivir que otro ser humano, como se lo niega al recién nacido en determinadas circunstancias.

El aborto es considerado un problema de Salud Pública. En España, a pesar de incrementarse el uso de métodos anticonceptivos de 1997 a 2007, también se incrementó la tasa de abortos ¹². La ley del 2010, más permisiva que su predecesora, tampoco se acompañó de un descenso en la ratio abortos:nacimientos. Según el INE y el Ministerio de Sanidad, en 2010 se produjeron 493.717 nacimientos y 113.031 abortos, 485.252 nacimientos y 118.359 abortos en 2011 y 453.637 nacimientos y 112.390 abortos en 2012. La ratio aborto:nacimiento pasó de 0,229 en 2010 a 0,248 en 2012. La mínima oscilación en el número de abortos en 2012 puede deberse a variabilidad aleatoria o, muy probablemente, a menos abortos en inmigrantes. Es evidente que algo falla en las estrategias preventivas de nuestro país.

Es una realidad que hay embarazos imprevistos y que pueden presentarse en situaciones de gran soledad para la mujer. Ante otras situaciones no deseadas de la vida, la sociedad responde ofreciendo la ayuda y apoyo necesarios. Cuando el gobierno socialista introdujo las ayudas económicas a la maternidad (“cheque bebé”), ejemplo de legislación favorable a la mujer, hubo menos abortos ¹³. Probablemente desaparecerían muchos abortos si el apoyo económico, social y clínico a la embarazada fuese suficientemente amplio.

Preocupa también la restricción de la ley en el supuesto de malformaciones fetales. Es absolutamente comprensible el sufrimiento de los padres que van a tener un hijo enfermo, pero una persona con discapacidad sigue siendo valiosa y siempre aporta algo positivo (veáse Pablo Pineda, actor con Síndrome de Down y ganador de una Concha de Plata en el festival de cine de S. Sebastián, o Daniel Stix, paralítico por espina bífida y profesional del baloncesto sobre ruedas). El Foro Europeo de la Discapacidad recuerda que el aborto eugenésico es discriminatorio, en consonancia con la Convención sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas de 2006. El Gobierno español debería garantizar el apoyo a los padres que esperan un hijo con discapacidad y facilitarles la ayuda para su integración en la sociedad. De lo contrario, podría ser la primera vez en la historia que un supuesto “acto médico” (eliminar a un paciente no es un acto médico) acaba con un colectivo de personas con discapacidad. De hecho, a pesar de haber aumentado la edad materna, la *prevalencia* de nacidos con síndrome de Down

ha caído drásticamente (por aborto). Esta nueva eugenesia, en ocasiones en nombre de la Salud Pública, trae tristes recuerdos de décadas pasadas¹⁴.

Cuando una sociedad no valora a la persona por lo que es, sino por alcanzar unos cánones de “calidad” esperados, avanza hacia mayores niveles de discriminación. El aborto selectivo de niñas (*gendercide*) es una realidad en India y China¹⁵. Se extiende ya por Europa Oriental. No hay mayor violencia y ataque a los derechos de la mujer que no dejarle nacer *solo* por ser mujer.

El Consejo de Europa ha ratificado que, aunque el aborto sea legal, debe evitarse en la medida de lo posible. El objetivo de una ley que limita el aborto es proteger la salud de la mujer y del no nacido. Los gobiernos y la sociedad deberían reconocer la valía de la mujer y legislar en consecuencia. La experiencia demuestra que cuando una mujer embarazada encuentra el apoyo y ayuda necesarios, es capaz de sacar adelante su vida y la de su hijo.

Editora responsable
Glòria Pérez.

Financiación
Ninguna.

Conflicto de intereses
Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Justicia. Normas en tramitación. 20 de diciembre de 2013. Anteproyecto de Ley Orgánica de protección de la vida del concebido y derechos de la mujer. Accesible en: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/es/1215198252237/ALegislativa_P/1288774452773/Detalle.html y www.unav.edu/departamento/preventiva/aborto (accedido por última vez el 2/06/2014).
2. Ganatra B, Tunçalp Ö, Johnston H y cols. From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion (ed.). Bull World Health Organ. 2014;92(3):155.
3. Sedgh G, Singh S, Shah IH y cols. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet. 2012;379(9816):625-32.
4. Juárez F, Singh S, García SG, Olavarrieta CD. Estimates of induced abortion in Mexico: what's changed between 1990 and 2006? Int Fam Plan Perspect. 2008;34(4):158-68.
5. Koch E, Bravo M, Gatica S, y cols. Sobrestimación del aborto inducido en Colombia y otros países latinoamericanos. Ginecol Obstet Mex. 2012;80(5):360-72.
6. Prada E, Biddlecom A, Singh S. Induced abortion in Colombia: new estimates and change between 1989 and 2008. Int Perspect Sex Reprod Health 2011;37(3):114-24.
7. Koch E, Thorp J, Bravo M y cols. Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007. PLoS One. 2012;7(5):e36613.
8. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. J Child Psychol Psychiatry. 2006;47(1):16-24.
9. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended pregnancy? A re-appraisal of the evidence. Aust N Z J Psychiatry. 2013;47(9):819-27.
10. Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, et al. Psychological responses of women after first-trimester abortion. Arch Gen Psychiatry. 2000;57(8):777-84.
11. Norwitz ER, Schust DJ, Fisher SJ. Implantation and the survival of early pregnancy. N Engl J Med. 2001;345(19):1400-8.
12. Dueñas JL, Lete I, Bermejo R, Arbat A, Perez-Campos E, Martinez-Salmean J, et al. Trends in the use of contraceptive methods and voluntary interruption of pregnancy in the Spanish population during 1997-2007. Contraception. 2011;83(1):82-7.
13. González L. The effect of a universal child benefit on conceptions, abortions and early maternal labor supply. Am Economic J 2013;5(3):1-49. Disponible en: www.econ.upf.edu/~gonzalez/Research_archivos/Manuscript_20110196.pdf y www.unav.edu/departamento/preventiva/aborto [Último acceso: 31 mayo 2014].
14. Bachrach S. In the Name of Public Health — Nazi Racial Hygiene. N Engl J Med. 2004;351(5):417-20.
15. Jha P, Kesler MA, Kumar R, y cols. Trends in selective abortions of girls in India: analysis of nationally representative birth histories from 1990 to 2005 and census data from 1991 to 2011. Lancet. 2011;377(9781):1921-8.