

**MOYA MOCKEVICH
CARRERO VALENZUELA
REY SARAVIA BRIONES
DE URRAZA ALVAREZ
SANGUEDOLCE
SECIN MACIEL
QUARRACINO
GIL DEZA**

**A
BOOR
TO**

**DE
LA
AA
LA Z**

Buena Data

ABORTO
De la A a la Z

GRACIELA E. MOYA, MARÍA T. MOCKEVICH, ROQUE D. CARRERO VALENZUELA, MARIANA REY SARAVIA, GUSTAVO BRIONES, MARÍA E. DE URRAZA, SARA A. ALVAREZ SANGUEDOLCE, FERNANDO SECIN, JORGE A. MACIEL, JOSÉ A. QUARRACINO Y ERNESTO GIL DEZA.

ABORTO. DE LA A A LA Z.

Diseño: Buena Data / holabuenadata@gmail.com

ISBN: 978-987-88-4346-9

Libro físico impreso en Argentina

Editado por Jorge Alberto Maciel

Primera edición: abril de 2022

Se terminó de imprimir en Ricardi Impresos, Av. Honorio Pueyrredón 1616, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Aborto de la A a la Z / Jorge Alberto Maciel ... [et al.]. - 1a ed. -

Cipolletti : Jorge Alberto Maciel, 2022.

508 p.; 21 x 15 cm.

ISBN 978-987-88-4346-9

1. Aborto. 2. Derecho a la Vida. I. Maciel, Jorge Alberto.

CDD 304.667

**A
BOR
TO** **DE
LA
AA
LAZ**

Buena Data

Índice

[Sobre los autores.....](#)8

[Prólogo. Por Amparo Medina.....](#)10

[Capítulo 1. Bioética del inicio de la vida humana. Por Graciela Moya.....](#)12

[Introducción](#)

[Análisis Bioético](#)

[Inicio de la vida humana desde la perspectiva biológica](#)

[Inicio de la vida humana desde la perspectiva ontológica](#)

[Actos médicos desde el estatuto moral del ser humano en la vida prenatal](#)

[Conclusiones](#)

[Capítulo 2. Derecho humano a la vida Vs. Aborto. Por María Teresa Mockevich.....](#)34

[El derecho a la vida como derecho esencial](#)

[Derecho imperativo internacional o *ius cogens*](#)

[Protección del derecho a la vida en la Constitución Nacional Argentina](#)

[Derecho Civil: Reconocimiento de la personalidad del embrión humano. De la biología al derecho positivo](#)

[Protección del Derecho a la Vida en cada Constitución Provincial Argentina](#)

[Legalización y despenalización del aborto en Argentina: Ley 27.610](#)

[Delito de aborto en el Código Penal Argentino. Supuesto legalizado Delito de aborto no punible](#)

[Creación de un supuesto delito para el personal de salud: la obstrucción o demora injustificada de un aborto. La falsa obligación de derivar](#)

[Secreto profesional u obligación de denunciar el delito de aborto](#)

[Crítica al fallo F.A.L.](#)

[Protocolos de abortos no punibles: su inconstitucionalidad](#)

[Código de Ética Médica](#)

[Propuesta legislativa](#)

[Derecho de objeción de conciencia: muro de contención al aborto...](#)

[Capítulo 3. Desarrollo prenatal del ser humano. Por Roque Daniel Carrero Valenzuela.....](#)61

[Introducción](#)

[Cigoto](#)

[Embriones de 2, 4 y 8 células, y mórula](#)

[Blástula](#)

[Gástrula](#)

[Evolución del ectodermo](#)

[Evolución del mesodermo](#)

[Evolución del endodermo](#)

[Semanas 4ª a 8ª de la etapa embrionaria](#)

[Etapa fetal](#)

[Placenta y membranas fetales](#)

Capítulo 4. Embarazo inesperado y vulnerable. Por Mariana Rey Saravia.....77

[Introducción](#)

[Presión](#)

[Su propia historia](#)

[Biología natural del embarazo](#)

[La realidad](#)

[Información sobre el aborto y sus consecuencias](#)

[Ayuda real y concreta a las mujeres embarazadas vulnerables](#)

Capítulo 5. Conceptos básicos sobre el aborto. Por Gustavo Briones.....92

[Introducción](#)

[Aborto conceptos preliminares](#)

[Causas de aborto](#)

[Clasificación clínica del aborto espontáneo](#)

[Aborto provocado o inducido](#)

[Técnicas de aborto temprano](#)

[Contraindicaciones de uso de fármacos](#)

[Parto prematuro o pretérmino](#)

[Causas de parto pretérmino](#)

[Amenaza de parto pretérmino](#)

[Trabajo de parto prematuro](#)

[Viabilidad fetal](#)

[Feticidio](#)

Capítulo 6. Complicaciones del aborto. Por María Estanislada de Urzaa 102

[Introducción](#)

[Definición de aborto](#)

[Tipos de aborto](#)

[Complicaciones del aborto farmacológico](#)

[Aborto por AMEU](#)

[Aborto por RUE](#)

[Complicaciones del aborto quirúrgico](#)

[Las “bondades” del aborto “seguro”](#)

[El problema de la Interrupción “Legal” del Embarazo \(ILE\)](#)

[La ILE y el estigma de la pobreza](#)

Capítulo 7. Consecuencias emocionales del aborto. Por A. Sara A. Alvarez Sanguedolce..... 116

[Introducción](#)

[Un asunto multidimensional](#)

[La biología](#)

[Las emociones después de abortar](#)

El síndrome Postaborto

Un duelo fuera de lo común

Dimensión social del aborto: la mujer no es la única que sufre

El espíritu humano es capaz de encontrar esperanza para aliviar el dolor

Capítulo 8. Estadísticas de aborto en Argentina: la verdad detrás de la mentira.

Por Fernando Secin y Jorge Maciel.....130

Introducción

¿Cómo hacer una estimación grosera del número de abortos realizados en Argentina?

¿Cuántas mujeres en edad fértil (entre 15 y 44 años) mueren por abortos en Argentina?

¿Cuántas madres mueren por abortos en Argentina?

Agradecimientos

Capítulo 9. Situación en otros países, frecuencia a partir de la legalización, mortalidad materna, cambios demográficos, comportamiento social. Por Fernando Secin.....148

Introducción

Frecuencia de abortos antes y después de su legalización

Incidencia de abortos en España

¿Qué dice la ley española?

¿Cuáles son las cifras?

Incidencia de abortos en Nueva Zelanda

¿Qué dice la ley en Nueva Zelanda?

¿Cuáles son las cifras?

Incidencia de abortos en Uruguay

¿Qué dice la ley uruguaya?

¿Cuáles son las cifras?

Impacto demográfico del aborto tras su despenalización y o legalización

Impacto del aborto en la conducta sexual

Conclusiones

Capítulo 10. Matriz política. Por José Arturo Quarracino.....182

Introducción

El aborto como Política de Estado

El aborto como Política de los Organismos Internacionales Oficiales

El aborto como Política para defender la Seguridad Nacional de Estados Unidos y su política exterior

Fundaciones y ONG internacionales para difundir “territorialmente” y en el mundo el control de la natalidad y el aborto

Fundaciones y ONG “nativas” para difundir en sus propios países el control de la natalidad y el aborto

Unidad en la acción para la legalización del aborto

El copamiento del Estado

El imperialismo abortista británico

Millonarios subsidiados y pobres endeudados

Objetivo último

Capítulo 11. Actitudes y opiniones médicas en contra del aborto. Por Jorge Maciel.....206

Introducción

Objeción de conciencia y negativa al aborto en otros países:

Chile

España

Italia

Estados Unidos

México

Objeción de conciencia y negativa al aborto en Argentina

Misiones

La Rioja

Mendoza

Salta

Tucumán

Río Negro

Manifestaciones de profesionales de la salud en contra del aborto

Situación laboral de médicos objetores de conciencia

¿Qué afirman las instituciones médicas sobre el aborto?

Foro Nacional de Instituciones Médicas

Academia Nacional de Medicina

Decanos de Facultades de Medicina Privadas

¿Qué afirman las instituciones de salud objetoras?

El “sincericidio” de un médico a favor del aborto y de su legalización

Conclusiones

Capítulo 12. Refutaciones a los argumentos proaborto. Por Ernesto Gil Deza.....223

Introducción

¿Por qué debatir?

Conozcan el auditorio

Dónde estudiar los argumentos

Definir con precisión el aborto

Refutar el aborto como solución

Refutar el aborto como expresión de la autonomía

Refutar el aborto como una realidad inevitable

Refutar el aborto desde la salud pública

Refutar el aborto desde el cuidado de la salud individual

Argumentos de fondo: el ser humano despreciable

Impacto en la carrera del médico objetor

Impacto en la salud del médico no objetor

Conclusiones

Epílogo

Sobre los autores

Sara Alvarez Sanguedolce. Médica egresada de la Universidad Nacional de Tucumán. Realizó estudios de posgrado en epidemiología genética en Pittsburgh, Estados Unidos. Especialista en Psiquiatría egresada de la Universidad Católica Argentina, Buenos Aires. Se formó en Logoterapia, y en el posgrado de Trastornos de Ansiedad de la Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad. Trabajó en el Hospital de Salud Mental "Nuestra Señora del Carmen" de Tucumán. Desde 2018 es miembro fundador y presidente de la Asociación Civil Médicos Por la Vida Tucumán.

Gustavo Briones. Médico egresado de la facultad de Medicina de Tucumán, especialidad de tocoginecología realizada en el hospital Pablo Soria de Jujuy. Ex jefe de servicio de obstetricia hospital materno infantil Dr. Héctor Quintana de San Salvador de Jujuy. Expresidente de la Asociación Jujeña de Obstetras y Ginecólogos desde noviembre de 2008 a febrero de 2022. Actualmente forma parte del equipo de Hemorragias Obstétricas. Médico de planta del hospital materno infantil Dr. Héctor Quintana.

Roque Carrero Valenzuela. Médico, PhD en Genética Humana, especialista en Genética Médica y Genética Molecular, Profesor de Genética Humana, Director del Proyecto de Investigación "Factores Genéticos en Enfermedades Humanas" y del Centro de Genética Médica de la Facultad de Medicina de la UNT. Miembro de Número de la Academia de Ciencias Morales, Políticas y Jurídicas y de la Academia de Ciencias de la Salud de Tucumán.

María Estanislada de Urraza. Madre de Ana Catalina y Juan Manuel. Médica egresada de la Universidad Nacional de Las Plata. Especialista en ginecología y obstetricia formada en el Hospital Zonal General de Agudos de su Pueblo, Florencio Varela Buenos Aires.

Ernesto Gil Deza. Médico egresado de la UNT en 1984. Especialista en Oncología Clínica. Director de Investigación y docencia Instituto Henry Moore. Director de la carrera de Oncología de la Universidad del Salvador. Académico de la Academia de Ciencias de la Salud Tucumán.

Jorge Alberto Maciel. Recibido de Médico en la Universidad Nacional de Tucumán. Especializado en Ginecología y Obstetricia en el Instituto de Maternidad y Ginecología "Nuestra Señora de las Mercedes" de Tucumán. Ex docente *ad honorem* de la Catedra de Medicina 1 de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Comahue. Trabajó en el Hospital Pedro Moguillansky de Cipolletti, Río Negro, donde llegó a ser jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia de dicho hospital. Actualmente se desempeña exclusivamente en el sector privado de Cipolletti y Neuquén Capital. Socio de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR). Autor del libro "Crítica moral a la sociedad". Presidente de la Asociación Civil "Acción por los Derechos Naturales". Estudiante de la Licenciatura en Filosofía de la Universidad Católica de La Plata.

María Teresa Mockevich. Abogada por la Universidad Nacional de Tucumán. Diplomada en Derechos Humanos y en Derecho Constitucional Profundizado por la Universidad Austral. Postgrados en Bioética, en Liderazgo ético y en Antropología Cristiana. Conferencista y expositora en defensa del Derecho a la Vida en ámbitos académicos y legislativos.

Graciela Moya. Médica egresada de la Universidad de Buenos Aires, especialista en genética médica por la Universidad Nacional de La Plata, Bs.As. Master en Biología molecular médica por la universidad de Buenos Aires. Master en Bioética por la Universidad Católica Argentina, Doctora en Biomedicina e investigación por la Universidad de Extremadura España. Miembro correspondiente de la Pontificia Academia de la Vida del Vaticano.

José Arturo Quarracino. Casado, 3 hijos. Egresado en Filosofía de la Universidad de Buenos Aires. Ex docente en la Universidad del Salvador en Buenos Aires. Traductor y articulista para Gloria.tv (página web europea) y para Stilum Curiae (página web italiana). Colaborador en Agencia Católica de Noticias (México). Autor de "Geopolítica y Aborto" (2018). Militante político provida.

Mariana Rey Saravia. Casada desde 1996, madre de 6 hijos. Médica recibida en la Universidad de Buenos Aires. Especialista en Nutrición por la Universidad de Ciencias de la Salud Fundación Barceló. Diplomatura en Bioética, Universidad Caece. Maestría en psicoimmunoneuroendocrinología, en la Universidad Favaloro. Directora de una Organización No Gubernamental provida en Pilar, Buenos Aires.

Fernando P. Secin. Médico Cirujano General y Urólogo. Especialista en Urología Oncológica y Laparoscópica graduado en Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nueva York. 2003-2006. Doctor en Medicina y Docente Autorizado de Urología de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Prólogo

Este libro habla del aborto voluntario. Lo presenta como el vil asesinato de niños por nacer que es, sin eufemismos ni cuidado alguno por la corrección política.

Sin regodearse morbosamente en los detalles “técnicos”, en sus páginas se señala con claridad la naturaleza violenta y antihumana de los procedimientos involucrados. Pero los autores no se detienen demasiado en ello, sino que amplían su mirada incorporando un análisis exhaustivo del marco legal esencialmente favorable a la vida que existe en Argentina, y denuncian las intolerables presiones que el bioimperialismo internacional y sus personeros locales están ejerciendo para subvertirlo.

Más aún, los aportes filosóficos, sociológicos, sanitarios y políticos que los autores hacen completan un cuadro en el que resulta patente una convicción que trasciende sus respectivas experticias, puntos de vista y religiosidades –o ausencia de ellas-: que el aborto es una tragedia con al menos dos víctimas –el niño y su madre-, pero que al someterse a él la madre se convierte en cómplice de un crimen, y al legalizarlo el Estado lo eleva a la categoría de genocidio.

Al leer este libro me detuve en particular en el capítulo sobre “Salud Reproductiva”. Me impactó la lucidez con que se exhibe el desarrollo histórico de este concepto a través de los documentos preparatorios de las grandes conferencias organizadas por la ONU en los años '90, y cómo su divorcio de la “Salud” en general ha permitido convertirlo en un “caballo de Troya” para redirigir las comunicaciones, la educación, la política, la justicia y las leyes hacia el control global de la natalidad y de la población.

Como ex- consultora de los Proyectos vinculados de UNFPA, el Fondo de las Naciones Unidas (ONU) para la Población, he visto de cerca cómo programas con abundante financiación extranjera apuntan al “periodismo de opinión”, a fin de generar la confusión necesaria como para que la población dude y renuncie a sus derechos humanos a favor de supuestos derechos sexuales y reproductivos. Lo que resulta es siempre el incremento de la promiscuidad, el deterioro del tejido social y la sumisión creciente de nuestros países a intereses que definitivamente no son los nuestros.

He sido testigo de cómo en nombre de la “salud reproductiva” se procede al adoctrinamiento compulsivo de referentes nacionales –funcionarios, educadores, líderes comunitarios-, y de los talleres sobre anticoncepción, abortivos, homosexualidad e ideología de género entre otros temas, en los que basándose en conceptos y cifras pretendidamente científicas se procura cambiar de raíz la cultura de nuestros países atacando las mentes más vulnerables: las de los niños.

Me ha sorprendido la facilidad con la que políticos de las más diversas extracciones han hecho suyos los dogmas, principios, conceptos y lenguaje de una agenda que desde los países centrales ha invadido el Tercer Mundo, motorizada por usinas ideológicas sin representación alguna pero extremadamente influyentes, solventada de manera irrestricta por el poder financiero internacional, dotada de un pequeño ejército de “expertos” con acceso a la burocracia de las Naciones Unidas, y apoyada por “voluntarios” muy bien pagados y muchísimos miembros de organizaciones no gubernamentales engañados hasta el fanatismo.

Y me ha atemorizado la susceptibilidad de la Justicia a la colonización ideológica y al activismo judicial, al punto de haberse constituido en la vía preferida de la mencionada agenda para neutralizar resistencias e imponer cambios en el orden establecido a una velocidad vertiginosa, sin cuidado por el control de constitucionalidad que les compete, ni por la división republicana de poderes, ni por la democracia real que con lo que hacen ponen en peligro de desaparecer.

El control global de la natalidad y la población son el objetivo confeso de la agenda anti-vida. Para sus impulsores, los siete mil millones de personas actuales amenazan su propio acceso a los recursos naturales; más aún, para los más radicalizados el máximo “sostenible” de la población humana no excede los mil millones. Pese a la “igualdad” y a la “inclusión” que declaman, sus políticas discriminatorias –sexistas, eugenésicas, racistas, clasistas y otras- los desmienten y deben alertarnos.

Nuestro país, nuestra familia, nuestros hijos y nosotros mismos estamos en peligro cierto e inminente. Si aún no lo aceptamos, este libro es para nosotros.

Deseo sinceramente que, una vez leído, cada uno se pregunte qué está haciendo por sus hijos, por su familia y por su país. Y se ponga a trabajar en consecuencia.

Amparo Medina
Red Vida y Familia – Ecuador
Facebook: Amparito Medina
Twitter: @Amparo_Medina

Capítulo 1

Bioética del inicio de la vida humana

Por
Graciela Elena Moya

- Introducción
- Análisis Bioético
- Inicio de la vida humana desde la perspectiva biológica
- Inicio de la vida humana desde la perspectiva ontológica
- Actos médicos desde el estatuto moral del ser humano en la vida prenatal
- Conclusiones

Introducción

“La negación de la dignidad humana desacredita el valor de cualquier causa que necesite de esa negación para confirmarse” Sygmunt Bauman

El momento de inicio de la vida humana sigue siendo un tema de debate, a pesar de que se ha demostrado científicamente que la actividad biológica vital de un nuevo ser humano comienza en el mismo momento de la fecundación.^{1,2} Esto ha sido reportado no sólo en investigaciones científicas diseñadas en ciencia básica, sino que también es la base de la enseñanza de la educación en embriología humana en las carreras de Ciencias Médicas,³ y es observado en forma cotidiana desde el uso de las técnicas de fertilización asistida.^{4,5} Por ello, nos preguntamos por qué en la actualidad aún es necesario definir en qué momento comienza la vida de un nuevo ser humano.

Entendemos que este interrogante responde a muchos cuestionamientos más allá de los científicos o médicos. Otros intereses, como los económicos, sociales y políticos, pretenden adueñarse de esta definición porque se verán beneficiados en diferentes aspectos.

Sin duda, desde el punto de vista científico es posible desarrollar investigación en áreas que genera una legítima curiosidad, como conocer: cuáles son los procesos biológicos involucrados en la activación del genoma del nuevo ser humano luego de la fecundación;⁶ qué mecanismos controlan el desarrollo embrionario temprano;⁷ cómo intervienen los factores ambientales en el proceso de desarrollo de la vida prenatal;⁸ o la posibilidad de modificar el genoma humano desde la etapa embrionaria;⁹ entre otros. Desde la perspectiva médica, es muy importante poder entender los procesos que se asocian con un desarrollo embrionario normal o patológico;^{10,11} las causas de la dificultad en la concepción o fallas reproductivas;¹² la prevención de las anomalías congénitas;¹³ la posibilidad actual de la fecundación in vitro, como opción para la dificultad en la concepción, la búsqueda del hijo a medida;¹⁴ la modificación del genoma humano para evitar enfermedades total o parcialmente genéticas, o para el mejoramiento de

¹ Cruz-Coke, Ricardo. Fundamentos genéticos del comienzo de la vida humana. *Rev Chil Pediatr* 1980; 51(2): 121-124. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0370-41061980000200006&lng=es.

² Flores, Vladimir. Embriología Humana: Bases moleculares y celulares de la histogénesis, la morfogénesis y las alteraciones del desarrollo. Orientada a la formación médica. Ed. Panamericana, 2015.

³ Sadler TW. Langman. Embriología Médica (14ª Edición -) Wolters Kluwer Health, 2019

⁴ Edwards RG, Bavister BD, Steptoe PC. Early Stages of Fertilization in vitro of Human Oocytes Matured in vitro. *Nature* 1969; 221:632-635

⁵ Arribere R, Coco R. Nacer bien; consideraciones científicas, éticas y legales del inicio de la vida. 1a ed. - Buenos Aires: Fecunditas Instituto de Medicina Reproductiva, Ed. Tiempo. ISBN 987-21952-0-X, 2005.

⁶ Latham KE, Schultz RM. Embryonic genome activation *Frontiers in Bioscience* 2001; 6:748-759.

⁷ Wong, C., Loewke, K., y cols. Non-invasive imaging of human embryos before embryonic genome activation predicts development to the blastocyst stage. *Nat Biotechnol* 2010; (28): 1115-1121 <https://doi.org/10.1038/nbt.1686>

⁸ Smith HL, Stevens A, y cols. Systems based analysis of human embryos and gene networks involved in cell lineage allocation. *BMC Genomics* 20(1): 171. <https://doi.org/10.1186/s12864-019-5558-8>

⁹ Henry T Greely, CRISPR'd babies: human germline genome editing in the 'He Jiankui affair', *Journal of Law and the Biosciences*, 2019; 6(1): 111-183, <https://doi.org/10.1093/jlb/lz010>

¹⁰ Shiota K. Study of Normal and Abnormal Prenatal Development Using the Kyoto Collection of Human Embryos. *The Anatomical Record* 2018; 301:955-959.

¹¹ Sandalinas M, Sadowy S, y cols. Developmental ability of chromosomally abnormal human embryos to develop to the blastocyst stage, *Human Reproduction*, 2001; 16 (9):1954-1958, <https://doi.org/10.1093/humrep/16.9.1954>

¹² Silber SJ. Are we infertile? Simpler treatments. In: Silber SJ. (Ed). How to get pregnant? Boston: Little, Brown; 2007. P. 87.

¹³ Czeizel AE. Prevention of congenital abnormalities by periconceptional multivitamin supplementation. *British Medical Journal* 1993; 306 :1645 <https://doi.org/10.1136/bmj.306.6893.1645>

¹⁴ Morente C, Horton M, y cols. Registro Argentino de Fertilización Asistida (RAFA). *Reproducción* 2012; 27:6-18

las características biológicas o de la expresión de genoma;¹⁵ y la prevención de la morbilidad y mortalidad materna, o infantil.

También hoy son claramente reconocidos los intereses biotecnológicos: como el desarrollo de líneas celulares embrionarias humanas para investigación o tratamiento;¹⁶ la modificación del genoma humano en etapa embrionaria, que auguran un gran campo de desarrollo y por ello, ponen en juego grandes intereses económicos. De hecho, muchas de las empresas de biotecnología centradas en la edición del genoma humano cotizan en bolsa y generan grandes dividendos a sus accionistas,^{17,18} prometiendo un mercado de alrededor de 8,1 billones de dólares para 2025.¹⁹ De la misma manera, el mercado de las técnicas de reproducción asistida ha generado una gran industria con importantes dividendos para las empresas de reproducción humana ^{20,21,22}

Desde lo social y político tenemos que considerar aspectos como la tasa de fertilidad y fecundidad de las poblaciones;^{23,24,25,26} el envejecimiento de la población;²⁷ los gastos sociales que implican las poblaciones de bajos recursos;²⁸ el impacto de la pobreza en la economía de cada país; la sobrepoblación del planeta, y el uso y resguardo de los recursos naturales. Estos intereses van a definir una determinada estrategia política, económica y social, que muchas

¹⁵ Moya G. Valoración ética de las nuevas opciones reproductivas en las enfermedades mitocondriales *Acta Bioethica* 2016; 22 (2): 213-220.

¹⁶ Pei D, Beier DW, Levy-Lahad E, Marchant G, Rossant J, Izpisua Belmonte JC, Lovell-Badge R, Jaenisch R, Charo A, Baltimore D. Human Embryo Editing: Opportunities and Importance of Transnational Cooperation. *Cell Stem Cell*. 2017;21(4):423-426. <https://doi.org/10.1016/j.stem.2017.09.010>.

¹⁷ samtani, mutka. "edit stock: pioneering genome editing technology". Profit confidential, 22/03/2018. Disponible en: <https://www.profitconfidential.com/stock/editas-stock/edit-stock-pioneering-genome-editing-technology>. Consultado el 12/01/2020

¹⁸ Speights, Keith. "CRISPR Therapeutics Stock History: The Rise of the World's Biggest Gene Editing Biotech". The Motley Fool, 06/07/2018. Disponible en: <https://www.fool.com/investing/2018/07/16/crispr-therapeutics-stock-history-the-rise-of-the.aspx>. Consultado el 22/02/2020

¹⁹ Genome Editing Market Size Worth \$8.1 Billion By 2025 Grand View Research February 2017 Disponible en: <https://www.grandviewresearch.com/press-release/global-genome-editing-market> Consultado el 27/04/2020

²⁰ Fortune Business Insights, Assisted Reproductive Technologies (ART) Market to Reach USD 45.06 Billion by 2026; Increasing Prevalence of Infertility to Augment Growth, Says. Disponible en: <https://www.prnewswire.com/news-releases/assisted-reproductive-technologies-art-market-to-reach-usd-45-06-billion-by-2026-increasing-prevalence-of-infertility-to-augment-growth-says-fortune-business-insights-300983407.html> Consultado el 27/04/2020

²¹ Assisted Reproductive Technologies (ART) Market to Reach USD 45.06 Billion by 2026 ; Increasing Prevalence of Infertility to Augment Growth, Says Fortune Business Insights. Fortune Business Insights Jan 08, 2020. Disponible en : <https://www.prnewswire.com/news-releases/assisted-reproductive-technologies-art-market-to-reach-usd-45-06-billion-by-2026-increasing-prevalence-of-infertility-to-augment-growth-says-fortune-business-insights-300983407.html> Consultado el 22/2/2020

²² Fortune Business Insights. Assisted Reproductive Technologies Market 2019 Movements by Trend Analysis, Growth Status, Revenue Expectation to 2026 Disponible en: <https://www.fortunebusinessinsights.com/enquiry/speak-to-analyst/assisted-reproductive-technologies-market-101147> Consultado el 27/04/2020

²³ Country Comparison :: Total Fertility Rate Disponible en: <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/fields/356rank.html> Consultado el 22/2/2020

²⁴ Fertility rate, total (births per woman) Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/sp.dyn.tfrt.in> Consultado el 22/2/2020

²⁵ Desciende la tasa de natalidad en Argentina en 2017. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/natalidad/argentina> Consultado el 22/2/2020

²⁶ Estadísticas demográficas: La fecundidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: situación al año 2016 (19. 07. 2017) Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2017/07/ir_2017_1166.pdf Consultado el 22/2/2020

²⁷ Oku A, Ichimura E, Tsukamoto M. Aging population in Asian countries. Lessons from Japanese experiences. 2017 Research Department Policy Research Institute, MOF. Japan. Disponible en https://www.mof.go.jp/pri/research/discussion_paper/ron299.pdf Consultado el 22/2/2020

²⁸ Pew Research Center Europe's Growing Muslim Population NOV. 29, 2017 Disponible en: <https://www.pewforum.org/2017/11/29/europes-growing-muslim-population> Consultado el 22/2/2020

veces está influenciada por organismos internacionales o empresas que someten la soberanía de un país.

Por otro lado, existen aspectos filosóficos, antropológicos y éticos que ayudan a discernir el límite entre lo correcto y lo incorrecto de estas acciones. Son estos elementos los que imponen la necesidad de fijar una regulación a la actividad científica y tecnológica, y a las políticas sanitarias, sociales y económicas. Si bien, no siempre ocurre de esta manera, estas políticas deberían tener como eje la custodia y promoción de la vida humana desde su inicio, y en todas las circunstancias.

Volviendo al tema del inicio de la nueva vida humana, sabemos que el mismo depende de mecanismos biológicos y moleculares bien conocidos. Aunque hoy, es claro que para algunos es difícil aceptar que desde ese momento existe una obligación de reconocer el derecho a que la nueva vida humana sea respetada y promovida, porque al hacerlo verían limitados sus intereses personales, profesionales, sociales o económicos. La protección de estos distintos intereses se acrecienta a medida que surgen nuevas maneras de manipular la vida humana temprana en beneficio de la vida humana adulta. Ello genera una controversia entre quienes defienden el inicio de la vida desde el momento de la fecundación y quienes retrasan ese reconocimiento a un momento posterior del desarrollo del ser humano generado *in vitro* o *in vivo* durante la gestación.

Se entiende que, en las circunstancias en las que se genera un conflicto entre el derecho de un adulto y el de un niño por nacer, la asimetría es muy grande. El adulto defenderá sus derechos y argumentará en su favor, mientras que el ser humano en gestación solo tiene la fuerza de su propia presencia humana, sin otras herramientas para defender su vida. Sin embargo, su sola existencia como ser humano en desarrollo distinto de su madre y su padre, conlleva en sí misma el peso y la dignidad de toda la humanidad misma.

Por ello, urge reconocer el momento de inicio de la vida humana y establecer las pautas que permitan definir el límite entre las acciones moralmente lícitas o ilícitas, en todas las áreas en las que pueda estar comprometida la protección y promoción de la vida humana. Este límite ha sido claramente establecido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos²⁹ definiendo dos conceptos: 1) el de dignidad de la vida humana, como intrínseca, es decir propia de su naturaleza humana; y 2) el derecho a la vida a todos los individuos. Siendo estas dos nociones el sostén antropológico de toda la Declaración. Para ello, proclama en su preámbulo:

“Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana;”

Y aclara en el artículo 3:

“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”

Sin embargo, aunque estos conceptos de dignidad humana y derecho a la vida han sido esclarecidos y establecidos en este documento hace más de 70 años y son la base de la doctrina de los derechos humanos, siguen siendo cuestionados.

²⁹ Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. 10 de diciembre de 1948 Disponible en: http://www.infoleg.gob.ar/?Page_id=1003 Consultado el 02/1/2020

Análisis Bioético

Precisar la definición bioética es “... un problema que hasta ahora no parece resuelto.”³⁰ Esto es debido a que los movimientos de ideas cambiantes sobre la moralidad confunden el esclarecimiento del objetivo de esta disciplina como ciencia. La definición clásica de la bioética publicada en la *Encyclopedia of Bioethics* en 1978, refiere que es el “*Estudio sistemático de la conducta humana, en el campo de las ciencias biológicas y de la atención en salud, en la medida en que esta conducta se examine bajo la luz de valores y principios morales.*”³¹ En esta definición entendemos que tiene como objeto de estudio a la conducta humana, pero no todo tipo de conducta, sino solo aquella que esté centrada en el campo de las ciencias biológicas y de la atención de la salud. A su vez estas conductas sólo serán analizadas bajo un aspecto, es decir a la luz de los valores y principios morales. Sin embargo, debido a estos movimientos de ideas cambiantes en el año 1995, Reich en *Encyclopedia of Bioethics* redefine esta ciencia como el “*Estudio sistemático de las dimensiones morales (incluyendo la visión moral, decisiones, conductas y políticas) de las ciencias de la vida y de la atención de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinar.*”³² Ahora el objeto de estudio es más amplio y menos personalizado ya que involucra el estudio de las dimensiones morales, no sólo en forma individual, personal, sino que también las dimensiones que involucran a decisiones sociales como es el caso de las políticas públicas. Amplía también el campo en que hará el estudio de estas dimensiones morales, ya que no solo se refiere a las ciencias biológicas, sino que involucra también a otras ciencias que afectan la vida y la salud de los seres vivos. Siendo analizadas estas dimensiones morales bajo una visión ética pluralista, es decir bajo una variedad de modelos éticos de referencia y una diversidad de teorías éticas sobre la fundamentación del juicio ético con una visión interdisciplinar. Este enfoque más amplio permite el desarrollo de diferentes modelos éticos de referencia, lo que puede considerar la opción de analizar las situaciones de dilema ético en estudio desde distintas perspectivas científicas, resultando en conclusiones éticas diferentes o aún contrapuestas. Esta nueva concepción del análisis bioético, si bien permite enfoques de análisis más amplios, de mayor riqueza, profundidad y esfuerzo, genera una variedad de respuestas muy diferentes aún contradictorias, que pueden llevar a interpretar al análisis bioético como inconcluso, ineficiente, y aún incoherente.

Como hemos visto, existen muchos intereses diferentes, desde los que se intenta definir el momento del inicio de una nueva vida humana, que son ajenos al mismo ser humano que comienza su vida. Entonces, si bien, el inicio de la nueva vida humana depende de mecanismos biológicos moleculares, el entendimiento de la relación entre estos conceptos científicos y las perspectivas morales no siempre es completamente claro. Ello genera una gran confusión, que puede ser medianamente resuelta si intentamos analizar esta relación entre las ciencias biológicas y morales sobre el inicio de la vida humana separándola claramente en tres momentos:³³

- 1) cuál es el momento en que comienza una nueva vida humana desde lo biológico;
- 2) cuál es el momento y las circunstancias a partir de las cuales esa nueva vida humana tiene el derecho a que su vida sea considerada moralmente, y, por lo tanto, respetada y promovida; y
- 3) cómo se regula legalmente su protección.

³⁰ Scgreccia E. Manual de bioética. I Fundamentos y ética biomédica, Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 2009. P. 23

³¹ Reich WT. *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Macmillan Publishing, 1978.

³² Reich WT. *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Macmillan Publishing, 1995.

³³ Ciccone, L, *Bioética: Historia, Principios, Cuestiones*, Madrid, Editorial Palabra, 2005.

Estos tres momentos se distancian a medida que surgen nuevas maneras de intervenir sobre la vida humana en etapa temprana a beneficio de otros intereses, ente ellos generar beneficios económicos o sociales a terceros. Entonces, al aplicar y regular el principio moral del derecho a la vida, y en particular el derecho a no ser muerto por otro ser humano, cobra capital importancia establecer el momento a partir del cual y las condiciones en las que la nueva vida humana debe ser entendida y respetada.

Inicio de la vida humana desde la perspectiva biológica

El comienzo de la vida de un nuevo ser humano es un evento biológico y por tanto debe ser fundamentado desde esta ciencia. Una nueva vida humana se inicia desde la fecundación, proceso por el cual se fusionan los gametos femenino y masculino. Desde ese momento comienza una cascada de eventos moleculares, a nivel bioquímico y genético, independiente, autorregulada, que permite al cigoto desarrollarse como una vida orgánica, incipiente, en forma organizada, gradual, con un orden jerárquico y coordinado, debido a un programa genético de desarrollo propio de la especie. Así, este cigoto tiene la capacidad de desarrollar un ser humano adulto con características propias que se encuentran inscritas en el patrimonio genético de sus células.

Desde lo biológico es claro, y existen muchas evidencias científicas que demuestran que la nueva vida humana comienza desde el inicio del proceso de fecundación. En este proceso se restablece el número diploide de cromosomas -46 cromosomas para el ser humano; se define el sexo cromosómico (XX en las mujeres, y XY en los varones)-, y se activa el citoplasma del nuevo ser para comenzar la primera de millones de replicaciones celulares denominadas divisiones mitóticas.³⁴

Entonces, el proceso de la fecundación comienza con el contacto y reconocimiento de especie entre el espermatozoide y el óvulo.³⁵ Una vez que el espermatozoide ingresa al citoplasma del óvulo, luego de este reconocimiento y fusión de membranas celulares, induce un aumento del nivel de calcio intracelular, como acontecimiento biológico temprano.³⁶ En los mamíferos se ha demostrado que variaciones en el nivel de calcio intracelular desencadena una serie de eventos biológicos secuenciales y específicos que incluyen:

- 1) la liberación del contenido de los gránulos corticales que modifican definitivamente la estructura de la zona pelúcida (zona de glicoproteínas) que rodea al óvulo, cambia la estructura tridimensional de sus proteínas (ZP2) y por tanto química, al reconocer al espermatozoide, y ello impide que sea fecundado por un segundo espermatozoide;
- 2) la finalización de la segunda división meiótica del óvulo; el inicio de la traducción de los ARN mensajeros maternos, para la producción de proteínas;
- 3) la preparación del cigoto para la primera mitosis ^{37,38,39}

³⁴ Flores, Vladimir. Embriología Humana: Bases moleculares y celulares de la histogénesis, la morfogénesis y las alteraciones del desarrollo. Orientada a la formación médica. Ed. Panamericana, 2015

³⁵ Clark GF. The role of carbohydrate recognition during human sperm-egg binding. *Human Reproduction*. 2013; 28:566-577

³⁶ Whitaker M. Calcium at fertilization and in early development. *Physiolrev*. 2006 ;86(1) :25-88.

³⁷ Ducibella T, y cols. Egg-to-embryo transition is driven by differential responses to Ca (2+) oscillation number. *Dev Biol*. 2002; 250:280-91.

³⁸ Horner VL, Wolfner MF. Transitioning from egg to embryo: triggers and mechanisms of egg activation. *Dev Dyn*. 2008; 237:527-44.

³⁹ Wakai T, Vanderheyden V, Fissore RA. Ca₂₊ Signaling During Mammalian Fertilization: Requirements, Players, and Adaptations. *Cold Spring Harbor Perspectives in Biology*. 2011;3(4): a006767. Doi:10.1101/cshperspect. A006767.

Más recientemente, se han demostrado los complejos mecanismos que ocurren para la modificación de los genomas de células tan especializadas como óvulos y espermatozoides, que permiten que, al combinarse, den origen a un genoma embrionario único, completo y totipotencial que, con el tiempo, llevará al desarrollo de ese individuo como adulto.⁴⁰ En los mamíferos, el genoma materno y paterno no son funcionalmente equivalentes, por ello se requieren ambos para el normal desarrollo embrionario, prenatal y postnatal.⁴¹

Para que la nueva vida humana pueda adquirir la totipotencialidad, es decir la capacidad de dar origen a todos los tejidos y tipos celulares fetales, y extra-fetales necesarios para el desarrollo del nuevo individuo, el genoma humano embrionario debe producir una extensa reprogramación epigenética.^{42,43} En esta reprogramación, conocida como *activación del genoma*, el cigoto modifica los patrones de expresión de la mayoría de los genes maternos y paternos. Es un proceso continuo que tiene su máxima expresión alrededor del quinto día de vida, en que comienza a diferenciar las células que van a formar todos los tejidos.⁴⁴

Pero no sólo es el genoma de este nuevo ser humano en edad embrionaria el que se reprograma, sino también debe ser reorganizado el sistema de proteínas citoplasmático que sostiene la división simétrica de las células embrionarias.⁴⁵ Durante la maduración del ovocito y la transición de huevo a embrión, la expresión del genoma está silenciada y se recupera en forma paulatina desde el estadio de cuatro células del embrión.⁴⁶ Esto es debido a que previamente durante la maduración del ovocito en el ovario materno (ovogénesis), la expresión del genoma (transcripción del ARN mensajero y la traducción de proteínas), se mantuvo muy activa y almacenó estas moléculas que se expresarían post-fertilización para el correcto desarrollo inicial del nuevo ser humano.⁴⁷ Es decir, el ovocito es una célula altamente especializada, cuyo única finalidad es la de iniciar una nueva vida humana a partir de su activación, mediada por la fecundación. A su vez, es necesaria la organización de la polarización del ovocito, que va a proveer una información posicional para las células durante el desarrollo temprano del nuevo ser. Esta polarización está regulada por el gradiente de moléculas dentro del ovocito durante su maduración, por el sitio de ingreso del espermatozoide,⁴⁸ y los movimientos del citoplasma del cigoto,⁴⁹ siendo necesaria para el correcto desarrollo del embrión.⁵⁰

Una vez generado así el nuevo ser humano (embrión), sus células comienzan con una serie de divisiones de clivado y rearrreglos morfogenéticos, que llevan a que alrededor del quinto

⁴⁰ Clift D, Schuh M. Re-starting life: Fertilization and the transition from meiosis to mitosis. *Nat Rev Mol Cell Biol.* 2013; 14(9): 549–562. Doi:10.1038/nrm3643

⁴¹ Feil R. Epigenetic asymmetry in the zygote and mammalian development. *Int. J. Dev. Biol* 2009; 53: 191- 201 doi: 10.1387/ijdb.082654rf

⁴²Reik W, Walter J. Genomic imprinting: parental influence on the genome. *Nat Rev Genet.* 2001; 2:21–32.

⁴³ Smith ZD, y cols. A unique regulatory phase of DNA methylation in the early mammalian embryo. *Nature.* 2012; 484:339–44.

⁴⁴ Schultz RM, Worrall DM. Role of chromatin structure in zygotic gene activation in the mammalian embryo. *Seminars in Cell Biology.* 1995; 6:201–208.

⁴⁵ Clift D, Schuh M. Re-starting life: Fertilization and the transition from meiosis to mitosis. *Nat Rev Mol Cell Biol.* 2013; 14(9): 549–562. Doi:10.1038/nrm3643.

⁴⁶ Braude P, Bolton V, Moore S. Human gene expression first occurs between the four- and eight cell stages of preimplantation development. *Nature.* 1988; 332:459–61.

⁴⁷ Wang S, y cols. Proteome of mouse oocytes at different developmental stages. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.* 2010; 107:17639–17644.

⁴⁸ Roegier, F, mcdougall A, Sardet, C. The sperm entry point defines the origin of the calcium induced contraction wave that directs the first phase of cytoplasmic reorganisation in the ascidian egg. *Development* 1995; 121: 3457–3466.

⁴⁹ Payne D, Flaherty SP, Barry MF, Matthews CD. Preliminary observations of polar body extrusion and pronuclear formation in human oocytes using time-lapse video cinematography. *Hum. Reprod* 1997; 12: 532–541.

⁵⁰ Garello H, Baker J, Rai S, Montgomery P, y cols. Pronuclear orientation, polar body placement, and embryo quality after intracytoplasmic sperm injection and in-vitro fertilization: further evidence for polarity in human oocytes?, *Human Reproduction* 1999;14(10): 2588–2595.

día de vida se constituya con una estructura que se reconoce como blastocisto. Para el correcto desarrollo del ser humano en etapa de blastocisto temprano es necesario que se encuentre polarizado. La polarización de sus células en esta etapa es secundaria a la expresión de diferentes moléculas en su superficie dependiendo si entran o no en contacto con otras células. Esta información que se recibe de las células con las que contacta es necesaria para establecer el destino de cada célula y el correcto desarrollo morfogenético del embrión.⁵¹ Al quinto día del desarrollo se organiza el blastocisto constituido por tres tipos de linajes celulares: células que van a establecer los tejidos fetales (epiblasto), y otros dos tipos que formaran tejidos extra-fetales (hipoblasto y el trofoectodermo), que, luego de la implantación en útero, darán origen al saco vitelino y la placenta respectivamente.⁵² Alrededor del séptimo día del desarrollo el ser humano en etapa embrionaria necesita implantarse en el útero para sobrevivir, generar las tres capas de tejidos fetales para el desarrollo de su cuerpo (gastrulación), y el establecimiento de la relación vascular con el endometrio materno. Esto se logra debido a que el ser humano en etapa embrionaria tiene una capacidad propia de autoorganización que depende de la activación propia de su genoma y del contacto con las células cercanas.⁵³ Entonces la fecundación es un proceso que genera un cambio cualitativo para el inicio de un nuevo ser, que comienza con la unión de las membranas del óvulo y espermatozoide. El resto de los cambios ocurren a partir del momento de la fecundación son cambios cuantitativos.

Entonces, podemos concluir que el ser humano desde su etapa embrionaria más temprana tiene una finalidad intrínseca, un objetivo de desarrollo que le es propio. Esto es debido a que posee una constante integración y cooperación teleológica -es decir tanto las células como las moléculas que se expresan dentro y fuera de ellas cooperan en forma integral para el desarrollo de este nuevo ser humano- independiente de la voluntad de la madre. Esta finalidad intrínseca depende de un desarrollo epigenético, esto significa que no sólo depende del genoma embrionario, sino que también del ambiente en que se desarrolla, ya que no es posible considerar a cualquier organismo vivo y en cualquier momento de su vida como independiente de su ambiente de desarrollo.

Podemos establecer, entonces, cuáles son las principales propiedades que caracterizan el desarrollo epigenético humano: ^{54,55}

- Coordinación: El desarrollo embrionario es un proceso secuencial y coordinado debido a interacciones moleculares y celulares controladas por su propio genoma.
- Continuidad: Hay una diferenciación no interrumpida y progresiva del individuo según un plan único, jerárquico y autolimitado, definido por el genoma.
- Gradualidad: La forma final es cada vez más compleja y requiere la presencia de estructuras previas para el desarrollo de estructuras posteriores
- Identidad: Puede considerarse desde la identidad numérica como un ser individual, concreto y único; desde la identidad genética por portar un genoma original; y desde la identidad ontológica la persona es el todo, las cualidades más el sujeto portador quien les da unidad y continuidad.

⁵¹ Nance J. Getting to know your neighbor: Cell polarization in early embryos. *J. Cell Biol* 2014; 206(7): 823- 832

⁵² Shahbazi MN, Jedrusik A, Vuoristo S, y cols. Self-organisation of the human embryo in the absence of maternal tissues. *Nat Cell Biol*. 2016; 18(6): 700-708. Doi:10.1038/ncb3347.

⁵³ Ibidem.

⁵⁴ George RP, Lee P. Embryonic human persons. *Talking Point on morality and human embryo research. EMBO Reports*. 2009;10(4):301-306. Doi:10.1038/embor.2009.42.

⁵⁵ Baune Ø, Borge OJ, Funderud S, y cols. (2008) The Moral Status of Human Embryos with Special Regard to Stem Cell Research and Therapy. In: Østnor L (ed.). *Stem Cells, Human Embryos and Ethics*. Springer, Oslo, Norway, pg: 1-18.

– Individualidad: cada genoma tiene características propias y se desarrolla en un ambiente único.

– Unidad: tiene una unidad intrínseca entre sus componentes porque se desarrolla en forma autónoma, inmediata, jerárquica y no interrumpida.

Como vemos la evidencia científica no pone en duda el comienzo de la vida humana, ya que es posible demostrar que desde el comienzo de la fertilización se activan procesos moleculares propios, únicos, continuos y graduales que concluyen con el desarrollo, y la implantación del blastocisto humano en útero materno.

Entonces, queda definir el instante a partir del cual la vida humana adquiere significado moral, y por lo tanto es susceptible de respeto moral. Es decir, responder cómo debemos ser considerados moralmente los seres humanos en la vida embrionaria y fetal. En este punto la pregunta es acerca de la noción de persona: si la noción de persona es inherente al ser humano, o es un atributo adquirido en algún momento del proceso del desarrollo humano, o bien es otorgada arbitrariamente por otros seres humanos en ciertas circunstancias.

Inicio de la vida humana desde la perspectiva ontológica

Particularmente en la deliberación de las cuestiones éticas al inicio de vida, no es posible hablar de una conducta moral lícita o ilícita, si no se tiene bien en claro quién es el sujeto hacia quién están destinadas esas conductas, y cuáles son sus propiedades específicas. Para ello, se hace necesario definir el estatuto moral del ser humano en etapa embrionaria o fetal.⁵⁶

Reconocer esta definición implica definir el instante a partir del cual la vida humana adquiere significado moral, y, por lo tanto, es susceptible de respeto moral. Es decir, vamos a intentar responder cómo deben ser considerados moralmente los seres humanos en etapa embrionaria y fetal. En este punto la cuestión es acerca de conocer los diferentes enfoques que puede tener la definición de la noción de persona. Existen entonces diferentes criterios, que dependen de las diferentes visiones antropológicas. Simplificando existen dos grandes corrientes de pensamiento que pueden orientar hacia esta definición: la visión sustancialista u ontológica y la visión funcionalista o empirista.⁵⁷

1. Visión sustancialista

Esta perspectiva equipara como sinónimos los conceptos de "persona" y "ser humano", ya que define a la persona como un ser sustancial de naturaleza racional, basada en la definición clásica de "*persona*" establecida por Boecio.⁵⁸ Esta naturaleza racional es propia y única del ser humano. Por ser intrínseca a su ser, se mantiene durante toda su existencia, desde la fecundación hasta su muerte natural. El ser humano, entonces, es un individuo único, portador de una sustancia interna natural. Esta corporeidad individual le da una unidad estructural natural que está ordenada al desarrollo de sus facultades fundamentales, que se manifiestan en una serie de capacidades, actividades y funciones intelectuales, emocionales y espirituales (diferentes de

⁵⁶ Moya Graciela. Valoración ética del diagnóstico de enfermedades fundantes de discapacidad en la vida prenatal. *Acta bioeth.*

2014; 20 (1): 31-40. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1726-569X2014000100004&lng=es. [Http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2014000100004](http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2014000100004).

⁵⁷ Ciccone L. *Bioética: Historia, Principios, Cuestiones*. Madrid: Editorial Palabra; 2005.

⁵⁸ *Ibidem*.

las de otros animales), que, sin duda, pueden ser consideradas como características de la racionalidad, pero no reducidas a ellas. El ser persona, entonces, no debería quedar reducido a la expresión de estos comportamientos típicos humanos. Por tanto, un ser sustancial no puede cambiar las capacidades fundamentales que lo definen, es decir, no puede perder su naturaleza propia y original, y continuar su existencia.⁵⁹ La persona humana es un organismo vivo, cuya característica diferencial natural respecto de otros seres es su facultad de ser un agente moral racional.

Esta facultad racional se mantiene idéntica durante su existencia, aun cuando no expresen las funciones, conductas o actividades que típicamente se atribuyen a los agentes morales racionales, activos y maduros. Al ser un agente moral racional, tiene un valor moral intrínseco mientras dure su existencia,⁶⁰ porque es propio de su naturaleza. Por lo tanto, desde las etapas muy tempranas de la vida del ser humano -embrionaria y fetal-, es el mismo individuo concreto, dotado de naturaleza ontológica única y propia, debido a que los seres sustanciales son ontológicamente primero que sus partes o capacidades.⁶¹ El individuo, sus partes y su rol en la actualización de las capacidades básicas, tienen una finalidad intrínseca porque su objetivo es mantener la unidad del individuo y su perfección como un todo. El individuo puede adquirir o perder parte de o todas sus capacidades, pero mantiene su naturaleza humana idéntica en el tiempo. Esto implica que posee una dignidad intrínseca, por lo tanto, su derecho a la vida se sostiene en su naturaleza; no es adquirido por sus capacidades u otorgado por terceros. En conclusión, la persona se define, no sólo por el desarrollo de sus facultades, sino que también por su corporeidad que sostiene la expresión de dichas capacidades y su vez, les da unidad y continuidad.⁶²

Por lo tanto, el ser humano en edad embrionaria y fetal es un *individuo concreto*, dotado de naturaleza ontológica, que no expresa aún sus facultades adultas, ya que se encuentra en el inicio de su desarrollo evolutivo. Aun cuando el ser humano puede ser diagnosticado, en forma muy temprana, con enfermedades que afecten el ejercicio de sus capacidades racionales, o bien, por su declinación natural, pierde el ejercicio de estas facultades en el final de su vida, no pierde nunca su naturaleza humana. El ser humano desde el momento de su concepción tiene naturaleza humana, porque pertenece a la especie humana, siendo por lo tanto una persona humana.

Algunos autores proponen otros criterios para definir la discusión sobre el estatuto ontológico del ser humano en las diferentes etapas de su vida,⁶³ considerando no sólo criterios intrínsecos, sino que también extrínsecos. Se definen los criterios intrínsecos como aquellos que remiten a alguna característica del embrión mismo, mientras que los criterios extrínsecos son aquellos que no derivan del ser humano en cuanto tal, sino que dependen de factores externos. Entre los *intrínsecos* se proponen:

1) la naturaleza biológica humana: por el simple hecho de ser biológicamente un ser humano,

⁵⁹ Moreland JP. Humanness, personhood, and the right to die. *Faith and Philosophy* 1995; 12(1): 95-112.

⁶⁰ Beckwith FJ. The Human Being, a Person of Substance: A Response to Dean Stretton. In: Napier S, (eds.) *Persons, Moral Worth, and Embryos*, Philosophy and Medicine. New York: Springer Science+Business Media B.V.; 2011: 67-83.

⁶¹ Eijek JW. Los criterios de la individualidad orgánica y el estatuto bioantropológico del embrión preimplantatorio. In Sgreccia E, Laffite J, (eds.) *El embrión humano en la fase de preimplantación, aspectos científicos y consideraciones bioéticas*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2008.

⁶² Burgos Velasco JM. Persona Versus Ser Humano: un análisis del esquema argumentativo básico del debate. *Cuadernos de Bioética* 2008; XIX (3):433-447.

⁶³ Eijek, J.W. "Los criterios de la individualidad orgánica y el estatuto bioantropológico del embrión preimplantatorio" en E. Sgreccia, J. Laffite, *El embrión humano en la fase de preimplantación, aspectos científicos y consideraciones bioéticas*, Pontificia Academia Pro-Vita. Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 2008.

2) la finalidad intrínseca: el ser humano en desarrollo aún no sea un individuo humano, debe ser respetado como tal por el simple hecho de que llegará a expresar sus facultades.

3) la individualidad: desde el momento en que ya no puede dividirse dando vida a un gemelo o unirse a otro ser humano en gestación (quimeras),

4) la independencia del cuerpo de la madre, desde el momento en que deja de depender del organismo de la madre para desarrollarse y subsistir en forma autónoma,

5) el ejercer las facultades del ser humano adulto: el ser humano en edad prenatal se convierte en persona humana cuando expresa sus funciones reconocidas en el adulto sano y maduro.

Entre los *extrínsecos* se destacan:

1) las relaciones humanas: el ser humano en la etapa prenatal se convierte en individuo humano desde el momento en que instaura relaciones con otros individuos humanos,

2) la ley positiva: el momento en que es reconocido como persona por la ley positiva,

3) la posibilidad de desarrollo: si subsiste la posibilidad de un desarrollo ulterior fuera del útero, que depende de la posibilidad tecnológica a la que tenga acceso; donde en este punto se propone también que el desarrollo ulterior no implique enfermedades que se asocien con discapacidad.

Sin embargo, aunque no se cuestione el inicio biológico de la vida humana, se sostiene el concepto de la viabilidad biológica o potencialidad como criterio absoluto o relativo para sostener el derecho a la vida. Es decir, son sólo acreedores de este derecho aquellos seres humanos considerados viables. ¿Cómo se define este concepto de viabilidad? Existen diferentes visiones del mismo. La primera está relacionada con la capacidad de existencia y en consecuencia de desarrollo. Entonces se puede interpretar con dos enfoques:

1) cuando se reconoce al ser humano en su vida fetal como ser individual e independiente moralmente de su madre, se define como viable cuando es capaz de vivir y crecer de manera normal antes o después del nacimiento; o bien

2) cuando se interpreta al feto como un ser dependiente moralmente de la madre, la noción de viabilidad adquiere un sentido diferente, y se refiere solamente a la capacidad de vivir y desarrollarse fuera del útero de la madre, independiente biológicamente de ella. Más aún cuando la noción de viabilidad se aplica al recién nacido se interpreta no sólo, como la capacidad de crecer y vivir, sino que entra en consideración el tiempo que vivirá; el soporte tecnológico que requerirá según su desarrollo y salud; y la calidad de la vida esperada. Entonces, si consideramos a la viabilidad como el estadio del desarrollo en que el feto puede vivir fuera del útero materno, por un tiempo de vida prologado, y con buena calidad de vida, como criterio moral alegado, estaríamos frente a un criterio relativo, porque no sólo depende de criterios intrínsecos, sino que también de criterios extrínsecos. El constante adelanto tecnológico modifica la definición de los criterios extrínsecos, ya que estos avances científicos permiten la sobrevivencia de niños cada vez más prematuros. Desde el punto de vista estrictamente médico, la viabilidad humana se define como la edad gestacional en la que la probabilidad de supervivencia es del 50%. Esa edad actualmente es de aproximadamente 23 a 24 semanas en los países tecnológicamente más desarrollados. Se ha encontrado también una diferencia entre ambos sexos de manera que las niñas pequeñas, en promedio, tienen mejores resultados que los niños pequeños. En consecuencia, podría entenderse que cualquier ser humano en etapa embrionaria o fetal será viable dependiendo de la tecnología a la que tenga acceso. Así, si fuese posible

desarrollar una manera artificial de incubar seres humanos en etapa embrionaria o fetal temprana independientemente de útero materno, colapsaría el criterio de viabilidad como criterio moral.

Esta misma perspectiva podemos aplicarla al ser humano ya adulto quien también requiere un medio ambiental adecuado para ser viable, que le permita desarrollar su programa vital, durante toda su existencia. De esta manera, algunas posturas sostienen un falso dualismo en la relación organismo/ambiente como criterio moral para proteger o no una vida humana. Pero es una realidad que ningún organismo puede desarrollarse en cualquier etapa de su vida en un ambiente que no sea el propicio para el desarrollo de su vida, y ello, por sí mismo, no debería determinar su valoración moral.

Ciccone cita a Laura Palazzani⁶⁴ en *"I significati filosofici del concetto di persona"*, en Pontificia Academia por la Vida, «*El ser humano "es" persona en virtud de su naturaleza racional, no se "convierte en" persona debido al efectivo ejercicio de determinadas funciones (como son la capacidad de relacionarse, la sensibilidad, la racionalidad). Ser persona pertenece al orden ontológico: la posesión de un estatuto sustancial personal no se puede adquirir ni disminuir gradualmente, sino que es una condición radical [...] La ausencia (entendida como no actuación o privación) de las propiedades o funciones no niega la existencia del referente ontológico, que sigue siendo tal por naturaleza, ya que preexiste ontológicamente a sus cualidades. Es evidente que existe un desfase entre ontología y fenomenología [...]: el embrión o el moribundo no se manifiestan en su dimensión, en su forma, en su conciencia, igual al hombre adulto: pero la manifestación incompleta no modifica su estatuto ontológico.*»

En resumen, si se define al ser humano en la vida prenatal como ser individual, concreto y único, considerar una humanización indirecta o gradual es difícil de sostener. El ser humano "es" persona en virtud de su naturaleza racional, no se "convierte en" persona debido al efectivo ejercicio de determinadas funciones (como son la capacidad de relacionarse, la sensibilidad o la racionalidad). El ser persona pertenece, entonces, al orden ontológico, al orden del ser, no se puede adquirir ni disminuir gradualmente por el obrar, independientemente de su estadio de desarrollo físico, emocional o social.⁶⁵

2. Visión empirista o funcionalista

Esta otra perspectiva considera que hay diferencia entre los conceptos "persona" y "ser humano", y que utilizar estos términos como sinónimos lleva a confusión.⁶⁶ Por ello, definen "persona" como cualquier ser, humano u otro, que tenga la función mental suficiente para que se considere su destrucción deliberada como intrínsecamente mala. Mientras que el término "ser humano" se refiere a cualquier ser miembro de la especie *Homo Sapiens*, sin considerar la naturaleza de su vida mental.⁶⁷ Del mismo modo, John Locke (1690)⁶⁸ también define el concepto de persona principalmente por el ejercicio de sus funciones racionales y su autoconciencia, y no por su naturaleza:

"un ser pensante inteligente, provisto de razón y de reflexión, y que puede considerarse a sí mismo como sí mismo, una misma cosa pensante en diferentes tiempos y lugares; lo que tan solo

⁶⁴Ciccone, *Bioética: Historia, Principios, Cuestiones*, 2005

⁶⁵Palazzani L. *I significati filosofici del concetto di persona*. In Ciccone L. *Bioética: Historia, Principios, Cuestiones*. Madrid: Editorial Palabra; 2005.

⁶⁶ Brown J. Research on human embryos - a justification. *J Med Ethics* 1986; 12(4): 201-206.

⁶⁷ *Ibidem*.

⁶⁸ Locke J. *An essay concerning human understanding*. Berkeley: University of California Press; 1975.

hace porque tiene conciencia, que es inseparable del pensamiento". Engelhardt⁶⁹ en el libro "The Foundations of Bioethics" también propone una distinción entre persona y ser humano a partir de los criterios de actualidad: "no todos los seres humanos son personas, no todos son autorreflexivos, racionales o capaces de formarse un concepto sobre el mérito de la culpa o del elogio. Los fetos, las criaturas, los retrasados mentales profundos y los que se encuentran en coma profundo son ejemplos de seres humanos que no son personas". Sostiene así el concepto de persona en la expresión de las capacidades naturales humanas, y no sólo en su naturaleza humana. Estas capacidades -por ejemplo, racionalidad, autoconciencia, habilidad para comunicarse, entre otras- pueden establecerse en grados. Es decir, el "ser persona" se puede interpretar como una propiedad mensurable, y sólo aquellos seres humanos que cumplan con un determinado umbral de capacidades pueden ser considerados personas. Engelhardt⁷⁰ considera que no todos los seres humanos son iguales y esas "diferencias constituyen la base de desigualdades moralmente relevantes". De esta manera sostiene que existe una desigualdad entre seres humanos y personas. "Las personas, no los seres humanos, son especiales -al menos si sólo se dispone de una moralidad secular general. Los seres humanos adultos competentes tienen una categoría intrínseca moral mucho más elevada que los fetos humanos o que incluso los niños pequeños".⁷¹ Plantea que lo que nos define como agente moral es nuestra capacidad de ser seres autoconscientes y racionales, y ello es, según precisa, a lo que se denomina "persona". Por lo tanto, sólo las personas y no los seres humanos, pueden ser incluidos en las discusiones éticas: "Hay que señalar que esta consideración moral se concentra en las personas, y no en todos los seres humanos". El hecho de que una entidad pertenezca a una especie concreta no tiene importancia en términos morales seculares generales, a menos que "sea en realidad un agente moral".⁷²

El concepto de persona es, entonces, definido por un cierto conjunto de propiedades o funciones consideradas específicamente humanas (como la capacidad de reflexión -el sujeto epistemológico de Descartes-, autoconciencia y autodeterminación -el sujeto moral de Kant-, comunicación intersubjetiva -Habermas-, representación simbólica, entre otras). De manera que, sólo aquellos que pueden llevar a cabo estas capacidades son considerados personas. Surge de estas teorías el concepto de que un ser humano comienza su existencia sin ser persona, luego se desarrolla como persona y después en alguna etapa de su vida puede dejar de ser persona, aunque continúa siendo ser humano. Harris⁷³ propone que los seres humanos son personas cuando tienen la capacidad de valorar su propia existencia, tener interés en su propio futuro, y una visión de lo que será su vida futura. Por lo tanto, considera que terminar o dejar de mantener la vida de una persona, es privar a esa persona de algo que valora. Por otra parte, terminar o dejar de mantener la vida de un ser humano que no puede valorar su propia existencia, no priva a ese individuo de algo que podría valorar y, por lo tanto, no se le causa ningún daño. Esta capacidad de reconocer el valor de su propia vida es la que para Harris marca la diferencia moral entre persona y no-persona, ya que la considera como la condición mínima para casi cualquier acto deliberado. Profundiza este concepto al designar una clasificación en: "pre-persona" - "personas" - "post-personas". Postula un flujo continuo de vida que comienza con los gametos y continúa con un individuo. En algún momento de ese flujo aparece o desaparece la persona, el criterio que la determina sería como mínimo su capacidad de autovaloración.

⁶⁹ Engelhardt HT, The foundation of Bioethics New York, Oxford University Press; 1996.

⁷⁰ Engelhardt HT. The foundation of Bioethics. New York: Oxford University Press; 1996.

⁷¹ Ibid.135

⁷² Ibid. 154

⁷³ J. Harris, —The concept of the Person and the value of life Kennedy Institute of Ethics Journal 9 (1999)293-308.

Por lo tanto, esta perspectiva de diferenciar el concepto de “ser humano” del concepto de “persona” sostiene que hay obligaciones morales hacia las personas y deber de beneficencia hacia los demás. Entonces se tiene el deber de respetar las decisiones autónomas de las personas; y a su vez sólo las personas pueden determinar qué es lo que se considera el mejor bien para los otros seres humanos no reconocidos como personas.

Con base en las visiones anteriores es necesario diferenciar dos conceptos: las facultades naturales que son propias de cada ser, y las habilidades ejecutables por cada persona. Las facultades naturales no vienen en grados porque dependen de la naturaleza del ser, pero las habilidades sí son mensurables. Si el ser persona y su dignidad vienen en grados, no todos los seres humanos tienen el mismo valor moral intrínseco, sino que el valor moral de cada ser humano será un atributo adquirido o perdido en forma cuantitativa, dependiendo de las circunstancias. En ese caso, el respeto por la dignidad de la persona humana, y en consecuencia sus derechos, entre ellos el derecho a la vida, serán graduales y se aplicarán en ciertas etapas de su vida y no en otras. Siendo clara esta perspectiva contraria a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, como se citó previamente.⁷⁴

En la negación de la persona como ser complejo, jerárquico e integrado, se construye un concepto de persona humana, no objetivo u ontológico, sino que basado en propósitos subjetivos o intersubjetivos en función de su utilidad. Se interpreta a la persona como objeto conveniente a los deseos personales de otros. Estos aspectos, acerca de hacia quiénes tenemos obligaciones morales, nos permiten entender de manera más clara, las distintas perspectivas acerca de cómo se interpreta la protección del niño por nacer, como acto médico.

Actos médicos desde el estatuto moral del ser humano en la vida prenatal

Los actos humanos son actos racionales y voluntarios, por lo tanto, las tomas de decisiones en los diferentes ámbitos de nuestras vidas pueden ser analizados desde distintos niveles de juicio moral. Estos niveles incluyen las decisiones morales tomadas a nivel personal, a nivel profesional, y también a nivel de nuestra intervención y compromiso social. Para la toma de decisiones nos basamos en diferentes valores sostenidos por variados principios. En la actividad médica estos principios pueden ser influenciados en función de las posibilidades tecnológicas, y pueden llevar en ciertas ocasiones a cuestionar los principios sobre los que se asientan los valores tradicionales del ejercicio de la Medicina.

Sin embargo, existen principios morales en Medicina que se consideran objetivos, porque no requieren en sí mismos ser demostrados. Entre ellos se definen los principios defendidos tradicionalmente desde el inicio del cuestionamiento sobre la moralidad de la actividad médica, más específicamente desde el Juramento Hipocrático establecido en el siglo V a.C. Este Juramento es el mismo, con algunas pocas modificaciones, que en la actualidad deben jurar quienes finalizan sus estudios de Medicina y se dedican al ejercicio de la profesión,⁷⁵ y su finalidad es aplicar los conocimientos adquiridos para la defensa de la persona en cualquier circunstancia.⁷⁶

Los puntos más salientes son:

⁷⁴ Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. 10 de diciembre de 1948 Disponible en: http://www.infoleg.gob.ar/?Page_id=1003 Consultado el 12/12/2019

⁷⁵ Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Texto completo de la jura. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/titulos/jura.htm> Consultado el 14/12/2019

⁷⁶ Pellegrino ED. The Hippocratic Oath and clinical ethics. J Clin Ethics 1990 Winter;1(4):290-1.

- 1) el respeto primario y fundamental por la vida humana desde la concepción;
- 2) la obligación de no dañar;
- 3) el respeto por las personas en situación de vulnerabilidad;
- 4) la no discriminación; y
- 5) la justicia del cuidado de la salud.

Cuando la vida humana se considera como un valor irreductible y específico se le otorga significado moral desde el momento mismo de su concepción, dentro o fuera de útero materno, siendo reconocido desde ese instante como una persona humana que comienza su ciclo vital. El significado moral se adquiere, entonces, con el inicio mismo de la vida biológica, con la dimensión corpórea, es decir en el momento de la fecundación. Este significado moral obliga a los profesionales de la salud a respetar su derecho fundamental a la vida y su dignidad humana. En las etapas tempranas del desarrollo, el cuerpo humano no ha podido expresar todas sus facultades humanas, simplemente porque aún no ha desarrollado o madurado los órganos que las soportan, pero esas potencias están presentes por su naturaleza racional. Por ello, el niño por nacer en los primeros meses de gestación debe ser considerado como una persona con sus potencias en desarrollo y no una persona en potencia. Por lo tanto, cualquier acción médica que se decida efectuar sobre el feto debe considerarse de igual modo a las que se realicen sobre las personas ya nacidas, es decir tener como finalidad su protección y curación. Como todo ser substancial el principio de crecimiento y desarrollo es propio, ya que reside en sí mismo. Sin embargo, como se mencionó previamente, también depende del ambiente externo para completar adecuadamente su desarrollo físico, emocional, espiritual, social y cultural, que le permite llegar a convertirse en un individuo adulto. Es, en consecuencia, esa unidad ontológica en todo el proceso de desarrollo prenatal y posnatal de la persona humana, lo que le permite expresar su individualidad como única.⁷⁷

Estos principios sostienen el acto médico como un acto virtuoso, siendo el ejercicio de las virtudes médicas la base para transformarse en un buen profesional de la Medicina. Este espíritu virtuoso del profesional de la salud es desarrollado por muchos pensadores de la filosofía de la Medicina.^{78,79,80,81}

Porque los actos virtuosos, a entender de la Filosofía clásica, perfeccionan tanto a quienes lo reciben como a quienes los realizan. La adquisición de un conjunto de virtudes de carácter, tanto médicas como personales, es lo que impulsa al médico al cumplimiento de sus obligaciones y deberes profesionales. Estos se centran en la búsqueda de la garantía del bienestar, respeto y protección de sus pacientes en toda circunstancia de salud; sin discriminar por su cultura, origen, edad o credo, y por encima de sus propios intereses personales.⁸²

Pero a partir de las nuevas posibilidades tecnológicas, surgen nuevos principios morales acordados por consenso, que conllevan el riesgo de instrumentalizar al ser humano en sus primeras etapas de vida al desconocer su dignidad inherente, porque pueden centrarse en otros intereses y no meramente en garantizar el bienestar, el respeto y la protección de todos los seres humanos involucrados. Entre ello se reconocen:

⁷⁷ Centro de Bioética de la Universidad Católica del Sagrado Corazón. "Identidad y Estatuto del embrión humano", *Vida y Ética* 2002 (3): 105-115

⁷⁸ Alasdair macintyre: *Tras la virtud*, Editorial Crítica, S.A., Barcelona, 1987.

⁷⁹ Pellegrino Edmund D. Y Thomasma, David C.: *A philosophical Basis of Medical Practice*, Oxford University Press, 1981.

⁸⁰ Holland S. The virtue ethics approach to bioethics. *Bioethics*. 2011 May;25(4):192-201. Doi:10.1111/j.1467-8519.2009.01758.x.

⁸¹ Petrini, C, & Gainotti, S. (2008). A personalist approach to public-health ethics. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(8), 624-629. [Http://doi.org/10.2471/BLT.08.051193](http://doi.org/10.2471/BLT.08.051193)

⁸² de Santiago M. Las virtudes en bioética clínica *Cuad Bioet.* 2014 Jan-Apr;25(83):75-91. PMID: 24836030

- 1) la autonomía reproductiva;
- 2) la beneficencia reproductiva;
- 3) la privacidad y responsabilidad genética (personal, social).
- 4) el interés por las futuras generaciones; y
- 5) el avance de la ciencia.

La autonomía reproductiva o libertad procreativa se define como el interés moral o legal, protegido en distintos grados de acuerdo con la ley, que tienen las personas de asumir o rechazar el nacimiento de un niño o un cierto número de niños.⁸³ Los argumentos que reconocen y desarrollan este concepto se basan en el principio moral de la autodeterminación y la privacidad.

La privacidad se interpreta como aquellas acciones cuyas consecuencias solo afectan a quienes las realizan.⁸⁴ El derecho de una persona a la privacidad es un concepto muy difundido en la legislación en Estados Unidos y específicamente se expresa en la Decimocuarta Enmienda de la Constitución, que garantiza el derecho de la persona a adoptar por sí misma las decisiones fundamentales que configuran su vida personal y familiar sin injerencia estatal alguna, incluyéndose el derecho a contraer matrimonio, a tener hijos y decidir sobre la educación y crianza de éstos, al uso de anticonceptivos, el derecho al aborto y a la libertad sexual en el ámbito privado. Este concepto de privacidad fue el tema del caso precedente de *Roe vs. Wade* en 1973.⁸⁵ La privacidad (*privacy-property*) se entiende como estrechamente relacionada con la dignidad de la persona, consolidándose como un bien jurídico fundamental y es, por tanto, merecedor de la máxima protección en el sistema constitucional norteamericano.⁸⁶ En el caso precedente de *Roe vs. Wade*, esta concepción interpretó que el derecho de privacidad de la mujer prevalece durante el primer trimestre de gestación. Considera que el interés de la vida potencial en gestación es relevante cuando ésta ha alcanzado «viabilidad», de ahí que la regulación solo protege la vida fetal cuando es viable y se espera que alcance lógica y biológica la justificación de protección.⁸⁷

Desde el principio de la autodeterminación también propone que este concepto de elegir tener o no hijos o el número de hijos, puede interpretarse de una manera más amplia y contener la cuestión de elegir qué tipo de hijo se quiere tener, e inclusive si el nacer con una condición de enfermedad o discapacidad está en contra el interés de esa misma persona. Pone el acento de la cuestión en el foco de que la selección de los hijos por nacer debe realizarse según los intereses de los padres, y no de la persona que probablemente nazca con esa condición. Estas visiones consideran al ser humano en etapa embrionaria o fetal como sujeto a un proceso de selección, dependiente de los intereses de sus padres. No consideran al niño por nacer como un fin en sí mismo, sino que se interpreta como un medio para que los adultos logren la parentalidad deseada, pero que el niño por nacer tampoco altere los planes establecidos para sus vidas antes de su concepción. Esta perspectiva establece una relación entre la autonomía de la reproducción y las obligaciones parentales hacia los hijos, en la cual los padres deberían tener la obligación de elegir al hijo en el momento y condición adecuados, y de seleccionarlo según

⁸³ R. Scott, *Choosing between possible lives. Legal and ethical issues in prenatal screening and preimplantation genetic diagnosis*, Portland Hart Publishing Oxford and, 2007.

⁸⁴ Foster J, Slater B. *Privacy and assisted human reproduction: a discussion paper*. *Health Law Rev.* 2002;11(1):56-61.

⁸⁵ Ministerio Público de Defensa, secretaria de capacitación y jurisprudencia. *Jurisprudencia: Roe v Wade* <https://jurisprudencia.mpd.gov.ar/Jurisprudencia/Forms/dispform.aspx?ID=1935&source=https://jurisprudencia.mpd.gov.ar/Jurisprudencia/Forms/voces.aspx?Voces=AUTONOM%C3%8DA%20PERSONAL>

⁸⁶ Saldaña MN. *El derecho a la privacidad en los Estados Unidos: aproximación diacrónica a los intereses constitucionales en juego*. *UNED. Teoría y Realidad Constitucional* 2011; 28:279-312.

⁸⁷ *Ibidem*.

las características deseadas.⁸⁸ De aquí surge una nueva consideración respecto del principio de beneficencia, denominado *beneficencia procreativa*. Beauchamps y Childress⁸⁹ definen la beneficencia como aquellas acciones que se realizan para el bienestar de la persona, no sólo para evitar el daño. Este principio demandaría más que sólo evitar el daño, sino que implicaría realizar acciones positivas para el bienestar de otra persona. Examinan este principio en dos aspectos: a) la beneficencia positiva, una acción realizada para beneficiar a otra persona; y b) la utilidad, requiere que el agente haga un balance entre los beneficios y los costos para producir los mejores resultados. El principio de beneficencia se aplica en Medicina Prenatal de manera diferente según cómo sea considerado el estatuto moral del feto, si es considerado o no como ser individual o como paciente, e independientemente del estatuto moral de la madre. Como explica Lucak,⁹⁰ este principio tiene una base consecuencialista; es decir no analiza el acto, sino la consecuencia de esa acción. No expresa la prohibición de causar daño a favor de una acción que conduce a un resultado útil, dejando de lado la índole intrínseca de la acción, que puede importar un daño al prójimo o alguna malicia moral. Si se aplica a la necesidad de los padres, solamente llegarán al término de la gestación aquellos hijos que se conciban en el momento y condiciones adecuados, y sean considerados sanos o con las características físicas que sus padres deseen. De esta manera, no se respeta el derecho a la vida del niño por nacer como primario y fundamental, sino que queda condicionado a los deseos parentales. Entonces, estas decisiones se ubican en el marco de una ética consecuencialista, en que sólo importa las consecuencias de las acciones, y no las acciones sí mismas, ni sobre quienes se realiza. Esta ética consecuencialista se asienta en sus dos versiones: la *liberal* en la que predomina la autonomía de quienes pueden ejercerla en privacidad; y la *utilitarista*, en la que el fin justifica los medios. Savulescu desarrolla aún más el concepto y lo amplía en el área reproductiva como Principio de Beneficencia procreativa.⁹¹ Lo define como el principio de seleccionar el mejor hijo de los posibles hijos que se puedan tener. El autor propone que los padres (o el progenitor), deberían seleccionar un hijo, de los mejores niños posibles que pudieran tener, de quien se espere tenga la mejor vida, o al menos una vida tan buena como la de los demás, basada en información relevante y disponible. Entre estas características propone la inteligencia, la memoria, la autodisciplina, la prudencia, el control del impulso, la paciencia, el sentido del humor, el temperamento alegre, la empatía, la honestidad, la capacidad de vivir pacíficamente, entre otros.⁹² Considera que aún no podemos conocer el valor de una vida completa, pero si podemos conocer qué condiciones son buenas o malas para el desarrollo de la vida. Este conocimiento nos brinda las razones suficientes para preferir traer a la existencia niños sin esas malas condiciones, para tratar de hacer que nuestras vidas y las de nuestros hijos sean mejores. Refiere que más allá de jugar a ser Dios, intentando controlar nuestro destino genético, es “*jugar a ser humano*” tratando de mejorar nuestras posibilidades de estar bien en un mundo incierto de dificultad, amenaza y desgracia. Impresiona tener una visión pesimista de la vida del hombre en el mundo y determinista del genoma. Considera que la vida será mejor si logramos seleccionar, a través del control de la reproducción, un grupo de rasgos que sean más valiosos para lograr una vida buena y llena de satisfacciones. Propone que son válidas sólo aquellas vidas humanas que puedan desarrollarse en las mejores condiciones familiares y sociales, y que, si los medios no son

⁸⁸ Scott R. Why parents have no duty to select the best children. *Clinical Ethics* 2007; (2): 149-154.

⁸⁹ Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical*

⁹⁰ Lukac de Stier ML. El humanismo personalista en bioética Congresso Tomista internazionalel'umanesimo cristiano nel III millennio: prospettiva di Tommaso D'Aquino Roma, 21-25 settembre 2003

⁹¹ Savulescu J. In defence of Procreative Beneficence. *J Med Ethics*. 33 (2007) 284-8.

⁹² Savulescu J. Procreative beneficence: why we should select the best children. *Bioethics* 15 (2001) 413-415.

los adecuados para el desarrollo de una vida en las mejores circunstancias, la misma debe eliminarse.⁹³

Surge a continuación de esta visión un punto de extrema tensión que se origina entre el respeto por la autonomía reproductiva y privacidad en las decisiones de la madre y el respeto por las personas por nacer con enfermedades que puedan asociarse a discapacidad.⁹⁴ Esta tensión ocurre porque existen figuras legales conocidas en el extranjero, en los Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, España, o Francia, conocidas como “*wrongful birth*” (Nacimiento injusto) y “*wrongful life*” (Vida injusta).⁹⁵ Se entiende como: “*Wrongful life*” la demanda del niño hacia su madre u otras personas por haber nacido con alguna dificultad que afecta el desarrollo de su vida, y “*Wrongful birth*” la demanda de la madre hacia otros por tener la carga de un niño con discapacidad cuando lo pudo haber evitado, abortando ese niño; porque se interpreta que tener un hijo con discapacidad no es algo bueno y puede generar un daño a la madre o la sociedad. Según contemplan estas figuras legales, el médico y/o el sistema de salud pueden ser demandados si no se ofrecen a las mujeres en gestación estudios prenatales completos y la opción del aborto, y en esa circunstancia el niño nace con una anomalía congénita que pudo ser detectada y eliminado prenatalmente.⁹⁶ Muchos académicos y activistas preocupados por los derechos de las personas con discapacidad se oponen fuertemente a estos reclamos legales porque los mismos, ignoran la dignidad de las personas con discapacidad, no sólo de los niños por nacer, sino también de las personas ya nacidas, porque las mismas pueden ser consideradas como un daño, por el cual la madre debe ser compensada económicamente.

Esto lleva, además, a que las madres puedan considerar a su hijo por nacer como provisional, hasta obtener los resultados de los estudios prenatales, y sólo si estos son normales poder aceptarlo como hijo deseado, otorgándole respeto moral al reconocer su dignidad. Actualmente nos encontramos en una sociedad que cuenta con la tecnología suficiente para tener la opción de elegir el tipo de hijos que deseamos tener y elegir las características genéticas que ellos portan; no sólo por la selección entre un rango de embriones o fetos, según su aspecto físico o información genética,⁹⁷ sino que también por la manipulación de su genoma.^{98,99} Este poder de selección eugenésica y mejoramiento del genoma se encuentra reconocido desde el punto de vista social y sanitario como una opción para las familias.¹⁰⁰

⁹³ Moya Graciela. Valoración ética del diagnóstico de enfermedades fundantes de discapacidad en la vida prenatal. *Acta Bioeth* 2014;20(1):31-40.

⁹⁴ Pioro M, Mykitiuk R, Niskier J. Wrongful birth litigation and prenatal screening. *CMAJ* 179 (2008) 1027- 1030

⁹⁵ Spriggs M, Savulescu J. The Perruche judgment and the “right not to be born”. *J Med Ethics* 2002; 28:63-64

⁹⁶ Álvarez de las Asturias P. El precio de nacer o morir con síndrome de Down. 17 de agosto de 2010, El Malecón. El artículo del diario mencionado hace referencia a un caso de reciente publicidad en Valencia, España. Una demanda contra la Comunidad Valenciana y la Universidad Miguel Hernández, debido a un error en un estudio de diagnóstico prenatal, que no detectó el diagnóstico de Síndrome de Down en una gestación en curso. Esta situación llevó al nacimiento de un niño con este diagnóstico y la demanda a las instituciones mencionadas, ya que no permitió a los padres la interrupción de la gestación de ese niño. La indemnización a los padres fue de 150.000€ más 1.500 € al mes para el mantenimiento de los gastos sanitarios del niño. Disponible en:

[Http://www.elsemanaldigital.com/blog.asp?Idarticulo=108999&cod_aut](http://www.elsemanaldigital.com/blog.asp?Idarticulo=108999&cod_aut) Consultado el 26/9/2010

⁹⁷ Kahn P. Choosing our children’s future or choosing our future children? *Jandrol*. 20033 (23) 753.

⁹⁸ Cyranoski D The CRISPR-baby scandal: what’s next for human gene-editing *Nature* 26 February 2019 Disponible en: <https://www.nature.com/articles/d41586-019-00673-1> Consultado 20/12/2019

⁹⁹ Li y cols. Experiments that led to the first gene-edited babies:

The ethical failings and the urgent need for better governance *J Zhejiang* 32 *Univ-Sci B (Biomed & Biotechnol)* 2019 20(1):32-38

¹⁰⁰ Barbero P, Liascovich R, Piola A, y cols. ¿Por qué la interrupción electiva del embarazo por anomalía fetal no es eugenesia? *Arch Argent Pediatr* 2018;116(5):e718-e720

En la visión liberal tradicional los derechos individuales son considerados como el argumento moral más trascendente para definir a la persona humana. En el área de la salud el principio de la autonomía, como el derecho individual de aceptar o rechazar un procedimiento médico, ha reemplazado la visión paternalista de la Medicina, llevando al riesgo de una medicina consumista también llamada “del deseo”, según fue denominada por el psicólogo alemán Matthias Kettner:

*“el nuevo paciente ya no necesita de los saberes y procedimientos médicos para convertir el sufrimiento de la enfermedad en la infelicidad de la normalidad, sino que precisa de tales saberes y procedimientos para aproximar y ajustar las condiciones del propio cuerpo al estilo de vida que desea.”*¹⁰¹

En el caso de diagnóstico prenatal son los padres quienes tienen la posibilidad de utilizar tales herramientas diagnósticas que no se aplicarán directamente para obtener información sobre su condición de salud, sino que obtendrán información sobre la salud del feto, quien es sujeto del diagnóstico, con la finalidad, en ciertos casos, de aproximar y ajustar las condiciones de salud de su hijo al estilo de vida que ellos desean. En esta visión, el feto no tiene posibilidad de ejercer su autonomía, quedando sus derechos en custodia de su madre o ambos padres, si están presentes. En ese caso, se podría argüir que el feto tiene derechos y que los mismos estarían tutelados por sus padres.

La visión liberal da prioridad a los derechos de los padres porque:

- 1) los considera como seres reales y no potenciales,
- 2) son seres individuales y definidos, y
- 3) sus decisiones están protegidas por el principio de privacidad, que da prioridad al deseo individual sobre los valores abstractos o la competencia social.¹⁰²

Por ello, esta postura considera como paciente solamente a la mujer gestante, y el médico se compromete a promover y proteger sus intereses en salud, creando al médico obligaciones de beneficencia principalmente hacia ella. Del mismo modo, el respeto por sus valores y preferencias crean en el médico obligaciones basadas en el respeto a la autonomía materna.¹⁰³ Los derechos del niño por nacer se asumen sólo en función de la autonomía de la madre.¹⁰⁴

En esta visión se originan también controversias en la forma en que se ha de referirse al feto. McCulloch y Chevernak¹⁰⁵ prefieren el concepto de “*feto como paciente*” en el lugar de “*niño por nacer*”. Resaltaría, así, el concepto de beneficencia por sobre el de la obligación hacia la vida en etapa temprana que surge como derecho natural del feto, y prefieren referirse al feto como una vida en “*estado dependiente*”, argumentando que se puede ser paciente sin tener derechos.¹⁰⁶

Especulan que para que el feto pueda ser considerado paciente debe cumplir con dos requisitos:

- 1) el feto es presentado al médico como tal, y
- 2) existen intervenciones médicas, ya sean diagnósticas o terapéuticas que tienen cierta factibilidad de generar un balance positivo para el futuro del feto.

¹⁰¹Kettner M. "Medicine of desire" between commercialization and patient-centeredness." *Ethik Med.* 2006 (18) 81-91.

¹⁰²Heydd D. Prenatal diagnosis: whose right? *J Med Ethics.* 1995 (21) 292-7.

¹⁰³A. Milunsky, *Genetic disorders and the fetus: diagnosis, prevention, and treatment.* P 1137

¹⁰⁴Ibidem p.1138

¹⁰⁵F.A. Chervenack, L.B mcculloch. "Ethical Issues in the diagnosis and management of genetic disorders in the fetus" en: Milunsky A. *Genetic disorders and the fetus: diagnosis, prevention, and treatment.* Fifth edition. Baltimore, Maryland, The John Hopkins University Press. 2004

¹⁰⁶A.D. Lyerly M.O. Little, R.F.A. Faden, "Critique of the 'Fetus as Patient'." *Am J Bioeth.* 8 (2008) 42

Es decir, un feto puede ser considerado paciente y recibir todos los cuidados médicos necesarios, sólo si se permite su desarrollo hacia un niño que adquiera en el futuro independencia y por ende su estatuto moral. Entonces categorizan al feto a quien se le otorga la posibilidad de continuar con su vida prenatal en dos condiciones: 1) el feto viable como paciente, definiendo viabilidad desde el punto biológico y tecnológico, es decir será viable más tempranamente siempre que se encuentre con la tecnología adecuada, y 2) el feto pre-viable como paciente, en este caso su viabilidad no dependerá de la tecnología, sino que de la autonomía de la madre de conferir al feto el estatuto moral de ser un paciente y permitir continuar su gestación. Es decir, el feto pre-viable no tiene posibilidad de reclamar su estado de paciente o derecho a la vida, independientemente de la autonomía de la madre. En este sentido, los derechos no se confieren propiamente al feto, sino que se reclaman a favor del niño futuro; la persona nacida en la que puede convertirse el feto.¹⁰⁷

Otros autores también prefieren no utilizar el concepto de “*niño por nacer*”, aunque tampoco opinan que sea conveniente el concepto de “*feto como paciente*”. Consideran que de esa manera se puede identificar al feto como un ser separado de su madre,¹⁰⁸ ensombreciendo la existente relación social, fisiológica y de mutuo bienestar; y al rol de la mujer en la maternidad en sí misma. Los autores reconocen que si bien el médico obstetra habitualmente asume que está a cargo de dos pacientes que tienen igual valor moral y hacia quienes tiene iguales obligaciones médicas, existen situaciones en las que deben conceder la primacía de sus obligaciones hacia la mujer gestante. Por ello, concluyen que no es posible en dichas circunstancias considerar al feto como paciente ni como niños por nacer;¹⁰⁹ sólo depende de la madre otorgar al niño por nacer su valor moral y por ende sus opciones para continuar o no con su vida.

Entonces, al definir el instante a partir del cual la vida humana adquiere significado moral, no debería ignorarse estos datos de la realidad, que se vuelven fundamentales para responder a la pregunta sobre cómo deben ser considerados éticamente los seres humanos en etapa embrionaria y fetal, y qué respeto merece la interpretación de su dignidad. Entonces hay tres maneras de entender el concepto de dignidad de la persona. Si la dignidad se entiende como inherente a todo ser humano, o bien es un atributo adquirido en algún momento del proceso del desarrollo humano, o bien es otorgada arbitrariamente por otros seres humanos. Estas últimas dos perspectivas –es decir, ceder a un grupo de expertos el reconocimiento o no de esa dignidad humana-, ya ha sido dolorosamente explorado y padecido, cada vez que se han violado los Derechos Humanos. Es por ello, que la Declaración, estipula específicamente en el Artículo 3: “*Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.*”¹¹⁰ Por ello, como sociedad pluralista, es necesario sostener un criterio generoso para la protección de los Derechos Humanos; es decir utilizar un criterio de máxima que respete a todos los seres humanos en todas las etapas de desarrollo y en cualquier circunstancia, y que no quede nadie sin ser incluido, porque corremos el riesgo de dejar nuevamente desamparados y excluidos a los individuos más vulnerables de nuestra familia humana.

¹⁰⁷ Hepburn, E.R “Genetic testing and early diagnosis and intervention: boon or burden?” *J Med Ethics*.1996; (22): 105-10.

¹⁰⁸ Lyerly AD, Mahowald MB. Maternal-fetal surgery for treatment of myelomeningocele. *Clin Perinatol*.2003 (30) 155-65.

¹⁰⁹ Lyerly AD, Little MO, Faden RFA. Critique of the ‘Fetus as Patient’ *Am J Bioeth*. 2008 (8) 42

¹¹⁰ Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. 10 de diciembre de 1948 Disponible en: http://www.infoleg.gob.ar/?Page_id=1003 Consultado 12/12/2019

Conclusiones

El no respetar la vida humana solo porque aún no está plenamente desarrollada, o en posibilidad de ejercer todas las funciones de ser humano adulto, sentaría sutilmente las bases para una conciencia social riesgosa. Esta conciencia social se basa en el reconocimiento del valor de la vida humana, sólo desde su posibilidad de tomar decisiones libres y privadas, otorgando el poder de decisión sólo a los individuos adultos y más fuertes sobre el bienestar de los demás seres humanos, particularmente aquellos en situaciones de vulnerabilidad, o que no pueden tomar decisiones por sí mismos. Esta perspectiva que diferencia a “*personas*” de “*seres humanos*” no es propia de la concepción antropológica de nuestra cultura nacional. Ejemplo de ello tenemos la línea de pensamiento que caracteriza a nuestro cuerpo normativo, que desde la Asamblea del año XIII, con la ley de libertad de vientres -que ya considera a los niños por nacer como ciudadanos libre-, continuando por nuestra Constitución Nacional, la ratificación de tratados internacionales sobre Derechos Humanos, nuestro Código Civil y Comercial, y leyes que reconocen el derecho a la vida desde el momento de la concepción, y el derecho a la salud, aún en casos de discapacidad.

Es necesario continuar estableciendo políticas públicas que tengan como eje la custodia y la promoción de la vida humana desde su inicio, y en todas las circunstancias, protegiendo el bienestar y reconociendo la dignidad y los derechos de todas las personas, especialmente de aquellas en situación de vulnerabilidad o que por sus condiciones biológicas o de salud no puedan ejercerlos.

Capítulo 2

Derecho humano a la vida vs. Aborto

Por
María Teresa Mockevich

- El derecho a la vida como derecho esencial
- Derecho imperativo internacional o *ius cogens*
- Protección del derecho a la vida en la Constitución Nacional Argentina
- Derecho Civil: reconocimiento de la personalidad del embrión humano. De la biología al derecho positivo
- Protección del Derecho a la Vida en cada Constitución Provincial Argentina
- Legalización y despenalización del aborto en Argentina: Ley 27.610
- Delito de aborto en el Código Penal Argentino. Supuesto legalizado. Delito de aborto no punible
- Creación de un supuesto delito para el personal de salud: la obstrucción o demora injustificada de un aborto. La falsa obligación de derivar
- Secreto profesional u obligación de denunciar el delito de aborto
- Crítica al fallo F.A.L.
- Protocolos de abortos no punibles: su inconstitucionalidad
- Código de Ética Médica
- Propuesta legislativa
- Derecho de objeción de conciencia: muro de contención al aborto

El Derecho a la Vida como derecho esencial

El ordenamiento jurídico de nuestro país es maravilloso en el sentido que tiende a proteger al niño por nacer desde el instante en que es concebido y reconoce su personalidad jurídica como sujeto de derecho. Reconoce el Derecho a la Vida como derecho esencial, sin el cual no podría ejercerse ningún otro.

El derecho humano a vivir, desde la concepción hasta la muerte natural, deriva de la dignidad de la persona humana.

La dignidad del hombre es el fundamento y el sustrato en el que se asientan y de la que derivan todos los derechos humanos. Es justamente la conexión de un derecho con la dignidad humana la que lo convierte en derecho fundamental.

Hay derecho a la vida porque se puede exigir que nadie atente contra ella, y reclamar el auxilio para conservarla.¹¹¹ Argentina ha estado entre las naciones más de avanzada en esta materia tan sensible y crucial para la defensa de los derechos humanos, como veremos en este capítulo.

El Derecho Romano definía a la persona concebida o *nasciturus* como "aquél que va a nacer". Con esta fórmula magistral, los romanos dejaban zanjada definitivamente toda controversia científica que, a lo largo de los siglos, pretendería plantear dudas sobre el inicio de la vida humana¹¹². Para ellos, el concebido -cualquiera fuera el instante misterioso en que iniciara su existencia- era ya un ser humano, y merecía la tutela jurídica correspondiente a su dignidad. El *nasciturus romanum* "mantenía su status aún si la madre perdía el suyo antes del nacimiento"¹¹³ (la ejecución de la pena de destierro o condena a muerte a una mujer embarazada se posponía hasta después del nacimiento del niño en el Derecho Romano).

Hoy se reconoce sobradamente que los derechos fundamentales son inherentes a la persona humana, independientemente de que el Estado los reconozca o que la ley así lo declare.

Derecho imperativo internacional o *Ius cogens*

El máximo nivel jerárquico, en el sentido de la cúspide jurídica, se encuentra en el *ius cogens* o derecho imperativo internacional. Su importancia deriva de su contenido, sus normas protegen principios y valores esenciales compartidos por la comunidad internacional. Se puede decir que el *ius cogens* es la encarnación jurídica de la conciencia moral de la sociedad internacional.

Aunque no existe ningún catálogo oficial de normas imperativas, se considera que lo son, entre otras, la prohibición de dar muerte a un inocente, la prohibición del uso de la fuerza, la

¹¹¹ Barra, R.C., La protección Constitucional del Derecho a la Vida, Ed. Abeledo Perrot, Bs. As, 1996, p. 9-11

¹¹² <http://www.saij.gob.ar/aurelio-francisco-garcia-elorrio-irreformabilidad-doctrina-corte-suprema-justicia-nacion-caso-portal-belen-daoco50055-2005/123456789-0abc-defg5500-50coanirtcod>

¹¹³ Waldstein, Wolfgang, Vida y vida social: Pluralismo y reglas sociales, artículo en el libro "¿Qué es la vida? La bioética al debate", AA.VV., dirigido por Ángelo Scola, Madrid, Encuentro, 1999, p. 299.

prohibición del genocidio, la prohibición del racismo y el apartheid, el principio de no intervención, el derecho de autodeterminación de los pueblos, la prohibición de la esclavitud, la prohibición de la tortura, así como las normas fundamentales¹¹⁴ del Derecho humanitario.¹¹⁵

La Convención de Viena sobre Derecho de los Tratados, en su art. 53, define al *ius cogens* como el conjunto de normas imperativas de derecho internacional general, establecidas por la comunidad internacional de Estados en su conjunto. Las normas de este derecho imperativo internacional no pueden ser derogadas, salvo por otra norma del mismo rango. Cualquier tratado internacional en contrario a una norma de *ius cogens* es nulo.¹¹⁶

Estas normas, superiores a la voluntad de los Estados y fruto del consenso universal de los mismos, generan obligaciones frente a todos los sujetos de la comunidad internacional, por lo que el alcance de la responsabilidad derivada de la violación de una norma imperativa es más amplio que la que surge de un ilícito común.

La relación entre la consolidación del concepto de *ius cogens* y los derechos humanos es evidente y por eso el derecho imperativo ilustra perfectamente el proceso de "humanización" del Derecho internacional.

Conforme todo lo dicho, las características de las normas de *ius cogens* son tres:

- a) imperatividad,
- b) inderogabilidad; y
- c) supremacía con relación a las normas de derecho interno, incluso las constitucionales.

El principio de primacía de la norma internacional con carácter *ius cogens*, sobre el derecho interno de los países es doble. En primer lugar, el art. 27 de la Convención de Viena sobre Derecho de los Tratados confiere supremacía a los tratados internacionales sobre el derecho interno, prohíbe a los Estados invocar normas constitucionales o internas para incumplir sus obligaciones convencionales¹¹⁷, máxime cuando nos estamos refiriendo a las normas fundamentales del orden público internacional, como el derecho humano a la vida. En segundo lugar, poniendo en la balanza las normas aplicables a un caso de derechos humanos, tiene primacía aquella norma que sea más favorable a la protección de la persona humana más débil e inocente. En este caso, no cabe duda de que la vida del niño no nacido prevalece, respecto de cualquier interés, incluso legítimo, que pudiera invocar la madre.¹¹⁸

Argentina, como casi todos los países de Latinoamérica y como muchos otros países del mundo, celebra, cada 25 de marzo, el Día Internacional del Niño por Nacer instituido mediante

¹¹⁴ Elaboradas por el Comité Internacional de la Cruz Roja, estas normas resumen lo esencial del derecho internacional humanitario. No tienen la autoridad de un instrumento jurídico y no pretenden reemplazar los tratados vigentes. Fueron redactadas con el fin de facilitar la difusión del derecho internacional humanitario (por ej.: no dar muerte a un inocente ni aún en guerra)

¹¹⁵ Cebada Romero, Alicia. Normas imperativas del derecho internacional *ius cogens*. Conclusiones del 71° período de sesiones de la Comisión de Derecho Internacional de la Asamblea General de Naciones Unidas, Ginebra, junio de 2019.

¹¹⁶ Convención de Viena sobre Derecho de los Tratados, art. 53: "Tratados que estén en oposición con una norma imperativa de derecho internacional general (*ius cogens*): Es nulo todo tratado que, en el momento de su celebración, esté en oposición con una norma imperativa de derecho internacional general. Para los efectos de la presente Convención, una norma imperativa de derecho internacional general es una norma aceptada y reconocida por la comunidad internacional de Estados en su conjunto como norma que no admite acuerdo en contrario y que sólo puede ser modificada por una norma ulterior de derecho internacional general que tenga el mismo carácter".

¹¹⁷ Convención de Viena sobre Derecho de los Tratados, art. 27: "Una parte no podrá invocar las disposiciones de su derecho interno como justificación del incumplimiento de un tratado"

¹¹⁸ <http://www.saij.gob.ar/aurelio-francisco-garcia-elorrio-irreformabilidad-doctrina-corte-suprema-justicia-nacion-caso-portal-belen-daoco50055-2005/123456789-oabc-defg5500-50coanirtcod>

el Decreto PEN 1406/98. En sus fundamentos, el decreto “Invita a la reflexión sobre el importante papel que representa la mujer embarazada en el destino de la humanidad, y el valor de la vida humana que porta en su seno”

Protección del Derecho a la Vida en la Constitución Nacional Argentina

Cabe recordar que la Constitución Nacional (CN) y los tratados internacionales incorporados a ella son Ley Suprema de la Nación, por lo que ninguna ley nacional o provincial posterior puede contradecir los principios, derechos y garantías allí reconocidos.¹¹⁹

El texto constitucional vigente hasta la última reforma de 1994 no tenía una declaración formal del derecho a la vida desde la concepción, puesto que se daba por sentado en el sentido común y en el lenguaje jurídico del momento, pues en todos los intentos de organizar institucionalmente a la Nación, previos a la Convención de 1853, se expresó de manera unánime el derecho a la vida como el primero de los derechos de todos los habitantes de la nueva Nación.¹²⁰

El art. 29 de la CN no lo declara en forma expresa, pero da por sentado el derecho a la vida, y, explícitamente, lo protege limitando la acción del gobernante en favor de los derechos de los individuos. La materia protegida es “la vida, el honor y las fortunas”. Como la norma no distingue, no puede excluirse a los argentinos por nacer de su protección, de modo que su vida no puede quedar al arbitrio de la madre, de un médico, o de un juez. En Argentina nadie puede decidir la muerte de otro sin violar la Ley Fundamental.¹²¹

El art. 29 de la Carta Magna establece que: “El Congreso no puede conceder al Ejecutivo nacional, ni las Legislaturas provinciales a los gobernadores de provincia, facultades extraordinarias, ni la suma del poder público, ni otorgarles sumisiones o supremacías **por las que la vida, el honor o las fortunas de los argentinos queden a merced de gobiernos o persona alguna.**¹²² Actos de esta naturaleza llevan consigo una nulidad insanable, y sujetarán a los que los formulen, consientan o firmen, a la responsabilidad y pena de los infames traidores a la patria.”

Podemos distinguir tres niveles en este artículo:

- a) una prohibición, reforzada penalmente¹²³, para los miembros del Congreso, del Poder Ejecutivo o Judicial que consintieran o firmaran la muerte de alguien,
- b) la nulidad de los actos que quiten protección legal y judicial al derecho a la vida,
- c) El reconocimiento del derecho a la vida por encima de las leyes positivas, las que no podrán desprotegerlo.¹²⁴

Nuestra Constitución ha de interpretarse como un todo, en ella el individuo es fundamento y fin de toda la organización política, por lo que toda interpretación de sus preceptos debe estar dirigida a promover la dignidad de la vida humana por encima de todo otro valor jurídico y social.¹²⁵

¹¹⁹ Constitución Nacional Argentina, art. 31. “Esta Constitución, las leyes de la Nación que en su consecuencia se dicten por el Congreso y los tratados con las potencias extranjeras son la ley suprema de la Nación...”

¹²⁰ Barra, R.C., La protección Constitucional del Derecho a la Vida, Ed. Abeledo Perrot, Bs. As, 1996, p. 63

¹²¹ Jofre Giraudó Samuel, La discusión del derecho a la vida del niño por nacer, Ed. Advocatus, Córdoba, 2011, p. 44

¹²² El resaltado me pertenece.

¹²³ El Código Penal argentino, el art. 227 fija la pena de este delito refiriendo al art. 215: “reclusión o prisión perpetua”, lo que implica inhabilitación para ejercer o continuar en un cargo público, aunque provenga de elección popular.

¹²⁴ Jofre Giraudó Samuel, La discusión del derecho a la vida del niño por nacer, Ed. Advocatus, Córdoba, 2011, p. 44

¹²⁵ Badeni Gregorio, “El derecho constitucional a la vida”, en AAVV, El derecho a nacer, Abeledo Perrot, Bs. As. 1993p. 30

Cada Estado define el orden de prelación de las normas, esto es, qué norma prevalece en caso de conflicto entre dos o más de ellas. En Argentina la última reforma de la Constitución Nacional de 1994 ha incorporado, con jerarquía constitucional, una serie de tratados internacionales sobre derechos humanos firmados por Argentina con numerosas potencias extranjeras y aprobados por el Congreso de la Nación en virtud de las facultades conferidas por el art. 75, inc. 22, de nuestra Carta Magna. En ellos nuestro país se compromete, frente a los demás países firmantes, **a proteger la vida humana desde el momento de la concepción**, como luego veremos.

La Constitución Nacional es la Ley Suprema de la República Argentina.¹²⁶ Esto quiere decir que, en el ordenamiento jurídico, la Constitución es la base de todo el sistema y las demás normas deben estar de acuerdo con ella.¹²⁷

El principio de supremacía de los tratados sobre las leyes internas tiene rango constitucional, según el art. 75 inc. 22, primer párrafo, de la Constitución de la Nación, donde afirma que "los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes". Por ello la Nación Argentina no puede mediante una ley posterior desconocer un compromiso internacional, ello deriva del principio de superioridad de los tratados internacionales sobre las leyes.

En todos los tratados de derechos humanos encontraremos sólidas protecciones a la vida e integridad tanto de los niños por nacer como de las personas ya nacidas, no siendo legítimo distinguirlo cuando la norma no lo hace; y cuando lo hace, es para brindarle una protección mayor, nunca menor, al más desprotegido.¹²⁸

A continuación, una breve reseña de ellos:

1) **La Declaración Universal de Derechos Humanos**, adoptada por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas en diciembre de 1948 refleja claramente el compromiso de los Estados de ordenar y sistematizar los derechos fundamentales del ser humano, sin distinguir entre las personas ya nacidas, y las concebidas aún no nacidas. Veamos:

En el art: 2 declara que "Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, religión.... nacimiento o cualquier otra condición."

En el art 3 reconoce que: "Todo individuo tiene derecho a la vida, a libertad y a la seguridad de su persona." En su art. 6 reconoce que: "Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica."

Y en el art. 7 declara que: "Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley..."

2) **La Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre**, firmada en Bogotá en 1948 reconoce y declara en el art. 1: "Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona"

3) **La Convención Americana sobre Derechos Humanos** conocida como **Pacto de San José de Costa Rica**, aprobada en 1969 y ratificada por nuestro país en 1984¹²⁹, desde el vamos reconoce y define lo básico: persona es todo ser humano en el art. 1 inc. 2º: "Para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano." Plantea una clara oposición al aborto, dado que reconoce, como primer derecho esencial -y fundado en los atributos de la persona humana- el Derecho a la vida en su art. 4 inc. 1º: "Toda persona tiene derecho a que se

¹²⁶ Constitución Nacional Argentina, art. 31: "Esta Constitución, las leyes de la Nación que en su consecuencia se dicten por el Congreso y los tratados con las potencias extranjeras son la ley suprema de la Nación; y las autoridades de cada provincia están obligadas a conformarse a ella..."

¹²⁷ Rosetti, Andrés, Derecho procesal constitucional americano y europeo, T1, Abeledo Perrot, Bs. As, 2010, p. 21

¹²⁸ Jofré Giraudó Samuel, La discusión del derecho a la vida del niño por nacer, Ed. Advocatus, Córdoba, 2011, p. 91

¹²⁹ El Pacto de San José de Costa Rica fue ratificado por el Congreso de la Nación mediante la Ley 23.054 B.O. 7/3/1984

respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.” Y en el art. 6 inc. 5° establece una prohibición protectora de la niñez nacida y por nacer: “No se impondrá la pena de muerte a personas que, en el momento de la comisión del delito, tuvieren menos de dieciocho años de edad o más de setenta, ni se le aplicará a las mujeres en estado de gravidez.” Este inciso vale para los países signatarios que aún no hubieran abolido la pena de muerte en sus legislaciones locales; pero con mayor razón, si la Convención no permite la muerte de un menor que cometiera delito, mucho menos la de un menor por nacer inocente.

Como remate veamos el art. 24: “Igualdad ante la Ley. Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley”. Torna inadmisibles crear diferencias de trato, o en el reconocimiento del derecho en beneficio de algunos y en perjuicio de otros.

4) **El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos** adoptado en la Asamblea General de la ONU en 1966¹³⁰ reconoce y declara el derecho a la vida desde su inicio en su art. 6: “Derecho a la vida: inc. 1°. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”. Y en el mismo art. 6 inc. 5° se expresa sobre la prohibición a los Estados que tengan legislada la pena capital, de aplicarla en niños o en mujeres embarazadas: “No se impondrá la pena de muerte por delitos cometidos por personas de menos de 18 años de edad, ni se la aplicará a las mujeres en estado de gravidez”. Si el Pacto prohíbe al Estado dar muerte al niño que cometió delito, con más razón le prohíbe dar muerte, o propiciarla, contra el niño inocente e indefenso por nacer.

5) **La Convención sobre los Derechos del Niño**, del año 1989¹³¹ desde su Preámbulo, destaca que el niño merece protección legal “tanto antes como después de su nacimiento”. Luego declara lo que ya sabemos, que no es condición haber nacido para que un niño sea protegido en todos sus derechos, en el art. 2 establece que: “Los Estados parte respetarán los derechos enunciados... sin distinción alguna, independientemente de la raza, color, sexo, religión... nacimiento o cualquier otra condición del niño...” dejando desacreditadas las categorías de “no deseado” o “fruto de violación” en aras a propiciar su eliminación en edad gestacional.

El principio fundamental que atañe a nuestro tema está expresado con claridad en el art. 6: “Los Estados Parte reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida”. Esto quiere decir que tiene ese derecho humano por el sólo hecho de ser un niño, por lo que no necesita que el Estado se lo otorgue, o que la Ley así lo declare, ya lo tiene desde antes que le sea reconocido por las normas jurídicas; propio de la dignidad de ser persona y de su condición de vulnerabilidad, propia de la etapa de su desarrollo. En el inc. 2° del mismo art. 6 declara un importante compromiso: “Los Estados Parte garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.”

Algo importante que debe recordarse es que cada vez que en Argentina se habla de “niño” se refiere a todo ser humano desde la concepción hasta los 18 años. El rango constitucional otorgado a esta Convención, ha sido “en las condiciones de su vigencia”¹³², ello remite a la Ley 23849¹³³, aprobatoria de la Convención, en cuya declaración interpretativa declara la definición de la palabra niño, en su art. 2: “Con relación al artículo 1° de la Convención de los derechos del niño, la República Argentina declara que se entiende por niño todo ser humano desde el

¹³⁰ La Ley 23.313, promulgada el 6 de mayo de 1986, aprobó el pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

¹³¹ La Ley 23849, promulgada el 16 de octubre de 1990, aprobó para la República Argentina esta Convención

¹³² La Constitución Nacional, art. 75 inc. 22° enumera los Tratados Internacionales de jerarquía constitucional, en las condiciones de su vigencia.

¹³³ Ley 23849 B.O. 22/10/1990

momento de su concepción y hasta los 18 años de edad”.¹³⁴ Es así que, en consecuencia, la ley 23849, por ser condición de su vigencia, también es alcanzada por la jerarquía constitucional otorgada en la reforma constitucional de 1994 a la Convención. Por lo que podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que la definición de “niño” tiene también jerarquía constitucional.

6) **La Convención para la Prevención y Sanción del Delito de Genocidio** adoptada en 1948 en la Asamblea General de la ONU y ratificada por Argentina por Decreto PEN 6286/1956¹³⁵ define el delito de genocidio puntualmente en su art. 2: “En la presente Convención, se entiende por genocidio cualquiera de los actos mencionados a continuación, perpetrados con las intención de destruir total o parcialmente a un grupo nacional, étnico, racial o religioso como tal: a) Matanza de miembros del grupo;... d) Medidas destinadas a impedir los nacimientos en el seno del grupo.”

Así, el grupo de los niños por nacer mal llamados “no deseados” sería el blanco de ataque del delito de genocidio que podría ser perpetrado por el Estado que dispusiera, mediante el uso de recursos humanos y económicos, la despenalización del delito de aborto.

Los seis Tratados Internacionales enunciados tienen jerarquía constitucional desde la reforma de la Constitución Nacional de 1994, en el art. 75 inc. 22°, por lo que, en consecuencia, ninguna norma nacional, provincial o municipal puede contradecir los principios, derechos y garantías en ellos reconocidos.

Nuestra Carta Magna prevé y ordena un Régimen de seguridad social para la madre y el niño en el art 75 inc. 23°: “Corresponde al Congreso:...Dictar un régimen de seguridad social especial e integral en protección del niño en situación de desamparo, desde el embarazo hasta la finalización del período de enseñanza elemental, y de la madre durante el embarazo y el tiempo de lactancia” reconociendo así a dos sujetos de derecho distintos entre sí en el binomio madre e hijo, y la necesidad de protección especial para ambos. Esto permite inferir que la madre embarazada, amparada por políticas de salud protectoras, no tendría que hacer nada más que alimentarse bien y cuidar de su salud, para estar dando lo mejor de sí al hijo concebido.

Cabe aquí recordar que los Tratados Internacionales de jerarquía constitucional enunciados en el art. 75 inc. 22° “deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos”. Por ello deben ser interpretados, en conjunto con la Constitución Nacional, en forma complementaria, pues no pueden aceptarse contradicciones, más bien se perfeccionan mutuamente en el sentido del reconocimiento más pleno y perfecto del derecho. Esto se verifica entre el derecho a la vida y la personalidad del niño por nacer.¹³⁶

Asimismo, es necesario tener presente que los tratados constitucionales de derechos humanos enunciados son actos federales complejos dado que dos poderes tuvieron que intervenir para su vigencia en el país. El Poder Ejecutivo los ratifica primeramente mediante su firma, luego esa ratificación debe ser aprobada mediante ley sancionada por el voto de la mayoría simple en la Cámara de Diputados y en la de Senadores, por último, para adquirir rango constitucional, deben obtener la aprobación, por mayoría especial de dos tercios de los votos de ambas cámaras. Sólo podrán ser denunciados¹³⁷, en su caso, por el Poder Ejecutivo Nacional, previa aprobación de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara del Congreso de la Nación, en los casos en que los tratados admitan su denuncia total o parcial, dentro del plazo que cada tratado establezca.

¹³⁴ (ref: leg3311.90002)

¹³⁵ Decreto 6286/1956 del Poder Ejecutivo Nacional publicado en el Boletín Oficial el 9 de abril de 1956

¹³⁶ Jofré Giraudó, Samuel. La discusión del derecho a la vida del niño por nacer, Ed. Advocatus, Córdoba, 2011, p.72

¹³⁷ La denuncia, en Derecho internacional público, es la declaración unilateral a través de la cual un Estado decide retirar su consentimiento de un tratado internacional, rompiendo la relación obligatoria que le vinculaba a través del mismo.

En resumen, y como veremos más adelante, el movimiento abortista forzó la sanción de la Ley 27610; no podía legalizar el delito de aborto sin antes preparar el escenario jurídico de nuestro país: modificar la Constitución Nacional, denunciar la parte pertinente de los Tratados Internacionales que protegen la vida desde la concepción, lograr la ratificación de la denuncia de los Tratados mediante la sanción de una ley obtenida con el voto de una mayoría especial (dos tercios de los votos) de ambas Cámaras del Congreso de la Nación, para así dejar desprotegida la vida humana en el derecho constitucional argentino y recién empezar a hablar de despenalizar la muerte inducida del niño por nacer.

Derecho Civil: Reconocimiento de la personalidad del embrión humano. De la biología al derecho positivo

Además de estar constitucionalmente determinada la protección a la inviolabilidad de la vida humana, también quedó constitucionalmente determinado el preciso momento en el cual comienza la tutela al derecho humano a la vida: es en el momento de la fecundación (o en términos jurídicos: la concepción).

Nuestro Derecho Civil también es preciso al respecto; no deja lugar a dudas sobre cuándo reconoce legalmente el comienzo de la existencia de la persona humana y es también en la concepción, ya sea dentro o fuera del seno materno.

En el reconocimiento de la personalidad del niño por nacer se juega su derecho a la vida nada menos. Frente a derechos fundamentales de la mujer embarazada (a procurar su salud, a su privacidad, a su propio plan de vida, etc.) si colocáramos frente a ella, sólo un bien constitucionalmente protegido, podrían, tal vez, prevalecer sus pretensiones de abortar. Pero como reconocemos que el “abortando” es una persona humana, titular del derecho a la vida, no cabe otra actitud que su protección por lo que el niño por nacer no puede ser objeto de ningún derecho de la madre.¹³⁸ Ningún sujeto de derecho puede ser objeto de un derecho de otro a eliminar su vida voluntariamente.

La Academia Nacional de Medicina, en plenario académico del día 28/07/1994¹³⁹ en Buenos Aires declaró que: "La vida humana comienza con la fecundación, esto es un hecho científico con demostración experimental; no se trata de un argumento metafísico o de una hipótesis teológica. En el momento de la fecundación, la unión del pronúcleo femenino y masculino dan lugar a un nuevo ser con su individualidad cromosómica y con la carga genética de sus progenitores. Si no se interrumpe su evolución, llegará al nacimiento."

Así la máxima autoridad se expresó claramente sobre el inicio de la vida humana desde la ciencia médica.

El Código Civil y Comercial de la Nación (C.C.C.N), vigente desde 2015, recepta la realidad biológica del inicio de la vida en el art. 19: "Comienzo de la existencia: La existencia de la persona humana comienza con la concepción."

Refleja la certeza expresada por la ciencia.¹⁴⁰ No posterga el reconocimiento de la personalidad del embrión humano hasta que la ciencia médica, por ejemplo, a través de ecografías, pueda detectar el latido de su corazón; ni desde que se implanta en el útero materno; ni desde

¹³⁸ Jofré Giraudó, Samuel. La discusión del derecho a la vida del niño por nacer, Ed. Advocatus, Córdoba, 2011, p. 75

¹³⁹ Publicado en el diario La Nación del 04/08/1994

¹⁴⁰ Sadler, T.W.: Langman. Embriología médica. Lippincott Williams & Wilkins. Filadelfia. 12ª. Edición, 2012, p. 32/36

cualquier semana de gestación determinada caprichosamente: el Derecho Civil Argentino reconoce la personalidad del embrión humano desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide.

Desde ese instante biológicamente determinado por la naturaleza humana¹⁴¹ es reconocido el niño por nacer como sujeto de derecho.

A su vez, el Código Civil y Comercial de la Nación, en el art. 51 sostiene: “Inviolabilidad de la persona humana. La persona humana es inviolable y en cualquier circunstancia tiene derecho al reconocimiento y respeto de su dignidad”. Por primera vez se introduce la palabra “dignidad” en un Código Civil y Comercial de Argentina, lo que implica un cambio de concepción y paradigma.

La inviolabilidad de la dignidad de la persona humana es una garantía que posibilita a todo el mundo, incluso a los interesados, el establecimiento de restricciones a su significado y alcance. La libertad y la dignidad pertenecen a la esfera de lo no negociable, de lo que está fuera del mercado.¹⁴²

La dignidad es algo sustancial. Tan sustancial e inalienable es esta dignidad del hombre, que nadie puede ser esclavo de otro, ni siquiera por voluntad propia o por contrato.

Se parte de que la persona, nacida o por nacer, merece que se le reconozca, respete y tutele su dignidad, sólo por el hecho de ser persona. En consecuencia, el Estado debe garantizarle esa dignidad, reconociendo su existencia, su autonomía y su individualidad; de allí que el art. 51 considere a la persona humana inviolable.

Entonces, si el art. 19 del C.C.C.N. reconoce que desde la concepción se es persona humana, y el art. 51 reconoce la inviolabilidad de la persona humana, podemos fácilmente inferir que el ser humano concebido, en su etapa embrionaria inicial, es reconocido como sujeto de derecho y como persona humana digna e inviolable, y así debe ser respetado.

Nuestro derecho civil prevé la posibilidad de reconocer a un hijo concebido y aún no nacido en el art. 574 del C.C.C.N: “Reconocimiento del hijo por nacer: Es posible el reconocimiento del hijo por nacer, quedando sujeto al nacimiento con vida”.

Hay que aclarar que también la persona por nacer puede ser titular de alimentos y que el hecho de que se permita discutir la filiación prenatalmente señala que el momento decisivo para la configuración de los vínculos filiatorios es el de la concepción.¹⁴³

Dada su estrecha relación con la Convención sobre los Derechos del Niño, la Ley 26.061¹⁴⁴ de Interés superior del Niño o Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes merece especial mención. En el art. 2 establece que: “La Convención sobre los Derechos del Niño es de aplicación obligatoria en las condiciones de su vigencia, en todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que se adopte respecto de las personas hasta los dieciocho años de edad”. La protección de este artículo **alcanza a todo niño, desde su concepción**, dado que la Ley 23.849 es condición de vigencia de la Convención de los Derechos del Niño, y ha definido que niño es todo ser humano desde la concepción hasta los 18 años.

Esta ley en el art. 3 inc. a) reconoce y establece que a los niños debe respetárseles “su condición de sujeto de derecho”. Y en el mismo inciso, *in fine* establece que: “...Cuando exista conflicto entre derechos e intereses de un niño, frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros.” Esto significa que, ante un derecho que esgrima un

¹⁴¹ González Valenzuela, Juliana. Genoma humano y dignidad humana. Anthropos, Barcelona, 2005 p. 64

¹⁴² Lamm, Eleonora. La dignidad humana. [Http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/30](http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/30) publicación 3/2017, p. 1

¹⁴³ Lafferriere Jorge Nicolás La protección de la persona por nacer en el derecho argentino <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/8835/1/proteccion-persona-por-nacer.pdf> 2017, p. 7

¹⁴⁴ Ley 26.061 publicada en el Boletín Oficial el 25 de octubre de 2005

adulto, si se contrapone con el derecho a la vida del niño, deberá prevalecer siempre este último.

El art. 5 de la misma Ley 26.061 establece que será “Responsabilidad gubernamental: ...Las políticas públicas del Estado deben garantizar con absoluta prioridad el ejercicio de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.... inc. 2º - Prioridad en la exigibilidad de la protección jurídica cuando sus derechos colisionen con los intereses de los adultos, de las personas jurídicas privadas o públicas”

Protección del Derecho a la Vida en cada Constitución Provincial Argentina

La protección del derecho a la vida contenida en la Constitución Nacional es avalada por todas las constituciones provinciales argentinas. Catorce son las provincias que comprometen al Estado Provincial con la defensa del Derecho a la Vida desde la concepción en su constitución en forma expresa, pero todas reconocen su adhesión a todos los principios reflejados en la Constitución Nacional y a los derechos allí enumerados. Todas las provincias, en el Preámbulo de su constitución, como se verá, reconocen a Dios como fuente de toda razón y justicia, reconociendo así la preeminencia de una ley eterna e inmutable¹⁴⁵, previa al Derecho Natural al que le da origen, el que resulta fundamento último del Derecho positivo.¹⁴⁶

1) La **Provincia de Buenos Aires**, tiene una constitución claramente protectora de la vida humana desde su inicio. En su Preámbulo, invoca a Dios como “fuente de toda razón y justicia”, haciendo así referencia directa a una ley previa y superior, que constituye su fundamento. En su art. 10 reconoce que: “Todos los habitantes de la Provincia (...) tienen derecho perfecto de defender y de ser protegidos en su vida”. En el art. 11 establece que: “La Provincia no admite distinciones, discriminaciones ni privilegios por razones de (...) características físicas”. Entiéndase acá que no se admite discriminación alguna entre personas nacidas y personas ya concebidas y aún no nacidas; esto quiere decir que no admite el descarte de unos seres humanos en beneficio de otros. Además, hace una enumeración de derechos muy clara en el art. 12: “Todas las personas en la Provincia gozan, entre otros, de los siguientes derechos: 1) A la vida, desde la concepción hasta la muerte natural... 3) Al respeto de la dignidad, al honor, la integridad física, psíquica y moral.” Asimismo, en el art. 36 reconoce que “Toda mujer tiene derecho (...) a una protección especial durante los estados de embarazo.”

2) **Catamarca**, en el Preámbulo de su Carta Magna, invoca a Dios como fuente de toda razón y justicia. En el art. 7 reconoce que: “Todos los habitantes de la Provincia (...) tienen perfecto derecho para (...) ser protegidos en su vida.” En el art. 64 establece que: “La provincia promoverá la salud como derecho fundamental del individuo y de la sociedad.” Fácilmente deducimos que la salud supone la vida, por lo que, sin vida, vana sería la referencia a una promoción de la salud si el Estado no estuviera obligado, previamente, a proteger la vida humana en todas sus etapas. En el art. 65 enumera derechos especiales pertenecientes a diferentes sectores: “II. De la mujer: A la protección y asistencia integral de la maternidad.” Acá “protección integral” se ve como lo más acabado en cuanto al cuidado del hijo que se gesta, supone así

¹⁴⁵ Una ley, lo es siempre por participación de la ley eterna, de manera que: “Sólo si se adapta a ella, quedará rectamente constituida”. Vitoria, Francisco, De Legibus. Salamanca, Ediciones Universidad, 2010. Pág. 90, lecc. 122, p. 101

¹⁴⁶ “La ley eterna...es regla o medida de las acciones humanas y [...] es arquetipo para todas las leyes que están en la conciencia de los hombres”. Suárez, Francisco., D. L.: L II, cap. I, 7. Vol. III, p. 11.

sanidad para ambas partes del binomio madre e hijo. “III. De la niñez: 1- A la vida, desde su concepción.”

3) La Constitución de la **Ciudad Autónoma de Buenos Aires** invoca “la protección de Dios y la guía de nuestra conciencia” en su Preámbulo, refiriéndose así, no sólo a una ley eterna e inmutable, sino también a la recta conciencia del hombre, en cuanto se encamina siempre hacia la búsqueda del Bien y la Verdad. Y adhiere a la Constitución de la Nación en su art. 10: “Rigen todos los derechos, declaraciones y garantías de la Constitución Nacional, las leyes de la Nación y los tratados internacionales ratificados y que se ratifiquen. Estos y la presente Constitución se interpretan de buena fe. Los derechos y garantías no pueden ser negados ni limitados por la omisión o insuficiencia de su reglamentación y esta no puede cercenarlos.”

4) La Carta Magna de **Chaco**, en su Preámbulo, dice proteger a la familia e invoca a Dios como fuente de toda razón y justicia. En su art. 15 declara que: “La Provincia, dentro de la esfera de sus atribuciones, garantiza a todas las personas el goce de los siguientes derechos: 1) A la vida y a la libertad, desde la concepción; a la integridad psicofísica y moral.” Y en su art. 35 compromete al Estado a “...Garantizar la protección de la maternidad.”

5) La Constitución de **Chubut**, en su Preámbulo invoca a Dios como fuente de toda razón y justicia. En su art. 18 reconoce que: “Todos los habitantes de la Provincia gozan de los derechos y garantías reconocidos por la Constitución Nacional y la presente, con arreglo a las leyes que reglamentan su ejercicio. En especial gozan de los siguientes derechos: inc. 1: “A la vida desde su concepción y a la dignidad e integridad psicofísica y moral, las que son inviolables. Su respeto y protección es deber de los Poderes públicos y la comunidad.” Y en el art. 22 declara que: “Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución Nacional y la presente reconocen, se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos, los tratados y los acuerdos internacionales sobre la misma materia ratificados por la Nación Argentina.” Asimismo, en su art. 26 establece que: “La madre goza de adecuada protección desde su embarazo». Entiéndase que protección adecuada del embarazo, excluye naturalmente todo lo inadecuado, como sería facilitar la eliminación por aborto del hijo de la madre embarazada. El aborto es sumamente inadecuado, pues destruye al hijo de la madre, y destruye anímica y psíquicamente a la mujer.

6) La Constitución de la **Provincia de Córdoba**, en su Preámbulo, invoca a Dios como fuente de toda razón y justicia, haciendo referencia, como quedó aclarado, a una ley eterna e inmutable, previa a la ley positiva. En el art. 4 establece el excelente deber del Estado de defender la vida y la dignidad de la persona: “La vida desde su concepción, la dignidad y la integridad física y moral de la persona son inviolables. Su respeto y protección es deber de la comunidad y, en especial, de los poderes públicos”. Reconoce en su art. 19 que: “Todas las personas en la Provincia gozan de los siguientes derechos conforme a las leyes que reglamentan su ejercicio: 1. A la vida desde la concepción, a la salud, a la integridad psicofísica y moral y a la seguridad personal.” En el art 24 declara que: “La madre goza de especial protección desde su embarazo”. En su art 25 no deja duda de la protección que el Estado le debe al bebé aún no nacido: “El niño tiene derecho a que el Estado, mediante su responsabilidad preventiva y subsidiaria, le garantice el crecimiento, el desarrollo armónico y el pleno goce de los derechos, especialmente cuando se encuentre en situación desprotegida, carenciada o bajo cualquier forma de discriminación o de ejercicio abusivo de autoridad familiar.”

7) La Constitución de **Corrientes** invoca en su Preámbulo la protección de Dios. En su art. 41 declara que: “Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir, crecer y desarrollarse en forma integral, lo que incluye el derecho a la identidad y a la identificación, y los demás

derechos y garantías contemplados en esta Constitución, la Constitución Nacional, los Tratados y las leyes... El Estado legisla y promueve medidas de acción positiva que tienen por objeto esencial la prevención, detección temprana y amparo de las situaciones de amenaza o violación de los principios, derechos y garantías del niño, de la niña y del adolescente, especialmente de los que se encuentren en situación de riesgo. Debe remover los obstáculos de cualquier orden que limiten la efectiva y plena realización de sus derechos”. Según esta norma, ante amenaza o violación de los derechos del niño, el Estado debe saltar en su amparo. En consecuencia, es el Estado el encargado de repeler la acción de los abortistas que promueven el peor atentado a la vida de un niño por nacer: el aborto provocado. En el art. 46 establece que: “Toda mujer tiene derecho a una protección especial durante los estados de embarazo y lactancia.”

8) **Entre Ríos** es la única provincia cuya carta magna no tiene un preámbulo. Su compromiso con el respeto a la vida humana del no nacido es claro en su art. 16: “La Provincia reconoce y garantiza a las personas el derecho a la vida y, en general, desde la concepción hasta la muerte digna. Nadie puede ser privado de ella arbitrariamente.”

9) La Constitución de **Formosa** manifiesta tener una “concepción humanista y cristiana”, e invoca “la protección de Dios, fuente de toda razón y justicia”. Refleja su postura ante la vida en el art. 5: “Todo ser humano tiene derecho a la vida desde el momento de su concepción y a su integridad psicofísica, espiritual y moral. El Estado Provincial propenderá a la concientización de las responsabilidades inherentes a la generación de la vida”.

10) El Preámbulo de la ley suprema de **Jujuy**, como vemos en tantas otras, hace clara referencia a un orden superior de principios inmutables invocando la protección de Dios. En el art. 19 reconoce que: “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida y está protegida por la Constitución y la ley. Toda persona debe respetar la vida de los demás y está obligada a actuar de modo tal que no produzca hechos, actos u omisiones que pudieren amenazar o hacer peligrar la existencia sana, digna y decorosa de sus semejantes.” La seguridad social para el niño por nacer está reglada en el art 45: “La madre y el niño gozarán de especial y privilegiada protección y asistencia. A tales fines el Estado arbitrará los recursos necesarios”.

11) La constitución de la Provincia de **La Pampa** también invoca a Dios como “fuente de toda razón y justicia” en su Preámbulo. Adhiere en un todo a la Constitución Nacional y reconoce que toda norma provincial que la contradiga carecería de validez, en el art. 7 reconoce que: “Toda ley provincial contraria a las prescripciones establecidas por la Ley Suprema de la Nación, por esta Constitución o por los tratados que celebre la Provincia, es de ningún valor, pudiendo los interesados demandar e invocar su inconstitucionalidad o invalidez ante los tribunales competentes.”

12) La Provincia de **La Rioja** en su Preámbulo invoca la protección de Dios “como fuente de toda razón y justicia”. También reconoce que los hombres “tienen derechos de validez universal anteriores a esta Constitución y superiores al Estado; que la familia es célula básica de la sociedad y raíz de su grandeza como ámbito natural de la cultura y la educación”. Aclara en su art. 5 que: “El preámbulo no es una mera enunciación de principios, sino fuente interpretativa y de orientación para establecer el alcance, significado y finalidad de las cláusulas de la presente Constitución”. Adhiere en un todo a lo normado por la Carta Magna Argentina, a tal punto, que declara en su art. 9: “Toda ley, decreto, ordenanza o disposición contraria a la Constitución Nacional o a esta Constitución debe ser declarada inconstitucional por los jueces, a requerimiento de parte o de oficio”. Finalmente da prioridad de protección a la maternidad y al niño por nacer en el art 37: “Todo niño o adolescente tiene derecho a la protección integral por

cuenta y cargo de su familia. En caso de desamparo total o parcial, moral o material, permanente o transitorio, corresponde a la provincia, como inexcusable deber social, proveer a dicha protección ya sea en forma directa o por medio de institutos.”

13) **Mendoza** también alude a los principios inmutables de la ley eterna invocando, en el Preámbulo de su Constitución, “la protección de Dios”. Adhiere también a todo lo normado en la Ley Suprema de la Nación en su art. 1: “La Provincia de Mendoza es parte integrante e inseparable de la Nación Argentina y la Constitución Nacional es su Ley Suprema.” Y en el art. 8 reconoce que “Todos los habitantes de la Provincia son, por su naturaleza, libres e independientes y tienen derecho perfecto de defender su vida”.

14) El caso de **Misiones**, como casi todas las provincias argentinas, también invoca a Dios. En el art. 38 establece muy bien que: “Toda mujer que esté por dar a luz o haya dado a luz, todo anciano, todo incapacitado y todo menor de edad que se encuentre en estado de desamparo, serán protegidos por el Estado. A tal efecto la ley creará los organismos que asumirán esas tareas”.

15) **Neuquén**, en el Preámbulo de su Constitución, invoca la protección de Dios como “fuente de toda razón y justicia”. Reconoce al niño por nacer, como sujeto de derecho, en su art. 47: “La Provincia reconoce a las niñas, niños y adolescentes como sujetos activos de derechos, les garantiza su protección y su máxima satisfacción integral y simultánea, de acuerdo con la Convención Internacional de los Derechos del Niño, la que queda incorporada a esta Constitución, en las condiciones de su vigencia”.

16) **Río Negro** también tiene un Preámbulo en su Constitución que “invoca la protección de Dios”. Declara la sujeción del Estado a la Constitución en el art. 7: “En ningún caso y por ningún motivo el Pueblo y las autoridades de la Provincia pueden suspender el cumplimiento de esta Constitución, ni la de la Nación o la efectividad de las garantías establecidas en ambas”. En cuanto al primer derecho humano, es honrado en su art. 16: “Se reconoce el derecho a la vida y dignidad humana. Nadie puede ser sometido a tortura ni a tratos crueles, degradantes o inhumanos”. Para mayor claridad al respecto, en la parte final del segundo párrafo del art. 59 establece en referencia a la salud que “Incluye el control de los riesgos biológicos y socioambientales de todas las personas desde su concepción, para prevenir la posibilidad de enfermedad o muerte por causa que se pueda evitar”.

17) **Salta**, la linda, tiene una constitución cuyo Preámbulo declara primeramente “exaltar y garantizar la vida”, además, invoca la protección de Dios. En el artículo 9º se lee: “El Preámbulo resume los fines del Estado Provincial y las aspiraciones comunes de sus habitantes. Su texto es fuente de interpretación y orientación para establecer el alcance, significado y finalidad de todas las cláusulas de esta Constitución.” Va al punto clave que nos ocupa en su art. 10: “La vida desde su concepción, la dignidad y la integridad física y moral de la persona son intangibles. Su respeto y protección es deber de todos y en especial de los poderes públicos.” Y va más allá aún en el art. 33: “El Estado asegura la protección de la infancia, cubriendo sus necesidades afectivas, ambientales, de educación, salud, alimentación y recreación.”

18) **San Juan**, en el Preámbulo de su Constitución, afirma estar consciente de su “responsabilidad ante Dios” su “pleno respeto por la familia”. Reconoce los primeros derechos humanos en el art. 15: “La vida, la integridad moral, física, psicológica y socio cultural, son derechos inviolables de las personas”. Y declara la protección del Estado tanto a la madre embarazada como a su hijo por nacer en el art 53: “El estado protege la maternidad con asistencia integral.”

19) La Carta Magna de **San Luis** tiene un Preámbulo en el que manifiesta que busca “exaltar y garantizar la vida”, también que quiere “proteger a la familia” e invoca la “protección de Dios”. El deber del Estado de proteger el primer derecho humano está reconocido en el art. 13:

“La vida desde su concepción, la dignidad y la integridad física y moral de la persona son intangibles. Su respeto y protección es deber de todos y en especial de los poderes públicos.” También lo vemos en su art. 49: “El Estado protege a la persona humana, desde su concepción hasta su nacimiento y, desde éste hasta su pleno desarrollo”.

20) La Provincia de **Santa Cruz** tiene una constitución que en su Preámbulo invoca “el auxilio y protección de Dios”, aludiendo así a una ley eterna creadora y ordenadora de todas las cosas. Hace referencia directa su adhesión a la Ley Suprema de la Nación en cuanto a los derechos fundamentales allí consagrados, en su art. 3: “Todos los habitantes de la Provincia de Santa Cruz gozarán en ella de los derechos y garantías que la Constitución Nacional otorga, los que serán asegurados por los poderes provinciales”.

21) La Constitución de **Santa Fe**, en su Preámbulo, invoca a Dios como “fuente de toda razón y justicia”. Hallamos Constituciones como ésta, que no contienen artículos que hablen expresamente de la defensa de la vida humana desde la concepción, no quiere decir que estén contra eso, pues, como quedó dicho, al estar sujetas a la Constitución Nacional, se someten a lo que ella ordena.

22) **Santiago del Estero** tiene una constitución marcadamente protectora de la vida, muestra de ello es su Preámbulo, en el que invoca a Dios como fuente de toda razón y justicia. También el art. 16, donde enumera: “Derechos individuales. Todas las personas gozan en la Provincia de los siguientes derechos: inc. 1º “A la vida en general desde el momento de la concepción. 2. A la protección de la salud, de la integridad psicofísica y moral y a la seguridad personal”. La protección concreta del binomio madre e hijo está prevista en el art. 28: “La Provincia dictará un régimen de seguridad especial de protección de la madre durante el embarazo y el período de lactancia”. Esta constitución declara expresamente, en su art. 29: “Declárase vigente en todo el territorio provincial e incorpórase como texto constitucional, la Convención sobre los Derechos del Niño aprobado en el orden nacional por intermedio de la Ley 23.849”.

23) En el caso de la Constitución de la **Provincia de Tierra del Fuego**, su Preámbulo invoca la protección de Dios y en el texto constitucional la provincia se compromete a la protección del derecho a la vida. En su art. 14 establece que “Todas las personas gozan en la Provincia de los siguientes derechos:

1) A la vida desde la concepción.

2) A la salud, a la integridad psicofísica y moral, y a la seguridad personal”.

Y en el art. 17 garantiza que “La madre goza de adecuada protección desde su embarazo”. Dejando claro que, para proteger al bebé por nacer, se debe amparar a su madre.

24) **Tucumán**, el jardín de la República, tiene una de las constituciones más nuevas, fue reformada en el año 2006. Desde su Preámbulo, expresa y concretamente dice: “garantizando la vida desde su concepción”, e invoca “la protección de Dios”. Reafirma su defensa al no nacido en el art. 40, cuando declara: “Dentro de la esfera de sus atribuciones, la Provincia procurará especialmente que las personas gocen de los siguientes derechos: 1º) A una existencia digna desde la concepción con la debida protección del Estado a su integridad psicofísica con la posibilidad de disponer de una igualdad en las oportunidades... 3º) A una adecuada protección de la maternidad...”. Y en el art. 146 *in fine* asegura que: “El Estado garantizará el derecho a la vida desde la concepción”.

Con este breve repaso de las todas las constituciones provinciales de la República Argentina vemos cómo el derecho a la vida, desde la concepción, está protegido en cada una.

Legalización y despenalización del aborto en Argentina: Ley 27.610

Aun teniendo un ordenamiento jurídico protector del derecho humano a la vida desde la concepción, como se ha visto hasta acá, el Congreso de la Nación sancionó el 30 de diciembre de 2020 la Ley 27.610 que legaliza el aborto hasta las 14 semanas de gestación del niño por nacer, y lo despenaliza en dos circunstancias hasta el noveno mes.

Una primera mirada nos muestra que es una ley de fomento del aborto y es de lo más extremo del mundo occidental. Veamos sólo sus puntos más deleznable:

Atribuye primacía a la voluntad y al deseo de una mujer embarazada por sobre la vida de su hijo por nacer, a quien cuidadosamente omite nombrar en todo su articulado, como si de ese modo el niño por nacer perdiera su calidad de ser humano o de sujeto de derecho.

De la noche a la mañana transformó, sin fundamentación jurídica, la naturaleza jurídica del delito de aborto en un derecho de toda “persona gestante” como por arte de alguna oscura magia.

Parte de una falsa premisa de que toda mujer es libre para elegir abortar al niño de sus entrañas. Pretende crear un supuesto derecho al aborto como parte de una decisión “libre” de la mujer, escondiendo la realidad de que una mujer embarazada que piensa en abortar es una mujer que atraviesa situaciones de vulnerabilidad, y cualquier decisión que tome estando vulnerable carece de plena libertad.

Deja a las menores de edad desprotegidas al promover que oculten a sus familias la realidad de su embarazo y su pedido de aborto en un hospital; en clara violación al sistema de protección de los menores que reconoce el Código Civil y Comercial de la Nación.

Excluye al padre del niño por nacer de la posibilidad opinar, de protegerlo y de defender el derecho a nacer de su hijo. De hecho, esta ley omite deliberadamente nombrarlo.

Afirmamos que es de las leyes abortistas más extremas del mundo occidental: anula al niño por nacer no deseado por sus padres a tal punto que fomenta su aborto; niega al padre el derecho a defender a su hijo del aborto inducido que pida la madre del niño por nacer; presiona al personal de salud para ser partícipes en abortos, pretendiendo desconocer el derecho humano de toda persona a objetar conciencia respecto del aborto; pretende que a toda madre embarazada que llegue a un centro de salud se le ofrezca abortar... Ningún país del planeta reúne todos estos atropellos en una sola ley...

Habiendo repasado la protección a la Vida humana que declara nuestra Constitución Nacional, podemos comprender que se afirme que la Ley 27.610 es inconstitucional, dado que claramente violenta el principio de respeto al derecho humano a vivir.

Delito de aborto en el Código Penal Argentino. Supuesto legalizado. Delito de aborto no punible

El delito de aborto estuvo y está tipificado en el Código Penal desde el art. 85 al 88, en el libro segundo “De los delitos”, del Título I “Delitos contra las personas” en el Capítulo I “Delitos contra la vida”. No cabe duda de que el aborto es un delito contra la vida de las personas: los niños por nacer.

El Código Penal establece las penas que corresponde a quien comete alguna de las conductas tipificadas como delito, no “permite” conductas ni mucho menos las promueve. El delito de aborto, por ejemplo, prevé la pena de hasta 15 años de prisión (en caso de que el aborto fuera

seguido de la muerte de la madre encinta cuando ella no expresó su consentimiento para abortar).

La sanción de la Ley 27.610¹⁴⁷ llamada “de interrupción voluntaria del embarazo” convirtió en un derecho de la madre abortar a su niño por nacer hasta su semana 14 de gestación; pero debemos saber que desde la semana 15 en adelante sigue siendo un delito el aborto.

El art 85 del Código Penal quedó modificado así: “El o la que causare un aborto será reprimido: 1) Con prisión de tres (3) a diez (10) años, si obrare sin consentimiento de la persona gestante. Esta pena podrá elevarse hasta quince (15) años si el hecho fuere seguido de la muerte de la persona gestante. 2) Con prisión de tres (3) meses a un (1) año, si obrare con consentimiento de la persona gestante, luego de la semana catorce (14) de gestación y siempre que no mediaren los supuestos previstos en el artículo 86.”

Aunque no parezca, el bien jurídico tutelado allí por el derecho penal argentino es la vida de la persona por nacer.

En palabras del jurista tucumano Ricardo Bach de Chazal, si la vida humana inocente no fuera digna de protección penal, tampoco lo sería la salud, la integridad física, la libertad en cualquiera de sus formas, ni cualesquier otro bien jurídico tutelado por el Código Penal y sus leyes complementarias.¹⁴⁸

Los elementos esenciales del tipo penal asimilados al delito de aborto, según la doctrina tradicional, son:

- a) la existencia de un ser humano concebido,
- b) la ejecución de maniobras abortivas ya sea que produzcan la muerte de la persona por nacer dentro del seno materno, o que ese resultado se produzca a consecuencia de su expulsión prematura,¹⁴⁹
- c) la relación de causalidad entre la muerte de la persona por nacer (efecto) y la maniobra abortiva ejecutada (causa), y
- d) el dolo. El Código Penal requiere la intención directa¹⁵⁰ de matar al niño en gestación.¹⁵¹

Nuestro Código Penal establecía, antes de la sanción de la ley 27610 que legalizó el aborto hasta la semana 14 de embarazo, la pena que merece quien cometiere delito de aborto en el ex art. 85: “El que causare un aborto será reprimido: inc. 1º) con reclusión o prisión de tres a diez años, si obrare sin consentimiento de la mujer. Esta pena podrá elevarse hasta quince años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer; inc. 2º) con reclusión o prisión de uno a cuatro años, si obrare con consentimiento de la mujer. El máximo de la pena se elevará a seis años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer”.

La regla general es que toda conducta delictiva deriva -como consecuencia- en la aplicación de una pena. La excepción de no punibilidad consiste entonces, en la no aplicación de la pena prevista en la norma por haber acontecido, en el hecho, circunstancias excepcionales taxativamente enunciadas.

El aborto sobre un niño de 15 semanas de gestación o más sigue siendo delito, y sólo será delito no punible si se demuestra que la abortante estaba bajo una de las siguientes dos excusas absolutorias del actual art. 86 del Código Penal: “No es delito el aborto realizado con consentimiento de la persona gestante hasta la semana catorce (14) inclusive del proceso gestacional.

¹⁴⁷ Ley 27.610 B.O. 15/01/2021

¹⁴⁸ Bach de Chazal, Ricardo: «El aborto en el derecho positivo argentino», El Derecho, Bs. As. 2009, p. 54.

¹⁴⁹ Soler, Sebastián: Derecho Penal Argentino, Buenos Aires, Tipográfica Editora Argentina, 10º reimpresión, 1992, p. 97 de-fine maniobras abortivas como toda acción destructiva de la vida anteriores al momento del parto

¹⁵⁰ Fontán Balestra, Carlos. Tratado de Derecho Penal, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 1969, p. 215

¹⁵¹ Bach de Chazal, Ricardo: “El aborto en el derecho positivo argentino”, El Derecho, Bs. As. 2009, p. 157

Fuera del plazo establecido en el párrafo anterior, no será punible el aborto practicado con el consentimiento de la persona gestante: 1) Si el embarazo fuere producto de una violación. En este caso, se debe garantizar la práctica con el requerimiento y la declaración jurada de la persona gestante ante el o la profesional o personal de salud interviniente. En los casos de niñas menores de trece (13) años de edad, la declaración jurada no será requerida. 2) Si estuviera en riesgo la vida o la salud de la persona gestante.”

Que a un delito no se le aplique pena por una excusa absolutoria, no significa que deje de ser delito, sino –solamente-, que no se le aplica la pena sólo en ese caso puntual.

En estos dos supuestos, estamos frente a los dos casos puntuales de excusas absolutorias a la punibilidad del delito de aborto. El aborto sobre un niño por nacer de 15 semanas o más de edad gestacional no deja de ser delito, sólo que, si se logra probar que quien lo cometió se encontraba dentro de alguna de las únicas dos circunstancias previstas por el art. 86 del CP en sus incisos 1º y 2º, podría ser declarado delito no punible por el Juez para ese caso en concreto.

El único con competencia para determinar si el delito cometido es punible o no punible es el Juez Penal luego del análisis de las pruebas aportadas a una causa. No es un Director de Hospital, ni un médico de guardia, menos una enfermera de salita el funcionario competente para determinar, en forma previa, si un aborto será o no punible.

Un “logro” del abortismo es habernos hecho creer que el Código Penal “permite” el aborto en tal o cual circunstancia. El Código Penal NO permite ni avala conductas, mucho menos las promueve; si no que enuncia la pena que merece cada delito. Todos los hechos enumerados y descriptos en el Código Penal son delitos.

A su vez, no podemos ignorar que, con la reforma de la Constitución Nacional de 1994, al incorporarse con jerarquía constitucional los tratados internacionales en los que Argentina se ha obligado a proteger la vida de todo ser humano desde la concepción, en el art. 75 inc. 22¹⁵², ha quedado tácitamente derogada toda normativa en contrario en base al **principio de que la ley superior deroga ley inferior**¹⁵³. En este caso, el Código Penal es inferior a la Constitución Nacional, reformada en el año 1994.

El derecho humano a la vida desde la concepción es hoy un principio de derecho público internacional, por lo que mal podría seguir vigente el art. 86 del Código Penal que deja sin protección punitiva el bien jurídico tutelado de la vida de la persona por nacer en los casos en que la madre hubiera sido violada, o cuya vida o salud corriera peligro.

La legalización del crimen del aborto y las excusas absolutorias del art. 86 del Código Penal resultan manifiestamente inconstitucionales¹⁵⁴ ante textos explícitos de la Carta Magna que amparan de modo irrestricto a la persona por nacer desde el instante de su concepción.¹⁵⁵

Muy distinta sería la situación del médico que atiende a una madre embarazada en grave estado de salud -con eclampsia, por ejemplo- y en el intento por evitar la muerte inminente de la madre, adelanta el nacimiento del hijo. Si ese médico, poniendo su ciencia al servicio de salvar la vida de ambos, lograra salvar sólo a uno de ellos, no cabría reproche ético ni moral alguno, ya que intentó salvar a la madre y también puso bajo cuidados de salud al niño prematuramente nacido.

¹⁵² Constitución de la Nación Argentina, art. 75 inc. 22

¹⁵³ Revista Española de Derecho Constitucional Año 8. Núm. 24. Septiembre-Diciembre 1988 – El principio de jerarquía normativa, Alfonso Ruiz Miguel, pág. 135

¹⁵⁴ Dictamen de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas 12/7/2018 s/Proyecto de ley de aborto no punible, p. 2.

¹⁵⁵ Tratados Internacionales de rango constitucional enumerados en el art. 75 inc. 22º, citados en pág. Anteriores.

Creación de un nuevo delito para el personal de salud: la obstrucción o demora injustificada de un aborto. Una falsa obligación de derivar

Como si a esta altura del capítulo quedara duda de que la ley 27.610 es de fomento del aborto, veamos cómo prevé presionar al personal de salud a practicarlo mediante la creación de un nuevo delito: la demora u obstrucción injustificada del nuevo art. 85 bis del Código Penal: “Será reprimido o reprimida con prisión de tres (3) meses a un (1) año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena, el funcionario público o la funcionaria pública o la autoridad del establecimiento de salud, profesional, efector o personal de salud que dilatare injustificadamente, obstaculizare o se negare, en contravención de la normativa vigente, a practicar un aborto en los casos legalmente autorizados.”¹⁵⁶

Estudiando el derecho comparado podemos afirmar que no existe en ningún otro país un “delito” similar al creado por esta ley de fomento del aborto.

Para tranquilidad del personal de salud es menester aclarar tres cuestiones respecto de la supuesta obligatoriedad de fomentar y hacer abortos:

a) El derecho humano a objetar conciencia y, en consecuencia, no cometer actos que vayan contra la propia conciencia es un derecho fundamental de toda persona, reconocido constitucionalmente en nuestro país y que ninguna ley no puede derogar. Por lo que la creación del delito de “obstrucción o demora injustificada” no afecta al personal de salud que haya manifestado por escrito que ejercita su derecho a ser objetor al proceso del aborto en todas sus etapas.

b) Es de buena práctica médica, cuando se recibe en el consultorio una paciente embarazada, solicitarle todos los estudios que el médico crea convenientes a fin de hacer un control y cuidado responsables. En el caso de la paciente que solicita que se le practique un aborto, con más razón se le debe hacer inmediatamente una ecografía, a fin de determinar si efectivamente está embarazada, la edad gestacional, la posición del embrión respecto del útero, etc. Si esos estudios médicos tardan algunos días en llevarse a cabo, y eso produce alguna demora en practicar el aborto solicitado, esa demora está absolutamente justificada, por lo que muy difícilmente prosperaría cualquier acusación contra el profesional en ese sentido.

c) El médico debe hacer lo que un buen médico debe hacer. Debe atender a la paciente con calidez y respeto, haciendo uso de su ciencia, brindando toda la información posible en referencia a lo que la paciente solicite, sin ocultar detalles y posibles consecuencias en la salud de la mujer, en caso de que la misma decida llevar adelante la práctica abortiva solicitada. En caso de que el médico fuera objetor de conciencia, y no estuviera dispuesto a cometer aborto, deberá hacerlo saber a la paciente a fin de que la misma busque otro profesional capaz de hacerlo.

Con respecto a la supuesta obligación de derivar a la paciente a otro médico capaz de cometer aborto, debemos saber que ningún objetor de conciencia puede ser obligado a derivar, dado que la derivación consiste en una colaboración indirecta con una de las etapas iniciales del proceso de aborto al que, por razones éticas y morales, se objetó.

¹⁵⁶ Artículo incorporado por art. 15 de la Ley N° 27.610 B.O. 15/01/2021

Secreto profesional u obligación de denunciar el delito de aborto

Al ser el aborto –pasada la semana 14 de gestación del niño por nacer- un delito de acción pública, la regla general es la obligación de denunciar ante la Justicia cuando se toma conocimiento del hecho y sus posibles autores.

El Código Procesal Penal de la Nación establece la obligación de denunciar los delitos de que se tenga sospecha por haber tomado conocimiento, en el art 237: “Obligación de denunciar. Tendrán obligación de denunciar los delitos de acción pública: inc. b) Los médicos, farmacéuticos o enfermeros, siempre que conozcan el hecho en el ejercicio de su profesión u oficio, salvo que el caso se encuentre bajo el amparo del secreto profesional.”

El art. 277 del Código Penal tipifica la figura del encubridor: “Será reprimido con prisión de seis (6) meses a tres (3) años el que, tras la comisión de un delito ejecutado por otro, en el que no hubiera participado: a) Ayudare a alguien a eludir las investigaciones de la autoridad o a sustraerse a la acción de ésta. b) Ocultare, alterare o hiciere desaparecer los rastros, pruebas o instrumentos del delito, o ayudare al autor o partícipe a ocultarlos, alterarlos o hacerlos desaparecer...d) No denunciare la perpetración de un delito o no individualizare al autor o partícipe de un delito ya conocido, cuando estuviere obligado a promover la persecución penal de un delito de esa índole.” Entonces queda claro que no queda librada a la conciencia de alguien denunciar o no un delito, es su obligación, bajo pena de caer en la figura del encubridor, el denunciar el delito de aborto ejecutado contra un niño por nacer de más de 14 semanas de vida gestacional. Será la Justicia la que deberá investigar si hubo alguna circunstancia de eximición de la pena (según la ley 27.610 estas excusas absolutorias son dos: que el niño abortado sea fruto de violación, o que la madre corra riesgo en su vida o su salud física)

Con respecto al secreto profesional que debe el médico a su paciente, el mismo Código Penal establece una excepción al mismo en el art 156: “Será reprimido con multa de pesos mil quinientos a pesos noventa mil e inhabilitación especial, en su caso, por seis meses a tres años, el que, teniendo noticia, por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño, lo revelare sin justa causa”. La muerte provocada de un inocente e indefenso y la consecuente necesidad de que la Justicia investigue constituye acabadamente la justa causa a que se refiere este artículo.

Cabe considerar, dado que el aborto inducido constituye la máxima expresión de una situación de violencia familiar, cuya víctima –el niño por nacer- es un menor a quien se ha quitado la vida, la clara obligación de denunciar el hecho para los profesionales de la salud que tomen conocimiento, ante la Justicia, en virtud de la obligación impuesta por la Ley 24417 de Protección contra la violencia familiar¹⁵⁷ en el art. 2.¹⁵⁸

El Código de Ética Médica, en su art. 116 establece que: “El Médico y los otros miembros del Equipo de Salud quedan relevados de guardar el secreto profesional en alguna de las siguientes circunstancias: Inc. g) Cuando denuncie delitos que conoce a través del ejercicio de su profesión, de acuerdo con lo dispuesto por el Código Penal, con excepción de los delitos de instancia privada mencionados en el articulado de dicho Código.”

¹⁵⁷ Bach de Chazal, Ricardo. El aborto en el derecho positivo argentino, El Derecho, Bs. As., 2009 p. 195

¹⁵⁸ Ley 24417 art. 2: “Cuando los damnificados fuesen menores o incapaces, ancianos o discapacitados, los hechos deberán ser denunciados por sus representantes legales y/o el ministerio público. También estarán obligados a efectuar la denuncia los servicios asistenciales sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor.”

Crítica al fallo “F.A.L.”

La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha recordado en numerosos fallos que “*el derecho a la vida es el primer derecho natural de la persona humana, preexistente a toda legislación positiva, y que resulta garantizado por la Constitución Nacional* (doctrina de Fallos: 323: 1339, entre muchos), *derecho presente desde el momento de la concepción, reafirmado con la incorporación de tratados internacionales con jerarquía constitucional*” (Corte Suprema de Justicia de la Nación “*Sánchez, Elvira Berta c/ Ministerio de Justicia y Derechos Humanos*”, dictamen de la Procuración General del 28/02/2006 y votos de los Ministros Highton de Nolasco y Eugenio Zaffaroni).

Sin embargo, en el fallo F.A.L del 13 de marzo de 2012 la Corte Suprema de Justicia de la Nación confirmó el fallo del Superior Tribunal de Justicia de Chubut que había autorizado el aborto en contra del bebé en gestación de una jovencita de 15 años de edad, sin condición de discapacidad mental alguna, que había sido víctima de violación. Así, lejos de ratificar la propia jurisprudencia en materia de protección a la vida, el más alto Tribunal se apartó de sus propios precedentes jurisprudenciales y de la legislación nacional e internacional que regulan la materia.

Recordemos que el fallo fue emitido por la CSJN dos años después que el niño por nacer en cuestión había sido abortado, por lo que la cuestión ya se había tornado abstracta por ausencia de gravamen actual¹⁵⁹. No corresponde al poder judicial emitir declaraciones generales acerca de cómo sería o debería ser el porvenir, sería arrogarse una facultad de regular el futuro.¹⁶⁰

La Suprema Corte entendió, erróneamente, que el art. 86 del Código Penal, de 1921, estaría por encima de la Constitución Nacional Argentina de 1994, y de la protección que la misma efectúa de la vida humana desde su inicio en la concepción.

Cabe aclarar que en el sistema argentino la Corte no legisla, sólo dicta sentencia, que resulta ser una norma individual aplicable al caso concreto. Esa sentencia regula sólo la situación jurídica controvertida en un proceso judicial y es obligatoria sólo para las partes intervinientes en ese caso concreto.

En ese fallo la CSJN pretendió modificar la ley, ampliando los supuestos del controvertido art. 86 del CP forzando la no punibilidad también en los casos de aborto cometido sobre un embarazo producido por violación a la madre mentalmente sana. Pretendiendo borrar de un plumazo la condición de “idiotas” o “dementes” que requería la norma para reconocer que una mujer, con su capacidad mental disminuida, no pudo consentir la relación sexual, y siempre se considerará violación; extendiendo la interpretación de la no punibilidad de ese artículo del Código Penal a toda mujer que quedara embarazada a raíz de una violación.

La última parte del inc. 2 del art. 86 del CP: “...En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto” deja en evidencia que la no punibilidad del aborto por violación se refería sólo a mujer idiota o demente, que es la única que, debido a su incapacidad para ejercer por sí misma ciertos derechos de los que es titular, necesita de un representante legal.¹⁶¹ La mujer con plena capacidad civil no necesita de un representante legal.

¹⁵⁹ El gravamen actual, como requisito de un fallo judicial, quiere decir que la circunstancia que llevó al demandante a iniciar el juicio debe subsistir al momento del dictado de la sentencia, sino la misma deviene abstracta. En el caso que nos ocupa, el niño fue abortado en marzo de 2010 y la sentencia de la C.S.J.N. fue dictada dos años después.

¹⁶⁰ Laplacette, Carlos José. Inconstitucionalidad, exigencias temporales del caso judicial La Ley 23/02/2015 AR/DOC/4623/2014

¹⁶¹ Barraco Mármol, Ruy, Protección de la Vida e igualdad prenatal del hombre en la Rep. Argentina, Xlibris, USA, 2010, p.190

Esta simple observación echa por tierra la falsedad de que el aborto no punible habría abarcado también a mujeres sanas mentalmente.

Esto es grave, por un lado, deja al presunto violador libre e impune, porque no exige denuncia de la violación sufrida (delito de acción privada que no se denuncia, delito que no se investiga); por el otro, ante el trauma sufrido por la mujer a consecuencia de la supuesta violación, el Estado sólo tendría para ofrecerle (según este fallo de la Corte) someterse a un aborto provocando voluntariamente la muerte violenta de niño inocente concebido en violencia. Al trauma de la violación, este fallo propone sumar a la mujer otro aún peor, el trauma físico y emocional producido por el aborto.

El principio de división de poderes fue receptado por nuestra Carta Magna, desprendiéndose de su lectura el funcionamiento de tres poderes: el Legislativo (art. 44 CN) conformado por la Cámara de Diputados y Senadores, el Ejecutivo (art. 87 CN) desempeñado por un Presidente, y el Judicial (art. 108 CN), a cargo de los jueces de la Nación.¹⁶²

Pero el más alto Tribunal fue más allá, pasando por encima, incluso, de la división de poderes, atreviéndose a “exhortar”:

1) a los gobiernos provinciales a dictar protocolos de aborto para casos de embarazos producto de violación y

2) al Poder Judicial de la Nación y de las provincias que “no judicialicen esos casos” incluso sin exigir a la madre la denuncia penal del hecho sufrido; denuncia que es necesaria si se quiere preso al violador.

El fallo violó principios y garantías constitucionales tales como el derecho humano a la vida del niño en edad gestacional, la igualdad ante la ley –sólo le reconoce derecho a vivir a los niños planificados por sus padres, los no planificados deben eliminarse por aborto-, el derecho del niño por nacer a no ser discriminado, el interés superior del niño, y nada menos que el principio de división de poderes, entre otros.

Pretendió transformar un delito en un derecho, de un plumazo, al declarar que toda mujer violada tenía derecho a abortar al hijo concebido en abuso, con esto logró instalar la falacia del “derecho a interrumpir el embarazo”.

El fallo F.A.L. fue antecedente de la Ley 27610 que instaló el aborto en nuestros hospitales dando comienzo a un reguero de sangre de niños por nacer en Argentina.

Protocolos de aborto no punible: su inconstitucionalidad

Un protocolo hospitalario es un acto administrativo a través del cual se describe en resumen el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una patología. Recordemos lo obvio: el embarazo en sí no es una enfermedad, por lo que no le cabe protocolo de tratamiento, si no control del buen estado de salud tanto de la madre como de su bebé, buena nutrición y acompañamiento.

Un protocolo no es ley, no legisla ni puede modificar la ley, no regula el ejercicio de la medicina dentro ni fuera de un hospital.

En varios casos el Ministerio de Salud de la Nación ha emitido protocolos que pretenden obligar a un hospital a cometer aborto sobre el niño por nacer –hasta el noveno mes de vida gestacional¹⁶³- de una madre embarazada que lo solicite aduciendo problemas de salud, incluso

¹⁶² Sagüés, Pedro. “Relaciones y Controles entre los Poderes del Gobierno Federal” en Elementos de Derecho Constitucional, Buenos Aires, Astrea, 1999, Tomo I, p. 678.

¹⁶³ Res. 1535/2021 del Min. De Salud de la Nación

psicológica o social, o haber sido víctima de violencia sexual. Estos protocolos, verdaderos manuales de la muerte, pretenden establecer los pasos a seguir para “brindar” a una mujer un aborto ante su sólo pedido, con el único requisito de llenar un formulario de declaración jurada expresando sin mayor detalle el motivo que la llevó tomar la decisión de abortar.

El Ministerio de Salud de la Nación no tiene atribución para, a través de sus resoluciones, alterar leyes nacionales ni provinciales, mucho menos la Constitución de la Nación o de las Provincias.

Estos protocolos, en general, y el último en particular, el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” dictado mediante Res. 1535/2021 por el Ministerio de Salud de la Nación, viene a alterar varias leyes, por ejemplo:

1) el Código Penal (amplía brutalmente las dos excusas absolutorias a la punibilidad del art. 86 CP) porque hace una especie de despenalización de hecho declarando que “toda mujer embarazada a causa de violación tiene derecho a interrumpir el embarazo”;

2) pretende modificar la ley de derechos del paciente (en el consentimiento informado se le debe informar al paciente sobre tratamientos alternativos ante una enfermedad,¹⁶⁴ el protocolo aconseja directamente abortar, cuando el embarazo en sí no es una enfermedad);

3) altera el Código Civil que prevé la necesidad del consentimiento de los padres de una niña para un tratamiento invasivo,¹⁶⁵ el protocolo pretende que una niña de 13 años oculte a sus padres que está pidiendo un aborto en un hospital;

4) viola la ley 25.673 de “salud reproductiva”¹⁶⁶ que excluye expresamente medicamentos abortivos;

5) violenta también el ejercicio de la profesión de la medicina porque obliga al médico a ofrecer un aborto conculcando su libertad profesional;

6) limita en un grado casi extremo la objeción de conciencia personal;

7) omite la objeción de conciencia institucional, desconociéndola;

8) afecta el principio del federalismo ya que el Ministerio de Salud de la Nación no tiene facultad para obligar a las provincias a aplicar un protocolo nacional, para ello, cada provincia tendría que dictar una ley de adhesión, en virtud de la soberanía de las provincias para legislar en materia de salud (facultad no delegada a la Nación por las provincias);¹⁶⁷

9) crea un “registro de objetores” discriminando así entre médicos objetores y no objetores y violando lo normado por la Ley 25.326 de protección de datos personales¹⁶⁸ y

¹⁶⁴ Ley 26.529 (B.O. 20-11-2009) art. 5 “Entiéndese por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: ...e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto”

¹⁶⁵ Código Civil y Comercial de la Nación art. 26 cuarto párrafo: “Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.”

¹⁶⁶ Ley 25.673 (B.O. 22-11-2002) art. 6 inc. B) “A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT”

¹⁶⁷ Constitución Nacional art. 121: “Las provincias conservan todo el poder no delegado por esta Constitución al Gobierno federal, y el que expresamente se hayan reservado por pactos especiales al tiempo de su incorporación”

¹⁶⁸ Ley 25326 art. 1: “La presente ley tiene por objeto la protección integral de los datos personales asentados en archivos, registros, bancos de datos, u otros medios técnicos de tratamiento de datos, sean estos públicos, o privados destinados a dar informes, para garantizar el derecho al honor y a la intimidad de las personas”

10) lo más grave es que violenta el derecho humano a la vida de la persona por nacer ofreciendo un aborto a cada madre embarazada que llegue en situación de vulnerabilidad violando directamente la Constitución Nacional.¹⁶⁹

Estos protocolos son una manifiesta aberración jurídica y a la vez una perversión de la medicina, entendida como el arte de curar y cuidar la vida de todos los seres humanos; por ello es que representan la corrupción de la vocación del médico. Coloca al personal médico ante la obligación de ofrecer y exterminar la vida de un niño inocente y la mayoría de las veces salvable.

Código de Ética Médica

El Código de Ética Médica, cuya segunda edición fue llevada a cabo por la Asociación Médica Argentina con la colaboración de la Sociedad de Ética Médica, no deja lugar a dudas cuando afirma en su art. 477 que “El aborto en cualquiera de las épocas de la gestación se encuentra éticamente prohibido, así como está penado por la ley su realización.”

Propuesta legislativa de protección de la vida

El Estado tiene mucho más para ofrecer a una madre embarazada, que está en estado de vulnerabilidad o desamparada, que un par de pastillas para que aborte a su hijo. El Estado tiene que demostrar, con políticas públicas de protección al binomio madre-hijo, que el argentino que está por nacer le importa, y que es capaz de invertir recursos públicos en acoger su llegada.

Es en ese sentido, que la Red Federal de Familias¹⁷⁰ presentó en la Cámara de Diputados de la Nación, por sexta vez consecutiva, el Proyecto de Protección Integral de los derechos humanos de la mujer embarazada y de niñas y niños por nacer¹⁷¹, Expte. N° 33-D/2020, que prevé medidas de protección integral tanto para la mujer embarazada, como para su hijo en gestación. El proyecto reconoce el derecho humano a la vida y a la dignidad de la persona desde el instante de la concepción; reconoce el interés superior del niño ante situaciones de conflicto con algún derecho esgrimido por un adulto; considera agravante y discriminatoria la calificación de los niños por nacer entre “deseados” y “no deseados” ya que todos los niños son iguales ante la ley. Además, prevé alternativas de ayuda para aquellas mujeres cuyos embarazos fueran consecuencia de violación debidamente denunciada, entre muchas otras medidas, todas en consonancia con los derechos y garantías proclamados en la Constitución Nacional y los Tratados Internacionales de jerarquía constitucional descriptos en este capítulo.

El proyecto entró por última vez en la Cámara el 2 de marzo de 2020 con el máximo de firmas permitido por el art. 120¹⁷² del Reglamento de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, esto es 15 diputados firmantes. Actualmente está esperando dictamen de comisión para ser debatido en el recinto.

¹⁶⁹ Constitución Nacional arts. 75 inc. 22° y 23°

¹⁷⁰ La Red Federal de Familias es una red de instituciones, entidades y personas que, sin perder su autonomía trabajan y comparten un mismo ideario, el que incluye, entre otros, estos 4 puntos no negociables: 1) el respeto a la protección de la vida humana y su dignidad, desde la concepción hasta la muerte natural, 2) la protección de la familia como célula básica de la sociedad, basada en el matrimonio de un hombre y una mujer abiertos a transmisión de la vida, 3) el derecho y deber de los padres a educar a sus hijos de acuerdo a sus convicciones morales y religiosas, 4) la promoción del Bien Común como deber de gobernantes y gobernados. [Http://www.redfederaldefamilias.org/](http://www.redfederaldefamilias.org/)

¹⁷¹ <http://www.hcdn.gob.ar/proyectos/proyecto.jsp?Exp=0033-D-2020>

¹⁷² Reglamento de la H.C.D.N. art. 120: “Ningún proyecto podrá presentarse por un número mayor de 15 diputados”

Derecho de objeción de conciencia: muro de contención al aborto

La objeción de Conciencia es el derecho o garantía constitucional del ciudadano de no obedecer una ley o a una autoridad en razón del conflicto entre lo mandado y las propias y verdaderas convicciones sin que, por ello, tenga que sufrir discriminaciones, renunciar a algún derecho, o estar en “listas negras”.

No se trata de un derecho general a la desobediencia, sino de un derecho limitado a supuestos excepcionales muy concretos.¹⁷³

En un juicio de la razón la persona humana reconoce la cualidad moral de un acto concreto que piensa hacer, está haciendo o ha hecho, tratando de seguir fielmente lo que es justo y recto.¹⁷⁴

Es el derecho inviolable a la inmunidad del hombre ante la coacción de la autoridad.

La Academia Nacional de Medicina define la objeción de conciencia como: “La dispensa de la obligación de asistencia que tiene el médico cuando un paciente le solicitara un procedimiento que él juzga inaceptable por razones éticas o científicas... sin que ello signifique el rechazo de la persona ni el abandono del paciente”.

El fundamento del derecho de objeción de conciencia radica en el Derecho Natural -superior e inmutable - que autoriza la prevalencia de la conciencia sobre el derecho positivo.

Lo que interesa esencialmente no es la formalidad con que la ley haya sido sancionada, sino la racionalidad de la ley que el Estado sanciona, porque una ley sancionada con perfección formal, si no es racional no es válida y, en conciencia, no obliga.¹⁷⁵

La objeción de conciencia abarca no sólo las convicciones religiosas sino también las creencias personales más íntimas.¹⁷⁶

La libertad religiosa es una consecuencia del derecho natural del hombre a la libertad, pero la libertad de conciencia es más amplia y autónoma que la libertad religiosa, porque no se necesita practicar una religión para ejercerla. La libertad de conciencia es anterior al Estado y a la ley misma.

Los presupuestos del ejercicio del derecho de objeción de conciencia son: a) una norma u orden injusta, ilegítima o inmoral, o b) una orden emanada de autoridad ilegítima, para habilitar la objeción de conciencia como arma moral de legítima defensa del ciudadano.

El objetor hace uso de su libertad por razones morales o éticas, no por indisciplina.

¿Quién puede ejercer este derecho? Tanto las personas físicas como las jurídicas tienen, no sólo el derecho, sino el deber de respetar y hacer respetar su conciencia. Una persona física puede objetar conciencia por motivos de conciencia ética, religiosa, espiritual, filosófica, moral, humanitaria, jurídica, científica, etc.; como también puede hacerlo una persona jurídica en razón de su ideario u objeto fundacional (objeción de conciencia institucional) a través de sus representantes legales.

El objetor no apunta a derogar una ley sino a NO hacer lo que esa ley obliga.

Si bien el ordenamiento jurídico argentino reconoce el derecho a la libertad religiosa (en el art. 14 de la CN), a la igualdad ante la ley (art. 16 de la CN), a la privacidad de sus acciones

¹⁷³ Diccionario jurídico de la Real Academia Española, parte del significado de derecho de objeción de conciencia

¹⁷⁴ Diccionario jurídico de la Real Academia Española, significado de conciencia moral

¹⁷⁵ Casares, Tomás Darío, La Justicia y el Derecho, 3° edición, Abeledo Perrot, 1974

¹⁷⁶ Declaración de la Academia Nacional de Derecho y Ciencias Academia Nacional de Ciencias en Bs. As. El 2 de julio de 2015

(en el art. 19 de la CN), a la no discriminación por motivos religiosos (Ley 23.592) y a la resistencia (en el art. 36), la garantía constitucional de la libertad de conciencia está consagrada en el art. 75 inc. 22 en cuatro Tratados Internacionales de jerarquía constitucional, a saber:

1) En la Declaración Universal de Derechos Humanos, en su art. 18: “Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión”

2) En el Pacto de San José de Costa Rica en el art. 12 inc. 1º: “Toda persona tiene derecho a la libertad de conciencia y de religión...”.

3) En la Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial en el art. 5: “Los estados parte se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color u origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: ...el derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión”.

4) En el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en su art. 5 inc. D vii) “El derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión”.

Asimismo, el derecho a objetar conciencia se encuentra reconocido en el Código de Ética Médica Argentino y en su art. 48º declara que: “Las instituciones y organizaciones asistenciales (públicas, obras sociales, prepagas, privadas, etc.) respetarán la libertad de conciencia de los profesionales, cuando planteadas las excepciones y cumplimentados los requisitos legales previstos, deba cumplimentarse el aborto”.

La Objeción de Conciencia del médico es un gran acto de dignidad ética si sus razones son serias, sinceras, constantes y sobre cuestiones fundamentales. El médico (o personal de la medicina) rechaza llevar a cabo cierta acción, no rechaza a la persona del paciente.

Si el médico objetor de conciencia está solo en la protección de sus principios, la autoridad podría ser reticente a reconocer y respetar su derecho, ahí es donde deberían estar presentes las asociaciones gremiales de profesionales de la salud, defendiendo y haciendo defender un derecho fundamental como el que analizamos.

La coherencia también es indispensable. Sería incoherente, por ejemplo, el caso de un médico que manifestara su derecho de objeción de conciencia respecto del aborto en el hospital público donde trabaja de mañana, y a la tarde se dedicara a cometer abortos en su consultorio privado; no cabría allí una objeción real de conciencia si no una falsa declaración ante el organismo público de salud para eximirse de hacer algo que su laxa conciencia acepta hacer por un precio determinado.

Si bien el derecho a la libertad de conciencia tiene carácter confidencial, la objeción de conciencia debe ser puesta de manifiesto para que sea conocida por la autoridad y por ende respetada. La expresión del ejercicio del derecho consiste en un acto administrativo que se realizará por escrito, ante la autoridad de la que emana la norma o que establece la obligación, en cuanto se reciba la orden, de manera eficaz y diligentemente brindando una explicación sucinta de las causas que dan motivo al incumplimiento.

En la objeción de conciencia la confidencialidad debe ser máxima. La Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial de España declara que los Colegios Médicos deben velar por la confidencialidad de la Objeción de Conciencia. Sólo deberían conocer la circunstancia los Jefes de Servicios asistenciales, encargados de distribuir las tareas.

En Argentina no hay una ley específica que regule límites a la objeción de conciencia, por lo tanto, ningún objetor puede ser sometido a pública exposición colocando su nombre en una lista de acceso público (“lista de objetores”).

La persona objetora de conciencia no está, de ninguna manera, obligada a derivar a una paciente que solicita abortar, dado que también la derivación lesiona la conciencia, puesto que es una colaboración, aunque indirectamente, con el proceso del aborto.

Jurisprudencia nacional sobre respeto al derecho de objeción de conciencia:

Caso “*Bahamondez*”. Un joven testigo de Jehová se negó a recibir transfusión de sangre CSJN hizo lugar a la objeción de conciencia.

Caso “*Portillo*”. Un católico se negó a hacer el servicio militar obligatorio debido al uso de armas. La CSJN le hizo lugar y le ordenó prestar un servicio alternativo.

Caso “*Alperovich*”. Un gobernador electo en Tucumán, judío, se negó a jurar por los Santos Evangelios, la C.S.J.T. le hizo lugar.

Caso “*Barros*”. Alumnos expulsados por negarse a jurar a la Bandera. C.S.J.N. hizo lugar a la objeción de conciencia planteada y ordenó su readmisión escolar.

Caso “*Tanus*”. Un médico se negó a “adelantar el parto” en período viable a un bebé con anencefalia. CSJN reconoció su objeción de conciencia personal, pero ordenó sustitución al hospital, para llevar a cabo la cirugía.

La Ley 27.610 nombra la objeción de conciencia, limitándola, no la garantiza como debiera. Restringe ese derecho humano en forma ilegítima. Pretende quitarle el derecho a objetar el aborto a todo personal de salud que no sea el médico involucrado activa y directamente en el aborto.

La libertad de pensamiento, conciencia y religión, como afirmamos, es un derecho humano, y su cara práctica –el derecho de objeción de conciencia– también es un derecho fundamental. Este derecho no surgió con esta ley abortista, sino que es inherente al ser humano por el sólo hecho de ser persona desde el inicio de la civilización. El Estado debe garantizar el libre ejercicio de la objeción de conciencia y a proveer a los centros de salud donde se lleven adelante procesos de aborto, de los recursos humanos y materiales necesarios a fin de que ningún objetor de conciencia sea presionado a colaborar ni remotamente en ninguna de sus etapas.

Capítulo 3

Desarrollo prenatal del ser humano

Por
Roque Daniel Carrero Valenzuela

- Introducción
- Cigoto
- Embriones de 2, 4 y 8 células, y mórula
- Blástula
- Gástrula
- Evolución del ectodermo
- Evolución del mesodermo
- Evolución del endodermo
- Semanas 4ª a 8ª de la etapa embrionaria
- Etapa fetal
- Placenta y membranas fetales

Introducción

Cada uno de nosotros ha iniciado su vida como un organismo unicelular, mediante un proceso universalmente llamado *concepción* al menos desde el siglo XIV,¹⁷⁷ al que Hertwig permitió en 1876 identificar con la fertilización o fecundación,¹⁷⁸ y cuyo alcance ha sido ampliado de manera impresionante por la tecnología de reproducción artificial.¹⁷⁹ Un segundo efecto de la aplicación de esta ha sido la disociación forzada de los 2 procesos que naturalmente comienzan con la concepción y terminan en el mejor de los casos con el nacimiento: el desarrollo prenatal y el embarazo.

Paralelamente, la agenda anticonceptiva, proaborto y pro-reproducción artificial ha pretendido desvirtuar el alcance mencionado -con gran éxito entre los menos familiarizados con el tema, lamentablemente-, redefiniendo sin fundamento científico a la concepción como la *implantación o nidación* y replanteando a esta última como el *comienzo del embarazo* en todos los casos, y no solo en los derivados de una transferencia embrionaria.¹⁸⁰ Tales artificios semánticos han sido difundidos masivamente con el propósito de permitir y extender el genocidio del aborto legal hasta límites imposibles de definir, por vía del uso de los antianidatorios, de las manipulaciones eventualmente letales a las que se somete a los embriones humanos no implantados, y de su descarte. Sin embargo, a despecho de tan poderosa campaña de desinformación, una reciente encuesta puso en evidencia que el 96% de los 5577 biólogos que respondieron -pertenecientes a más de 1000 instituciones de todo el mundo-, sostiene que la vida humana comienza naturalmente con la fertilización.¹⁸¹

La vida prenatal de un ser humano dura unas 38 semanas contando desde la formación del cigoto (edad concepcional, la única que se utilizará en este capítulo), correspondientes a unas 40 semanas desde el comienzo de la última menstruación (edad gestacional).

La necesidad de ser precisos en la descripción del objeto de estudio ha llevado a los embriólogos a dar nombres particulares al ser humano por nacer según su morfología, grado de desarrollo o edad -cigoto, embrión de 2 células, embrión de 4 células, mórula, blástula, gástrula, embrión de 7 semanas, feto de 8 meses, etc.-. Nótese que los precitados incluyen además del

¹⁷⁷ Merriam-Webster. (n.d.). Conception. In *Merriam-Webster.com dictionary*. Retrieved April 25, 2020, from <https://www.merriam-webster.com/dictionary/conception>.

¹⁷⁸ Clift, D., & Schuh, M. (2013). Restarting life: fertilization and the transition from meiosis to mitosis. *Nature reviews. Molecular cell biology*, 14(9), 549–562, en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4021448/pdf/emss-58334.pdf>

¹⁷⁹ El término “concepción” ha adquirido un significado mucho más amplio que el inicial gracias a la tecnología de reproducción artificial, y debe entenderse como “la formación del embrión unicelular”. Hoy en día, este último puede formarse en el tracto genital femenino o fuera de él, puede resultar de la fertilización de los gametos de sus padres o de un ovocito y/o un espermatozoide de donante; puede provenir del reemplazo del núcleo de un ovocito por el núcleo de una célula diferenciada del individuo que interese reproducir, o quizás de la desdiferenciación mecánica o genéticamente inducida de tal célula; puede derivar de la inducción al desarrollo partenogenético de un ovocito al que una modificación genética ha conferido la potencialidad de convertirse en un adulto, y puede incluso comenzar su existencia sin probabilidad alguna de llegar muy lejos en su desarrollo, ya sea porque ha heredado una mutación letal o porque artificialmente se lo ha generado así.

¹⁸⁰ En 1972, el American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) publicó su libro *Obstetric Gynecologic Terminology with Sections on Neonatology and Glossary of Congenital Anomalies*, en el cual define concepción como “la implantación del blastocisto”, y embarazo como “el estado de la mujer después de la implantación y hasta que finaliza la gestación”. Y en 1985, el Comité de Aspectos Médicos de la Reproducción Humana, encargado por la dirección de la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) de satisfacer el pedido de la OMS de definir el embarazo con precisión, concluyó que “el embarazo se establece solamente con la implantación de un ovocito fecundado”. Tatum HJ, Connell EB: “A Decade of Intra-uterine Contraception: 1976 to 1986”, *Fertil Steril*, Vol 46, No. 2, August 1986, 173-192, citados en Herranz G. “Las píldoras contraceptivas modernas, ¿incluyen en su mecanismo de acción un efecto abortificante?”, 1994, en <http://www.unav.es/cdb/dhbghefecto.html>

¹⁸¹ Jacobs, Steve. I asked thousand of biologists when life begins. The answer wasn't popular. Quillette, Oct. 16, 2019, en <https://quillette.com/2019/10/16/i-asked-thousands-of-biologists-when-life-begins-the-answer-wasnt-popular/>

fetal, solo algunos de los 23 estadios que se puede distinguir en el desarrollo embrionario humano,^{182, 183} y que cada uno de ellos se caracteriza además por cambios relevantes en la expresión génica y en los procesos controlados por esta. A esta enumeración básica se han superpuesto clasificaciones algo más arbitrarias, de las cuales la más simple es la que divide a la vida prenatal en 2 etapas: la embrionaria –etapa que abarca las 8 primeras semanas- y la fetal –que le sigue y llega hasta el nacimiento-.

Lamentablemente, las definiciones asociadas pueden prestarse a confusión, a punto tal que por ejemplo y para algunos, el sobreviviente a un aborto tardío no es un niño recién nacido sino un *feto que nació*.¹⁸⁴ Más aún, hay autores que diferencian una 3ª etapa comprendiendo la primera o las 2 primeras semanas –etapa *preimplantatoria* o *preembrionaria*, respectivamente,¹⁸⁵ artificio del que se ha abusado con el objeto de distinguir un primer estadio no humano en el desarrollo prenatal, y de esa manera “liberar” a tal período del escrutinio antiaborto legalmente vigente en casi todo el mundo hasta la segunda mitad del siglo XX. Con esta prevención y a efectos de facilitar el acceso a textos especializados, en este capítulo se mantendrá la nomenclatura embriológica, sin olvidar que –particularmente en la Argentina-¹⁸⁶ el término genérico que corresponde al referirse al ser humano por nacer desde el estadio unicelular de su desarrollo es NIÑO.

La expresión génica, el desarrollo estructural a todo nivel, y la adquisición de la función, se realizan en una secuencia ineludible en el marco de la vida prenatal del ser humano: la 1ª siempre precede al 2º y a la 3ª, y esta última comienza a llevarse a cabo a pesar de que el anterior aún no se haya completado. Es particularmente importante tener esto en cuenta para contextualizar adecuadamente cualquier hito madurativo que se pretenda emplear como base biológica para adoptar una determinada jurisprudencia y/o legislación.

El presente capítulo tiene por objeto introducir al lector inquieto en el fascinante mundo del desarrollo prenatal del ser humano. Está hecho sin ninguna pretensión de originalidad, organizado en base a un “espigado” subjetivo –ni siquiera un resumen- de la Embriología Médica de Langman,¹⁸⁷ precedido por algunos datos recientes sobre el comienzo de la vida humana, y –espero- enriquecido con unas pocas notas de interés.

Cigoto

El embrión unicelular o CIGOTO humano es biológicamente una célula grande –alrededor de 120 µm de diámetro-, genéticamente única –con una dotación diploide integrada por genes aportados tanto por la madre como por el padre, y por lo tanto diferente de las de ambos-, de existencia breve –tanto que al día siguiente de formarse ya se divide en 2 células distintas-

¹⁸² O'Rahilly R, Müller F. Developmental stages in human embryos: revised and new measurements. *Cells Tissues Organs*. 2010;192(2):73-84, en sci-hub.tw/10.1159/000289817

¹⁸³ Hill MA. Embryology - Embryonic Development, en https://embryology.med.unsw.edu.au/embryology/index.php/Embryonic_Development.

¹⁸⁴ Kelly c. Two abortion restriction bills that forced tough votes for vulnerable senators fail in the senate. *CNN politics*, february 26, 2020, en <https://edition.cnn.com/2020/02/25/politics/senate-abortion-vote/index.html>.

¹⁸⁵ Ferrer Colomer M, Pastor LM. [Use of the Term "Pre-Embryo" In the biomedicalliterature From Its Origin to the Present]. *Cuad Bioet*. 2017

Jan-Apr;28(92):111-124. Review. Spanish, en <http://aebioetica.org/revistas/2017/28/92/111.pdf>.

¹⁸⁶ “...Con relación al artículo 1º de la CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, la REPÚBLICA ARGENTINA declara que el mismo debe interpretarse en el sentido que se entiende por niño todo ser humano desde el momento de su concepción y hasta los 18 años de edad...”. Ley 23849, Art. 2º, segundo párrafo, en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/anexos/0-4999/249/norma.htm>.

¹⁸⁷ Sadler TW. *Langman – Embriología médica* (11ª edición). Wolters Kluwer, Barcelona, 2010.

, y fruto en la gran mayoría de los casos –no en todos–^{182, 188} de una reproducción sexual –la fertilización del ovocito femenino por el espermatozoide masculino, ya sea *in vivo* o *in vitro*–.

Menos de un segundo después de que el contacto directo entre el espermatozoide y el ovocito haya permitido que se establezca la continuidad entre los citoplasmas de uno y otro, el ingreso de fosfolipasa C zeta desde el espermatozoide^{189, 190} activa un sistema de señalización preexistente en el ovocito que dispara los cambios iniciales del desarrollo del embrión humano unicelular.^{191, 192, 193}

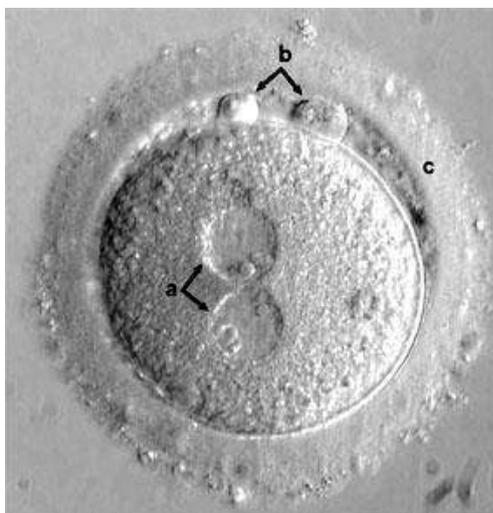


Fig. 1: Cigoto humano a mediados del primer día. Nótese los 2 pronúcleos (a), por fuera de la membrana los 2 cuerpos polares (b), y la zona pelúcida (c) rodeando el conjunto.¹⁹⁴

En pocos minutos aumenta el calcio en el citosol y se libera zinc al medio extracelular.¹⁹⁵ Dentro de los 30 minutos se libera ovastacina –causante del bloqueo de la polispermia–, el ovocito completa la meiosis II y comienza el reemplazo de las protaminas paternas por histonas maternas. Y dentro de los 60 minutos comienza la desmetilación del ADN –activa, más rápida y extensa en el de origen paterno–.

Dentro de las 3 horas se expulsa el 2do. cuerpo polar y comienza el período interfásico G₁ de la primera división mitótica. Entre las 8 y las 14 horas se desarrollan los pronúcleos

¹⁸⁸ Carrasco, María Alejandra, & Ventura-Juncá, Patricio. (2010). Urgencia de la Bioética ante la Biotecnología: ¿Cómo identificar un ser humano unicelular? *Teología y vida*, 51(1-2), 179-231, en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/tv/v51n1-2/arto8.pdf>.

¹⁸⁹ En ausencia del espermatozoide –como ocurre en la clonación mediante transferencia nuclear–,¹⁸² la activación del embrión unicelular requiere que un estímulo diferente a la fosfolipasa C zeta provoque el incremento del calcio citosólico.

¹⁹⁰ Wilmut I, Schnieke AE, mcwhir J, Kind AJ, Campbell KH. Viable offspring derived from fetal and adult mammalian cells. *Nature*. 1997 Feb 27;385(6619):810-3, en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9039911>. Erratum in: *Nature* 1997 Mar 13;386(6621):200.

¹⁹¹ Cliff D, Schuh M. Re-starting life. Fertilization and the transition from meiosis to mitosis. *Nature reviews Molecular cell biology*. 2013;14(9):549-62, en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4021448/>.

¹⁹² Li L, Lu X, Dean J. The Maternal to Zygotic Transition in Mammals. *Molecular aspects of medicine*. 2013;34(5):919-938, en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3669654/pdf/nihms444452.pdf>.

¹⁹³ Condic ML. When Does Human Life Begin. White Paper. 2007;1(1):1-18, en https://bdfund.org/wp-content/uploads/2016/05/wi_whitepaper_life_print.pdf.

¹⁹⁴ Modificado de <https://wells148spring2009.wordpress.com/#jp-carousel-6>

¹⁹⁵ Duncan FE, Que EL, Zhang N, Feinberg EC, O'Halloran TV, Woodruff TK. The zinc spark is an inorganic signature of human egg activation. *Scientific Reports*. 2016;6:24737, en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4845039/pdf/srep24737.pdf>.

masculino y femenino (Fig. 1), y comienza la replicación del ADN período S- que terminará entre las 14 y 24 horas.¹⁹⁶ –Y dentro de las 11 horas se inicia la transcripción.^{197, 198, 199, 200}

Uno de los productos génicos relevantes en esta etapa es el factor temprano de la concepción o del embarazo (EPF), proteína cuya actividad inmunosupresora evitaría que la madre rechace al embrión y estimularía el crecimiento de este, y que ha comenzado a estudiarse como posible marcador muy temprano para el diagnóstico de embarazo. El EPF normalmente aparece en el suero de las hembras de mamífero –incluida la mujer- entre las 6 y las 24 horas posteriores a la fertilización, permanece durante los 2 primeros trimestres del embarazo y desaparece dentro de las 24-48 horas de la muerte o remoción del embrión.

Terminado el período S sigue el G₂, el cual dura entre 5 y 6 horas y da margen para que reaparezcan los nucléolos. Entre las 24 y las 30 horas se completa la primera división mitótica, durante la cual desaparecen las envolturas pronucleares y los cromosomas se disponen en una única placa metafásica. El clivaje termina entre las 20 y las 33 horas: el embrión tiene ahora 2 células.

El cigoto es la célula totipotente por excelencia, y por lo tanto capaz de contar entre su progenie a todas las restantes células del cuerpo, las membranas fetales y la placenta; de hacerlo en un orden temporal y espacialmente definido y predecible, en el marco del cual se mantiene a cada paso la integridad del organismo como un todo, y de constituir así el predecesor más temprano del adulto fértil.

Embriones de 2, 4 y 8 células, y mórula

Durante el 2° día, las 2 células resultantes de la división del embrión unicelular se vuelven a dividir; este embrión tetracelular generará al 3° día el embrión de 8 células, y este la MÓRULA –16 células o más- al 4°.

La totipotencia se mantendría al menos hasta el estadio de 4 células en alguna de estas últimas si no en todas, y luego se iría perdiendo: así, células pluriptentes del embrión de 8 células y la mórula temprana serían capaces de contar entre su descendencia a todos los tipos celulares humanos –excepto el cigoto-, pero no de generar un desarrollo ordenado que eventualmente produzca un adulto fértil.^{201, 202}

En la mórula tardía, las células pluripotentes de la masa celular interna (MCI) se convertirán en las progenitoras de todas las células somáticas y germinales del nuevo ser,

¹⁹⁶ Fancsoyits, Peter & Takacs, Ferenc & GZ, Tothne & Z, Papp & Urbancsek, Janos. (2006). Examination of Early Cleavage an its Importance in IVF Treatment. Journal fur Reproduktionsmedizin und Endokrinologie. 3, en https://www.researchgate.net/publication/277109573_Examination_of_Early_Cleavage_an_its_Importance_in_IVF_Treatment.

¹⁹⁷ Funaya S, Aoki F. Regulation of zygotic gene activation by chromatin structure and epigenetic factors. J Reprod Dev. 2017 Aug 19;63(4):359-363, en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5593087/pdf/jrd-63-359.pdf>.

¹⁹⁸ Balhara AK, Gupta M, Singh S, Mohanty AK, and Singh I. Early Pregnancy Diagnosis in Bovines: Current Status and Future Direction. Sci World J, 2013, Article ID 958540, 10 pp, en <https://doi.org/10.1155/2013/958540>.

¹⁹⁹ Chen Q, Zhu X, Chen R, Liu J, Liu P, Hu A, Wu L, Hua H, Yuan H. Early Pregnancy Factor Enhances the Generation and Function of CD4(+)CD25(+) Regulatory T Cells. Tohoku J Exp Med. 2016 Nov;240(3):215-220, en https://www.jst-age.jst.go.jp/article/tjem/240/3/240_215/_pdf/-char/en.

²⁰⁰ Fan XG, Zheng ZQ. A study of early pregnancy factor activity in preimplantation. Am J Reprod Immunol. 1997 May;37(5):359-64. PMID: 9196793, en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9196793>.

²⁰¹ Condic ML. Totipotency: what it is and what it is not. *Stem Cells Dev*. 2014;23(8):796-812, en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3991987/>.

²⁰² Klimczewska, K., Kasperczuk, A., & Suwińska, A. (2018). The Regulative Nature of Mammalian Embryos. *Current Topics in Developmental Biology*, 105-149, en <https://sci-hub.tw/10.1016/bs.ctdb.2017.10.010>.

mientras que las de la masa celular externa (MCE) que la rodean intervendrán tan solo en la generación del soporte membranoso-placentario de la gestación. Esta diferenciación inicial está soportada por factores de transcripción de origen materno primero, y luego embrionario; la expresión de los genes correspondientes a estos últimos permite distinguir molecularmente a las células de una y otra progenie: *OCT4*, *NANOG* y *SOX2* –genes que tendrían un rol central en el mantenimiento de la pluripotencia antes mencionada- en la MCI, y *CDX2* en la MCE.^{203, 204}

Blástula²⁰⁵

La aparición de una cavidad o blastocele es el hito morfológico que marca la transformación de la mórula en BLÁSTULA (Fig. 2).

La blastulación ocurre entre los días 5° y 6°, y consiste además en un nuevo aumento en el número de células, el desplazamiento de la MCI o embrioblasto hacia lo que se convierte en el polo embrionario, la diferenciación del embrioblasto en epiblasto –cuyas células expresan *OCT4*- e hipoblasto –en el que se expresa *GATA6*-,²⁰⁶ y –comenzando por el polo embrionario- del trofoblasto en cito y sincitiotrofoblasto.

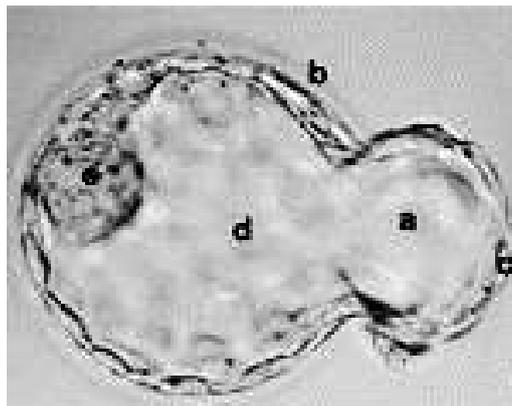


Fig. 2: Blastocisto humano de 5 días cuya eclosión (a) se ha provocado con vistas a transferirlo al útero de una paciente. Nótese la zona pelúcida (b) abierta hacia la derecha, el trofoblasto (c), el blastocele (d) y el embrioblasto (e) desplazado hacia la izquierda.²⁰⁷

Entre el 7° y el 8° día se produce la eclosión del blastocisto de la zona pelúcida, y el comienzo de su implantación en la mucosa endometrial, proceso este que ocupa la casi totalidad de la 2ª semana.²⁰⁸ Se ha demostrado mediante cultivo en ausencia de tejidos

²⁰³ Mitalipov S, Wolf D. Totipotency, pluripotency and nuclear reprogramming. *Adv Biochem Eng Biotechnol.* 2009;114:185-99, en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2752493/pdf/nihms138193.pdf>.

²⁰⁴ Dunwell TL, Holland PWH. A sister of NANOG regulates genes expressed in pre-implantation human development. *Open Biol.* 2017 Apr;7(4). Pii: 170027, en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5413911/>.

²⁰⁵ Primeros 5 días del desarrollo embrionario humano, en <https://gramho.com/media/1276433365897095077>.

²⁰⁶ Shahbazi MN, Jedrusik A, Vuoristo S, Recher G, Hupalowska A, Bolton V, fogartynnm, Campbell A, Devito L, Ilic D, Khalaf Y, Niakan KK, Fishel S, Zernicka-Goetz M. Self-organization of the human embryo in the absence of maternal tissues. *Nat Cell Biol.* 2016 Jun;18(6):700-708, en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5049689/pdf/emss-68293.pdf>.

²⁰⁷ Modificado de <https://uncfertility.com/treatment-options/in-vitro-fertilization/assisted-hatching/>

²⁰⁸ Bilbao AD, Salvador Z. Las diferencias entre “cigoto”, “embrión” y “feto” durante un embarazo. Actualizado al 21-09-18, en <https://www.reproduccionasistida.org/diferencias-entre-cigoto-embrión-y-feto/#del-embrión-al-feto>. Nótese que los autores describen diversas etapas del desarrollo prenatal, refiriéndolas siempre al “futuro” bebé, lo cual puede inducir a error si el

maternos que –con excepción de la diferenciación de los amnioblastos-, la implantación no es indispensable para el desarrollo del blastocisto humano; ello implica que este posee una notable capacidad de autoorganización.²⁰⁸

Durante el 7° día aparece en el epiblasto una segunda cavidad –la cavidad amniótica-, delimitada por un lado por la capa de células epiblasticas –los amnioblastos- adyacentes al citotrofoblasto, y por el otro por el resto del epiblasto; por su parte, las células del hipoblasto proliferan para originar la membrana de Heuser, la cual se adosa también al citotrofoblasto y hacia el 9° día convierte al blastocele en el saco vitelino primitivo. Epiblasto e hipoblasto juntos forman un disco –el disco germinativo bilaminar- que se dispone entre la cavidad amniótica y el saco vitelino primitivo a modo de un tabique.

Entre los días 12° y 13° aparece una nueva masa celular que termina dejando al citotrofoblasto por fuera, y a la cavidad amniótica, disco germinativo bilaminar y saco vitelino primitivo por dentro: el mesodermo extraembrionario. La aparición en el seno de este de una nueva cavidad –el celoma extraembrionario o cavidad coriónica- separa casi completamente ambos conjuntos, excepto a nivel de la parte caudal del disco germinativo bilaminar, donde queda un pedículo de fijación constituido exclusivamente por mesodermo –primer esbozo del futuro cordón umbilical-. A la vez, la proliferación de células del hipoblasto termina por revestir completamente el saco vitelino primitivo que se convierte así en el saco vitelino secundario o definitivo. Y de la parte caudal de este surge hacia el día 16° un divertículo que crece hacia el seno del pedículo de fijación: el alantoides.

Gástrula

La 3ª semana del desarrollo prenatal humano está dominada por la expansión de la cavidad coriónica, la transformación del disco germinativo bilaminar en trilaminar –gástrula o embrión tridérmico- y el comienzo de la diferenciación de cada una de sus capas (fig. 3).

lector lo interpreta como una negación de que el que se está gestando es ya un niño,¹⁸⁹ y en todo caso un futuro o potencial “adulto”.

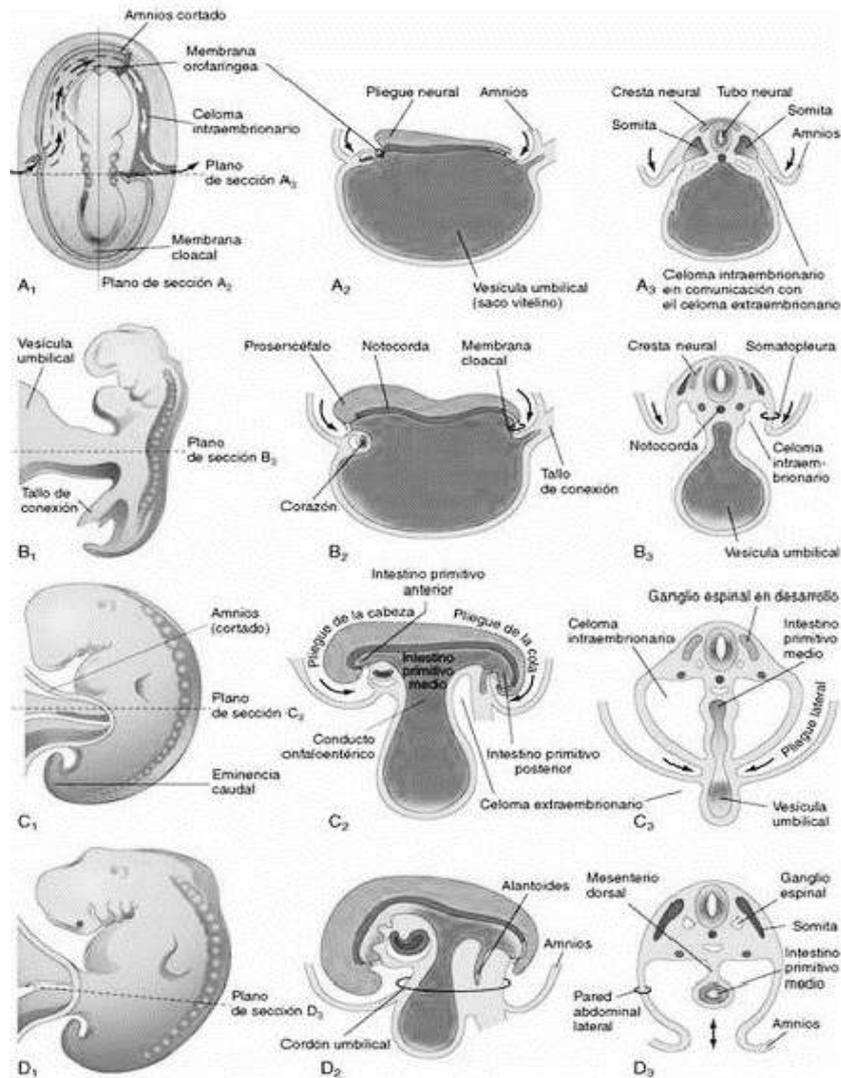


Fig. 3: esquematización de los cambios que el disco germinativo y las cavidades adyacentes experimentan durante la 3ª y la 4ª semana.²⁰⁹

Durante la gastrulación las células del epiblasto proliferan y se invaginan para formar el mesodermo intraembrionario, llegando a ponerse en contacto con el mesodermo extraembrionario y separando así las dos láminas originales, excepto a nivel de la placa procordal –futura membrana bucofaríngea-, ubicada en el extremo cefálico o anterior del disco germinativo, y de la membrana cloacal, ubicada en su extremo caudal o posterior. Las células epiblasticas que se invaginan por el nódulo primitivo y se dirigen directamente hacia adelante, interrumpen el hipoblasto a nivel de la línea media formando la prolongación cefálica o notocordal, y terminarán por constituir la notocorda –mesodérmica-, el endodermo –ventral-, y transitoriamente el conducto neurentérico. Por su parte, las células epiblasticas que no se invaginan forman el ectodermo –dorsal-.

La gastrulación es precedida por la expresión de genes como *OTX2*, *LIM1* y *HESX1* –esenciales para la formación de la cabeza- en la parte anterior del disco. *Nodal*, por su parte, establece y mantiene el proceso de invaginación, el cual se produce a nivel del nódulo y la línea primitivos, y mediante su expresión asimétrica contribuye a establecer la lateralidad izquierda.

²⁰⁹ <https://embrioblasto.wordpress.com/2016/01/18/plegamiento-del-embrion/>

Evolución del ectodermo

A principios de la 3ª semana, el ectodermo se diferencia en neuroectodermo -mediante la expresión de *FGF-*, y futura epidermis -mediante la de *BMP-4-*. En el neuroectodermo aparecen sucesivamente la placa neural, el surco neural y el tubo neural, cuyos neuroporos anterior y posterior se cierran hacia los días 25º y 28º, respectivamente. La parte cefálica del tubo presenta diversas dilataciones, las vesículas encefálicas; la caudal no, y corresponderá a la médula espinal.

Las células neuroectodérmicas de los bordes del surco que no quedan integradas en el tubo neural forman la cresta neural, cuyas células penetrarán dorsalmente en el mesodermo paraxial para originar los melanocitos y folículos pilosos de la piel, o ventralmente para dar origen a las neuronas de los ganglios craneales y sensitivos, células gliales, neuronas simpáticas y entéricas, células de Schwann y células de la médula suprarrenal, y contribuir a la formación de las meninges, tejido conjuntivo y esqueleto de la cabeza; odontoblastos, dermis de cara y cuello, células tiroideas, tabique conotruncal del corazón, y músculo liso vascular de la cara y del prosencéfalo.

Evolución del mesodermo

Hacia el día 17º, el mesodermo intraembrionario adyacente a la línea media prolifera para formar el mesodermo paraaxial, el cual entre los días 20º y 30º se organiza segmentándose progresivamente en sentido céfalocaudal. Los segmentos cefálicos contribuyen a formar la cabeza, y los distales la columna vertebral; además, cada segmento -o somita- posee su componente nervioso y genera los músculos y la dermis dorsales a su nivel.

Asimismo, en la 3ª semana, el mesodermo lateral se divide en 2 capas -parietal o somática y visceral o esplácnica- separadas por la cavidad intraembrionaria. La primera de tales capas formará el resto de la dermis de la piel, el tejido conjuntivo y los demás músculos y huesos del tronco y extremidades, y las membranas serosas pleurales, pericárdica y peritoneal parietal. La segunda, por su parte, dará lugar a células y vasos sanguíneos -como poco antes lo hizo el mesodermo extraembrionario que recubre el saco vitelino secundario, y luego lo hará el del pedículo de fijación-, a las capas del corazón, de las aortas dorsales y del tubo digestivo -excepto el epitelio de este, endodérmico- y a la serosa que envuelve a las vísceras abdominales.

El mesodermo intermedio entre el paraxial y el lateral forma desde comienzos de la 4ª semana los nefrotomas cérvico-torácicos y el cordón nefrónico caudal, a partir de los cuales se desarrollarán las nefronas y gónadas.

Evolución del endodermo

Gran parte del endodermo acompaña el plegamiento céfalocaudal y lateral del embrión -ver abajo- y se diferencia para formar el epitelio del tubo intestinal, el cual se extiende desde la membrana bucofaríngea que lo separa de la cavidad bucal primitiva hasta la membrana cloacal, aunque en su parte media sigue por un tiempo en comunicación con el saco vitelino por vía del conducto del mismo nombre.

A partir del endodermo del tubo intestinal se originarán, además, el revestimiento epitelial del aparato respiratorio, el parénquima de la glándula tiroides, de las paratiroides, del

hígado y del páncreas; el estroma de las amígdalas y el timo, y el revestimiento epitelial de la vejiga y la uretra, de la cavidad timpánica y de la trompa de Eustaquio.

Semanas 4ª A 8ª de la etapa embrionaria

Desde la 4ª semana en adelante, el embrión aumenta de tamaño y su aspecto externo cambia debido al plegamiento, el desarrollo de la cabeza, la formación de la cara y la aparición de las extremidades (Fig. 4).

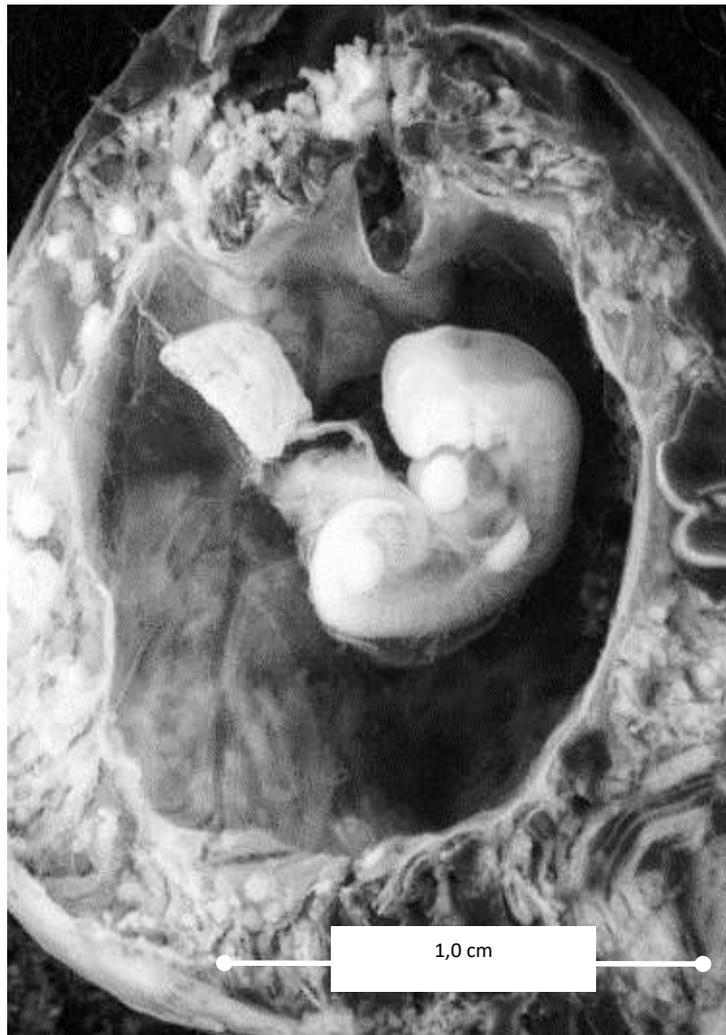


Fig. 4a: Cambios de tamaño y forma en el 2º mes. 5ª semana, 31-35 días, LAC 5-7 mm (Carnegie 14)²¹⁰

²¹⁰ https://embryology.med.unsw.edu.au/embryology/index.php/Carnegie_stage_14



Fig. 4b: Cambios de tamaño y forma en el 2º mes. 8ª semana, 56-60 días, LAC 27-31 mm (Carnegie 23)²¹¹

La invaginación epiblastica descrita en el marco de la gastrulación continúa hasta el fin de la 4ª semana, determinando que el disco germinativo original se alargue, aumente de volumen sobre todo hacia adelante, y protruya en la cavidad amniótica. El plegamiento del propio embrión acompaña al desarrollo de la cabeza, de la cavidad general del cuerpo y de la región caudal, y hace más notable esta protrusión. Esta alcanzará su máxima expresión debido a la gran expansión de la cavidad amniótica en dirección ventral, la cual desbordará y llegará a rodear completamente al embrión, englobar al conducto vitelino y al pedículo de fijación con la parte distal del alantoides –cuya parte proximal formará la cloaca– completar así el cordón umbilical, y obliterar la cavidad coriónica.

El crecimiento del encéfalo y el plegamiento céfalocaudal del embrión determinan que el área cardiogénica central, que al principio se ubicaba por delante de la placa neural y de la lámina procordal, termine encerrada en el futuro tórax por delante del intestino anterior. Los

²¹¹ https://embryology.med.unsw.edu.au/embryology/index.php?title=File:Stage23_bf2b.jpg

primeros latidos ocurrirían considerablemente más temprano –a los 7,5 días en el embrión de ratón, y a los 16 días en el embrión humano-.^{212, 213}

Hacia el día 22° aparecen las placodas auditivas y cristalinas, y al fin de la 4ª semana las nasales –primeros esbozos de los oídos, ojos y nariz-. Al final de la 4ª semana y en torno a la boca primitiva aparecen también las prominencias frontonasal, maxilares superiores y maxilares inferiores, formadas por mesénquima –tejido de origen mesodérmico- derivado de la cresta neural, y de cuya fusión resultará la parte superior de la cara. En la 4ª y la 5ª semanas del desarrollo aparecen los arcos –a partir del mesénquima que rodea al intestino anterior y al epitelio de este, y cada uno con sus propias irrigación e inervación-, las hendiduras y las bolsas faríngeas; los mismos formarán el esqueleto, musculatura y dermis de la parte inferior de la cara, los conductos auditivos internos y externos, y los cartílagos laríngeos. En la 5ª semana, en el extremo cefálico del tubo neural se pueden distinguir los hemisferios cerebrales primitivos, el diencéfalo del cual emergen las vesículas ópticas, el mesencéfalo, el metencéfalo –que formará la protuberancia y el cerebelo- y el mielencéfalo.

El primer esbozo de las extremidades aparece al final de la 4ª semana a modo de evaginaciones de la pared ventrolateral del cuerpo del embrión, primero las correspondientes a los miembros superiores y 1 o 2 días más tarde las que formarán los inferiores. Las evaginaciones crecen y su mesénquima se va diferenciando en cartílago y músculo, proceso que también progresa en sentido distal. A las 6 semanas, la parte distal de cada evaginación se aplana, aparecen sendas constricciones separándolas del resto del miembro en desarrollo y permitiendo diferenciar dentro de cada una la región proximal de la distal, y en esta se produce apoptosis separando los dedos. Y en la 7ª semana, las extremidades superiores rotan 90° en dirección lateral, y las inferiores 90° en dirección medial.

Entre la 4ª y la 7ª semana aparecen las neuronas del neocórtex –región responsable del pensamiento y la memoria-; entre las semanas 4ª y 9ª se desarrollan las sinapsis y completan los arcos reflejos del tronco encefálico y la médula espinal, y entre la 7ª y 8ª se forman los circuitos polisinápticos que descienden desde la placa subcortical. A las 5 semanas aparecen los primeros movimientos –limitados a cabeza y tronco-, y a las 8 el embrión ya está en condiciones de mover coordinadamente la mano y reaccionar a estímulos mediante el reflejo espinal.^{214, 215}

Etapa fetal

La etapa fetal del desarrollo humano prenatal se caracteriza más notablemente por el rápido crecimiento. Durante esta etapa, la longitud cefalocaudal del feto es de 5 cm a las 9 semanas, de 19 a las 20 y de 36 a las 38, y su peso aumenta paralelamente de 10 a 450 y a 3400

²¹² First of our three billion heartbeats is sooner than we thought. 2016 Oct 11, en <http://www.ox.ac.uk/news/2016-10-11-first-our-three-billion-heartbeats-sooner-we-thought>.

²¹³ Tyser RC, Miranda AM, Chen CM, Davidson SM, Srinivas S, Riley PR. Calcium handling precedes cardiac differentiation to initiate the first heartbeat. *Elife*. 2016 Oct 11;5. pii: e1711, en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5059139/pdf/elife-17113.pdf>.

²¹⁴ Condit ML. Testimony before the Subcommittee on the Constitution and Civil Justice, Committee on the Judiciary, U.S. House of Representatives, May 23, 2013, en <https://docs.house.gov/meetings/JU/JU10/20130523/100904/HHRG-113-JU10-Wstate-condicm-20130523.pdf>.

²¹⁵ Borsani E, Della Vedova AM, Rezzani R, Rodella LF, Cristini C. Correlation between human nervous system development and acquisition of fetal skills: An overview. *Brain Dev*. 2019 Mar;41(3):225-233, en <https://sci-hub.tw/10.1016/j.brain-dev.2018.10.009>.

gramos. El crecimiento del cuerpo supera al de la cabeza: al comenzar esta etapa el tamaño de esta equivale a la mitad de la longitud céfalocaudal, pero al terminarla corresponde solo a poco más de la tercera parte.

Durante el 3° mes los rasgos faciales se tornan más parecidos a los del recién nacido merced a la reubicación de ojos y orejas. Las asas intestinales, que en la 6ª semana aún protruían muy notablemente en la raíz del cordón umbilical, hacia la 12ª ya están casi completamente alojadas en la cavidad abdominal. Para esta época ya hay centros de osificación primarios en cráneo y huesos largos, y los genitales externos se han desarrollado hasta hacer posible su diferenciación ecográfica.

A las 10 semanas ya se ha completado el repertorio de movimientos complejos observables en el neonato -movimiento aislado de miembros, sobresalto, respiración, succión y estiramiento,^{212, 213} aunque la madre suele notar los movimientos fetales recién durante el 5° mes. Con respecto a la percepción y reacción al dolor, en base a observaciones en pacientes descerebrados, descorticados y otros sometidos a diversas intervenciones prenatales, se ha propuesto que el bebé sería capaz de percibir estímulos dolorosos rudimentaria, difusa e intensamente ya en la 13ª semana, mediante impulsos transmitidos a través de la sustancia reticular del mesodiencefalo. Más tarde, el progreso en el desarrollo del diencefalo y la corteza cerebral permitirán una percepción más definida y siempre más intensa que en la vida posnatal; ello se debe a que el sistema modulador comienza a desarrollarse a las 10-12 semanas, pero termina de hacerlo después del nacimiento.²¹⁶

La piel de un feto de 5 meses tiene un aspecto rojizo, arrugado, y está cubierta por un vello fino o lanugo. Si el nacimiento ocurre en esta época, la supervivencia es muy difícil sobre todo porque el aparato respiratorio y el sistema nervioso central aún no están lo suficientemente maduros y coordinados. Actualmente, la supervivencia esperable se va incrementando desde un 0-37% para los neonatos de 20 semanas, hasta un 59-86% para los de 23, siempre mediante intervención activa -maduración pulmonar prenatal mediante corticoesteroides, parto por cesárea, administración posnatal de surfactante y oxigenoterapia-; en ausencia de tal intervención, el pronóstico es uniformemente fatal.²¹⁷

Durante los 2 últimos meses, el feto se torna capaz de ver y orientar la mirada,²¹⁸ el depósito de grasa subcutánea redondea sus contornos, y la piel se recubre de una sustancia grasosa y blanquecina -el unto sebáceo-. Al final del 9° mes, el perímetro cefálico es el mayor del cuerpo, los genitales están bien pronunciados y los testículos se encuentran en el escroto.

Placenta y membranas fetales

En la 2ª semana y a medida que el embrión se va implantando, el sincitiotrofoblasto se extiende desde el polo embrionario hasta recubrir la totalidad del embrión, invadiendo irregularmente el endometrio y formando grandes lagunas que se llenan de sangre, para así iniciar la circulación uteroplacentaria. Mientras tanto, el citotrofoblasto prolifera localmente e

²¹⁶ Sekulic S, Gebauer-Bukurov K, Cvijanovic M, Kopitovic A, Ilic D, Petrovic D, Capo I, Pericin-Starcevic I, Christ O, Topalidou A. Appearance of fetal pain could be associated with maturation of the mesodiencephalic structures. *J Pain Res.* 2016 Nov 11;9:1031-1038, en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5115678/pdf/jpr-9-1031.pdf>.

²¹⁷ Patel RM, Rysavy MA, Bell EF, Tyson JE. Survival of Infants Born at Periviable Gestational Ages. *Clin Perinatol.* 2017 Jun;44(2):287-303, en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5424630/pdf/nihms848969.pdf>.

²¹⁸ Del Giudice M. Alone in the dark? Modeling the conditions for visual Experience in human fetuses. *Dev Psychobiol.* 2011 Mar;53(2):214-9, en <http://sci-hub.tw/10.1002/dev.20506>.

invade el sincitiotrofoblasto adyacente para constituir las vellosidades primarias. En la 3ª semana, estas se transforman en secundarias al ser penetradas por el mesodermo extraembrionario, el cual al finalizar tal período empieza a diferenciar células sanguíneas y pequeños vasos que forman el sistema capilar veloso. Quedan así constituidas las vellosidades terciarias o definitivas.

El conjunto de mesodermo, cito y sincitiotrofoblasto se denomina corion, y su porción con vellosidades más desarrolladas –corion frondoso- constituye el componente fetal de la placenta; los capilares velositarios se comunican con los de la placa coriónica, y a través de los vasos aportados por el alantoides al cordón umbilical en desarrollo, con el sistema circulatorio del embrión. El componente materno de la placenta es la decidua basal, cuyas arterias espirales vuelcan la sangre materna en el espacio intervelloso. Tales vasos terminarán por conectarse con los vasos del corion frondoso y del cordón umbilical en desarrollo, y mediante ellos con el sistema circulatorio del embrión.

En el 2º mes, las vellosidades por fuera de la placenta degeneran, por lo que el resto del corion se torna liso (Fig. 5).

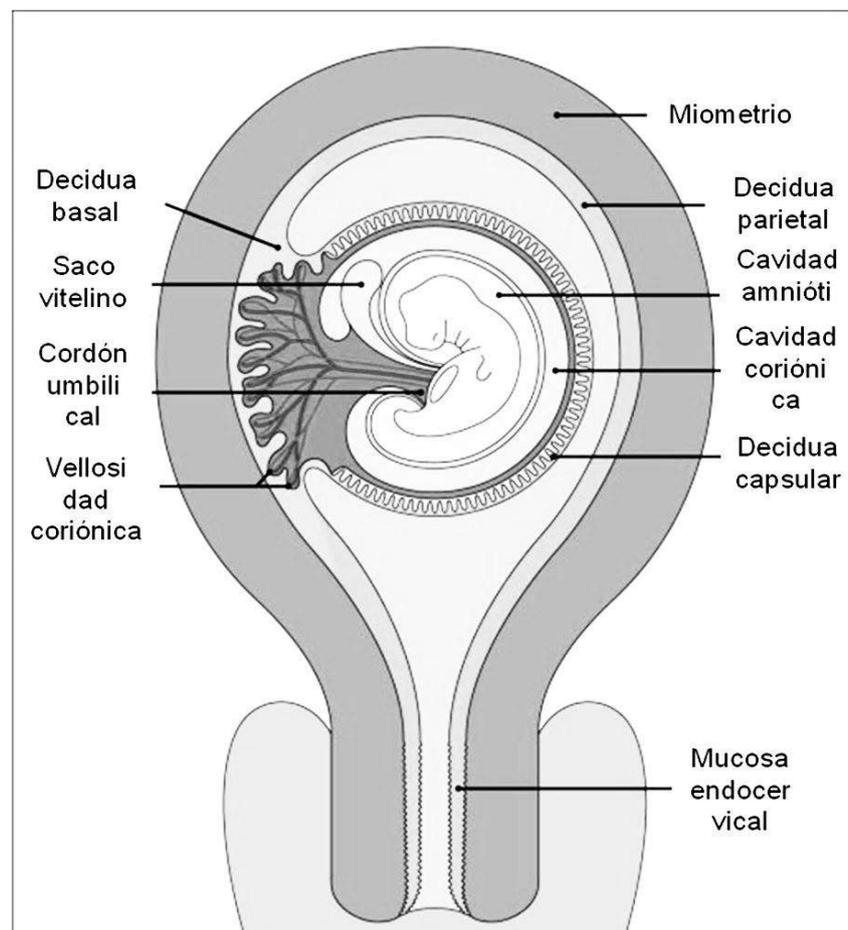


Fig. 5: Esquema del desarrollo alcanzado por la placenta y las membranas a mediados del 2º mes.²¹⁹

Durante el 3º mes, la expansión de la cavidad amniótica oblitera la cavidad coriónica, y su pared se fusiona con el corion y envuelve al cordón umbilical; a la vez, el crecimiento del saco coriónico hace que la decidua capsular que recubre al corion liso se una a la decidua

²¹⁹ Modificado de <https://www.liberaldictionary.com/decidua-capsularis/>

parietal que reviste el resto del útero, y que la luz uterina quede obliterada en el proceso. Y al 4° mes, la desaparición de parte del citotrofoblasto y del tejido conjuntivo del núcleo de las vellosidades ha llegado a colocar al sincitiotrofoblasto directamente en contacto con el endotelio de los capilares vellosos.

Capítulo 4

Embarazo inesperado y vulnerable

Por
Mariana Rey Saravia

- Introducción
- Presión abortista
- Su propia historia
- Biología natural del embarazo
- La realidad
- Información sobre el aborto y sus consecuencias
- Ayuda real y concreta a las mujeres embarazadas vulnerables

Introducción

“Cuando lo vi, todos mis miedos desaparecieron”

Muchas son las emociones que transitan las mujeres cuando descubren que están embarazadas.

Sorpresa, alegría, miedo, temor, curiosidad, angustia, ansiedad. Algunas se ponen a llorar sin parar, mezcla de alegría y miedo. Otras pueden tener náuseas antes de confirmar el embarazo. Pero el síntoma común es el miedo, sobre todo en las primerizas, miedo a lo desconocido. Surgen preguntas: ¿voy a poder?, ¿cómo cambiará mi vida?, ¿estará sano?, ¿cómo lo van a tomar mis padres o mi pareja cuando se enteren?

Son miedos y preguntas normales, pero ¿qué pasa si a la sorpresa de un embarazo le sumamos una situación previa de vulnerabilidad? ¿Y qué sucede con la madre embarazada si el ambiente y las personas que la rodean, que en teoría deberían brindarle su apoyo y contención, en cambio, son hostiles hacia ella o su embarazo?

“No aborta quien quiere... sino quien no puede...”.

Esta frase nos dice mucho. De hecho, en numerosas oportunidades durante los largos años que he pasado acompañando a madres vulnerables fue muy frecuente escuchar frases como, por ejemplo: “No quiero hacerlo, pero...”

A lo largo de este capítulo intentaremos explicar qué lazos se establecen entre la mujer embarazada y ese nuevo ser que está gestando, lazos que, aún nacido o abortado, no se pueden borrar jamás ni en el cuerpo ni en la mente de una mujer.

Daremos cuenta también, por nuestra experiencia, sobre los motivos más frecuentes que llevan a una madre a pensar en quitarle la vida a su propio hijo. También intentaremos explicar qué mecanismo utilizan algunas mujeres para tomar la decisión y poder concretar el aborto del ser que lleva en su vientre. Y finalmente, para concluir, explicaremos cómo brindarle ayuda real, concreta y sincera.

Es necesario hacer hincapié en que, cuando una mujer embarazada en situación de vulnerabilidad llega a la consulta, debemos entender a quién tenemos delante para poder así ayudarla, apoyarla y acompañarla en el camino que está atravesando, brindándole información, siempre con la verdad, para que ella pueda ser libre.

Presión abortista

Las corrientes abortistas de hoy en día pretenden hacer creer que el embarazo solo se trata de un conjunto de células multiplicándose, pero no consideran a la mujer embarazada como una madre gestando a su hijo. Falsamente le hacen creer a la embarazada que solo será madre si esa es su decisión, no importa la evidente realidad.

El objetivo de los centros abortistas que venden “su ayuda” es puramente económico. No tienen interés real por la mujer ni por los problemas que la llevan a pensar en la opción del aborto, mucho menos les importa el hijo a quien están dispuestos a matar sin piedad y a desechar; inclusive llegando en algunos casos a utilizar sus partes para venderlas en el mercado negro.

Como ya dijimos, cuando llega una mujer embarazada pidiendo ayuda porque siente que no puede seguir con su embarazo, es imperioso asistirle, pero teniendo en cuenta tres cuestiones fundamentales que no podemos separar: el hecho de ser mujer, su estado de

embarazo y la causa que la llevó a pensar en abortar. Su historia, su ambiente, sus hormonas y su bebé; todo está íntimamente relacionado.

Esa madre que llega al consultorio tiene una realidad que la empuja y una historia que la condiciona a tomar este tipo de decisiones. Con esto no queremos decir que esté totalmente determinada y que no pueda cambiar su postura, sino más bien que seguramente necesite ayuda para pararse desde otro lugar, a fin de poder entender su historia y así ver en su realidad los esquemas y conductas que va repitiendo en forma consciente o inconsciente, y que la llevan a tomar decisiones condicionadas, es decir, sin la posibilidad de tomarlas con libertad. En este punto entra en juego la resiliencia, es decir, la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos.²²⁰ En definitiva, la capacidad de ser flexible y sobreponerse a las dificultades.

Hay varios aspectos que influyen en la decisión de abortar o no abortar en una mujer con embarazo vulnerable:

a) La historia propia: cómo vivió, cómo fueron sus padres con ella, cuidados recibidos o la falta de los mismos, violencia intrafamiliar, abusos, etc.

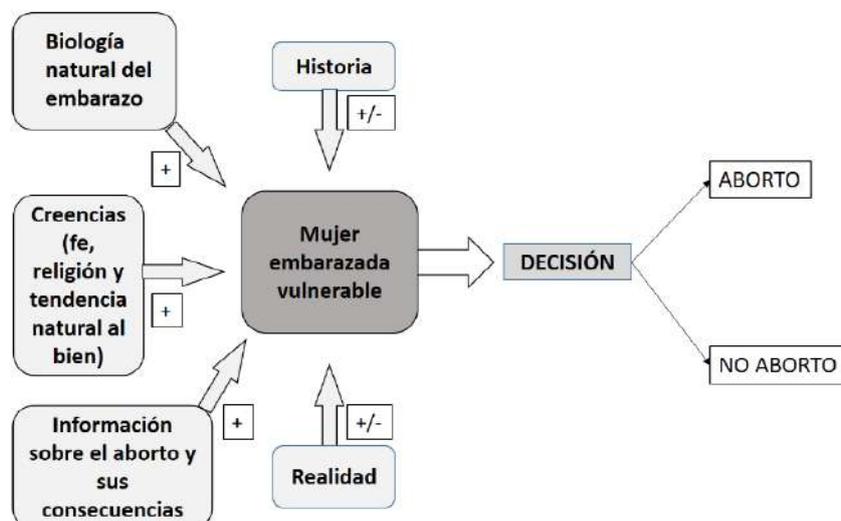
b) La biología natural de la mujer embarazada: es similar en todas las mujeres embarazadas, y es la que mayor influencia tiene sobre el cerebro y la mente de la embarazada. Esto explicaría por qué el solo conocimiento de la verdad del aborto y de sus consecuencias, muchas veces es suficiente para que la mujer embarazada vulnerable no aborte.

c) Realidad o circunstancias que la rodean: como falta de recursos, pareja, familia, amigos, etc.

d) Hay otros aspectos que nombraremos, pero no los vamos a desarrollar, ya que necesitaríamos un libro aparte, este es la tendencia natural del ser humano al bien y que le impide actuar mal o producir daño, como también las creencias religiosas y la fe.

e) Finalmente, información sobre el aborto y sus consecuencias: es decir, mostrar la verdad. Este rol es importantísimo y clave para poder ayudarla a decidir humanizadamente y con libertad.

A continuación, se podrá ver un esquema sintetizador de factores que influyen en la mujer embarazada vulnerable en la idea y/o decisión de abortar:



²²⁰<https://dle.rae.es/resiliencia>

Tanto su historia como su realidad pueden empujar a estas madres hacia una decisión que las va a marcar inexorablemente, como explicaremos más adelante. En primer lugar, nos detendremos en la historia de esas mujeres.

Su propia historia

“Si no está en tus manos cambiar una situación que te produce dolor, siempre podrás escoger la actitud con la que afrontes ese sufrimiento”
Viktor Frankl

Reconstruir la historia de estas mujeres implica intentar conocer cómo vivieron, cómo fueron sus padres con ella, cuáles fueron los cuidados que recibió -o la ausencia de ellos- si sufrió violencia intrafamiliar, abusos, etc. La experiencia indica que la mayoría de las mujeres que llegan a la consulta considerando el aborto como su mejor alternativa tiene en su haber historias de abusos, abandono y/o maltrato. Si fuéramos más lejos aún, encontraríamos que sus padres también fueron víctimas de abuso y maltrato, y probablemente encontremos también que sus padres se hayan realizado algún aborto.

En este caso la mujer embarazada habría estado expuesta desde chica a las consecuencias del o los abortos de su familia. Tendríamos, entonces, dos aspectos de la influencia de este ambiente en el que creció.

Uno que es propio del niño que sobrevive, llamado “síndrome del sobreviviente al aborto”, bien descrito por Philip Ney, pediatra canadiense, en su artículo sobre los sobrevivientes al aborto.²²¹ Allí cuenta que aquellos niños que sobreviven tienen conflictos tan profundos que son de muy difícil tratamiento, con grandes dilemas o confusiones y con tendencia a la depresión y al suicidio. Muchos de ellos han tenido diagnósticos erróneos, como fobias, obsesiones, entre otras patologías.

Ellos mismos no entienden lo que les pasa, pero se sienten culpables porque han sido elegidos para vivir. Sienten que tienen que agradar a sus padres, pero la vida para ellos tiene poco valor.

Generalmente se enteran del aborto hecho por sus padres sin necesidad de que se haya hablado del tema. Crecen sin confianza en ellos. Si bien reprimen y tratan de ignorar esa verdad, crecen con enojo y luchando para no pensar en el conflicto que les produce recrear el aborto.

P. Ney aclara que uno de los síntomas más marcados de los sobrevivientes al aborto es que no quieren tener hijo; en algunos casos tienen miedo de tenerlos y por eso recurren al aborto.

El otro aspecto a tener en cuenta, sumamente importante, es la influencia del ambiente en el que esta madre creció.

Se observa en la mayoría de las mujeres que llegan al consultorio un factor común: violencia familiar, maltrato infantil, abuso y/o abandono. Las causas de ese maltrato son múltiples, pero frecuentemente surgen de secuelas de abortos sufridos por los propios padres de dichas mujeres. Este tema se desarrollará en profundidad en otro capítulo de este mismo libro. En este caso, tenemos una mujer que de niña creció en un hogar donde predominó la violencia y cuyos padres sufrieron desconexión emocional, abuso de sustancias y alcohol.

²²¹ A consideration of abortion survivors Philip G. Ney MA, MD, DPM, FRCP. Child Psychiatry and Human Development volume 13, pages168-179 Volume 13, Issue 3, Spring 1983

El psiquiatra canadiense Philip Ney dedicó muchos años de su vida al estudio de la relación entre el maltrato y/o abuso infantil y su relación con el aborto. Describe el círculo vicioso del aborto: “Aborto-maltrato-aborto”,²²² en donde se pone en evidencia que las mujeres que han tenido un aborto son estadísticamente más propensas a abusar y descuidar a sus hijos, así como las mujeres que han sido maltratadas de niñas son estadísticamente más propensas a elegir un aborto. En un análisis de las posibles razones por las cuales las mujeres eligen el aborto, el hecho de haber sido descuidadas es la razón más estrechamente relacionada.²²³

Así como el Dr. Philip Ney describe este círculo vicioso de aborto y violencia después de años de ver la relación entre madres e hijas y el aborto en su propio consultorio, el trabajo del psicólogo y epidemiólogo neozelandés Dr. David Fergusson lo confirma en su “Estudio de Salud y Desarrollo de Christchurch” (CHDS).²²⁴ El CHDS es un estudio longitudinal de una cohorte de 1265 niños (630 mujeres), nacidos en la región urbana de Christchurch en Nueva Zelanda que han sido estudiados al nacer, a los 4 meses, al año e intervalos anuales hasta los 16 años, y nuevamente a los 18, 21, 25 y 30 años.

De este importante estudio se han extraído datos para poder realizar diferentes análisis. Sobre la base de estos estudios, Fergusson demostró la íntima relación entre maltrato y/o abuso infantil y el aborto, por un lado, y la relación entre aborto y enfermedad mental, por otro.

El tema de la relación entre maltrato y/o abuso infantil y el aborto²²⁵ fue abordado por Fergusson en “Experiencia de abuso sexual en la infancia y el aborto en la adolescencia y la edad adulta temprana”. Este estudio examinó las asociaciones entre la experiencia del abuso sexual en la infancia y el número de abortos en la adolescencia y la adultez temprana.

Las medidas incluyeron evaluaciones de la experiencia de abuso sexual en la infancia utilizando datos retrospectivos recopilados a los 18 y 21 años, abortos auto informados de 15 a 25 años, medidas de desventaja socioeconómica infantil, estabilidad familiar, funcionamiento familiar, experiencia de abuso físico infantil y embarazo en adolescencia y edad adulta temprana.

Como resultado se encontró que la gravedad de la experiencia se asoció con una tasa creciente de abortos durante las edades de 15 a 25 años. Se llegó a la conclusión de que la asociación entre la experiencia de abuso sexual en la infancia y las mayores tasas de aborto estuvo mediada por las mayores tasas de embarazo asociadas con las experiencias de abuso sexual en la infancia. Los resultados sugieren una cadena causal en la que la experiencia de abuso sexual en la infancia conduce a mayores tasas de embarazo, lo que a su vez conduce a mayores tasas de aborto.

En cuanto a la relación entre aborto y enfermedad mental, podemos mencionar el estudio “Aborto en mujeres jóvenes y salud mental posterior”.²²⁶

El objetivo de este estudio fue examinar los vínculos entre tener un aborto y los resultados de salud mental en el intervalo de 15 a 25 años. Se encontró como resultado que el 41% de las mujeres habían quedado embarazadas en al menos una ocasión antes de los 25 años, y el 14,6% había pasado por un aborto. En las personas que se habían hecho un aborto se encontraron tasas elevadas de problemas de salud mental posteriores, tales como depresión, ansiedad,

²²² Deeplydamage, pag 91

²²³ Pág. Web Mountain Joy College, <http://mtjoycollege.com/2018/02/>

²²⁴ The Christchurch Health and Development Study: review of findings on child and adolescent mental health David M. Fergusson, L. John Horwood, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2001; 35:287-296

²²⁵ Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Experience of sexual abuse in childhood and abortion in adolescence and early adulthood. *Child Abuse Negl.* 2009;33(12):870-876. doi:10.1016/j.chiabu.2009.04.006

²²⁶ Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47(1):16-24. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01538.x

conductas suicidas y trastornos por consumo de sustancias. Se llegó a la conclusión de que el aborto en mujeres jóvenes puede estar asociado con un mayor riesgo de problemas de salud mental.

Estos estudios nos demuestran cómo criarse y vivir en un ambiente de violencia puede generar comportamientos de violencia posterior tanto en la juventud como en la adultez. Es así que se pone de manifiesto cómo de violentado y abusado se puede llegar a ser abusador y violento con un niño que no nació.

Para comprender cómo el ambiente temprano de violencia influye biológicamente, modificando la fisiología del organismo, es necesario introducir el concepto de epigenética.

El Dr. José Luis Bonet en su libro “Cerebro, emociones y estrés”²²⁷ explica que, históricamente, el término epigenética se refería a rasgos heredables no mediados por cambios en la secuencia de ADN y, actualmente, se considera a la epigenética como cambios en la función de los genes no asociados al genoma. Es decir, genes que se activan o no, que se pueden expresar o no, en respuesta a estímulos ambientales mediante ciertas reacciones químicas regulatorias a nivel molecular. Los mecanismos epigenéticos se pueden alterar y acumular en el tiempo, de tal forma que, si permanentemente está el ambiente influyendo, se van acumulando. Estos cambios epigenéticos, en algunos casos, pueden ser reversibles con adecuado tratamiento.

El ambiente adverso generado por la falta de cuidado materno, la violencia infantil y el abuso, es detonador de una situación de estrés temprano que produce modificaciones epigenéticas con alteración a largo plazo de la estructura y función del cerebro. Estas alteraciones epigenéticas, a su vez, generarán consecuencias conductuales y fisiológicas, produciendo una respuesta exagerada al estrés.

El Dr. Bonnet menciona varios estudios científicos hechos en animales publicados por Ian Weber y Michael Meaney que explican la relación entre los cuidados maternos tempranos y la respuesta exagerada al estrés. Un bajo nivel de cuidados produciría una activación del eje Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal (HPA), por disminución de los receptores de corticoides (GR) en el hipocampo dejando de funcionar el mecanismo de “frenado” o de retroalimentación negativa, lo que genera que, frente a cada situación de peligro, miedo o amenaza, se produzca un exceso de corticoides. Por el contrario, un alto nivel de conductas de cuidado materno produce alto nivel de receptores de GR, bajos niveles de glucocorticoides sin hiperactividad del eje.²²⁸

Estos conocimientos sobre los cambios epigenéticos producidos por violencia infantil, abuso o negligencia de cuidados maternos precoces son importantes para poder comprender el círculo de violencia y autodestrucción en el ambiente en el que ha crecido una mujer que, frente a un embarazo inesperado, puede sufrir una alteración de su equilibrio, volviéndose aún más vulnerable, por lo cual, si no tiene capacidad de resiliencia o no recibe la ayuda adecuada, un embarazo no deseado podría ser detonante de crisis.

Biología natural del embarazo

*“Es mucho menos pesado tener a un niño en brazos que cargarlo sobre la conciencia”
Dr. Jérôme Lejeune*

²²⁷ Bonet, José Luis. Cerebro, Emociones y estrés, Las respuestas de la psicoimmunoneuroendocrinología. Ediciones B, pág 16, 53.

²²⁸ Ibidem pág 57, 59,60.

La biología natural de la mujer embarazada es similar en todas las mujeres embarazadas y es la que mayor influencia tiene sobre el cerebro y la mente de esta. Esto explicaría por qué el solo conocimiento de la verdad del aborto y de sus consecuencias muchas veces es suficiente para que la mujer embarazada vulnerable no aborte

Cuando llega al consultorio una mujer embarazada vulnerable, la vulnerabilidad está dada por su propia historia y su realidad. En cambio, el ser mujer y la condición de embarazada poseen características biológicas propias que no cambian, aunque cambien las circunstancias.

Sobre estos tópicos surge la necesidad de aclarar ciertos aspectos que en otras épocas parecían muy obvios. Hoy en día, la presión de organizaciones abortistas intenta desdibujar y relativizar lo máspreciado que tenemos los seres humanos: la vida. “Estar embarazada” significa que un ser humano, una vida diferente a la mujer, se está gestando en su interior. El momento único en el que la nueva vida es concebida es la fecundación. Fecundación proviene de la palabra *fecundar*, cuya definición, según la Real academia Española,²²⁹ es la siguiente: “Dicho de una célula reproductora masculina, unirse a la femenina para dar origen a un nuevo ser”.

El Profesor de Medicina y Genética de la Facultad de Medicina, Sede Norte de la Universidad de Chile, el Dr. Ricardo Cruz-Coke, en su artículo “Fundamentos genéticos del comienzo de la vida humana”²³⁰, explica que, la concepción de un ser humano está directa e inequívocamente relacionada con el comienzo de su vida. La concepción es un acto, un momento, donde se efectúa un proceso biológico denominado fecundación. Es un proceso de trasmisión de la vida de una generación a otra.

El padre de la genética, el Dr. Jerome Lejeune²³¹, afirmó que: “La vida comienza en el momento en que toda la información necesaria y suficiente se encuentra reunida para definir un nuevo ser. Comienza, por tanto, exactamente en el momento en el que toda la información aportada por el espermatozoide se une a la aportada por el óvulo. Desde la penetración del espermatozoide se encuentra constituida una realidad nueva. No es un hombre teórico, sino que es ya quien más tarde llamaremos Pedro, Pablo o Magdalena”

El único ser humano capaz de engendrar un hijo en su vientre es la mujer. Dicho esto, y antes de continuar con el embarazo propiamente dicho, quisiera hablarles de una característica propia e innata de la mujer; la empatía. Si bien la empatía puede estar influenciada por la experiencia postnatal, la biología prenatal juega un papel importante, mediado por los efectos de andrógenos en el cerebro.²³² No significa que los hombres no la posean, sino que la mayoría de las mujeres nacen con ella y la mayoría de los hombres que la tienen la fueron adquiriendo con la educación de las emociones. La empatía es ponerse en el lugar del otro, sin perder la objetividad. Es meterse en su piel, en sus zapatos, para poder comprender las emociones que

²²⁹<https://dle.rae.es/fecundar?m=form>

²³⁰https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So370-41061980000200006

²³¹<http://www.fundacionlejeune.es/2016/04/04/la-pelicula-de-jerome-lejeune-se-presenta-en-alcala-de-henares/>

El profesor Jérôme Lejeune nació en París en 1926 y estudió Medicina en la Universidad de la Sorbona. En 1958 identificó la trisomía 21 o Síndrome de Down. Ese mismo año, fue designado como experto en genética humana en la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 1964 fue nombrado director del Centro Nacional de Investigaciones Científicas de Francia y, en la Facultad de Medicina de la Sorbona, se creó para él la primera cátedra de Genética fundamental. Asimismo, fue promotor de la Academia Pontificia para la Vida junto a san Juan Pablo II, a quien le unía una profunda amistad, y su primer presidente hasta poco antes de su fallecimiento, el 3 de abril de 1994. Jérôme Lejeune es considerado el padre de la Genética Moderna por haber identificado la causa del Síndrome de Down. (<http://www.fundacionlejeune.es/2019/04/16/en-el-comienzo-la-vida-conferencias-ineditas-1968-1992/>)

²³²Chapman E, Baron-Cohen S, Auyeung B, Knickmeyer R, Taylor K, Hackett G. Fetal testosterone and empathy: evidence from the empathy quotient (EQ) and the “reading the mind in the eyes” test. *Soc Neurosci*. 2006;1(2):135-148. doi:10.1080/17470910600992239

transita el otro. La empatía permite adelantarse a las necesidades del otro, y se acentúa aún más en el embarazo, para facilitar la relación del binomio madre-hijo. Lo contrario a la empatía es la deshumanización, es decir, cosificar a otro ser humano para evitar sentir algún tipo de emociones o sentimientos hacia él, que, como veremos más adelante, es un mecanismo de defensa que utiliza una mujer embarazada que quiere abortar.

¿Cuándo comienzan los cambios en la mujer embarazada? Como ya dijimos, en la fecundación, en el primer día del embarazo. A su vez, comienza una comunicación silenciosa entre madre e hijo. Con el embarazo el cerebro de la mujer cambia, estructural y funcionalmente, al responder a las consignas básicas que recibe del feto. Las interacciones entre moléculas y los intercambios celulares que se establecen entre el hijo y la madre durante la gestación crean una íntima convivencia de dos vidas. En su recorrido hacia el útero, el embrión libera moléculas de interleuquinas, que son recibidas por receptores específicos en las trompas de Falopio de la madre. Como respuesta, las trompas producen varias sustancias, tales como los factores de crecimiento, que permiten el desarrollo embrionario. La madre aporta factores nutritivos y orienta el recorrido del embrión hasta el útero, animándole a crecer y seguir viviendo. En este diálogo molecular, entre madre e hijo se activa una tolerancia inmunológica al liberarse sustancias que actúan localmente silenciando las células maternas que generarían un rechazo natural hacia lo extraño. Esta inducción de tolerancia inmunológica en la madre hace que la gestación sea una simbiosis entre dos vidas.²³³

Múltiples cambios ocurren en la mujer embarazada, pero no en forma aislada o al azar, sino que suceden en forma conjunta, sincronizada, estimulándose entre sí o potenciándose. La mujer no decide que esto ocurra, sucede en silencio, independientemente de sus deseos y sin poder hacer nada por dirigirlos. Ocurren en forma natural, para preparar a la mujer para tener a su hijo y que en forma instintiva pueda cuidarlo.

Brunton y Russell, en su artículo "*El cerebro expectante: adaptarse a la maternidad*",²³⁴ explican los cambios que ocurren en el cerebro materno y concluyen que este sufre muchos cambios para maximizar la probabilidad de un resultado exitoso del embarazo. Estas adaptaciones son impulsadas por las hormonas del embarazo y aseguran un suministro adecuado de nutrientes para el feto, la protección contra las hormonas del estrés materno, la organización adecuada del parto y la prestación de atención materna.

Tanto el embarazo como en el período alrededor del nacimiento se acompañan de adaptaciones fisiológicas en el cerebro materno que aseguran la función reproductiva, los cuidados maternos y la supervivencia del recién nacido. La mayor parte de los cambios conductuales y fisiológicos que ocurren durante el embarazo son procesos que tienen lugar en el cerebro de la madre, generados por variaciones hormonales en ese período, y estarían involucrados múltiples sistemas neuronales coordinados por señales hormonales, como, por ejemplo, la oxitocina y la prolactina.

La prolactina actúa en el cerebro materno como un regulador de la conducta maternal, ordenando los cambios necesarios para que la madre pueda enfrentar las demandas metabólicas, fisiológicas, emocionales, y físicas que se generan durante el embarazo.

La oxitocina, además de producir contracciones uterinas durante el parto y la eyección de leche en la lactancia, tiene un rol muy importante en la relación materno-fetal. Los niveles de oxitocina son muy estables a lo largo de todo el embarazo y, a mayor nivel de la hormona,

²³³Comunicación maternofiliar en el embarazo. Natalia López Moratalla Departamento Interfacultativo de Bioquímica y Biología Molecular Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. 31080 Pamplona natalialm@unav.es

²³⁴Brunton, P., Russell, J. El cerebro expectante: adaptación para la maternidad. *Nat Rev Neurosci* 9, 11-25 (2008). <https://doi.org/10.1038/nrn2280>

se produce más sentimiento de apego materno-fetal. Se encuentran más niveles de oxitocina en el primer trimestre del embarazo y en el posparto temprano. Se ha comprobado que, a mayor nivel de oxitocina en la madre, mayor intensidad de sentimientos tiernos y amorosos hacia el hijo.

En neuroimágenes se ha estudiado cómo, al mirar fotos de sus hijos,²³⁵ se activan en la mujer las vías dopaminérgicas del circuito de recompensa en el cerebro materno, donde hay altos niveles de oxitocina.

En el cerebro maternal se activa también el giro fusiforme, implicado en el procesamiento de la expresión de las caras, tanto por el aumento de atención, como por la emoción que conlleva. Esta activación es específica de la vinculación maternal y tiene un enorme sentido: la habilidad que permite una rápida lectura de lo que les ocurre a los niños.²³⁶

Hay dos estudios muy interesantes, donde se demostraron los cambios anatómicos que se producen en el cerebro materno.

Uno de estos estudios, de cohorte prospectivo, fue realizado por la Dra. Eline Hoekzema y equipo, en madres primerizas (investigadas antes y después de su embarazo), y a mujeres nulíparas escaneadas a intervalos similares: *“Convertirse en madre implica cambios anatómicos en el cuerpo estriado ventral del cerebro humano que facilitan su capacidad de respuesta a las señales de la descendencia”*.²³⁷

En el mismo se analizaron los datos de neuroimagen estructural y funcional del cerebro, cuyos resultados indicaron que el embarazo modifica la anatomía del cuerpo estriado ventral. En mujeres embarazadas, en comparación con mujeres que no lo estaban, se encontraron reducciones significativas en el volumen del cuerpo estriado ventral derecho -en él se encuentra el núcleo accumbens, parte del circuito de recompensa, liberador de dopamina.

Se concluyó que esta disminución del tamaño está asociada con respuestas más fuertes a las señales de descendencia, y que el embarazo puede sintonizar adaptativamente el circuito de recompensa para promover la capacidad de respuesta a la descendencia.

En el otro estudio prospectivo (pre y post embarazo), que realizó la Dra. Eline Hoekzema, junto a la Dra. Erika Barba y equipo, en madres nulíparas, madres y padres primerizos: *“El embarazo conduce a cambios duraderos en la estructura del cerebro humano”*,²³⁸ se concluyó que el embarazo produce cambios sustanciales en la estructura cerebral, principalmente reducciones en el volumen de materia gris. Las reducciones de volumen mostraron una superposición sustancial con las regiones del cerebro que responden a los bebés de las mujeres después del parto. Además, los cambios en el volumen de la materia gris del embarazo predijeron medidas de apego materno posparto, sugerente de un proceso adaptativo al servicio de la transición a la maternidad. Otra sesión de seguimiento mostró que las reducciones de la materia gris duraron al menos dos años después del embarazo. Estos datos proporcionan la primera evidencia de que el embarazo confiere cambios duraderos en el cerebro de una mujer.

El cerebro maternal inicia su construcción con el comienzo del embarazo produciéndose cambios en estructuras cerebrales que modifican sus estados mentales; es decir, cambia la

²³⁵ Op. cit. Bonet, José Luis Pag. 121,122,142,143.

²³⁶<https://studylib.es/doc/5521153/cerebro-de-mujer-y-cerebro-de-var%C3%B3n.-dra.-natalia-l%C3%B3pez-m...IV-congreso-internacional-de-la-familia.-universidad-de-la-sabana.-ponencia-“cerebro-de-mujer-y-cerebro-de-var%C3%B3n”.-dra.-natalia-l%C3%B3pez-moratalla,-espa%C3%B1a.-abril-2008>

²³⁷Hoekzema E, Tamnes CK, Berns P, et al. Becoming a mother entails anatomical changes in the ventral striatum of the human brain that facilitate its responsiveness to offspring cues. *Psychoneuroendocrinology*. 2020;112:104507. doi:10.1016/j.psyneuen.2019.104507

²³⁸Hoekzema E, Barba-Müller E, Pozzobon C, et al. El embarazo conduce a cambios duraderos en la estructura del cerebro humano. *Nat Neurosci* 20, 287–296 (2017). <https://doi.org/10.1038/nn.4458>

forma de sentir, pensar y mirar la realidad. El cerebro es especialmente plástico con la atención a la vida incipiente y deja huellas en los circuitos neuronales, que son imborrables.

En la mujer estos cambios irreversibles en diversas áreas del cerebro la predisponen a asumir el amor maternal personal; siendo el vínculo de apego maternal el que sustenta la vida y que sería necesario para la preservación de la humanidad. Este vínculo de apego que se crea en el cerebro maternal es la protección natural de la vida.

Algo tan profunda y naturalmente humano puede explicar los trastornos emocionales que sufre la madre ante un aborto espontáneo, y debería ser un motivo de reflexión acerca de la violencia que produce el aborto provocado, no sólo para el hijo destruido, sino también para la mujer en su maternidad.²³⁹

La realidad

“La vida nunca se vuelve insoportable a causa de las circunstancias, sino solamente por falta de significado y de propósito”²⁴⁰
Viktor Frankl

Todos en mayor o en menor medida tenemos algo que nos preocupa, conflictos que tenemos por resolver o situaciones que no podemos cambiar, aunque quisiéramos. Es lógico y natural tratar de buscar y mantener siempre un equilibrio a pesar de las dificultades de la vida. Y si un imprevisto, algo no planificado, irrumpe en nuestra vida ese equilibrio se puede desmoronar, generando una crisis.

Como dije anteriormente, es importante entender que ante nosotros tenemos una mujer embarazada vulnerable, y además en crisis. Se encuentra sumamente angustiada, con un embarazo inesperado que no buscó, creyendo que solo tiene una salida, una sola solución. Mirando al embarazo y a quien tiene dentro como el culpable o responsable de su situación y creyendo a veces que, si “borra o se saca ese problema”, su vida va a volver a ser como antes, sin saber que en realidad se sumaría otro problema mayor a sí misma.

Cada mujer que viene al consultorio es un mundo, no hay dos casos iguales, no hay mujeres iguales, cada una tiene su propia realidad y necesita ayuda para poder encararla. No existe una sola realidad, sino que cada embarazada vive y está inmersa en su propia vida. Las circunstancias que la rodean pueden ser totalmente diferentes, aún entre personas que viven al lado, pero más allá de esas circunstancias propias de cada una, si coinciden en que están esperando un hijo que no buscaron, lo cual les agravó o les desencadenó una crisis.

Para llegar a buscar un aborto ha tenido que realizar un proceso de deshumanización, es decir de cosificación de su propio hijo, y de desprendimiento de sus propias emociones. Es un mecanismo de defensa que se pone en marcha inconscientemente para no sentir a ese bebé como persona, y eliminarlo, creyendo que así no habrá sentimiento de culpa.

La deshumanización es una herramienta que se utiliza históricamente para poder eliminar al enemigo sin sentir remordimiento.

Muchas veces es promovida por el mismo Estado para poder generar en las masas ideologías de odio y resentimiento hacia otros grupos minoritarios, extranjeros o de etnias

²³⁹<https://studylib.es/doc/5521153/cerebro-de-mujer-y-cerebro-de-var%C3%B3n.-dra.-natalia-l%C3%B3pez-m...> IV congreso internacional de la familia. Universidad de la Sabana. Ponencia “cerebro de mujer y cerebro de varón”. Dra Natalia López Moratalla, España. Abril 2008

²⁴⁰Viktor Frankl, “El hombre en búsqueda de sentido”

diferentes, como ocurrió, por ejemplo, en el caso de la propaganda Nazi antisemita, donde se cosificaba e infravaloraba a los judíos, haciéndoles creer a los alemanes, incluyendo niños, que matar judíos era necesario, ya que eran “gérmenes” que había que eliminar. También, en la época de los esclavos, los hombres de color eran cosificados por los blancos, se los trataba como objetos de poco valor y podían ser linchados sin remordimiento, ya que socialmente se los había deshumanizado.

Con el tema del aborto está ocurriendo lo mismo. Desde la ONU hacia abajo, en cada gobierno, incluyendo el de la Argentina, se intenta adoctrinar e incitar desde niños a los miembros de la sociedad para que el día en que un embarazo no buscado ocurra se pueda eliminar al embrión sin remordimientos, para que ese bebé no deseado no afecte o interfiera en los proyectos personales. De a poco se va deshumanizando al niño en el vientre, pero simultáneamente se va deshumanizando la sociedad.



Es imborrable la imagen de una niña de cinco o seis años vestida y pintada de verde, aplastando un bebé de juguete con el pie en una marcha a favor del aborto en Argentina en año 2018.

Las circunstancias o motivos que llevan a una madre a pensar en matar a su hijo son infinitas. Algunos pueden ser:

a) **Económicos.** Piensan que un hijo más va a ser insostenible, muchas veces creen que es mejor no traerlo al mundo ya que no pueden darle lo que necesita. Algunas madres viven en situación de real carencia, sin ningún apoyo.

b) **Laborales.** Tienen miedo de ser despedidas si sus patrones se enteran, o si están buscando trabajo piensan que nadie las va a contactar.

c) **De pareja.** Puede ser que estén solas porque no tienen pareja o esta es ocasional. Su pareja no quiere saber nada y la presiona para que aborte. Muchas veces son violentos y las mujeres embarazadas tienen miedo, y un hijo los ataría aún más. Inclusive hemos tenido casos donde la pareja está presa.

d) **Familiares.** Puede ser que tengan varios hijos y estén solas para criarlos y un hijo más las sobrepasaría. Muchas veces viven con la madre o la suegra y no las apoya, amenazándolas con echarlas de la casa. En algunos casos, sobre todo si son adolescentes, tienen miedo de contarle a los padres para que no se enojen o se avergüencen de ellas. Algunas madres presionan a sus hijas para que aborten y así puedan seguir con su vida.

e) **Sociales.** Muchas amigas intervienen para aconsejarles que es mejor abortar que “arruinarse” la vida.

f) **Ideológicos.** En este punto hay que remarcar la presión en los medios cada vez más fuerte, donde se pretende que la mujer se despoje de su esencia, y elimine tanto su femineidad como su apertura a la maternidad. Quieren pensar que, si ellas desean al hijo, este existe, sino lo desean, no existe. Creen que tienen el derecho y el poder de decidir sobre la vida del otro, afirmando que con “su cuerpo” deberían hacer lo que quieran.

g) **De salud.** Muchas veces tienen miedo por haber tenido cesáreas o embarazos de riesgo. También si tienen alguna enfermedad previa sienten que no van a poder continuar con el embarazo. El deseo de abortar es mayor cuando el que viene con complicaciones o defectos congénitos es el bebé, por ejemplo, con Síndrome de Down, donde los mismos médicos son los que empujan a la madre a esa decisión.

h) **Por el modo de gestación.** Pudo haber sido fruto de un engaño o infidelidad. O tal vez bajo el estado de alcohol o drogas, sin conciencia de lo sucedido. El caso de la violación

merecería todo un capítulo aparte, pero el sentimiento es en general el de asco y odio hacia el monstruo que la violó, tratando de eliminar la tortura de tener un hijo de él. Si la embarazada es menor, se podría presumir que fue intrafamiliar; en este caso, el embarazo sería la visualización de las violaciones que viene sufriendo la menor en forma reiterada. También puede ocurrir que la mujer o niña embarazada sea víctima de trata.

i) **Motivos personales.** No quieren interrumpir su vida, sus proyectos o sueños. Quieren tener tiempo para viajar, pueden sentir que no es el momento. También la edad les afecta, o sienten que son muy jóvenes y no están listas para una responsabilidad, o muy viejas y creen que es un riesgo para su salud o el bebé puede llegar con problemas.

Por los motivos que fueren, la madre embarazada entró en crisis y siente que no va a poder continuar, siendo así como la idea del aborto se cuela en sus pensamientos.

Es en este momento, que se ponen en marcha mecanismos de defensa para no sentir alguna emoción que la haga vulnerable en esta crisis y también poder deshumanizar al bebé que está en su vientre a fin de llevar a cabo el aborto.

Estos mecanismos psicológicos son la negación (por ej. niega que tiene un ser humano en su vientre, por lo tanto, niega que el quitarlo le pueda producir algún daño psicológico), racionalización (busca razones que le cierren más y tapa las razones reales que le causarían mayor dolor) y deshumanización (que le permiten no ver que a quien llevan dentro suyo es a su propio hijo). Una forma de deshumanizar a ese hijo es autoconvenciéndose de que se trata sólo de “corregir un atraso de menstruación”. De esta manera evitan tomar total dimensión de lo que están haciendo o de lo que están queriendo hacer. Sin embargo, más allá de lo que expresen, vemos que toda mujer tiene grabado en lo más profundo de su ser que ponerle fin a su embarazo no puede ser algo bueno.

Información sobre el aborto y sus consecuencias

“Las circunstancias externas pueden despojarnos de todo, menos de una cosa: la libertad de elegir cómo responder a esas circunstancias...”

Viktor Frankl

Llegamos a la última parte de este capítulo, y es en este momento donde debemos actuar para poder ayudar a que la madre no tome una decisión que la va a marcar y lastimar para siempre y, al mismo tiempo, salvar a su propio hijo inocente de morir en forma cruel.

Vimos todos los factores que la impulsaron a llegar al consultorio, pero aún no realizó el aborto. Viene a nosotros pidiendo ayuda. Nosotros tenemos que ir a su encuentro, escucharla, abrazarla, no juzgarla. Ayudarla a que ella misma se escuche y verbalice su situación. Debemos tratar de rehumanizarla, tratando que se conecte con ese hijo que está presente en su vientre.

Lo primero que debemos hacer para poder llegar a ella a fin de ayudarla a pensar con libertad es brindarle toda la información posible porque, en general, no están bien informadas, ya que seguramente lo poco que sabe lo obtuvo de internet, donde las redes abortistas tratan de desinformar y engañar a las mujeres para que aborten sin dudar. Es importante explicarles (como se va a explicar muy bien en otro capítulo de este libro), que el aborto trae consecuencias físicas y psíquicas. El aborto es como un caballo de Troya; puede resolver un embarazo no deseado, pero abre la puerta a una multitud de nuevos problemas.

Siempre hay que hablar con la verdad, y, a su vez, intentar que nos explique los motivos que la llevaron a pensar en el aborto, ayudándola a que intente mirar los problemas desde otro

ángulo. Ser sinceros es a su vez dejar claro que no podemos cambiar su historia, y quizás tampoco su realidad. Si su marido está preso, no lo sacaremos; si fue abusada, tampoco lo vamos a cambiar. Pero sí podemos despertar en ella la mujer que hay en su interior, aquella que es capaz de enfrentarse al mundo por la vida de su propio hijo.

Vamos a contar casos reales que hemos podido acompañar, en los cuales los nombres fueron cambiados para preservar la identidad de las mujeres que consultaron en su momento.

María tenía 20 años en el momento de la consulta. Era estudiante de diseño en la facultad, y vivía con su mamá y hermanos menores.

Llegó sola al consultorio, muy nerviosa. Tenía miedo. Su novio apenas se enteró que ella estaba embarazada, hizo lo que hacen muchos en esas circunstancias; desapareció, dejándola sola para que se las arregle, haciéndola sentir culpable de la situación. Y, por otro lado, su mamá enojadísima con ella, acusándola de desagradecida, ya que ella había trabajado para que pudiera estudiar y tener el futuro que ella misma no había podido lograr. Su madre consideraba que estaba tirando por la borda su futuro, por eso le dijo que si no abortaba la iba a echar de la casa.

Ante esta situación, desesperada sin otra salida aparente, comenzó a pensar en “quitarse el problema” considerando que el aborto era su única alternativa. Nos pidió turno ¿Quería un aborto o nos pedía ayuda a gritos?

Primero le dimos toda la información, pues no sabía en realidad a que se enfrentaba. La mayoría de las mujeres que quieren someterse a un aborto no están informadas completamente, y los centros abortistas se esfuerzan en no informar y desinformar para evitar que cambien de opinión.

Hablamos con ella; en realidad la escuchamos ya que necesitaba desahogarse, llorar, aclarar sus pensamientos, escucharse ella misma. La ayudamos a ordenarse y que piense en todas las alternativas posibles, y que ella resuelva cuál es su mejor opción. Decidió seguir con el embarazo, su cara cambió, su mirada se levantó, y sentimos que estábamos con otra persona. De pronto tuvo fuerza, valentía. Estaba dispuesta a enfrentar los desafíos que esta nueva situación no planificada le planteaba.

Enfrentó a su mamá, pero su madre estaba dura y firme; tal vez pensaba que era por el bien de su hija. Cumplió su amenaza, la echó de su casa.

No la dejamos sola, salimos con urgencia a buscarle un lugar para ella y para su bebé cuando naciera. Un hogar que la pudiera acompañar durante su embarazo.

Ni siquiera en esta situación de abandono de su madre volvió a pensar en matar a su hijo. Nada ni nadie la podría hacer cambiar de idea. Ella y su bebé ya estaban conectados; solo sentía que lo debía proteger y cuidar.

Al poco tiempo, su mamá recapacitó, y no solo aceptó su decisión, sino que la apoyó y acompañó, para que pudiera transitar lo que quedaba de embarazo con tranquilidad y contención. Ya no estaba más sola. No solo eso, sino que pudo seguir estudiando.

El bebé nació y transformó la vida de toda la familia. Y nos dijo “Cuando lo vi, todos mis miedos desaparecieron”.

Este otro caso, que nos marcó mucho como equipo, es un poco más extremo, pero vale la pena contarlo.

Ana de 30 años, llegó seria, estaba pálida y no hablaba mucho.

Por su formación académica, sabía perfectamente qué era un aborto, cómo se hacía y sus consecuencias. Ella misma nos dijo que sabía que estaba mal, pero que igual lo quería hacer. Nos dijo “sé que estoy matando a un bebé, pero no puedo seguir”. Repetía constantemente, “no puedo seguir...”. No nos explicaba mucho, tratábamos de entender, pero ella sólo lloraba, era

muy difícil darnos cuenta del problema real que tenía. Hasta que finalmente nos contó que fue violada camino al trabajo. Luego de quedar tirada y dolorida en la calle, había vuelto a su casa con arcadas y vómitos del asco y repulsión que sentía, y luego al bañarse trataba inútilmente de sacarse el olor que el violador le había dejado impregnado. Su angustia fue en aumento y la violación le había dejado un daño que tendría que sanar con ayuda. La menstruación había dejado de venirle y ella pensaba que era por la angustia. Meses después se enteró que estaba embarazada. Había adelgazado varios kilos, el pelo se le estaba cayendo y tenía ataques de angustia y llanto repentinos. Todo esto le ocurría desde que había sufrido la violación, no era por el embarazo.

No lo quería, no lo había buscado, y sabía que no lo podía tener ya que su mayor miedo era lastimarlo al nacer. Le propusimos que pensara en la adopción como alternativa. Pero no quería saber nada. Tampoco quería ayuda por la violación. Quería olvidar todo lo que estaba viviendo, volver el tiempo atrás. No quería hablar del tema que tanto le dolía. No sabíamos que hacer, ya que parecía que no quería nuestra ayuda. No había mucho más por decir. La abrazamos y tuvimos ganas de llorar con ella. Se despidió, había decidido abortar igual. Nosotras sabíamos que eso iba a empeorar su dolor. Solo le dijimos que si cambiaba de opinión podía contar con nosotros para acompañarla y ayudarla en todo lo que estuviera a nuestro alcance, ya que no la íbamos a dejar sola. Un par de semanas después se puso en contacto otra vez con nosotros. Nos dijo que, a pesar de que para ella ese bebé no era su hijo, sabía que era una criatura que no tenía nada que ver con su desgracia. Había decidido armarse de valor y paciencia, y esperar a que el bebé sea viable para entregarlo en adopción.

Dos historias diferentes de mujeres en momentos de crisis y angustia diferentes, pero tienen un factor común: ambas se sobrepusieron al dolor para sacar lo mejor de sí mismas y poder así lograr no solo dar vida, sino que pudieron brindar testimonios de fortaleza frente a las dificultades.

Ayuda real y concreta a las mujeres embarazadas vulnerables

Como bien dijo el Doctor Vincent Rue, como sociedad debemos brindar ayuda real a las mujeres embarazadas vulnerables, por ejemplo, proveyendo alternativas como la adopción. En cambio, las políticas del Estado empujan a la mujer a ver al aborto como la única alternativa posible. Se protege el falso “derecho”, pero no las “secuelas”. Las mujeres pueden elegir realizarse un aborto, pero no pueden elegir lidiar o no con las consecuencias. Es simplista pensar que el aborto le va a causar alivio. Es realista pensar que el aborto le va a aliviar temporalmente el estrés provocado por un embarazo no deseado, pero también le ocasionará más estrés, nuevos problemas y nuevas dimensiones de salud mental.

Más allá de las políticas de estado que deberían implementar medidas de protección y contención para las mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad, no debemos como Comunidad abandonar a su suerte a estas madres que necesitan nuestra ayuda inmediata. Es por eso que en nuestra ong ayudamos a las madres a reconectarse con su bebé. Las acompañamos durante todo el embarazo y por lo menos durante un año posterior al nacimiento, para ayudarlas también a sanar las heridas profundas que les dejó el haber pensado en el aborto, aunque no lo hubieran llevado a cabo.

Capítulo 5

Conceptos básicos sobre el aborto

Por
Oscar Gustavo Briones

- Introducción
- Aborto conceptos preliminares
- Causas de aborto
- Clasificación clínica del aborto espontáneo
- Aborto provocado o inducido
- Técnicas de aborto temprano
- Contraindicaciones de uso de fármacos
- Parto prematuro o pretérmino
- Causas de parto pretérmino
- Amenaza de parto pretérmino
- Trabajo de parto prematuro
- Viabilidad fetal
- Feticidio

Introducción

En este capítulo en donde me toca explicar de qué se trata un aborto o un parto prematuro, es importante que nos pongamos en diferentes ángulos a fin de tener un poco de empatía al leerlo. Cuando digo empatía me refiero a ponernos del lado del médico encargado de hacer este acto siempre desagradable. Durante mi formación como médico tocoginecólogo realicé muchísimos raspados uterinos en pacientes que llegaban con aborto incompleto a la guardia, de los cuales la gran mayoría eran provocados, donde en un principio, los jefes de servicios nos obligaban a efectuar la denuncia correspondiente (en el hospital inclusive existía una guardia policial), después llegaban las citaciones a los diferentes juzgados y pasábamos días enteros en tribunales. Tuvimos varias reuniones con los jefes de servicios (Ginecología y Obstetricia), para que sean ellos los que realicen las denuncias y no los médicos en formación (residentes), porque eran días perdidos completos y nos privaban de ingresar a quirófano o participar de los pases de sala. Durante mi formación aprendí muchísimos conceptos como iatrogenia, mala praxis, desidia, impericia, entre tantos otros.

Hoy nos quieren imponer al aborto como un derecho de la mujer, sin importar que el médico va a realizar una práctica innecesaria, la cual representaría por ello un acto de mala praxis, a modo similar a operar una vesícula biliar o un apéndice sano.

Se sabe que la madre embarazada, tiene dentro de su vientre a un embrión o feto con diferente ADN al suyo, motivo por el cual cuándo los diferentes movimientos que pregonan por el aborto dicen “mi cuerpo, mi decisión” es erróneo, ya que él bebe es un ser diferente que tiene su propio código genético, y sí, va a depender de su madre no solo mientras viva intrauterino, sino en gran parte de su vida extrauterina.

Por eso realizar un aborto sin indicación médica, es mala praxis, por lo que aquí les pido a los lectores que tengan empatía.

También pasé momentos agradables en donde muchas veces las mujeres, acudían a las guardias o a los consultorios externos pidiendo un aborto, y después de varios minutos u horas de charla, no se lo realizaron.

Tengo una anécdota que quiero compartirla con ustedes, sobre una mujer joven que me solicito un aborto. Luego de conversar con ella durante un largo tiempo, me manifestó no tener trabajo, no contar con un lugar propio donde vivir, concluyendo finalmente que no se podía hacer cargo de un hijo. Ese día hablamos de las complicaciones que podía tener un aborto tales como hemorragia, lesiones uterinas y hasta que podía quedar sin útero y ovarios en caso de lesiones severas por lo que pasara a ser una mujer que necesitaría terapia hormonal de reemplazo por el resto de su vida. Tras escucharme atentamente y comprender la situación a la cual podía enfrentarse decidió continuar con el embarazo, realizó los controles en el hospital tuvo su hija sana con buen peso y cuando se iba de alta le dije que esa bebé la iba a llenar de satisfacciones y amor. Pasaron los años, y la paciente llega a mi consultorio privado, preguntándome si me acordaba de ella. Yo en un primer momento no la reconocí –algo lógico de esperar con tantas pacientes atendidas a lo largo de mi actividad laboral, aunque realmente su cara me era familiar, pero sin poder saber el porqué. Entre mi desconcierto y asombro, ella me dice: “Doctor usted me atendió en el hospital hace 12 años y felizmente para mí, me convenció para que no me realice un aborto, me dijo que mi hija me iba a llenar de orgullo”. Tras decirme esas palabras, las cuales me emocionaron profundamente, metió su mano en la cartera y saco una foto la cual me regaló. En esa foto aparecía su hija abanderada de la primaria. Luego de eso, lo único que recuerdo es que la abraza y lloro con ella.

Aborto: conceptos preliminares

El aborto es la terminación espontánea o inducida del embarazo antes de alcanzar la viabilidad fetal. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como la expulsión o extracción uterina de un embrión o feto de 500 gramos o menos, que corresponde a un embarazo de 20 a 22 semanas.²⁴¹

En la reproducción humana, se estima que más del 80% de los abortos espontáneos se pierden en las primeras 12 semanas de gestación (primer trimestre). La mayoría de las veces se dan en el primer mes y pasan inadvertidas por la mujer embarazada.

Aborto espontáneo o natural, es la pérdida temprana del embarazo, donde el 80% se presenta en las primeras 12 semanas de gestación, tal se afirmó en el párrafo anterior. Aquí el 50 % de los casos se deben a anomalías cromosómicas. Después de las 12 semanas disminuye la tasa de aborto como las alteraciones cromosómicas.

Casi siempre se produce la muerte del embrión antes de la expulsión, y la misma se acompaña de hemorragia y dolor tipo cólico.

La incidencia de aborto espontáneo se relaciona con el número de partos previos, la edad de la madre y el padre (mujeres < de 20 años 12% y > de 40 años del 26% (5 a 7 veces superior) y en el varón también aumenta después de los 40 años a 20%).²⁴²

Causas de aborto

Dentro de las diferentes condiciones o patologías capaces de generar la pérdida temprana del embarazo, mencionaremos las siguientes.

a) Causas fetales:

Por lo común se deben a una anomalía en el desarrollo del cigoto, el embrión, el feto incipiente o la placenta.⁵ En el 50% de los casos no se encuentra embrión (huevo anembrionado). En el otro 50% en el que, si se identificó un embrión, el 50% tiene un número normal de 46 cromosomas (euploide), mientras que los demás embarazos presentaron alguna anomalía en el número de cromosomas (aneuploide).²⁴³

b) Factores químicos y/u ocupacionales:

Algunas sustancias químicas como el benceno, arsénico, plomo, formaldehído y óxido de etileno intervendrían en malformaciones fetales.²⁴⁴

Dentro de este tipo de etiología, son pocos los estudios de exposiciones ocupacionales y riesgo de aborto; al tiempo que sí pudo demostrarse que las exposiciones a la resonancia magnética nuclear y al ultrasonido (ecografía), no se vinculan con la incidencia de abortos. En cambio, si se comprobó un pequeño incremento del riesgo en mujeres que trabajan con anticancerígenos (citostáticos).²⁴⁵

c) Factores inmunitarios:

²⁴¹ Verdu, Martín y Santamarina Lozano, R. Capítulo 155 Aborto: concepto y clasificación. Tratado de Ginecología y Obstetricia Cabero Roura L. Editorial Panamericana 2 edición. Buenos Aires. Tomo 2 pág. 1237.

²⁴² Williams. Ginecología. Cap. 6 Aborto en el Primer Trimestre. Editorial Mc Graw Hill 2 edición. China. Pag 170;171.

²⁴³ Ibidem. Williams pág. 171.

²⁴⁴ Ibidem. Williams pág. 174.

²⁴⁵ Ibidem. Williams pág. 174.

Uno de los más importantes dentro de este grupo es el síndrome antifosfolípídico (autoinmune), que es causa frecuente de abortos recurrentes (abortadora habitual) y trombofilias hereditarias.²⁴⁶

d) Defectos anatómicos del tracto genital femenino:

Dentro de esta patología podemos mencionar las adherencias (frecuentes en los raspados uterinos por abortos y/o biopsias de endometrio), los miomas y los pólipos endometriales y la incompetencia cervical.²⁴⁷

Por otro lado, y tratándose ya de causa congénita, encontramos las malformaciones uterinas, debida a las anomalías del conducto de Müller, tales como el útero unicorne, bicorne o el útero tabicado, las cuales representan un 15% de todos los abortos.²⁴⁸

Clasificación clínica del aborto espontáneo

1. Amenaza de aborto:

Este se presenta en un embarazo viable y se caracteriza por la salida de sangre a través por el orificio cervical externo, el cual se encuentra cerrado.²⁴⁹ Desde hace muchos años se sabe que un cuarto de las mujeres embarazadas puede tener algún grado de sangrado desde mínimo hasta abundante, donde las que presentan sangrado abundante se acompañan de mayores complicaciones, y casi la mitad terminan en aborto. El cuadro se caracteriza con dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior y/o lumbar. Para confirmar el diagnóstico, se debe realizar una ecografía con el fin de confirmar la vitalidad fetal, y diagnosticar las posibles causas del sangrado; tales como placenta previa, desprendimiento de placenta normoinserta e incompetencia cervical, entre otras tantas, luego de lo cual recién podrá comenzarse con el tratamiento correspondiente. La evolución suele ser favorable en más del 90% de los casos.²⁵⁰

2. Aborto en curso:

Durante esta etapa se comprobará que el conducto cervical esta dilatado hasta el orificio cervical interno y que el cuerpo uterino se halla contraído. Mientras tanto la hemorragia se ha intensificado, formándose coágulos que llenan la vagina. Los dolores son más acentuados. El pronóstico hoy en día está dado por los hallazgos ecográficos.²⁵¹

3. Aborto inevitable:

La fuga de líquido amniótico por el cuello uterino dilatado conlleva casi con seguridad la culminación del aborto. Aquí las contracciones uterinas comienzan a muy breve plazo y generan el aborto o surge una infección. Si la fuga se acompaña de hemorragia, dolor o fiebre, se debe evacuar el útero.²⁵²

4. Aborto incompleto:

Todavía más evolucionado el proceso, vamos a encontrarnos en este caso con hemorragia genital, dolor y dilatación cervical, que asociará ya la expulsión parcial del producto de la concepción. En la exploración objetivaremos la dilatación cervical y como los restos embrionarios emergen por el cérvix, están contenidos en vagina, o incluso lo a expulsado

²⁴⁶ Ibidem. Williams pág. 174.

²⁴⁷ Ibidem. Williams pag 181.

²⁴⁸ Ibidem. Williams pag 181-182.

²⁴⁹ Ibidem. Williams pag 175.

²⁵⁰ Ibidem. Williams pag 175.

²⁵¹ Gori, Jorge, Lorusso, Antonio Cap 14 Aborto. Ginecología de Gori. Editorial El Ateneo. 2ª Edición. Buenos Aires. pag 247.

²⁵² Op. cit. Williams pag 176.

totalmente. Al practicarle la ecografía se identificarán restos ovulares desestructurados, sin evidenciar saco.²⁵³

5. Aborto completo:

Aquí se ha producido la expulsión completa de los restos embrionarios. El útero está bien contraído y es de tamaño prácticamente normal, el cérvix puede estar cerrado y la exploración ecográfica confirma la ausencia de restos ovulares en la cavidad uterina. Si existe certeza acerca del diagnóstico no requiere tratamiento, pero si existen dudas al respecto debe considerarse como un aborto incompleto y manejarse como tal.²⁵⁴

En todos los casos en los que se expulsó el embarazo o los restos ovulares, se debe enviar el material a anatomía patológica para descartar una enfermedad trofoblástica.

6. Aborto diferido:

Se define como la falta de expulsión de los productos de la concepción a pesar de haberse producido la muerte del embrión, habitualmente sin hemorragia ni dolor. Clásicamente se diagnosticaba exclusivamente por la clínica y la exploración y se requería un período prolongado de tiempo sin evolución (desde al menos 3 semanas hasta 2 meses). La amplia utilización de la ecografía obstétrica ha supuesto que este diagnóstico se establezca habitualmente con mucha mayor precocidad y sin ajustar a estos criterios. Algunos autores proponen en estos casos la denominación de “aborto retenido”, pero la de aborto diferido es una expresión consagrada por el uso.²⁵⁵

Aborto provocado o inducido

Este acto se lo puede denominar de dos maneras, como finalización voluntaria del embarazo y/ o como aborto, también se la puede encontrar como interrupción voluntaria del embarazo (IVE), aborto inducido (AI), interrupción legal del embarazo (ILE), entre las más frecuentes, lo cual induce a confusión, por ese motivo se la define a continuación:

Es la culminación médica o quirúrgica del embarazo antes de la viabilidad, que según nuevo protocolo ILE 24 y la OMS también 24 semanas de gestación como momento de corte. (Según los criterios clásicos la edad de corte son las 20 a 22 semanas según los diferentes autores, también habría que mencionar el peso fetal por debajo de 500 gr como criterios diagnósticos).

A su vez, los abortos provocados pueden ser terapéuticos, en aquellos casos donde existen algunos trastornos médicos y quirúrgicos pueden constituir la indicación de la finalización con base en la salud materna, (cánceres, hipertensión de arteria pulmonar, vasculopatía hipertensiva avanzada). También se practica para impedir que nazca un feto malformado (anencefalia), aquí no es fácil asignar una clasificación legal, social y política, como por otro lado en caso de violación o incesto y discapacitadas mentales (mujer idiota o demente).²⁵⁶

Provocado, aquí se define como la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal a solicitud de la mujer por razones que no tienen que ver con su salud o con la del feto. ²⁵⁶

²⁵³ Ruiz Romance, M., Crispi Brillas, F. Patología de la primera mitad de la gestación (I). Aborto: concepto y clasificación. Cap 63. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal Cabero L. Saldivar D: Cabrillo E. Editorial Panamericana 1 edición. Buenos Aires 2007 pag 512.

²⁵⁴ Op. cit. Tratado de Ginecología y Obstetricia, pag 1241.

²⁵⁵ Ibidem. Pag 1242 y 1243.

²⁵⁶ Op. cit. Williams pag 187;188

Técnicas de abortos temprano

En caso de que no exista algún trastorno grave de la embarazada, los métodos de aborto no necesitan de la hospitalización de la mujer.

En el aborto extrahospitalario (ambulatorio), es importante contar con medios y experiencia en reanimación cardiopulmonar y el traslado inmediato a un hospital.

El aborto en el primer o segundo trimestre se realiza por métodos médicos o quirúrgicos. Ambos métodos tienen idénticas tasas de buenos resultados entre 95 a 99%.

Con el método médico se evita la sedación o anestesia, sin embargo, es más lento, en casos extremos puede tardar días o semanas, la hemorragia suele ser abundante. El costo con este método es menor.²⁵⁷

Contraindicaciones del uso de fármacos

Muchas de las contraindicaciones para el aborto de tipo médico han evolucionado a partir de criterios de exclusión. Algunas son relativas, además de las alergias a diferentes fármacos, se incluye aquellas mujeres con dispositivo intrauterino (DIU), anemia o coagulopatía grave o el uso de anticoagulante, también enfermedades hepáticas, renales cardiacas o trastornos convulsivos importantes.

El Misoprostol disminuye la actividad glucocorticoide, razón por la cual se descarta a mujeres que están en tratamiento con corticoterapia.

En mujeres con disfunción renal o hepática habrá que modificar la dosis de metotrexato y administrarlo con cuidado o se utilizará otro método.²⁵⁸

El método quirúrgico es mejor aceptado por la mujer, la hemorragia es más controlada. Con un costo mayor.

Estos incluyen: dilatación y evacuación, dilatación y extracción, laparotomía con histerectomía (extracción del útero por vía abdominal).²⁵⁹

De las complicaciones del aborto se tratan en el capítulo de la Dra. María de Urraza.

Cuando en embarazo avanza y tenemos más de 20 o 22 semanas según los diferentes autores, ya no estamos ante un aborto, sino ante un parto prematuro. (El Código Penal Argentino habla de aborto).

Parto prematuro o pretérmino

Es aquel nacimiento de niño nacido vivo ocurrido antes de las 37 semanas completas de embarazo, contado desde la fecha de la última menstruación, entre las semanas 22 y las 36,6 semanas de gestación. (OMS).

Sin embargo, son los fetos nacidos antes de las 34 semanas de gestación los que presentan mayor morbimortalidad.

Se califica de parto moderadamente pretérmino al que se produce entre las 28 y las 32 semanas, y de extremadamente pretérmino al que ocurre entre las 23 y 27 semanas completas.

²⁵⁷ Ibidem. Williams pag 188; 189.

²⁵⁸ Ibidem. Williams pag 190; 191

²⁵⁹ Ibidem. Williams pag 189

Causas del parto pretérmino

En la mayoría de los partos prematuros no puede reconocerse una causa ni siquiera tras un análisis retrospectivo, y se considera que su etiología es multifactorial:

– Factores de riesgo materno: nivel socioeconómico bajo, raza distinta de la blanca, edad materna inferior a 18 años o superior a 40 años, escaso peso materno antes de la gestación, fumadora, usuaria de drogas como la cocaína o heroína.

– Antecedentes obstétricos: historia previa de parto prematuro o abortos tardíos, sangrados desde el primer trimestre.

– Factores uterinos: volumen aumentado (polihidramnios, gestación múltiple), anomalías congénitas (útero bicorne o unicorn), miomas (especialmente submucosos), incompetencia cervical, traumatismos.

– Factores fetales: como la muerte fetal.

– Infecciones: principalmente urinaria, las vaginosis (duplican las tasas de parto prematuro).

– Iatrogénico: en nuestros días son cada vez más frecuentes la inducción del parto por motivos médicos o sociales e incluso por preocupación, sin evidencia científica suficiente (hipertensión, diabetes, error de fecha de parto).

Amenaza de parto pretérmino

Los esfuerzos por prevenir o diagnosticar precozmente el parto pretérmino, tienen sentido sólo si a la embarazada con riesgo aumentado pueden ofrecérseles un tratamiento que lleve a un mejor resultado, cosa que hoy por hoy es una posibilidad remota. Por lo tanto, en un número de casos importantes (alrededor del 6 al 15%) de la casuística, los embarazos finalizarán antes de tiempo, prematuramente, y de ellos, el 30% lo harán de manera idiopática, es decir, sin una causa aparente ni tras una decisión terapéutica.

El parto se define por la presencia de contracciones uterinas persistentes asociadas a dilatación y/o acortamiento cervical. Existen varias definiciones de trabajo de parto pretérmino pero la más utilizada es la que se refiere a la presencia de contracciones, entre las 22 y 36 semanas de gestación, con un ritmo cada 20 minutos o de 8 en cada hora, asociada al menos a uno de los siguientes elementos: modificación progresiva del cuello uterino o dilatación cervical mayor o igual a 2 centímetros.²⁶⁰

De las mujeres que acuden a un servicio de urgencia con una gestación pretermino refiriendo contracciones, alrededor de un 60% continuara su gestación sin necesidad de tratamiento útero inhibidor, un 15% continúan con la gestación tras recibir tratamiento útero inhibidor y 25% dan a luz en 48 horas con o sin tratamiento útero inhibidor.²⁶¹

La valoración de la actividad uterina debe ser lo más objetiva posible. La palpación abdominal o el monitoreo fetal externa son los métodos disponibles. Ambos nos informan de la frecuencia y duración de las contracciones uterinas.

²⁶⁰ Cabero Roura, L. Diagnóstico y tratamiento de la amenaza de parto pretérmino. Cap 70 Obra citada Obstetricia y Medicina Materno Fetal. Pag 565

²⁶¹ Ibidem. pag 565

Se considera que existe una actividad uterina que puede conducir al nacimiento pretérmino cuando existen cuatro contracciones uterinas de más de 30 segundos de duración, palpables y percibidas como dolorosas por la mujer en 20 minutos o alternativamente 8 en 60 minutos.²⁶²

Trabajo de parto prematuro

Los síntomas del trabajo de parto de pretérmino son inespecíficos y pueden ser diferentes de los de parto de término. Es además deseable que el médico establezca el diagnóstico antes de la aparición de los síntomas del trabajo de parto, dada la necesidad de intervención precoz. Por esta razón, la incidencia de parto pretérmino resulta superior a los verdaderos partos pretérminos. Los síntomas que presentan las embarazadas tratadas por sospecha de parto pretérmino son: presión pélvica, aumento del flujo vaginal, dolor lumbar, hipogastralgia parecido a dismenorrea (dolor menstrual).

En las gestantes sintomáticas, los mejores signos clínicos de parto pretérmino en las primeras semanas del comienzo son: dilatación cervical mayor o igual a 3 centímetros, o acortamiento superior al 80% (el cuello uterino se va perdiendo la longitud del cuello que normalmente 3 cm aproximadamente, y ahora es menor a 1 cm), sangrado vaginal, rotura prematura de membrana, etc.²⁶³

Viabilidad fetal

Internacionalmente se define como edad gestacional en el límite de la viabilidad a los embarazos entre las 23-26 semanas de amenorrea o calculada por ecografía.

Ante la amenaza de un parto en el límite de la viabilidad es crucial que el obstetra realice la mejor evaluación posible de la edad gestacional, para desplegar acciones específicas recomendadas en estos casos.

Cuando a pesar de llegar correctamente al diagnóstico y haber realizado el tratamiento correcto, muchas veces el parto se desencadena, y esto trae muchas veces complicaciones al recién nacido prematuro (más severas cuanto más prematuro), esas complicaciones pueden ser momentáneas y resolverse en los días consecutivos o dejar secuelas desde leves a graves e incluso llevarlo a la muerte por infecciones, prematuros extremo (hemorragias cerebrales, enteritis necrotizante, distrés respiratorio, hipoplasia pulmonar, parálisis cerebral, ceguera, sordera, etc.)²⁶⁴

Feticidio

Una explicación aparte es necesaria y es lo que se realiza en otros países (China, India algunos países de Europa y Canadá) y que cuando se realizó debate en el Congreso de la Nación Argentina fue censurado un video explicativo sobre Feticidio.

²⁶² Op. cit. Obstetricia y Medicina Materno- Fetal cap 70 pag 565.

²⁶³ Ibidem. Cap 70 pag 565.

²⁶⁴ Recomendaciones para la prevención diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto prematuro, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas. Dirección Nacional de Maternidad e infancia 2015. Pag. 21.

Esta práctica se refiere a producirle la muerte al feto de más de 22 – 23 semanas de gestación, intrauterina (corresponde al límite de la viabilidad fetal).

Esta práctica no se realiza en la República Argentina, pero ciertos movimientos lo promueven, y se manifiestan en contra de la realización de la operación cesárea (preservar la vida del bebe en embarazos mayores) y se manifiestan con pintadas “CESÁREA NO ES ILE”

Feticidio mediante la administración de medicamentos o sustancias químicas en el líquido amniótico, cordocentesis (punción del cordón umbilical) o cardiocentesis (punción en el corazón del bebe intrauterino).

El resultado es la muerte del feto intraútero.

Capítulo 6

Complicaciones del aborto

Por
María Estanislada de Urraza

- Introducción
- Definición de aborto
- Tipos de aborto
- Complicaciones del aborto farmacológico
- Aborto por AMEU
- Aborto por RUE
- Complicaciones del aborto quirúrgico
- Las “bondades” del aborto “seguro”
- El problema de la Interrupción “Legal” del Embarazo (ILE)
- La ILE y el estigma de la pobreza

Introducción

La dramática situación del aborto espontáneo es un evento frecuente en la vida reproductiva de las mujeres. Aproximadamente, el 10 al 15% de los embarazos reconocidos clínicamente terminan en aborto espontáneo,²⁶⁵ y si se consideran también los embarazos preclínicos, la incidencia es aún mayor, de hasta 31%.²⁶⁶

Distribución de las ILE por edad gestacional y tipo de establecimiento donde se realizó la primer consulta, CABA, 2018 (Fuente: Elaboración propia con base a los informes enviados por los establecimientos CSSSeITS, 2019).

| | =<12 semanas | 12,1-20 semanas | >20 semanas | Total |
|-----------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|--------------|
| Hospital | 295 | 327 | 56 | 678 |
| CeSAC | 3.815 | 304 | 14 | 4.133 |
| Total | 4.110 | 631 | 70 | 4.811 |

Las complicaciones del aborto son objeto obligado de estudio para todo especialista en tocoginecología, debido a que forma parte de la consulta habitual en las guardias de los hospitales. En los últimos años, preocupa el creciente número de complicaciones del aborto, debido al inusitado avance de políticas de salud tendientes a promover arbitrariamente el aborto voluntario (en nuestro país, disfrazado de Interrupción Legal del Embarazo). Porque claramente, a mayor número de abortos, mayores serán sus complicaciones. Si bien la mortalidad por aborto marca una curva descendente en los últimos años, junto con la mortalidad materna, sólo en la Ciudad de Buenos Aires la cantidad de interrupciones no punibles creció exponencialmente desde 2014 hasta la actualidad. En 2014 fueron 91 casos; en 2015, 128; en 2016, 563; en 2017, 1893 y en 2018, 4858.²⁶⁷ En el 2019 se contabilizaron 8388, tan sólo en CABA. Es decir, de 2014 a esta parte, la práctica creció un 9217%. Es por esto que el aborto espontáneo dejó de representar la mayoría de las internaciones por aborto, adquiriendo preponderancia el creciente número de internaciones para ILE y por complicaciones de los abortos realizados con misoprostol, distribuido por diferentes organizaciones feministas o por el mismo Ministerio de Salud, compartiendo la premisa de que el que lo indica generalmente no es un ginecólogo. Es decir, se distribuye misoprostol por personas que no pueden resolver sus complicaciones. Los cuadros que esgrime el informe de la ciudad de Buenos Aires sobre salud reproductiva muestran claramente el aumento en el número de ILEs los últimos años, como si fuera un logro en el sistema de salud, cuando en realidad representa el fracaso en políticas orientadas a la planificación familiar y la protección del embarazo vulnerable, y el aumento de las complicaciones del aborto.

Definición de aborto

Se define como aborto a la finalización del embarazo antes de que el niño alcance una edad gestacional de viabilidad.

²⁶⁵ Regan L, Braude PR, Trembath PL. Influence of past reproductive performance on risk of spontaneous abortion. *Br Med J*: 1989; 299:541

²⁶⁶ Wilcox AJ, Weinsberg CR, O'Connor JF. Incidence of early loss of pregnancy. *N Eng J Med*: 1988; 319: 189.

²⁶⁷ Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2016-2018

La OMS lo define como la expulsión o extracción uterina del embrión/niño cuando no alcanza los 500 grs de peso, o las 22 semanas de gestación.

Desde un punto de vista tanto pronóstico como terapéutico debe diferenciarse entre aborto precoz, previo a la semana 12, y tardío, posterior a esa etapa. A medida que el embarazo avanza, los riesgos de la finalización del mismo aumentan para la madre. La posibilidad de complicaciones y dificultad en acciones terapéuticas es más frecuente en los abortos tardíos²⁶⁸.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el punto de corte impreciso que diferencia un aborto de un parto inmaduro está fundado, por un lado, en las características del niño, y por el otro, en los mecanismos que se ponen en marcha para la expulsión del mismo. Así es como durante un aborto las contracciones uterinas tienden a expulsar el niño y anexos (placenta, cordón, membranas) en un solo tiempo de variada duración, en cambio en un embarazo más avanzado lo que se produce es un parto, es decir, las contracciones dilatan el cuello uterino, una parte del niño (la cabeza o las nalgas) desencadenan el mecanismo del parto y se expulsa primero el niño y, un tiempo después, la placenta. Ocasionalmente un aborto se puede presentar en modo parto, es decir, en dos tiempos. Inicialmente se expulsa el embrión/niño o parte de él, y posteriormente los “restos ovulares”, espontáneamente o mediante evacuación instrumental.

En este capítulo vamos a ver paso por paso las técnicas para producir los abortos, para poder entender sus complicaciones.

Tipos de aborto

El aborto se provoca de dos maneras: **médica** o **quirúrgica**, dependiendo de la edad gestacional. A medida que avanza el embarazo, los riesgos aumentan y la evacuación instrumental se hace imprescindible para evitar que los restos ovulares se retengan en el interior de la cavidad uterina produciendo complicaciones hemorrágicas e infecciosas.²⁶⁹

Complicaciones del aborto farmacológico

En nuestro país, la medicación que se utiliza es el *misoprostol*. Es una prostaglandina cuyo efecto es la contracción del músculo liso uterino y el reblandecimiento del cuello del útero para la expulsión del niño. Junto con la mifepristona (que no se utiliza en Argentina), **es un fármaco cuyo efecto deseado es el SANGRADO**, de moderado a intenso. Provoca contracciones del músculo liso del útero, estimula la maduración cervical y aumenta el tono uterino. Las complicaciones de su administración sólo pueden resolverse por ginecólogos, los únicos entrenados en evacuación uterina. Es importante señalar este detalle, desde el punto de vista de la responsabilidad profesional. Sabemos que en la actualidad el misoprostol se difunde y reparte por profesionales no ginecólogos o, lo que es peor, por no profesionales de la salud. Para que quede claro: *el único fármaco cuyo efecto deseado es el sangrado*, se administra por personas no capacitadas para resolver las complicaciones de dichos sangrados.

Las complicaciones del uso de misoprostol aumentan a medida que avanza la edad gestacional, e incluyen desde hemorragias profusas con necesidad de transfusión de sangre y

²⁶⁸ Cabero Roura L. Tratado de Ginecología y Obstetricia. 2da Edición 2012. Cap 155. Pag 1237.

²⁶⁹ Ob cit L. Cabero Roura. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Tratado de Ginecología y Obstetricia. 2da Edición. 2012 cap 155 pag 1241

evacuación inmediata, hasta rotura uterina con necesidad de cirugía abdominal mayor y en algunos casos, histerectomía (extirpar el útero para detener la hemorragia). Los dolores intensos y el sangrado son los síntomas más comunes. Las dosis varían de acuerdo a la edad gestacional. A mayor edad gestacional, se administra menor dosis, dada la creciente sensibilidad uterina a la acción de los uterotónicos a medida que avanza el embarazo, así como también en casos de cesáreas anteriores, debido al creciente riesgo de rotura uterina.

La Coagulación intravascular Diseminada (CID): es un cuadro muy severo que se debe a la pérdida de los factores de coagulación, que se consumen cuando el organismo intenta detener el sangrado, sin éxito. Esto lleva a una hemorragia muy difícil de detener. Esta coagulopatía por consumo puede complicar el cuadro clínico, incluso en casos de aborto en curso no complicado, pero existen circunstancias en que ese riesgo es mayor:

- Aborto diferido
- Aborto séptico y shock séptico
- Instilación intrauterina de soluciones hipertónicas. También se ha descrito aumento de riesgo con la instilación de prostaglandinas²⁷⁰ (misoprostol).

La FDA (Food and Drug Administration) alertó sobre casos de muerte por shock séptico secundario al uso de misoprostol, debido a la infección por *Clostridium Sordellii*^{271,272,273}, un microorganismo anaeróbico muy agresivo. Es importante tener en cuenta este dato, dado que en nuestro país todos los abortos sépticos se interpretan como abortos “inseguros”. No existe actualmente registro desde Ministerio de Salud sobre la cantidad de ILEs en el país, ni sobre sus complicaciones.

Junto con el uso de misoprostol para producir el reblandecimiento del cuello,²⁷⁴ puede requerirse la aspiración endouterina o el raspado uterino evacuador.

²⁷⁰ Op. cit Cabero Roura L. Tratado de Ginecología y obstetricia 2da Edición 2012. Tomo 2. cap 155 pag 1243

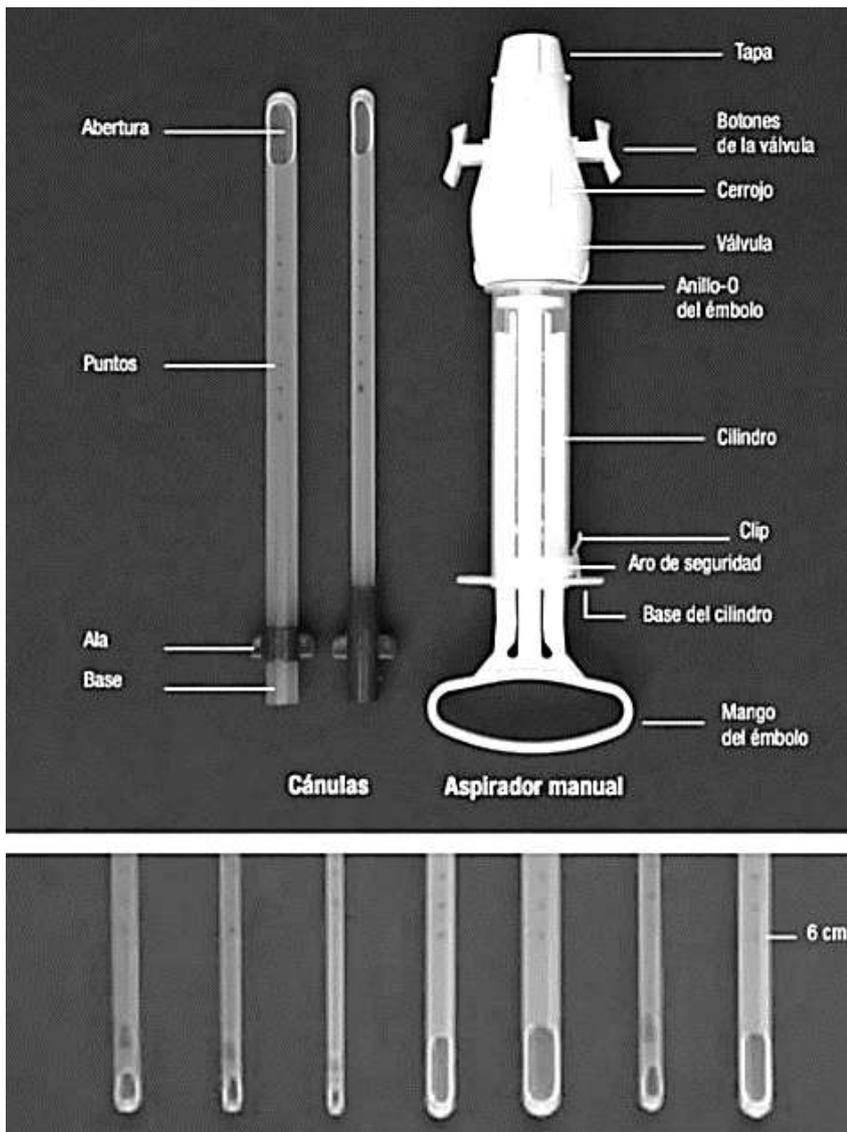
²⁷¹ New England Journal of Medicine 2005; 353:2352-2360

²⁷² Aviso de salud pública: sepsis y aborto médico. 4 de noviembre de 2005. Food & Drug Administration. <https://wayback.archive-it.org/7993/20170723113713/https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm051734.htm>

²⁷³ Mifepristone U.S. Postmarketing Adverse Events Summary through 04/30/2011. FDA

²⁷⁴ Recomendaciones actualizadas de FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) para el uso del misoprostol solo en Ginecología y Obstetricia. Jessica L. Morris, Beverly Winikoff, Rasha Dabash, Andrew Weeks, Anibal Faundes, Kristina Gemzell-Danielsson, Nathalie Kapp, Laura Castleman, Caron Kim, Pak Chung Ho, Gerard H.A. Visser

Aborto por AMEU



La técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) se realiza con una cánula de distintos calibres de acuerdo con el tamaño del útero y la dilatación del cuello, la cual se introduce en la cavidad y por presión al vacío aspira el contenido del útero, es decir, del niño por nacer. Es una técnica relativamente sencilla para el ginecólogo, utilizada en embarazos menos avanzados. El procedimiento podría generar más dificultades en los embarazos de más de **nueve semanas** de gestación.²⁷⁵ Las complicaciones de su uso son: evacuación incompleta, desgarro cervical, perforación uterina, hemorragia e infección.²⁷⁶

El “beneficio” del AMEU es que se puede realizar sin anestesia general. Es decir: se toma el cuello con una pinza, se lo tracciona, y se inyecta anestesia con una aguja en cuatro puntos del cuello

uterino. Una vez que se realiza la anestesia local, se coloca la cánula y se evacúa el útero realizando movimientos hacia adelante y atrás con el mango hasta que no se aspire más material. Las señales que indican que se ha completado el procedimiento de AMEU son: en la cánula se observa espuma roja o rosada y en ella no se ven más restos; se percibe una sensación áspera cuando la cánula se desliza sobre la superficie del útero evacuado porque este se contrae alrededor de la cánula y dificulta su movilización.²⁷⁷ Hay que considerar la colocación de una vía periférica (es decir, un suero) siempre que se realice el bloqueo para cervical, es decir, la anestesia local, dado el riesgo de efectos colaterales y de reacciones vagales.²⁷⁸ Una reacción vagal se desencadena debido al estrés o dolor intenso de la paciente y ocasiona la bajada repentina de la presión arterial y el desmayo. Una verdadera tortura.

²⁷⁵ Aborto provocado en el primer trimestre por legrado por aspiración. 23 noviembre 2015. OMS

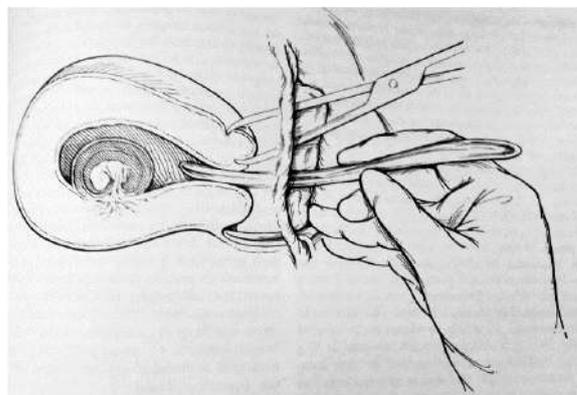
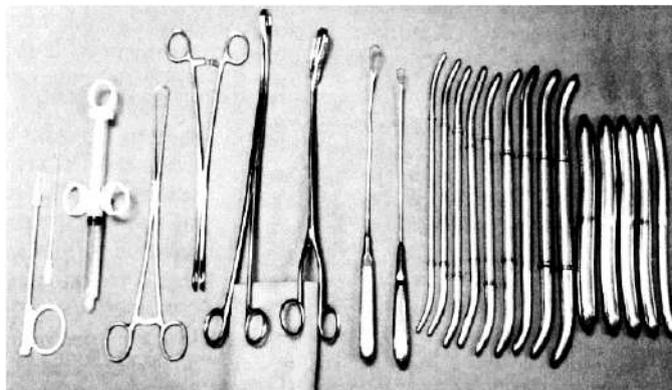
²⁷⁶ Meirik, O. , Huong , N. T. , Piaggio , G. , Bergel , E. y von Hertzen , H. *Complications of first-trimester abortion by vacuum aspiration after cervical preparation with and without misoprostol: a multicentre randomised trial* . The Lancet 2012, 379 (9828), 1817 - 1824.

²⁷⁷ Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto. Ministerio de Salud de la Nación. Abril 2015.

²⁷⁸ Operative Obstetrics, 2nd edition. Gilstrap-Cunningham-VanDorsten 2002.

Las revisiones sistemáticas reportan una tasa de 1.2% de complicaciones, la cual es menor a la tasa del legrado uterino.^{279 280 281}

Aborto por RUE



En otros casos para lograr la evacuación completa, se realiza el Raspado Uterino Evacuador (RUE). Es la técnica más común en la práctica. Se realiza bajo anestesia general, con curetas fenestradas que raspan las paredes internas del útero para despegar los restos del niño descuartizado de las mismas. Es un procedimiento que se realiza a ciegas y que requiere entrenamiento. Se coloca un espéculo, se toma con una pinza un labio del cuello el cual se tracciona para rectificar el útero, si es necesario, se dilata el cuello con bujías de tamaños progresivamente mayores, y finalmente se introducen las curetas fenestradas cuyos bordes filosos raspan las cuatro paredes (anterior, posterior y laterales). Se le llama “grito uterino” al sonido del raspado que, junto con la salida de material sanguinolento espumoso, indica que la cavidad ya está vacía tras lo cual se da por finalizado el procedimiento.

Complicaciones del aborto quirúrgico

Las complicaciones tanto del AMEU como del RUE son:

– Perforación del **útero**: Al ser un procedimiento a ciegas y que depende de la destreza del ginecólogo, es posible la perforación de la pared del útero con la cureta, comunicando la cavidad del mismo con la cavidad abdominal. Cuando dicha perforación es pequeña, puede no requerir exploración, y tomarse una conducta expectante con estricto control de signos vitales. Una perforación uterina puede determinar un sangrado intraabdominal difícil de detectar clínicamente hasta que comienzan a verse signos de descompensación hemodinámica. En tal caso, se debe realizar una cirugía abdominal de urgencia, a fin de identificar el sitio de sangrado y solucionarlo quirúrgicamente. Aunque es excepcional, se pueden perforar otros órganos con el instrumental (intestinos u otros órganos). La perforación intestinal es una urgencia que requiere exploración quirúrgica y resolución rápida para evitar el sangrado, además de que produce peritonitis aguda por salida de materia fecal desde la luz intestinal, un cuadro infeccioso grave. Los legrados realizados por residentes aumentan el riesgo de perforación más de 5 veces. También a medida que avanza la edad gestacional se incrementa el riesgo de

²⁷⁹ Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. L. Castleman y N. Kapp (editoras). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

²⁸⁰ Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 9. Art. No.: CD001993. DOI: 10.1002/14651858.CD001993.pub2

²⁸¹ Op. Ci.t Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto. Ministerio de Salud de la Nación. Abril 2015.

complicaciones. Las mujeres multíparas corren un riesgo tres veces mayor que las mujeres nulíparas²⁸² dada la mayor debilidad de las paredes uterinas.

– Cicatrización del revestimiento **uterino** (Síndrome de Asherman, que puede llevar a esterilidad posteriormente). Cuando el raspado se realiza de forma enérgica, puede traspasar el endometrio, es decir el revestimiento de la cavidad uterina destinado a proliferar y descamarse en cada ciclo menstrual, o servir de nido para la implantación del cigoto, en caso de que haya habido fecundación. Sin este revestimiento no es posible la anidación.

– Desgarro o rotura del cuello **uterino**: La lesión cervical abarca un amplio espectro de traumatismos. Lo más habitual es que se desgarre cuando lo pinzamos para sostenerlo, con una pinza llamada Erina. En otro extremo se encuentran las fístulas cervicovaginales o la laceración que asciende hasta los vasos uterinos. Las tasas de lesión cervical oscilan entre el 0,01 y el 1,6% de los abortos realizados con aspiración.

– Hematometra: Es una afección muy dolorosa, y consiste en la acumulación de sangre dentro del útero, que se retiene sin evacuarse espontáneamente, la mujer puede hallarse débil y sudorosa, y su útero está grande y doloroso a la palpación. Ante un caso como éste, debe evacuarse inmediatamente mediante aspiración con cánula o jeringa.

– Retención de tejido: Cuando la evacuación no es completa, los restos fetales y sus anexos quedan dentro de la cavidad, y pueden producir sangrado o infección. Las manifestaciones suelen presentarse varios días después del aborto, con dolores cólicos, hemorragia o fiebre. En estos casos debe volver a evacuarse el útero de manera urgente.²⁸³

Las **complicaciones tardías más comunes** incluyen sangrado e infección significativa (0,1 a 2%)

Estas complicaciones usualmente ocurren porque los fragmentos placentarios quedan retenidos. Si se produce un sangrado intenso o se sospecha una infección, debe realizarse una ecografía pelviana; los fragmentos placentarios retenidos pueden verse en una ecografía. Una leve inflamación es esperable, pero si la infección es moderada o grave, puede haber una peritonitis o una **sepsis**. La sepsis es un cuadro complejo y grave de infección generalizada que produce falla multiorgánica, por lo que representa una verdadera urgencia infectológica con un grave riesgo para la vida.

Puede producirse esterilidad por sinequias en la cavidad endometrial o por una fibrosis tubaria debida a infección.

La dilatación forzada del cuello en los embarazos más avanzados puede producir una **incompetencia cervical**.²⁸⁴ La incompetencia cervical es una afección que determina la pérdida de embarazos, sobre todo en el segundo trimestre. Es difícil de predecir, y habitualmente su diagnóstico se realiza retrospectivamente, en mujeres que presentaron abortos a repetición, o partos inmaduros.

Las “bondades” del aborto “seguro”

Planned Parenthood es la institución internacional que más abortos realiza en el mundo. Es de público conocimiento cómo promociona el aborto. Desde la plataforma virtual de IPPF

²⁸² The Linde's Operative Gynecology, 9th edition 2003

²⁸³ Op. cit. The Linde's Operative Gynecology, 9th edition 2003 pág 546

²⁸⁴ Op. cit. New England Journal of Medicine 2005;353:2352-2360

les mienten a las mujeres ofreciendo el aborto como una solución casi sin riesgos, minimizando las complicaciones y omitiendo la verdad (lo publicado por IPPF se transcribe en *cursiva*):²⁸⁵

“¿Cuáles son los posibles riesgos de realizarse un aborto?”

Los abortos realizados en una clínica son muy comunes y, de hecho, el aborto es uno de los procedimientos médicos más seguros que existe. Desde el punto de vista de riesgo, los abortos son similares a otros procedimientos ginecológicos que se realizan en consultorios médicos a diario.”

No. Los abortos no son similares a otros procedimientos ginecológicos que se realizan en consultorio. De hecho, los abortos de más de 9 semanas, que son una gran cantidad, debido a que en general el diagnóstico de embarazo se realiza alrededor de la semana 7, suelen requerir raspado o aspiración manual, procedimientos ambos que se realizan en el quirófano. En general la técnica de anestesia local para aspiración de restos no se realiza en consultorio.

*“Sin embargo, como en todo procedimiento médico, **existen riesgos**. Las posibilidades de tener problemas aumentan cuanto más avanzado esté el embarazo en el momento de realizarte un aborto y según recibas sedación o anestesia general.*

Las complicaciones graves son muy raras, pero se pueden presentar.

Entre estas se incluyen las siguientes:

- El aborto no funciona y el embarazo no se interrumpe.*
- Quedan restos de tejido del embarazo en tu útero.*
- Coágulos de sangre en tu útero.*
- Sangrado muy abundante.*
- Infección.*
- Lesiones en tu cuello uterino, útero o en otros órganos.*
- Reacción alérgica a los medicamentos.*

*Estos problemas son muy poco frecuentes y suelen ser **fáciles de tratar**. Si tu aborto no termina el embarazo o no se elimina todo el tejido, es posible que sea necesario que te sometas a otro procedimiento, pero eso no es común.”*

Los raspados uterinos son procedimientos sencillos para el ginecólogo experimentado. No lo realiza ningún médico de otra especialidad. Sin dudas no es tan sencillo tratar lesiones de cuello o de útero, y definitivamente es complejo tratar lesiones de otros órganos que implican necesariamente cirugía abdominal.

“En casos excepcionales, algunas complicaciones pueden ser muy graves o, incluso, potencialmente mortales. Llama al médico de inmediato si experimentas algo de lo siguiente:

- Tienes sangrado vaginal abundante que empapa más de 2 toallas higiénicas grandes en una hora durante 2 horas seguidas o más.*
- Dolor o malestar intenso en tu abdomen que no se puede controlar con medicamentos*
- Fiebre de 100.4° F (38° C) o más.*

Si tienes flujo vaginal con mal olor o síntomas que indican que el embarazo no se interrumpió, llama para pedir una cita médica. Si tienes preguntas o inquietudes, puedes llamar a los números que te dan cuando te realizas el aborto que están disponibles las 24 horas, todos los días.”

²⁸⁵ <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/aborto/abortos-realizados-en-una-clinica/cuan-seguro-es-un-aborto-realizado-en-una-clinica>

Estas pautas de alarma son en referencia a hemorragias de moderadas a severas, a rotura o perforación de útero y a infecciones. Todas complicaciones “contra reloj”, potencialmente mortales si no se detectan oportunamente.

“¿El aborto tiene efectos secundarios a largo plazo?”

Los procedimientos para abortar realizados en una clínica son comunes y efectivos, y millones de personas se realizan abortos de forma segura.

A menos que haya alguna complicación grave y poco frecuente que no se trate, el aborto no genera riesgos para futuros embarazos ni para tu salud en general.

Ésta última afirmación creo que no necesita aclaración. Si no hay una complicación grave, el aborto es seguro.

“Realizarte un aborto no aumenta el riesgo de padecer cáncer de seno ni afecta tu fertilidad. No causa problemas en futuros embarazos, como defectos congénitos, nacimientos prematuros o bajo peso al nacer, embarazos ectópicos, abortos espontáneos o muerte infantil.”

Un aborto con retención de restos que requiera evacuación ya sea por aspiración o raspado puede afectar la fertilidad futura si iatrogénicamente se produce síndrome de Asherman o lesión cervical.

“La probabilidad de tener problemas emocionales graves y a largo plazo después de un aborto es baja e igual a la posterior a un parto. Las personas que terminaron un embarazo por problemas de salud, las que no tienen apoyo en su decisión de abortar o las que tienen antecedentes de problemas de salud mental son más propensas a ese tipo de problemas. La mayoría de las personas sienten alivio después de un aborto.”

Sólo desde la intimidad del consultorio los médicos sabemos del dolor por esa pérdida, por ese drama desencadenado por una situación de soledad y desamparo. Nunca, en ningún caso, la decisión del aborto se toma con tranquilidad. Siempre es en crisis. Asegurar que el aborto es sólo un alivio es desconocer la naturaleza misma de la mujer.

Es llamativo cómo intentan minimizar las complicaciones del “aborto seguro”. Claro está que es una práctica mortal para el niño en gestación, pero además implica un riesgo para su madre.

El Ministerio de Salud de la Nación publicó dos protocolos para la atención del aborto. Una, para la atención de cualquier situación de aborto, la otra para la atención del aborto “seguro”. Veamos las diferencias:

En la “Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto”, nos explican claramente todas las complicaciones, asociándolas al aborto inseguro.

| | |
|--|-----------|
| Manejo de las complicaciones relacionadas con el aborto | 50 |
| 1. Diagnóstico de las complicaciones debidas a un aborto | 51 |
| 1.1. Evaluación y conducta inicial | 51 |
| 1.1.1. Primeras medidas a realizar | 51 |
| 1.2. Estudios complementarios | 52 |
| 2. Entidades clínicas | 53 |
| 2.1. Shock | 53 |
| 2.1.1. Manifestaciones clínicas del shock | 53 |
| 2.1.2. Conducta terapéutica | 53 |
| 2.2. Hemorragia vaginal severa | 54 |
| 2.3. Complicaciones infecciosas | 55 |
| 2.3.1. Aborto infectado simple | 55 |
| 2.3.2. Aborto séptico | 55 |
| 2.3.3. Sepsis y shock séptico | 57 |
| 2.4. Perforación uterina y lesión intraabdominal | 58 |
| 2.4.1. Diagnóstico de perforación uterina durante el procedimiento de evacuación endouterina | 59 |

En el “Protocolo para la atención integral de mujeres con derecho a la interrupción del embarazo”, siempre aclarando las bondades del aborto seguro, las complicaciones son las siguientes:

“Manejo de las complicaciones”

Si bien son infrecuentes, durante un procedimiento de ILE o luego de concluido éste, pueden presentarse complicaciones. Por este motivo, es importante que los servicios que realicen esta práctica, en todos los niveles del sistema de salud, estén equipados y cuenten con personal entrenado para reconocer las posibles complicaciones en forma temprana, de manera de proveer una rápida atención y/o derivar a la mujer de manera oportuna. Algunas situaciones posibles son:

Aborto incompleto. *En los procedimientos de AMEU realizados por un profesional entrenado es poco frecuente que se presente un caso de aborto incompleto, que es más común cuando se utiliza el procedimiento medicamentoso. Los signos y síntomas que lo indican son el sangrado vaginal y el dolor abdominal; también puede incluir signos de infección. El tratamiento dependerá principalmente del tiempo transcurrido desde la realización de la interrupción, de la edad gestacional y de la situación clínica de la mujer.*

Interrupción fallida. *Si en el control postprocedimiento se constata que el embarazo continúa, la terminación requerirá una nueva aspiración de vacío o dilatación y evacuación.*

Hemorragia. *La hemorragia puede ser producto de la retención del producto de la concepción, el traumatismo o daño del cérvix, u, ocasionalmente, de una perforación uterina. Dependiendo de la causa, el tratamiento adecuado puede incluir un nuevo procedimiento de evacuación del útero y la administración de medicamentos que aumenten el tono uterino para detener el sangrado, el reemplazo endovenoso de fluidos y, en casos severos, de transfusiones sanguíneas, laparoscopia o laparotomía exploratoria. Dada la baja incidencia de casos de hemorragia con el procedimiento de aspiración de vacío, no se recomienda la utilización de oxitócicos de rutina, a pesar de que pueden ser necesarios en la práctica de dilatación y evacuación. El sangrado tipo menstrual prolongado es frecuente en el aborto con medicamentos, aunque por lo general no es lo suficientemente abundante como para constituir una emergencia. Sin embargo, todo servicio de salud debe tener la capacidad, en caso de que sea necesario, de estabilizar y tratar o derivar a una persona con hemorragia de la forma más rápida posible.*

Infección. *Si el procedimiento se realizó de manera apropiada, las infecciones ocurren raramente. Los síntomas habituales incluyen fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con olor fétido, dolor abdominal o pélvico, sangrado o spotting vaginal prolongado, sensibilidad uterina y/o un recuento alto de glóbulos blancos. Cuando se diagnostica una infección, administrar antibióticos y, si la probable causa de la infección es la retención del producto de la concepción, completar la evacuación uterina. Las mujeres con **infecciones severas** pueden requerir internación.*

Perforación uterina. *Cuando se sospecha la existencia de una perforación uterina durante un procedimiento instrumental, la observación y el uso de antibióticos pueden ser lo único que se requiera. Donde esté disponible, la laparoscopia es el método de elección para su investigación. Si la laparoscopia y/o el cuadro de la paciente generan alguna sospecha de daño al intestino, vasos sanguíneos u otra estructura, se puede requerir una laparotomía para reparar los tejidos dañados.*

Complicaciones relacionadas con la anestesia. *La anestesia local es más segura que la anestesia general, tanto para la aspiración de vacío en el primer trimestre como para la dilatación*

y evacuación en el segundo trimestre. En caso de utilizar anestesia general, debe realizarla un médico anesthesiólogo en un quirófano equipado con todo lo necesario realizar una reanimación y para resolver las complicaciones anestésicas que se puedan presentar.”

Ambas guías son de fácil acceso y sería demasiado extenso explayarme en ambas. Lo que cabe destacar es que, en ambas, las complicaciones son las mismas. Para las complicaciones del aborto “seguro” se agregan las de la anestesia.

Cuando se buscan registros sobre complicaciones de los abortos en nuestro país, es muy difícil dar con datos fehacientes, no habiendo estudios estadísticos concretos que describan la realidad. Sólo tenemos como certeros, los decesos. Y los datos no son tan desalentadores: la curva de mortalidad materna desciende año tras año, junto con la mortalidad por aborto, sin legislación para la “Interrupción Voluntaria de Embarazo”. Es decir, sin ley, las muertes disminuyen. Ese dato es claro y muestra que no es la ley para interrumpir el embarazo lo que se necesita para disminuir las muertes, si no las mejoras en la calidad de vida y de salud de las mujeres. Pero ¿qué pasa con las complicaciones de los abortos provocados en nuestro país? Bueno, siempre obtenemos la misma respuesta: hay subregistros porque el aborto es clandestino. Bien, pero resulta que, desde el 2012, pero con impresionante ahínco desde el 2018, se están haciendo ILE en todo el territorio argentino y, como vimos, CABA muestra con orgullo el número creciente de abortos “legales” en su ámbito sanitario. ¿Cómo es posible entonces que desde Ministerio de Salud no se realicen registros de sus abortos, con sus complicaciones? ¿A caso no es importante la salud de la mujer? Si tanto les interesa la salud de las mujeres, en un país donde aún no hay entrenamiento suficiente en técnicas de aspiración al vacío, si son muchas veces los residentes los que realizan los raspados, ¿no interesa conocer las complicaciones de los abortos en el hospital, para realizar curvas de aprendizaje y ofrecer un servicio cada vez menos riesgoso? Aparentemente no. Interesa el aborto por el aborto mismo.

Este capítulo no pretende ser una lista amarillista de complicaciones severas ni de magnificación de la realidad. Pero en rigor de la ciencia y la estadística, las complicaciones de los abortos “seguros” existen. Las complicaciones de los abortos provocados en el ámbito de la salud pública existen. Con el agravante de que en un 100% de los casos, es IATROGÉNICA. Es decir, las complicaciones del aborto en el ámbito de la salud pública son responsabilidad pura y exclusiva de los trabajadores de la salud que están involucrados en la práctica. Tal vez ésta puede ser una respuesta sobre por qué no se registran las complicaciones.

El problema de la Interrupción “Legal” del Embarazo (ILE):

Si bien en nuestro país el aborto es un delito y no existe legislación que lo encuadre más que en el código penal, actualmente se realizan abortos voluntarios enmarcados en este protocolo inconstitucional, que justifica la terminación arbitraria del embarazo bajo causales con un amplio rango de posibilidades y sin límite de edad gestacional. Así es como se empiezan a ver en los hospitales cada vez más abortos en el segundo trimestre, e incluso se terminan embarazos de bebés viables, es decir, con posibilidad de sobrevivir fuera del vientre materno con asistencia neonatológica. Las técnicas para realizarlos y los resultados de las mismas se complejizan a medida que avanza el embarazo.

Los abortos en el segundo trimestre constituyen del 10% al 15% de todos los abortos provocados en todo el mundo, pero son causantes de las dos terceras partes de las

complicaciones graves relacionadas con el aborto.²⁸⁶ Para embarazos con una edad gestacional mayor a 12 semanas (84 días) el método recomendado para el aborto médico es 400 µg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual, repetido cada tres horas con un máximo de cinco dosis. En el caso de embarazos superiores a las 24 semanas de gestación, es necesario reducir la dosis de misoprostol debido a la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas, pero la falta de estudios clínicos impide realizar recomendaciones de posología específicas.²⁸⁷

Según la guía de la OMS de recomendaciones para el aborto seguro, **“cuando se utilizan métodos médicos de aborto después de las 20 semanas de gestación, debe considerarse la inducción de la muerte del niño antes del procedimiento. Los métodos médicos modernos, como la combinación de regímenes de mifepristona y misoprostol o misoprostol solo, no producen directamente la muerte del niño; la incidencia de sobrevida transitoria del niño después de la expulsión está relacionada con el aumento de la edad gestacional y la disminución del intervalo del aborto.**

Entre los regímenes utilizados frecuentemente previo al procedimiento para inducir la muerte del feto se incluyen:

- Inyección de cloruro de potasio (KCl)
- Inyección intraamniótica o intrafetal de digoxina.”

Estas técnicas escalofriantes no se realizan en nuestro país. Claramente lo que intentan evitar es una trágica posibilidad: que el recién nacido lllore. Son técnicas “civilizadas”, “avanzadas”, que seguramente se irán adquiriendo en la medida que avance la maquinaria abortista en Argentina. Actualmente en nuestros hospitales, cuando se finalizan embarazos tan avanzados, se inducen trabajos de parto con analgesia (la cual no logra calmar los dolores del parto) y se producen partos, desconociendo el estado del feto al momento de su expulsión. Como explicaba más arriba, cuando el embarazo es avanzado, los mecanismos de expulsión del feto cambian. Un polo fetal (en general cabeza o nalgas) se presenta, se insinúa sobre la excavación pelviana, se dilata el cuello del útero, se expulsa el feto y un tiempo después, la placenta. Cuando el embarazo está cercano al término, normalmente la placenta se expulsa completa. Pero en embarazos de pretérmino la placenta puede estar más adherida, por lo tanto, después de la expulsión fetal se puede requerir realizar un raspado instrumental, ya que la aspiración con cánulas no logra evacuar tejidos sólidos de mayor tamaño, como los restos placentarios. Tal es el caso de las ILE tardías. Sólo en 2018 en CABA se realizaron 70 ILEs de embarazos mayores a 20 semanas.

Muchas veces el estrés y la hipoxia producidos por el trabajo de parto en fetos tan inmaduros, desencadena su muerte antes del momento del nacimiento. Pero es posible también que sobrevivan. Esa dramática situación se soluciona de manera improvisada, de acuerdo a la “creatividad” del momento de quien lo reciba. Generalmente se deposita rápidamente en una bolsa de residuos. En esas condiciones, el frío, la falta de oxígeno, y la misma inmadurez harán su trabajo. Sin dudas en la gran mayoría de los casos, las mujeres desconocen ese desenlace cruel. Se deshumaniza al niño por nacer a tal punto que, sin importar su edad gestacional, siempre es “tan sólo una bolsa de células”. La realidad es que esa bolsa de células siente dolor, siente el estrés de un trabajo de parto forzado, siente frío y más allá de las

²⁸⁶ Métodos médicos de interrupción del embarazo en el segundo trimestre
Revisión sistemática Cochrane - Intervención Versión publicada: 19 enero 2011
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005216.pub2>

²⁸⁷ Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd edition. Geneva: World Health Organization, 2012

24 semanas todo ese dolor es consciente. Es decir, las vías nerviosas provenientes de la médula espinal, pasando por el tálamo (sitio de relevo de todas las vías sensoriales excepto el olfato), conectan a una corteza cerebral suficientemente desarrollada. De hecho, los fetos de entre 20 y 30 semanas sienten más dolor, porque no tienen los mecanismos de inhibición del dolor maduros. Si realmente se informara con delicadeza y con un trato amoroso, pero con firmeza, lo que sucede con esos cuerpecitos, los corazones de madre protegerían a esos bebés de la maldad que acecha en torno al aborto, y la violencia no se perpetuaría como está sucediendo en los consultorios de ILE, que utilizan la desinformación para lograr su objetivo: el aborto en sí mismo.

La ILE y el estigma de la pobreza

El flagelo del aborto como solución a un supuesto problema de salud pública, no es más que un fracaso de Estado como garante de condiciones de vida dignas para las mujeres. Una especial mención merecen las mujeres que viven en situación de pobreza y vulnerabilidad. Actualmente las ILEs se realizan bajo la causal de salud en su aspecto social. Es decir, se realizan abortos a mujeres que no tienen los recursos necesarios para dar una vida digna a sus hijos. Desde los centros de salud se estigmatiza a la mujer pobre que se embaraza, iniciando un círculo de violencia obstétrica que culmina en el aumento de abortos. Esa opresión contra la mujer vulnerable, que no tiene acceso a la educación ni al trabajo, y tampoco a la crianza de sus propios hijos, es la que se traduce en la cantidad de abortos por estrato social. Así como en EEUU el aborto prácticamente es un indicador de clase social y raza,²⁸⁸ a medida que se promueve el aborto como un derecho, se ve cómo en realidad es casi una obligación para la mujer sin oportunidades. La responsabilidad del Estado debería enfocarse en las soluciones para la “causal salud psicosocial” y no en la esterilización sistemática de las mujeres vulnerables. El aumento creciente del número de abortos con este tipo de causales (pobreza) sólo demuestra que la mujer es maltratada desde el mismo ámbito que dice protegerla.

Porque el problema de la mujer que vive en la pobreza no es el aborto clandestino. El problema de la mujer que vive en la pobreza es la pobreza en sí misma, y la indiferencia ante esa pobreza que la acorrala a la situación del aborto. El problema no es el aborto clandestino. El problema es el aborto.

²⁸⁸ Vigilancia del aborto Estados Unidos, 2005 Sonya B. Gamble, MS Lilo T. Strauss, MA Wilda Y. Parker Douglas A. Cook, MBIS Suzanne B. Zane, DVM Saeed Hamdan, MD, PhD. *División de Salud Reproductiva Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud*. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5713a1.htm#top>. En las 38 áreas de notificación para las que se proporcionó la raza, clasificadas según las mismas categorías utilizadas en años anteriores, se sabía que aproximadamente el 53% de las mujeres que se sometieron a abortos inducidos legales eran blancas; 35%, negro; y 8% otros; para el 4%, no se conocía la raza. El índice de abortos para las mujeres negras (467 por cada 1000 nacidos vivos) fue 2.9 veces el índice para las mujeres blancas (158 por 1000), y el índice para las mujeres de la categoría heterogénea "otra" raza (319 por 1000) fue 2.0 veces el índice para las mujeres blancas. La tasa de abortos para las mujeres negras (28 por cada 1.000 mujeres) fue 3,1 veces la tasa de las mujeres blancas (nueve por cada 1.000), mientras que la tasa de abortos para las mujeres de otras razas (18 por cada 1.000 mujeres) fue 2,0 veces la tasa de las mujeres blancas

Capítulo 7

Consecuencias emocionales del aborto

Por
Sara Alvarez Sanguedolce

- Introducción
- Un asunto multidimensional
- La biología
- Las emociones después de abortar
 - El síndrome Postaborto
 - Un duelo fuera de lo común
- Dimensión social del aborto: la mujer no es la única que sufre
- El espíritu humano es capaz de encontrar esperanza para aliviar el dolor

Introducción

En la década de 1990 se comenzaron a publicar investigaciones que describían que las mujeres que abortaban sufrían consecuencias emocionales negativas relacionadas con esta práctica.²⁸⁹ En la actualidad se sabe que la mayoría de las mujeres que abortan experimentan, por lo menos, algunas emociones negativas al respecto y, más aún, que el aborto se relaciona con una mayor proporción de problemas mentales.²⁹⁰ Por ejemplo, se estima que, en comparación con las mujeres que no abortaron, las mujeres que sí lo hicieron tienen un riesgo 81% mayor de padecer algún problema mental, incluyendo uso de sustancias (por ejemplo, alcohol y marihuana), depresión, ansiedad y conductas suicidas.²⁹¹

Sabiendo que en el mundo se realizan millones de abortos al año,²⁹² es importante conocer este complejo aspecto de la realidad al menos por dos motivos. Por una parte, la buena práctica médica implica informar en forma clara y exhaustiva de las características y posibles consecuencias de cualquier procedimiento a realizar sobre una persona, para que ésta pueda ofrecer libremente su consentimiento antes de realizarla. Más aún, en cada prospecto de cualquier fármaco se describen los posibles efectos indeseables de los mismos, así sean muy poco frecuentes ¿Por qué, entonces, ignorar los efectos adversos del aborto a nivel mental? Por otra parte, poder identificar la influencia del aborto en el sufrimiento emocional permitirá brindar una ayuda más específica y, por lo tanto, más eficaz.^{293 294}

Así, cuando se conocen los factores que aumentan el riesgo de desarrollar problemas mentales al abortar, es posible identificar a quienes se beneficiarían con intervenciones tempranas de prevención o atención de esta problemática.²⁹⁵ Asimismo, es importante que el profesional de la salud identifique la relación entre los síntomas y el aborto para poder brindar una ayuda adecuada,²⁹⁶ ya que las mujeres pueden experimentar un amplio abanico de emociones desde el momento en que descubren que están embarazadas hasta muchos años después de abortar, y el sufrimiento relacionado al aborto puede aparecer después de haber atravesado varias experiencias y reflexiones personales al respecto.²⁹⁷

²⁸⁹ Speckhard A, Rue V. Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern. *Journal of Social Issues*, 1992;48(3):95-119 <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.1992.tb00899.x>

²⁹⁰ Abortion and Mental Health Risks. Afterabortion.org <https://afterabortion.org/abortion-risks-a-list-of-major-psychological-complications-related-to-abortion/>

²⁹¹ Coleman P. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *The British Journal of Psychiatry*, 2011,199:180-186. <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abortion-and-mental-health-quantitative-synthesis-and-analysis-of-research-published-19952009/E8D556AAE1C1D2FoF8B060B28BEE6C3D/core-reader>

²⁹² Según <https://www.worldometers.info/abortions/>, se estima que anualmente se realizan entre 40 y 50 millones de abortos en el mundo.

²⁹³ Women should be offered post-abortion psychological care. *The Lancet*, 2008;372(9639). [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61251-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61251-9/fulltext)

²⁹⁴ Agud C. Consecuencias psicológicas tras un aborto. canalSalud, MAPFRE. Abril 2019. <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/reportajes-mujer/consecuencias-psicologicas-aborto/>

²⁹⁵ Reardon D. The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE Open Med*, 2018;6:1-38 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6207970/pdf/10.1177_2050312118807624.pdf

²⁹⁶ Es importante que los profesionales de la salud mental sean abiertos y sensibles a esta problemática, especialmente teniendo en cuenta que una encuesta reveló que el 58% de mujeres que buscaron ayuda profesional después de abortar no encontró alivio en la terapia, e incluso muchas dijeron que sus terapeutas se rehusaron a considerar al aborto como un aspecto significativo. (Op. cit. Reardon, D., 2018)

²⁹⁷ Coleman P, Boswell K, Etzkorn K, Turnwald R. Women Who Suffered Emotionally from Abortion: A Qualitative Synthesis of Their Experiences. *Journal of American Physicians and Surgeons*, 2017,22(4):113-118. <https://www.redmadre.es/conocenos/documentacion/aborto/item/women-who-suffered-emotionally-from-abortion-a-qualitative-synthesis-of-their-experiences>

Un asunto multidimensional

Podemos considerar a las personas como seres fascinantemente complejos, en los que en cada individualidad se interrelacionan íntimamente y en forma indivisible las dimensiones biológica, psicológica-emocional, social-cultural y espiritual, siendo esta última el área de interioridad de la persona donde residen aspectos esencialmente humanos como la conciencia, la responsabilidad y el sentido de la vida.²⁹⁸ Cualquier experiencia humana repercute en la totalidad de la persona, y el aborto no es excepción.

La biología

Las mujeres tienen una predisposición innata hacia las relaciones humanas, y una de las más poderosas que puede experimentar es la que tiene con su bebé.²⁹⁹ Más aún, ante una situación de estrés, en contraste con la respuesta de “lucha o huida” (*fight or flight*), generalmente vista en los varones, las mujeres tienen una reacción instintiva de protección a su descendencia y búsqueda de apoyo y cuidado mutuo con sus pares, de “protección y contención” (*tend and befriend*). Estas reacciones que modulan y alivian la tensión generada en situaciones de estrés estarían sustentadas biológicamente por mecanismos neuroendócrinos en los que participan hormonas como oxitocina, estrógeno y opioides endógenos.³⁰⁰ Una mujer que aborta en general atraviesa un estrés considerable, y puede verse inclinada por estos mecanismos inconscientes a aliviar el estrés con conductas de protección y cuidado. Sin embargo, el aborto elimina a su hijo, una de las figuras claves involucradas en la forma natural de aliviar la tensión. Más arduo le resultará regular el estrés si, además, al buscar apoyo con sus pares se topa con una relación conflictiva con su pareja o con su entorno.³⁰¹

Asimismo, el cerebro de la mujer funciona de tal manera que experimenta las emociones más intensamente que los varones, está más predispuesta a las relaciones humanas y su memoria está impregnada de detalles y emociones.³⁰² La experiencia que rodea a un aborto involucra la vivencia de emociones muy fuertes que son difíciles de olvidar y es frecuente que tiempo después algunos detalles desencadenen fuertes, y muchas veces inesperadas, emociones que hacen revivir el aborto. Estos disparadores pueden ser tan diversos como el sonido de una aspiradora, similar al aborto por aspiración, y la música que se escuchaba en el sitio donde abortó.³⁰³

Por su parte, los intensos cambios hormonales del embarazo influyen sobre el funcionamiento cerebral y las emociones, y la pérdida de un embarazo interrumpe el ciclo hormonal, afectando las emociones al menos parcialmente.³⁰⁴ Por ejemplo, desde el inicio del embarazo, se produce oxitocina, hormona que ayuda a formar lazos duraderos con su hijo,

²⁹⁸ Fizzoti E. Viktor Frankl y las nuevas dimensiones del inconsciente. *Humanitas* 82,2016. <http://www.humanitas.cl/antropologia-y-cultura/viktor-frankl-y-las-nuevas-dimensiones-del-inconsciente>

²⁹⁹ Vitz P, Birge Vitz E. Woman abortion and the brain. *Public Discourse*. The Journal of the Witherspoon Institute. September 2010. <https://www.thepublicdiscourse.com/2010/09/1657/>

³⁰⁰ Taylor S, Cousino Klein L et al. Biobehavioral Responses to Stress in Females: Tend-and-Befriend, Not Fight-or-Flight. *Psychological Review*, 2000;107(3):411-429 <https://scholar.harvard.edu/marianabockarova/files/tend-and-befriend.pdf>

³⁰¹ Op. cit. Vitz P, Birge Vitz E, 2010.

³⁰² Goldman B. Two minds. The cognitive differences between men and women. *Sex, Gender and Medicine*. Spring 2017. <https://stanmed.stanford.edu/2017spring/how-mens-and-womens-brains-are-different.html#>

³⁰³ Op. cit. Vitz P, Birge Vitz E, 2010.

³⁰⁴ MacGill M. How to cope with depression after abortion. *Medical News Today*. August 2018. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/313098>

incluso si lo pierde al poco tiempo de quedar embarazada. Además, esta hormona influye sobre la formación de recuerdos perdurables, y el hecho de que los niveles de oxitocina permanezcan elevados durante varias semanas después de abortar, podría estar relacionado con la persistencia de recuerdos vívidos en torno al mismo. Por otro lado, cuando un embarazo termina, las hormonas preparan al cuerpo de la mujer para la lactancia, y la producción de leche que puede aparecer después del aborto puede ser un fuerte recordatorio de la pérdida del hijo; incluso si tiempo después la mujer vuelve a quedar embarazada, esta experiencia puede impactar emocionalmente al amamantar a su hijo.³⁰⁵

Resulta sumamente interesante que, ante la diversidad de datos existentes en torno a las consecuencias emocionales del aborto, un grupo de investigadores planteó que esta práctica altera significativamente el curso normal y complejo de los cambios que ocurren en un embarazo, considerando especialmente al eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, crucial en el control de varias hormonas y que también estaría implicado en la depresión. Para arrojar luz sobre esta área, desarrollaron en 2019 un modelo animal para analizar lo más objetivamente posible cómo los cambios fisiológicos y bioquímicos que ocurren al interrumpir el curso normal del embarazo repercuten a nivel psicológico y de la conducta. Para ello dividieron una población de ratas en cuatro grupos: en uno, las ratas no fueron preñadas y se les administró un placebo; a las de otro grupo se les administró fármacos abortivos (mifepristona y misoprostol), aunque no fueron preñadas; en un tercero las ratas fueron preñadas y se les administró un placebo, por lo que llevaron la preñez a término, y en el cuarto, se indujo el aborto farmacológico con mifepristona y misoprostol a una edad gestacional equivalente al primer trimestre del embarazo humano. Observaron que sólo las ratas a las que se les practicó un aborto químico manifestaron cambios negativos significativos a nivel biológico, fisiológico y de la conducta, incluso en comparación con aquellas que tuvieron abortos espontáneos. Los parámetros observados permitieron inferir fuertemente que, luego del aborto, las ratas del cuarto grupo experimentaron un estrés de intensidad moderada a grave, con malestar general y conductas de tipo ansiosas³⁰⁶ que, notablemente, coinciden con algunos de los síntomas principales que experimentan muchas mujeres después de abortar. Este sería el primer trabajo publicado que evidencia que el aborto inducido se acompaña sin lugar a duda de cambios biológicos y emocionales negativos. Cabe reflexionar que la supervivencia de la especie depende en gran medida del cuidado materno, y que éste parece estar asociado a fuertes recompensas personales a nivel emocional. No sería descabellado, entonces, que luego de abortar aparezca un dolor profundo e inexplicable que sobrepasa los argumentos lógicos y racionales.³⁰⁷

Las emociones después de abortar

Así como cada embarazo no sólo se gesta en el vientre, sino también en la mente de la mujer con características tan únicas como las subjetividades individuales, el aborto también afecta a cada mujer en forma diferente a nivel emocional según su forma de ser y las

³⁰⁵ Pregnancy Resource Centers of Central Oregon. What happens after an abortion. Feb 2018. <https://www.prcco.org/biological-impacts-abortion/>

³⁰⁶ Camilleri C, Beiter R, Puentes L et al. Biological, Behavioral and Physiological Consequences of Drug-Induced Pregnancy Termination at First-Trimester Human Equivalent in an Animal Model. *Front. Neurosci*, 2019;13:544 <https://europepmc.org/article/pmc/6549702>

³⁰⁷ Op.cit. Vitz P, Birge Vitz E., 2010,

circunstancias que la llevan a abortar.^{308 309} Para algunas mujeres, el aborto es traumático desde el inicio, mientras que en otros casos el dolor puede aparecer mucho después de experimentar una amplia variedad de emociones, pensamientos, sensaciones físicas y experiencias que las llevan a vivenciar como algo negativo el aborto que se practicaron tiempo atrás.^{310 311} Algunas de las vivencias psicológicas experimentadas por las mujeres que abortan son: alivio inicial y calma temporarios (cuando el aborto no fue forzado), enojo, duda, ambivalencia, culpa, tristeza, pensamientos suicidas, agresividad, irritabilidad, nerviosismo, pérdida de autoestima y confianza en sí misma, soledad, vergüenza, arrepentimiento, entre otras. También es frecuente el abuso de alcohol o drogas, los trastornos de la alimentación y del sueño.^{312 313 314 315}

Puede ocurrir que las reacciones intensas posteriores a un aborto aparezcan en forma sorpresiva sin relación con la opinión racional que sostienen acerca de la “interrupción voluntaria del embarazo”, ya que muchas mujeres que sufren emocionalmente están a favor del aborto y consideran que fue la decisión correcta.^{316 317} Es lo que manifiestan en algunos de los numerosos testimonios que recoge el sitio web de acompañamiento a mujeres que sufren por el aborto (<http://www.afterabortion.com/>) donde miles de mujeres comparten en forma confidencial el intenso sufrimiento por haber abortado y reciben apoyo mutuo en un entorno neutral donde no se emiten juicios personales. Allí queda de manifiesto que el sufrimiento por haber abortado empeora cuando la mujer tiene dificultades para exteriorizar este dolor por temor a las diversas reacciones políticas, religiosas o sociales en torno a esta problemática. Por ejemplo, puede sentir que no tiene “permiso” para sentirse mal por “haber hecho lo mejor que podía hacer”, o porque no puede admitir que el aborto mató a su propio hijo, por lo que no hay “permiso” para hacer el duelo y se reprimen -pero no se alivian- las emociones. Más aún, la falta de empatía y apoyo de sus seres queridos, o atravesar circunstancias que la llevan a ocultar el aborto, hace que deban sobrellevar un sufrimiento inesperado en soledad.³¹⁸

Es lamentable que cuestiones ideológicas o políticas interfieran en el reconocimiento y tratamiento de las secuelas psicológicas del aborto, ya que ante la dura realidad de una mujer que sufre por haber abortado, los intentos por negar o minimizar su dolor sólo lo aumentan. Más aún, se corre el riesgo de etiquetar y estigmatizar a estas mujeres como si su padecimiento fuera raro, a contracorriente de la presión social³¹⁹ de algunos sectores que señalan los “beneficios” de “interrumpir el embarazo” que, por otro lado, no han sido demostrados a nivel

³⁰⁸ Op. cit. Agud C, 2019.

³⁰⁹ Fernández Díaz E. El aborto terapéutico o cualquier tipo de aborto, ¿una cuestión de decisión personal en búsqueda de un bien? *Secuelas psicológicas*. UCV-HACER Rev. Inv. Cult, 2005;4(2):148-156. <https://www.re-dalyc.org/pdf/5217/521751974017.pdf>

³¹⁰ Rodríguez R. C. El síndrome post-aborto. Fundación Red Madre. Visitado Abril 2020. <https://www.redmadre.es/el-sin-drome-post-aborto#.XifEEvhlkoM>

³¹¹ Op.cit. Speckhard A, Rue V, 1992.

³¹² Pouliquen L. The Psychological Consequences of Abortion. Dossier of the European Institute of Bioethics. Visitado Abril 2020. <https://www.ieb-eib.org/docs/pdf/2017-02/doc-1554801216-22.pdf>

³¹³ Op. cit. MacGill M. 2018

³¹⁴ Johnson T. Feelings after abortion: Post-Abortion Syndrome. What are the psychological risks of having an abortion? *Life Site News*. Visitado Abril 2020. <https://www.lifesitenews.com/resources/abortion/abortion-risks/feelings-after-abortion-post-abortion-syndrome>

³¹⁵ American Pregnancy Association. The Emotional Side Effects of Abortion. Visitado Abril 2020. <https://americanpregnancy.org/unplanned-pregnancy/abortion-emotional-effects/>

³¹⁶ Op.cit. Pregnancy Resource Centers of Central Oregon, 2018.

³¹⁷ Op.cit. Rodríguez R. C. 2020.

³¹⁸ Op.cit. Johnson T. 2020.

³¹⁹ A menudo las mujeres sienten la gran presión de actuar como si no hubiera pasado nada, ya sea por parte de su pareja, su familia y amigos, o de quien le practica el aborto; si tiene que mantener el aborto en secreto, la presión es mayor aún. (Op.cit. Johnson T. 2020)

de la salud mental.^{320 321} En efecto, es llamativo que ante la abundancia de investigaciones relacionadas con el sufrimiento postaborto haya tan pocos estudios (si es que los hay), que identifiquen al aborto como beneficioso para la salud mental.^{322 323} Por el contrario, existe un consenso general en que, al menos, el aborto contribuye a que algunas mujeres desarrollen problemas de salud mental. Si bien la mayoría no desarrollará una *enfermedad* mental después de abortar, un número importante de mujeres atribuye sus *problemas* de salud mental, al menos en parte, al hecho de haber abortado. Aun así, existe una minoría significativa que sí presenta enfermedad mental después de haber abortado.³²⁴

Los factores que aumentan el riesgo de que esto suceda pueden agruparse en dos grandes conjuntos de factores: el de los conflictos o problemas relacionados con la decisión de realizar esta práctica (presiones del entorno, conflictos internos, falta de apoyo adecuado) y el de los antecedentes personales, ya sea por características psicológicas o de su historia personal, como la existencia previa de problemas de salud mental, rasgos de personalidad y antecedentes de abortos previos.^{325 326} Por ejemplo, en general, las mujeres tienen una mayor predisposición a sufrir depresión y ansiedad que los varones,³²⁷ y estos cuadros son particularmente frecuentes en las mujeres que abortan.³²⁸

Es importante señalar que la presencia de factores de riesgo no debe considerarse como justificación para “culpar” a las mujeres por sufrir después de abortar, sino que reconocerlos ayuda a identificar quiénes serían más vulnerables a la naturaleza propiamente traumática del aborto,³²⁹ lo cual facilitaría una intervención precoz y adecuada para mitigar su padecimiento.

Cuando una mujer aborta, se pueden identificar tres aspectos relacionados a la aparición de síntomas psicopatológicos, los que pueden ir desde un malestar psicológico leve a un trauma severo:³³⁰

- El dolor físico y el estrés emocional resultantes del embarazo y el aborto.
- La percepción de una pérdida por el aborto, sea cual fuere: sueños, relaciones, autopercepciones, la vida que podría haber sido, etc.
- Los cambios de percepciones ante la decisión de abortar y el consiguiente conflicto en la personalidad, roles, valores y relaciones.

El Síndrome Postaborto

Ante el trauma físico y emocional del aborto, algunas mujeres experimentan un malestar intenso que se ha interpretado como un intento fallido de asimilar y superar este hecho, con reestructuración de creencias y reorganización de la conducta alrededor del mismo, con síntomas que pueden aparecer tardíamente o persistir un largo tiempo.³³¹ Se puede identificar

³²⁰ Op.cit. Speckhard A, Rue V, 1992.

³²¹ Op.cit. Reardon D, 2018.

³²² Op.cit. Coleman P et al, 2017.

³²³ Op.cit. Reardon D, 2018.

³²⁴ Ibidem. 2018.

³²⁵ Op.cit. Coleman P et al, 2017.

³²⁶ Op.cit. Reardon D, 2018.

³²⁷ Op. cit. Goldman B. 2017.

³²⁸ Op.cit. Vitz P. Birge Vitz E, 2010.

³²⁹ Op.cit. Speckhard A, Rue V 1992. Op.cit.

³³⁰ Ibidem.

³³¹ Ibidem.

algunos aspectos esenciales en la conformación de lo que se denomina **Síndrome Postaborto (SPA)**:³³²

1. **Exposición o participación en un aborto intencional, percibido como traumático y que sobrepasa una experiencia humana habitual.** Esta percepción puede cambiar a lo largo del tiempo, por lo que una mujer que consideró al aborto como la mejor decisión al momento de hacerlo, puede verse sorprendida mucho después al experimentar mayor conflicto y sufrimiento interno al respecto.

2. **Vivenciar nuevamente el aborto en forma negativa y descontrolada,** ya sea en forma repentina o ante ciertos estímulos que recuerdan algún aspecto del aborto: una evaluación ginecológica, el sonido de una aspiradora, ver mujeres embarazadas o con niños pequeños, entre otras. Entre estas vivencias se destacan:

3. **Flashbacks,** que son estados disociativos en los que, sin estar viviendo nuevamente la situación traumática, se experimentan sensaciones como si se la estuviera viviendo realmente de nuevo.

4. **Pesadillas,** cuyo contenido puede estar relacionado con detalles de la muerte del hijo abortado (sangre, partes humanas desmembradas, etc.), temores de ser castigada, o búsqueda de algo valioso que no se logra encontrar. Si el aborto fue químico y se completa en la casa, muchas veces en soledad y con fuertes dolores físicos, la probabilidad de tener más síntomas postraumáticos aumenta cuando la mujer puede ver los restos de su bebé abortado.³³³

5. **Reacciones de aniversario,** que hacen referencia a una exacerbación de síntomas en fechas significativas como el día del aborto, el día en que su hijo hubiera cumplido años, o incluso el día de la madre.³³⁴ Puede manifestarse como la aparición incomprensible de malestar físico o psicológico en la cercanía de esas fechas, la aparición de pensamientos y culpa asociadas, intensificación de algún cuadro psiquiátrico previo, o inicio de consumo de drogas o alcohol.³³⁵

6. **Intentos fallidos de evitar o negar recuerdos del aborto y el dolor emocional** relacionados, resultando en una menor capacidad de respuesta a las personas y al entorno, con embotamiento emocional. A veces la mente, en un intento por amortiguar el sufrimiento, inconscientemente restringe su capacidad de sentir, o reprime en forma defensiva todo lo que le recuerde la situación traumática, llegando a negar hasta el mismo hecho de haber abortado.

7. **Experimentación de síntomas asociados que no existían antes del aborto.** Los síntomas que aparecen con mayor frecuencia después de abortar son:³³⁶

a. **Síntomas ansiosos:** nerviosismo, irritabilidad, enojo, hostilidad, preocupación, desesperación, etc. Puede aparecer maltrato o sobreprotección a otros niños, incluso a los hijos propios.³³⁷

b. **Síntomas depresivos:** tristeza, llanto, desgano, agotamiento físico y mental, pérdida de interés en cosas que anteriormente le interesaban y de la capacidad de disfrutar, alteraciones en el sueño y la alimentación, etc.

c. **Sentimiento de culpa,** e incluso culpa por sobrevivir; puede buscar castigarse a sí misma con relaciones abusivas o aislándose de sus afectos.³³⁸

³³² Speckhard A, Rue V, 1992. Op.cit.

³³³ Johnson T, 2020. Op.cit.

³³⁴ Vitz P, Birge Vitz E, 2010. Op.cit.

³³⁵ Fernández Díaz E, 2005. Op.cit.

³³⁶ Gómez Lavin C, Zapata García R. Categorización diagnóstica del síndrome postaborto. Actas Esp. Psiquiatr, 2004;32(2):00-00 <http://aborto.cc/wp-content/uploads/2009/08/CategorizaciondiagnosticadelSPA.pdf>

³³⁷ Op. cit. Fernández Díaz E, 2005.

³³⁸ Ibidem.

- d. Vivencias de duelo, sentimiento de luto, pesar, preocupación por la muerte.
- e. Pensamientos intrusivos, es decir, que aparecen inesperadamente, sin desearlo, a menudo relacionados con las características que hubiera tenido el niño que no nació y cómo hubiera sido su vida si hubiese nacido.³³⁹
- f. Cambios negativos en las relaciones afectivas a nivel familiar, laboral, de amistad, etc.

Otros autores han propuesto los siguientes criterios diagnósticos del SPA:³⁴⁰

A. El paciente presenta uno o varios síntomas de los apartados 1 y 2, y uno o varios síntomas de, al menos, uno de los otros apartados: 3, 4 o 5.

1. Síntomas depresivos (depresión, tristeza, pena, pesar, llanto frecuente) y ansiosos (ansiedad, angustia, rabia) relacionados con el aborto realizado.

2. Sentimientos de culpa (de vergüenza, de pérdida de autoestima y de autorechazo) e incapacidad para perdonarse por el aborto realizado (a veces con pensamientos de suicidio^{341,342,343}); deseos de “expiación” (de borrar la culpa, de purificarse de ella) y necesidad de reparar (de desagraviar, de satisfacer al ofendido), de remediar el daño o perjuicio cometido (a veces mediante un embarazo expiatorio “de reparación”).

3. Pesadillas recurrentes sobre niños perdidos, despedazados, mutilados o muertos; pensamientos recurrentes e intrusivos o flashbacks sobre el aborto o la criatura abortada; ilusiones y pseudoalucinaciones auditivas (oír el llanto de un niño), fantasías reiteradas de cómo hubieran sido las cosas si no se hubiera abortado.

4. Evitación y/o rechazo de estímulos o situaciones que recuerden el aborto, sus circunstancias o consecuencias (noticias de embarazos o abortos; reconocimientos médicos o ambientes clínicos; la visión de recién nacidos o de niños pequeños, de ropas o silletas de niño, de chupetes, etc.); empeoramiento típico de los síntomas en las fechas en que tuvo lugar el aborto o en que el niño debería haber nacido (reacciones de aniversario).

5. Alteraciones conductuales relacionadas con emociones provocadas por el aborto: trastornos sexuales (inhibición o rechazo sexual, frigidez, promiscuidad); anorexia u otros trastornos alimentarios; abuso de drogas o alcohol; aislamiento social y falta de interés y atención para las tareas y obligaciones habituales; enfados repentinos y arrebatos de cólera; aceptación de relaciones interpersonales abusivas; gestos o intentos de dañarse a sí misma.

B. Los síntomas han tenido su inicio después de la realización del aborto y aunque pueden existir otros acontecimientos vitales concomitantes (sensibilizantes, desencadenantes, agravantes, etc.), se presume que ninguno de ellos forma parte del origen del trastorno.

Debido a que los síntomas mencionados aparecen después del aborto, una experiencia traumática muy compleja, se podría incluir en cierto modo al SPA dentro de los cuadros de

³³⁹ Op.cit. Rodríguez R.C. 2020.

³⁴⁰ Op.cit. Gómez Lavín 2004.

³⁴¹ Se ha observado que la mayoría de los suicidios en la población general femenina ocurren en las mujeres que se han practicado un aborto. (Pouliquen L, 2020, Op.cit.)

³⁴² Una investigación en Finlandia observó que existe más del doble de riesgo de suicidio en mujeres que tuvieron un aborto inducido, especialmente las menores de 25 años. Gissler M, Karalis E, Ulander V-M. Suicide rate after induced abortion decreased in Finland after Current Care Guidelines: Mika Gissler. European Journal of Public Health, 2014,24(suppl_2),cku163045 https://academic.oup.com/eurpub/article/24/suppl_2/cku163-045/2839342

³⁴³ Una investigación refiere que el 60% de las mujeres con secuelas post-aborto ha tenido ideas suicidas, y un 25% lo ha intentado, de las cuales más de la mitad intentó quitarse la vida más de una vez. (Op.cit. Fernández Díaz E, 2005)

sufrimiento mental debidos a una situación traumática.³⁴⁴ ³⁴⁵ La quinta edición del manual diagnóstico y estadístico que clasifica los padecimientos mentales (DSM-V) dedica un capítulo a estos trastornos. Allí describe que la exposición a un evento estresante o traumático puede acompañarse de síntomas ansiosos, agresivos, depresivos o disociativos,³⁴⁶ es decir, aquellos en los que hay una cierta desconexión involuntaria que ayuda -en forma poco saludable-, a que la conciencia alivie el dolor de los recuerdos traumáticos.³⁴⁷ Se especifican los criterios diagnósticos para el **Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)**:

A. Exposición a una muerte real o en amenaza, lesión grave o violencia sexual en una o más de las siguientes formas:

- a. Experimentar directamente el (los) evento(s) traumático(s).
- b. Ser testigo del (los) evento(s) ocurridos a otras personas.
- c. Enterarse del (los) evento(s) traumáticos, violentos o accidentales, ocurridos a personas muy cercanas.
- d. Estar expuesto en forma repetida o intensa a detalles aversivos del (los) evento(s) traumáticos.
- e. Presencia de uno o más de los siguientes síntomas intrusivos asociados al (los) evento(s) traumáticos, de inicio posterior a dicho(s) eventos:
- f. Recuerdos angustiantes recurrentes, involuntarios e intrusivos del (los) hecho(s) traumático(s).
- g. Pesadillas recurrentes de contenido y/o emociones relacionadas con el (los) hecho(s) traumático(s).
- h. Reacciones disociativas (por ej. *flashbacks*) en las que la persona siente o actúa como si el (los) evento(s) traumáticos(s) estuvieran ocurriendo nuevamente.
- i. Malestar psicológico intenso o prolongado ante señales internas o externas que simbolizan o recuerdan algún aspecto del (los) hecho(s) traumático(s).
- j. Reacciones psicológicas fuertes a las señales del punto 4.

B. Evitación persistente de estímulos asociados con el (los) hecho(s) traumático(s) a partir del mismo, evidenciado por uno o ambos de lo siguiente:

- a. Evitación o esfuerzos por evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos estresantes sobre el (los) hecho(s) traumático(s).
- b. Evitación o esfuerzos por evitar todo lo que le recuerde el punto anterior (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones).

C. Alteraciones negativas en cogniciones y estados de ánimo asociados al (los) evento(s) traumático(s) empezando o empeorando a partir del (los) mismo(s), evidenciado por dos o más de los siguientes síntomas:

- a. Incapacidad de recordar aspectos importantes del (los) hecho(s) traumático(s), típicamente por amnesia disociativa y no por otros factores como lesión cerebral, alcohol o drogas.

³⁴⁴ Op.cit. Speckhard A, Rue V, 1992.

³⁴⁵ Babel S. Post Abortion Stress Syndrome (PASS) - Does It Exist? Octubre 2010. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/somatic-psychology/201010/post-abortion-stress-syndrome-pass-does-it-exist>

³⁴⁶ American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013

³⁴⁷ Trastornos disociativos. Mayo Clinic. Nov 2017 <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/dissociative-disorders/symptoms-causes/syc-20355215>

- b. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas acerca de sí mismo, de otros o del mundo (por ej., “soy malo”, “no se puede confiar en nadie”, “el mundo es totalmente peligroso”, “mis nervios están arruinados para siempre”).
- c. Cogniciones distorsionadas y persistentes en relación con la causa o consecuencias del (los) hecho(s) traumáticos que lleva a la persona a culparse a sí misma o a otros.
- d. Estado emocional negativo persistente (por ej., temor, horror, enojo, culpa o vergüenza)
- e. Disminución marcada del interés o la participación en actividades significativas.
- f. Sentimientos de desapego o de extrañeza hacia otros.
- g. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas como felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos.

D. Alteraciones importantes en el estado de alerta o la reactividad asociada al (los) hecho(s) traumáticos, empezando o empeorando luego del mismo, evidenciado por dos o más de lo siguiente:

- a. Comportamiento irritable y explosiones de enojo (con poca o nada provocación), generalmente expresada en agresión verbal o física hacia personas u objetos.
- b. Conducta temeraria o autodestructiva.
- c. Hipervigilancia.
- d. Respuesta de sobresalto exagerada.
- e. Dificultades para concentrarse.
- f. Alteraciones del sueño, como dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño no reparador.

E. Duración de las alteraciones de los puntos B, C, D y E superior a un mes.

F. El trastorno provoca malestar clínicamente significativo o alteraciones en el funcionamiento social, laboral y de otras áreas.

G. El trastorno no es atribuible a los efectos psicológicos de sustancias (fármacos, alcohol, etc.) o condiciones médicas.

Analizando ambos cuadros, es posible considerar al SPA como un tipo específico de trastorno por estrés postraumático, ya que comparten muchas características. Sin embargo, además del contenido íntimamente relacionado al aborto que lo distingue, al SPA se le suma un conflicto psicológico difícil de abordar, que es el ser responsable del hecho traumático del que ahora es víctima.^{348 349 350}

Cabe señalar que el SPA puede ocurrir también cuando el aborto se practicó en víctimas de abuso sexual o violación. En efecto, el aborto es un evento traumático que no sólo es incapaz de eliminar el trauma de la violencia sexual, sino que además agrega un trauma de características similares que intensifica el sentimiento de culpa, vergüenza y soledad. El aborto elimina el embarazo, que es el recordatorio de la violencia sexual, por lo que brinda la falsa sensación de que el trauma se resolvió, cuando en realidad, la mujer necesita un acompañamiento empático para resolver su herida. Una encuesta realizada a casi 200 mujeres que quedaron embarazadas luego de haber sufrido violencia sexual reveló que muchas de ellas

³⁴⁸ Gómez Lavin, 2004 Op.cit.

³⁴⁹ Pouliquen L, 2020, Op.cit.

³⁵⁰ Gómez Lavin C. Consecuencias psicopatológicas del aborto. Síndrome post-aborto. One of Us. Febrero 2018. <https://oneofus.eu/es/2018/03/consecuencias-psicopatologicas-del-aborto-sindrome-post-aborto/>

abortaron solamente porque fueron presionadas para hacerlo y en la mayoría de estos casos se intensificó su sensación de trauma y de duelo, presentando a menudo problemas como depresión, abuso de sustancias, relaciones conflictivas e intentos de suicidio después del aborto. En cambio, de las mujeres que decidieron dar a luz, ninguna se arrepintió de no haber abortado y muchas dijeron que sus hijos les brindaron paz y sanación a sus vidas. ³⁵¹

Un duelo fuera de lo común

Si se considera a la vivencia emocional posterior al aborto como un duelo, se trata de un duelo muy difícil y complicado. En general, para que un duelo pueda elaborarse, es necesario ver e incluso tocar y abrazar el cuerpo de la persona fallecida, y se reconoce su plena humanidad, identificando con un nombre y una personalidad propia a quien murió. Además, como parte del proceso de duelo, los familiares y allegados participan de ritos y tradiciones que ayudan a elaborar la pérdida del difunto y, luego del entierro, saben dónde descansan los restos mortales del fallecido. En un duelo normal, se acepta el pesar y el luto de los deudos, y son acompañados y alentados a expresar sus sentimientos. Nada de esto ocurre después de un aborto.³⁵²

Conocer todas estas particularidades es fundamental para el terapeuta a la hora de comprender la vivencia de la paciente e implementar una psicoterapia útil.

Dimensión social del aborto: la mujer no es la única que sufre

A diferencia de lo que normalmente se dice, que el aborto es un asunto exclusivo de las mujeres,³⁵³ las consecuencias psicológicas negativas del aborto repercuten también sobre los hombres, los familiares e incluso sobre los proveedores de aborto y los profesionales que deben atender sus secuelas.³⁵⁴

En primer lugar, el aborto dificulta la posibilidad de procesar la pérdida a nivel padre-madre del hijo abortado, ya que con frecuencia la relación se ve afectada por la aparición de enojo, culpa propia y señalamiento del otro como culpable, alteración del deseo mutuo -la sexualidad y la fecundidad ahora fueron entrelazadas con la muerte-, pudiendo llegar a la ruptura de la unión, la cual está precedida por la destrucción del símbolo por excelencia de la unión de los padres: el hijo.³⁵⁵

El hombre en su función paterna se ve dañada por el aborto, ya que puede atravesar una serie de situaciones muy diversas en relación con el aborto del hijo que engendró; desde estar ausente en la toma de la decisión (por decisión propia o contra su voluntad), pasando por intentar salvarlo, hasta ser el que exige el aborto. Así, el hombre también puede experimentar un amplio abanico de emociones por el aborto, experimentando un cierto alivio, indiferencia (a veces sólo en apariencia), pérdida de autoestima, ambivalencia, alejamiento o aislamiento, ansiedad, impotencia, culpa, duelo, etc.³⁵⁶ ³⁵⁷ La experiencia postaborto del hombre se ve

³⁵¹ Reardon D, Makimaa J, Sobie A. Rape and Incest Victims Reject Abortion: Survey of 192 Victims. June 2000 <https://after-abortion.org/rape-and-incest-victims-reject-abortion-survey-of-192-victims/>

³⁵² Ney P. Good Grief and Grief Following Abortion. Agosto 2004 <http://www.messengers2.com/good-grief-and-grief-following-abortion-by-philip-g-ney-md/>

³⁵³ Coyle C. Men and Abortion: A Review of Empirical Reports Concerning the Impact of Abortion on Men. The Internet Journal of Mental Health, 2006;3(2): <https://print.ispub.com/api/o/ispub-article/3683>

³⁵⁴ Op. cit. Speckhard A, Rue V, 1992.

³⁵⁵ Pouliquen L, 2020, Op.cit.

³⁵⁶ Coyle C, 2006. Op.cit.

³⁵⁷ Pouliquen L, 2020, Op.cit.

complicada, además, por la frecuente dificultad que los varones tienen para pedir ayuda, por el hecho de que existe una tendencia social que entiende que el hombre debe reprimir sus sentimientos y por la confusión e inseguridad acerca de sus roles y responsabilidades en este tema.³⁵⁸

La amplia variedad de síntomas del estrés del varón en relación con el aborto se ha agrupado en cinco grandes grupos.³⁵⁹

1) **Enojo:** arranques de enojo, comportamiento violento, enojo contra sí mismo y/o a la mujer (su pareja o en general)

2) **Impotencia:** confusión del rol masculino en sociedad, sentimientos de inadaptación o funcionamiento masculino

3) **Ansiedad:** problemas para dormir, pesadillas, dificultades para concentrarse, preocupación excesiva, sobreprotección hacia los hijos

4) **Problemas de pareja:** aislamiento, dificultad para comunicarse (especialmente el tema del aborto), miedo a la relación, desconfianza hacia las mujeres, promiscuidad, problemas sexuales, búsqueda de un nuevo embarazo, gran preocupación por la mujer y su bienestar

5) **Culpa:** tristeza frecuente, autocondena, vergüenza, desesperanza, pensamientos constantes del aborto o del bebé, tristeza en fechas especiales, evitar el contacto con otros niños, usos y abuso de alcohol o drogas, pensamientos suicidas, conductas temerarias

Por otra parte, los hermanos del niño abortado pueden intuir la muerte de su hermano, aunque nadie les haya contado. Estos niños pueden presentar ansiedad, angustia existencial (“¿por qué yo tengo el derecho a vivir si mi hermano no sobrevivió?”), hiperactividad, problemas para atender o concentrarse y para dormir.³⁶⁰

Llamativamente, es frecuente encontrar una reacción inesperada y paradójica cuando, ante situaciones sobre las que no se tiene ningún control, una persona sobrevive mientras que sus seres cercanos mueren. Por ejemplo, varios sobrevivientes a tortura, desastres, accidentes, enfermedades e incluso campos de concentración, manifiestan sentir culpa, dificultad para responder a las exigencias de la vida, llegando al extremo de tener ideas suicidas, contra lo que cualquiera supondría que justamente por sobrevivir, estas personas deberían sentir alivio, alegría y gratitud. Notablemente, los hermanos de bebés fallecidos por abortos espontáneos, a diferencia de los sobrevivientes al aborto voluntario, sienten que sí vale la pena vivir su vida y no tienen mayores problemas en las relaciones interpersonales.³⁶¹ Estas reacciones hicieron pensar en la presencia de un **Síndrome del Sobreviviente del Aborto**, el cual incluye:³⁶²

– culpa por haber sobrevivido

– sentir que no merece estar vivo – a veces acompañado de conductas autodestructivas

– enojo, irritabilidad, problemas de conducta

– pesadillas que representan simbólicamente sus intensos conflictos interiores

– depresión y/o ansiedad intensa, con sensación de muerte inminente que puede destruir a cualquiera

– conflicto entre el “secreto a voces” de la familia y el deseo de saber qué pasó

– apego ansioso a uno de los padres buscando protección

³⁵⁸ Coyle C, 2006. Op.cit.

³⁵⁹ Fernández Díaz, 2005 Op.cit.

³⁶⁰ Op.cit. Ney P, 2004.

³⁶¹ Ney P, Sheils C, Gajowoy M. Post-Abortion Survivor Syndrome: Signs and Symptoms. JOPPPAH,2010;25(2):107-129
<https://pdfs.semanticscholar.org/6b63/5b990ca2ac3f09eefao417f15f05de70c25.pdf> // <https://birthpsychology.com/journal/article/post-abortion-survivor-syndrome-signs-and-symptoms>

³⁶² Op.cit. Ney P 2004, Ney P et al. 2010,

–pérdida de confianza en los padres y temor de que también podrían haber considerado abortarlo

–sentimientos contradictorios: evitación de los factores relacionados con el trauma que le genera estrés (el aborto provocado por sus padres), temor a ser abandonado si se vuelve “no deseado” (por lo que muchos suelen brindar grandes cuidados a sus padres) y resentimiento profundo difícil de ocultar y manejar (por la pérdida del hermano con quien podría haber compartido su vida)

–dudas de las capacidades y talentos propios, y culpa por no usarlos

–búsqueda del hermano perdido, con tendencia a buscar relaciones amorosas precoces

Se ha observado que entre los hermanos de niños abortados un número significativo presentó depresión con necesidad de internaciones psiquiátricas. Vale preguntarse si se podría prevenir el desarrollo de problemas mentales más severos en estas personas al reconocer tempranamente y abordar en forma adecuada los conflictos existenciales relacionados con esta problemática. Se debe considerar además que en estos niños influye el trato de sus padres, quienes a su vez también experimentan secuelas emocionales por el aborto, incluyendo malos tratos o sobreprotección hacia los hijos.³⁶³ En efecto, en ocasiones, el embarazo posterior al aborto cumple una suerte de reparación. A este “hijo sustituto” se lo reviste de esperanzas y heridas relacionadas al no-nacimiento de su hermano, lo que influye en su desarrollo y personalidad.³⁶⁴

En cuanto al impacto del aborto en las generaciones anteriores, si bien cada caso es único y hay veces en que los abuelos aprueban y hasta facilitan el aborto de su nieto, no es descabellado considerar que en otras ocasiones, además del dolor por la pérdida de su nieto, los abuelos de niños abortados puedan tener preocupaciones ante qué decisiones serían capaces de tomar sus hijos -quienes, ante un embarazo “no deseado” eligieron terminar con la vida de su bebé no nacido-, cuando ellos se vuelvan “no deseados” al envejecer.³⁶⁵

El espíritu humano es capaz de encontrar esperanza para aliviar el dolor

Cuando una mujer logra identificar que el aborto podría estar relacionado con su sufrimiento emocional, es imprescindible tenerlo en cuenta para poder brindar una ayuda psicológica que le brinde verdadero alivio emocional. ³⁶⁶La recuperación espontánea del SPA es difícil de encontrar³⁶⁷y el enfoque integral del abordaje terapéutico es fundamental, ya que muchas mujeres necesitan sanar también su dimensión espiritual. Más aún, la espiritualidad puede ser una fuente de alivio para sanar las heridas emocionales que deja el aborto, y existen personas que se han formado para acompañar en este proceso, como quienes forman parte del “Proyecto Viñedo de Raquel”.³⁶⁸

También en el sitio web <http://vidahumana.org/bk-vhi/temas-de-ayuda/ayuda-postaborto> existen numerosos recursos online de ayuda a las víctimas del aborto.

Y, aunque las heridas emocionales que deja el aborto son dolorosas, complejas y difíciles de tratar, la esperanza de sanar es posible.

³⁶³ Ibidem.

³⁶⁴ Op. cit. Pouliquen L, 2020.

³⁶⁵ Op. cit. Ney P, 2004.

³⁶⁶ Op. cit. Pouliquen L, 2020.

³⁶⁷ Op. cit. Speckhard A, Rue V, 1992.

³⁶⁸ Op.cit. Johnson T. 2020. Algunos recursos de ayuda que menciona (disponibles en inglés), son: Option Line, Care-Net, Heartbeat International, Rachel's Vineyard, Ramah International, SaveOne, Abortion Recovery International (ARIN), PASS forum.

Capítulo 8

Estadísticas de aborto en Argentina: la verdad detrás de la mentira

Por

Fernando P. Secin / Jorge A. Maciel

- Introducción
- ¿Cómo hacer una estimación grosera del número de abortos realizados en Argentina?
- ¿Cuántas mujeres en edad fértil (entre 15 y 44 años) mueren por abortos en Argentina?
- ¿Cuántas madres mueren por abortos en Argentina?
- Agradecimientos

Introducción

Como veremos en el capítulo 10 a cargo del Prof. José Arturo Quarracino, unas de las principales estrategias que ha aplicado el abortismo en el mundo a los efectos de persuadir a legisladores y a la opinión pública en general acerca de la necesidad de legitimar y o legalizar el aborto, es exagerar las cifras estadísticas. Esto genera la idea en el inconsciente colectivo que la frecuencia de un fenómeno social amerita su legalización.

Otra estrategia para pretender legalizarlo es lograr la difusión de esa información a través de medios hegemónicos sujetos a conflictos de interés. Una de las evidencias más claras de esto la hemos observado en Uruguay: aproximadamente 10 años antes de la legalización del aborto, ya se venían difundiendo exageradas cifras de abortos, cifras hasta 15 veces más altas. En efecto, en aquel momento “el representante del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay (SMU), Dr. Leonel Briozzo, sostuvo ante la Comisión de Salud Pública del Senado que allí, los abortos alcanzaban una cifra aproximada a 150.000 por año. En referencia a las muertes de mujeres, sostuvo que, como consecuencia de esta práctica, por cada víctima 50 fueron mutiladas, 100 tuvieron complicaciones graves y que 1.000 mujeres tuvieron complicaciones no tan graves como para haber consultado o estado internadas, pero padecieron un “alejamiento de su ámbito familiar y laboral”. En otras palabras, el número de abortos en Uruguay casi triplicaba el número de nacidos vivos -hubo 56.500 nacimientos en el año 2002.³⁶⁹ (Ver más adelante la relación entre número de abortos por cada nacido vivo).

Luego de 8 años de aborto legal en ese país, el número de abortos está en derredor a los 10.000 por año, es decir, 15 veces menos que los que se pretendían instalar en la opinión pública y política hace casi dos décadas.

Algo similar ocurrió en Argentina. En boca del exministro de salud devenido oportunamente a secretario de salud, el Dr. Adolfo Rubinstein, expuso ante el Senado de la Nación que “*La evidencia es muy robusta y sólida respecto a que la despenalización del aborto: reduce la mortalidad materna, las complicaciones graves y el número de abortos totales*”,³⁷⁰ fundado en datos falsos y no demostrados.

Por lo tanto, es objetivo del presente capítulo estimar el número de abortos que se llevan a cabo en Argentina poniéndolos en el contexto de la mortalidad de mujeres en edad fértil y mujeres embarazadas.

El ex secretario de salud también expuso en esa oportunidad que en la Argentina se realizan aproximadamente 500.000 abortos por año, citando un único estudio de pobre e irreproducible confección metodológica publicado en el año 2005. La pobreza metodológica de dicho estudio responde a diversos motivos:³⁷¹

1- El mayor sesgo que tiene esa publicación pasa por el hecho del enorme conflicto de interés que tienen sus autores. Parte de este artículo se basa en una investigación realizada durante el año 2005, financiada por el Ministerio de Salud de la Argentina a través de CONAPRIS (hoy, Salud Investiga), que fue coordinada por Silvina Ramos (Centro de Estudios

³⁶⁹ “Revelan que en Uruguay se realizan 150.000 abortos al año”. La Red 21, 5/08/2003. Disponible en: <https://www.lr21.com.uy/comunidad/124318-revelan-que-en-uruguay-se-realizan-150000-abortos-al-ano>. Consultado el 10/08/2020.

³⁷⁰ Redacción Río Negro. “Recta final para el aborto en el Senado: hoy, Rubinstein”. Río Negro, 23/07/2018. Disponible en: <https://www.rionegro.com.ar/recta-final-para-el-aborto-en-el-senado-hoy-rubinstein-DH5449104/>. Consultado el 10/08/2020.

³⁷¹ Mario S, Pantelides E. Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. Notas de Población (CEPAL).2009; 35 (87): 95-120.

de Estado y Sociedad-CEDES) y Edith A. Pantelides (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas-CONICET/Centro de Estudios de Población-CENEP), donde participaron como investigadores Mariana Romero (CONICET-CEDES), Georgina Binstock (CONICET-CENEP), Silvia Fernández (CEDES) y María Cecilia Gianni (CEDES). Obsérvese cómo múltiples participantes del estudio trabajan para el Centro de Estudios de Estados y Sociedad (CEDES), organización que recibe, a su vez, financiación de la mayor empresa abortista del mundo: International Planned Parenthood Federation.³⁷² Un estudio con semejante tendencia ideológica de sus autores prácticamente invalida cualquier cosa que puedan decir al respecto, especialmente, cuando sus resultados inclinan la información con un fin espurio.³⁷³

2- A pesar del preocupante sesgo, los autores admiten en el objetivo del trabajo la enorme dificultad en la estimación del número de abortos por la falta de registros confiables. En efecto, *“El propósito de estimar la dimensión del aborto inducido en la Argentina no es tarea fácil, dado que el aborto —salvo por un par de excepciones— es ilegal y, en consecuencia, no existe un registro que lo cuantifique y que además distinga los abortos espontáneos de los inducidos”*. Demás está decir, que llama la atención el desconocimiento de los autores entre “ilegal” y “no punible”, dado que el aborto era ilegal en nuestro país y solo realizable bajo causales de no punibilidad.³⁷⁴

3- Todo trabajo científico debe ser reproducible para ser confiable. En otras palabras, cualquiera debiera poder reproducir la descripción metodológica y llegar a los mismos resultados cuando se evalúa la misma población. Sin embargo, desde el punto de vista metodológico, los métodos de estimación de abortos utilizados por los autores son imposibles de reproducir dada su poca claridad y su falta de validación. Tan poca es la confianza que los mismos autores tienen en sus métodos de estimación, que lo intentan hacer a través de dos formas diferentes.

- I. El primer método de estimación lo hacen a partir del número de egresos hospitalarios por abortos. Es una metodología formulada por las investigadoras S. Singh y D. Wulf del Instituto abortista Guttmacher y consiste en la expansión del número de egresos hospitalarios por complicaciones de abortos inducidos.³⁷⁵ Al respecto, los autores aclaran lo siguiente: *“Los registros de egresos hospitalarios se caracterizan por estar mal clasificados y ser incompletos debido a la penalización legal y social del aborto”*. De manera que ellos mismos admiten partir de un elevado sesgo que invalidara sus propias estimaciones. ¿Si los registros de egresos hospitalarios son malos, como se pretende que los resultados de esa estimación sean buenos? Por tal motivo, los autores, realizan una encuesta de opinión a partir de la cual deducen un multiplicador sobre el que estiman el número de abortos, como ellos mismos describen: *“Para aplicar este método es necesaria una encuesta de opinión a proveedores de servicios de salud reproductiva, a*

³⁷² International Planned Parenthood Federation. Disponible en: <https://www.ippf.org/>. Consultado el 12/08/2020.

³⁷³ Redacción ACI Prensa. *“Planned Parenthood invierte más de 5 millones de dólares para promover aborto en Argentina”*. ACI Prensa, 9/06/2018. Disponible en: <https://aciprensa.com/noticias/planned-parenthood-invierte-mas-de-5-millones-de-dolares-para-promover-aborto-en-argentina-70339>. Consultado el 13/08/2020.

³⁷⁴ Ybarra, Gustavo. *“Aborto: tras un debate histórico, el Senado rechazó la legalización”*. La Nación, 10/08/2018. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/politica/aborto-tras-un-debate-historico-el-senado-rechazo-la-legalizacion-nid2160706>. Consultado el 13/08/2020.

³⁷⁵ Singh S, Wulf D. Estimated Levels of Induced Abortion in Six Latin American Countries. International Family Planning Perspectives. 1994; 20 (1): 4-13. Singh S, Prada E, Juarez F. The Abortion Incidence Complications Method: A Quantitative Technique. En: Singh S, Remez L, Tartaglione A. eds. Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review. New York: Guttmacher Institute & International Union for the Scientific Study of Population; 2010. p.71-97

profesionales y a otros informantes clave, que dé cuenta de la práctica del aborto inducido en el país.” Aquí no hay una clara descripción de lo que son “informantes clave”, lo que agrega sesgo y confusión. Luego los autores intentan aclarar “La encuesta a informantes clave se llevó a cabo mediante una muestra intencional de profesionales de la salud, funcionarios públicos que se desempeñan en áreas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, y activistas de organizaciones de la sociedad civil, particularmente, organizaciones de mujeres. Se realizaron 30 entrevistas a informantes.” Incluir participantes ideologizados como son los “activistas” también introduce un grave sesgo metodológico. De igual forma, apelar a la memoria de los entrevistados es de una imprecisión metodológica preocupante. Los datos a partir de esas encuestas están basados en la percepción o recuerdo de los entrevistados, o en valores incompletos observados retrospectivamente. Asimismo, no hay una estimación del tamaño muestral que permita establecer que 30 entrevistas representan una muestra adecuada como para llegar a conclusiones estadísticamente significativas, ni tampoco, que sean una muestra representativa del universo de tocoginecólogos del país (23 de los 30 entrevistados eran tocoginecólogos). Los autores tampoco dan a conocer la encuesta realizada ni mencionan que la misma esté validada, prerrequisito fundamental antes de realizar un trabajo científico basado en encuestas. Como si esto fuera poco, los autores “calculan un multiplicador” como para llegar a “una estimación del total de abortos inducidos”. El “multiplicador” utilizado por los autores es de una asombrosa ambigüedad e irreproducibilidad metodológica. Así es como los autores lo describen: “El multiplicador para determinar el número total de abortos inducidos se calcula como la media ponderada por estrato socioeconómico —pobres y no pobres— de todos los abortos que probablemente resultarían en hospitalizaciones, lo que depende de la proporción de mujeres que recurren a cada proveedor de abortos —médicos, obstetras, proveedores informales, autoinducción—, el método principalmente utilizado por cada uno de ellos, la probabilidad de complicaciones asociada a cada método y la probabilidad de que las mujeres sean hospitalizadas por una complicación.” Los autores no explican cómo convierten los resultados de la encuesta (datos categóricos y/u ordinales), en resultados (datos) numéricos como para dar lugar al mencionado multiplicador.³⁷⁶ El valor del multiplicador se estimó en 6,8, lo que multiplicado por los 65.735 egresos hospitalarios por abortos de todas las causas en el año 2000 resulta en 446.998 abortos inducidos. He aquí otro sesgo importante. Las estadísticas de egresos hospitalarios por abortos incluidas en los mencionados 65.735 casos incluyen múltiples causas de aborto, a saber: embarazo ectópico, mola hidatidiforme, abortos espontáneos, otros productos de la concepción, intento fallido de aborto médico, entre otras causas. Asumiendo por un instante que el multiplicador sea aproximadamente correcto, multiplicarlo por el total de egresos hospitalarios sobreestima el valor real varias veces. (ver más adelante).

- II. El segundo método se lo llama Residual. Es un complejo método de conocimiento tangencial de hábitos reproductivos a través del cálculo de índices que influyen sobre la fertilidad *potencial* de la mujer, cuyo valor se presume sería de 15,3 hijos (Rango=13 a 17), durante toda la vida fértil. El cálculo considera que la tasa global de fecundidad (valor fijo para una sociedad en determinado momento histórico), resulta de computar la fertilidad potencial modificada por cada uno de los índices de los cuatro limitantes

³⁷⁶ Koch E, Bravo M, Gatica S, Stecher J, Aracena P, Valenzuela S. et al. Sobrestimación del aborto inducido en Colombia y otros países latinoamericanos. Ginecol Obstet Mex. 2012; 80(5): 360-372. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/8839/2/cuando-datos-responden-argumentos.pdf>

mayores de la fertilidad que son: la ausencia de posibilidades de embarazarse por carecer de relaciones sexuales (índice de matrimonio), el uso de anticonceptivos (índice de anticoncepción), la infertilidad posparto (índice de infertilidad posparto) y el mismo aborto inducido. Habiendo excluido la influencia de los otros limitantes, el sentido del cómputo es identificar cuánto influye el aborto provocado en la fertilidad potencial, de manera que en tanto más alta sea su influencia, el valor de fertilidad potencial estará más por debajo de 15,3.³⁷⁷ Las variables consideradas se construyen a partir de complejos modelos matemáticos con constantes elaboradas para otros países con realidades distintas a la Argentina en base a antecedentes provenientes de estadísticas vitales, censos y encuestas. En el caso argentino, se utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2004 y 2005), de fecundidad provenientes de las estadísticas vitales y proyecciones de población. La ENNyS fue aplicada a una muestra representativa de mujeres de 10 a 49 años y de niños de 6 meses a 5 años residentes en localidades de 5.000 habitantes o más. El total de encuestas completadas fue de 6.605 mujeres no embarazadas, a quienes se les suministró el módulo completo de salud reproductiva. A pesar de que en ningún momento se explica cuál componente de la encuesta fue utilizado, el número estimado de abortos obtenido por este método para el año 2004 y en localidades de más de 5.000 habitantes osciló entre 486.000 y 522.000. El abordaje metodológico es totalmente irreproducible, lo que invalida el estudio científicamente.³⁷⁸

¿Cómo hacer una estimación grosera del número de abortos realizados en Argentina?

En países con aborto legal o que tienen una larga historia de legalización encubierta del aborto a través de causales laxas de no punibilidad (ver capítulo 9), la relación entre aborto legal y nacimiento vivo es de aproximadamente 1:4 a 1:5. Por ejemplo, En España, en el año 2012 se registraron 112.390 abortos sobre un total de 454.648 nacidos vivos, lo que arroja una proporción del 24.7%.³⁷⁹

En Nueva Zelanda, en el año 2018 se registraron 13.282 abortos sobre un total de 58.020 nacidos vivos, lo que arroja una proporción del 22.9%.³⁸⁰

Sin embargo, en países donde el aborto es más restringido, la relación entre abortos y número de nacidos vivos es bastante mayor, es decir, mucha menor proporción. Aquí cabe el ejemplo de Uruguay. En el año 2013, luego del primer año de legalización del aborto en ese país,

³⁷⁷ Johnston HB and Westoff C, Examples of model-based approaches to estimating abortion, in: Singh S, Remez L and Tartaglione A, eds., *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity*, New York: Guttmacher Institute; and Paris: International Union for the Scientific Study of Population, 2010, pp. 49–62.

³⁷⁸ de Janon Quevedo, Lenin. "Aborto y estadísticas". Ponencia en la reunión plenaria de las comisiones de Legislación General, Legislación Penal, Acción Social y Salud Pública y Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia de la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 12/04/2018. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/8807/1/aborto-estadisticas-janon-quevedo.pdf>. Consultado el 15/10/2020

³⁷⁹ Fernández, Rosa. "Número de nacimientos en España de 2006 a 2019". Statista, 12/06/2020. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/474097/numero-de-nacimientos-en-espana/>. Consultado el 15/08/2020.

³⁸⁰ Weir, James. "Abortion statistics: Year ended December 2018". SStats NZ, 17/06/2019. Disponible en: <https://www.stats.govt.nz/news/abortion-statistics-year-ended-december-2018-media-release>. Consultado el 21/08/2020.

se registraron 7.171 abortos sobre un total de 48.681 nacidos vivos, lo que arroja una proporción del 14.7%, es decir, una relación aproximada entre aborto legal y nacimiento vivo de 1:7.^{381 382}

Considerando que en Argentina hubo 685.394 nacidos vivos en 2018,³⁸³ resulta altamente improbable, por no decir imposible, que ocurran aproximadamente 500.000 abortos por año en todo el país como lo publica la prestigiosa revista científica *The Lancet*.³⁸⁴ Asimismo, resulta virtualmente imposible que la relación entre aborto y nacido vivo en Argentina sea de aproximadamente 0.8:1.

Por el contrario, siguiendo la lógica de relación aproximada entre aborto legal y nacimiento vivo de 1:7 en Uruguay, el número de abortos por año en Argentina estaría en derredor de los 90.000. Sigue siendo una cifra elevada, pero de ninguna manera son 500.000.

Otra forma de estimar el número de abortos en Argentina es a partir de las estimaciones de la OMS.³⁸⁵ Según este organismo con clara agenda abortista, se realizan entre 1 y 6 abortos ilegales cada 1.000 mujeres fértiles. Asumiendo que en Argentina hay aproximadamente 10.000.000 mujeres en edad fértil, el número de abortos estimados oscilaría entre 10.000 y 60.000 por año. De igual forma, ese organismo estima que ocurren entre 20 y 220 muertes cada 100.000 abortos (valor promedio 120 muertes). Si el número de abortos en nuestro país oscila entre 10.000 y 60.000 por año, el número de muertes debiera variar entre 12 y 72 anualmente, cifras que no están demasiado alejadas de las 19 muertes que tienen lugar por abortos provocados de acuerdo con los datos del Ministerio de Salud de la Nación. (Ver más adelante)

Otra forma grosera de estimar el número de abortos es extrapolando las cifras de abortos no punibles realizados en 2019 en CABA a todo el país. Sin dudas, que esta extrapolación sobreestimaría el número total de abortos por varios motivos:

1-Las provincias, especialmente las del norte, han demostrado ser la reserva moral del país en lo que respecta a la lucha por la defensa de la vida, de manera que es de esperar una mucha menor proporción de abortos comparado con las grandes urbes como CABA.

2-Se ha observado en CABA una laxitud en las causales de no punibilidad para la realización de abortos, lo cual queda evidenciado por su exponencial aumento en los últimos 5 años.³⁸⁶

3-La experiencia en otros países como España demuestra que leyes de aborto no punible con criterios laxos equivalen a una legalización encubierta en términos de número de abortos. (Ver capítulo 9) Este fenómeno fue descrito en CABA, mas no en las provincias.

4-Muy probablemente, algunas madres de la provincia de Buenos Aires hagan sus abortos en CABA.

³⁸¹ Ministerio de Salud Pública. “*Presentación sobre natalidad, fecundidad y mortalidad infantil en Uruguay 2018*”. Informes – Tendencias, 1/04/2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/presentacion-sobre-natalidad-fecundidad-y-mortalidad-infantil-en-uruguay>. Consultado el 15/08/2020.

³⁸² “*Uruguay – Natalidad. En 2018 cayó la natalidad en Uruguay*”. Expansión / Datosmacro.com. Disponible en: <https://datos-macro.expansion.com/demografia/natalidad/uruguay>. Consultado el 15/08/2020.

³⁸³ Ministerio de Salud Argentina. “*Estadísticas Vitales. Información Básica. Argentina – Año 2018*”. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/01/Serie5Nro62.pdf>. Consultado el 16/08/2020.

³⁸⁴ Catholic Church v women's rights in Argentina. *The Lancet*. 2018 Aug 18;392(10147):532. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31801-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31801-4/fulltext). Consultado el 15/08/2020.

³⁸⁵ World Health Organization. “*Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*”. Sexta Edición. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44529/978924150118_eng.pdf;jsessionid=9F89B28A7CE83656713B816F968023A5?sequence=1. Consultado el 16/08/2020.

³⁸⁶ Czubaj, Fabiola. “En cinco años, en la ciudad hubo casi 100 veces más interrupciones legales del embarazo”. *La Nación*, 16/06/2020. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/en-cinco-anos-ciudad-hubo-casi-100-nid2375908>. Consultado el 17/08/2020.

Dicho esto, si en el año 2019 se realizaron 8.388 abortos no punibles en CABA³⁸⁷ y la población estimada de la ciudad es de 3.075.646 habitantes,³⁸⁸ se proyectarían para todo el país con una población estimada de 44.938.712 habitantes,³⁸⁹ un total de 122.558 abortos. Nuevamente, la cifra es elevada, pero de ninguna manera son 500.000.

Esta sobrestimación del número de abortos no solo ha tenido lugar en Argentina sino además en otros países de Latinoamérica como Colombia.³⁹⁰ En efecto, el Instituto abortista Guttmacher de New York estimó hace algunos años que en Colombia se realizaban 400.400 abortos ilegales. Conociendo el alarmante impacto que estas cifras podrían tener en la opinión pública, el Dr. Elard Kock y cols. del Instituto Melisa de Chile decidió revisar en detalle el método de estimación utilizado por dicho Instituto. Los autores encontraron graves sesgos de selección en la recopilación de los datos, por lo que concluyeron que el Instituto Guttmacher sobrestimaba en más de nueve veces las complicaciones hospitalarias por aborto inducido y en más de 18 veces el número total de abortos. En otros países de Latinoamérica, como Argentina, Brasil, Chile, México, Perú, Guatemala y República Dominicana, la metodología del Instituto Guttmacher también sobrestimó largamente la cifra de abortos. La tabla 1 muestra la diferencia entre las estimaciones del número anual de abortos realizadas por el Instituto Guttmacher y las calculadas por el Dr. Koch y Cols. sobre la base del número de abortos realizados en España. Apelando a la cautela que este tipo de estimaciones exige, claramente se observa una sobreestimación del número de abortos por parte del Instituto Guttmacher en todo Latinoamérica.

| Autores | País | Año Estimación* | Abortos inducidos Estimados (a) | Población en Edad fértil** | Abortos inducidos Esperados (b) | Sobreestimación (a/b)*** |
|--------------------|----------------------|-----------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Mario Pantelides y | Argentina | 2000 | 446.998 | 8.087.284 | 16.336 | 27.4 |
| Singh Wulf y | Brasil | 1991 | 1.444.000 | 35.368.987 | 71.445 | 20.2 |
| Singh Wulf y | Chile | 1990 | 160.000 | 3.552.327 | 7.176 | 22.3 |
| Prada et al. | Colombia | 2008 | 400.400 | 10.500.731 | 21.211 | 18.9 |
| Singh et al. | Guatemala | 2003 | 64.954 | 2.693.295 | 5.440 | 11.9 |
| Juárez et al. | México | 2006 | 725.070 | 26.240.334 | 53.005 | 13.7 |
| Juárez et al. | México | 2006 | 725.070 | 26.240.334 | 16.945 | 42.8 |
| Singh Wulf y | Perú | 1989 | 271.000 | 4.885.634 | 9.808 | 27.6 |
| Singh Wulf y | República Dominicana | 1990 | 82.000 | 1.655.713 | 3.345 | 24.5 |

³⁸⁷ Zunino, Daiana. "El debate sobre la ILE: en 2019 la Ciudad realizó 8.388 abortos legales". *Parlamentario.com*, 8/06/2020. Disponible en: <https://www.parlamentario.com/2020/06/08/el-debate-sobre-la-ile-en-2019-la-ciudad-realizo-8-388-abortos-legales/>. Consultado el 18/08/2020.

³⁸⁸ Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). "Proyección de población por sexo y edad simple. Ciudad de Buenos Aires. Año 2020". Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=85567>. Consultado el 18/08/2020.

³⁸⁹ INDEC. "Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040 Total del país"; pag 28. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/proyeccionesyestimaciones_nac_2010_2040.pdf. Consultado el 18/08/2020.

³⁹⁰ Koch E, Bravo M, Gatica S, Stecher JF, Aracena P, Valenzuela S, Ahlers I. Sobrestimación del aborto inducido en Colombia y otros países latinoamericanos. *Ginecol Obstet Mex* 2012;80(5):360-372.

Tabla 1. Sobrestimación en la magnitud del aborto inducido en 8 países Latinoamericanos en los que se aplicó la metodología indirecta del Instituto Guttmacher. El número de abortos inducidos esperados por año fue calculado en base a la tasa observada en España utilizada como estándar.

* El año de la estimación difiere del año de publicación del informe que es posterior.

(a) Se refiere a la cifra de abortos estimada por los autores utilizando la metodología del Instituto Guttmacher. En caso de existir más de una estimación, se ha escogido el punto medio, excepto para México, en el que se utilizó la cifra más baja estimada.

(b) Estimación basada en la tasa por mil mujeres en edad fértil observada en España (1987) dos años luego de su despenalización. La tasa española es utilizada como población estándar para la estimación y corresponde al primer año de estadística oficial completa de abortos inducidos en 1987. Se asume que la cifra observada aquel año, es el número más cercano a la cifra de abortos inducidos ilegales que estaban ocurriendo en España antes de su despenalización en 1985. Para México se utilizó también la cifra de abortos legales totales contabilizados el año 2010 por una fuente no oficial. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE).³⁹¹

** Las fuentes de población en edad fértil para el año de la estimación fueron: Argentina, proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC); Brasil, *Estatísticas do Século XX, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*; Chile, proyecciones de población 1950-2050 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE); Colombia, proyecciones de población 1985-2020 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); Guatemala, se estimó directamente a partir de cifras del XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación de 2002, corregidas por proyecciones de población 2003-2011, Instituto Nacional de Estadística (INE); México, obtenida del Consejo Nacional de Población (CONAPO); Perú, se estimó directamente a partir de estimaciones y proyecciones de la población total 1950-2050, corregidas por población total al 30 de junio de cada año 1950-2050, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); República Dominicana, obtenida de la Oficina Nacional de Estadística (ONE).

*** Cociente de sobrestimación que representa el número de veces que la metodología del Instituto Guttmacher sobrestima el número de abortos inducidos. Adaptado de Koch E, Bravo M, Gatica S, Stecher JF, Aracena P, Valenzuela S, Ahlers I. Sobrestimación del aborto inducido en Colombia y otros países latinoamericanos. *Ginecol Obstet Mex* 2012;80(5):360-372. (Con permiso)

Más allá del número absoluto de abortos, demás está decir que ningún ilícito amerita su legalización por el sólo hecho que ocurra con frecuencia. Hay muchos delitos que se realizan con frecuencia y no por ello deben ser legalizados, como ser, la evasión impositiva, el abuso, la pedofilia, etc.^{392 393 394 395}

¿Cuántas mujeres en edad fértil (entre 15 y 44 años) mueren por abortos en Argentina?

Toda vida vale y no hay un valor material que se le pueda asignar a la vida humana. A pesar de ello, en salud pública los recursos son finitos y acotados, por lo que las prioridades sanitarias se establecen en función de las causas más prevalentes de muerte para los diversos grupos etarios. Partiendo de la base que los recursos públicos deben ser utilizados para salvar vidas y no para terminarlas, esta priorización en la asignación de recursos sanitarios es mucho

³⁹¹ Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). "Cifras sobre la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en el Distrito Federal 2007-2012". Mitos y preguntas sobre el aborto. Disponible en: https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/08/mitos_y_preguntas_sobre_el_aborto.pdf. Consultado el 18/08/2020.

³⁹² Singh Y, Wulf D. Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1994;3-13. Guttmacher Institute, 1994.

³⁹³ Prada E, Biddlecom A, Singh S. Aborto inducido en Colombia: nuevas estimaciones y cambios de 1989 a 2008. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2012. Guttmacher Institute, 2012. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3800212S.pdf>. Consultado el 17/08/2020.

³⁹⁴ Singh S, Prada E, Kestier E. Induced abortion and unintended pregnancy in Guatemala. *Int Fam Plan Perspect*. 2006 Sep;32(3): 136-45.

³⁹⁵ Juárez F, Singh S, García SG, Díaz C. Estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006?. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2009;pp. 4-14. Guttmacher Institute, 2009. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3500409S.pdf>

más marcada aún en un país en emergencia económica y sanitaria como Argentina. En otras palabras, son las principales causas de muerte las que deben recibir un mayor interés, debido a que actuando sobre estas se logrará un real impacto favorable en la reducción de muertes a partir de los escasos recursos con que se cuentan.

Se ha pretendido instalar en los medios de difusión que el aborto es un tema de salud pública,³⁹⁶ una emergencia sanitaria,³⁹⁷ hasta incluso la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha declarado como un servicio esencial durante el tiempo de cuarentena obligatoria por COVID-19.³⁹⁸

Es por ello que es menester entender cuáles son las principales causas de muerte en mujeres en edad fértil, es decir entre los 15 y 44 años, en la República Argentina para discernir aquellas entidades que son esenciales dado su impacto en la supervivencia.

La **figura 1** y la **tabla 2** detallan las primeras 60 causas de mortalidad de mujeres en edad fértil, según los últimos datos publicados por el Ministerio de Salud de La Nación para el año 2018.³⁹⁹



Fig. 1. Primeras 60 causas de mortalidad de mujeres en edad fértil, según datos del Ministerio de Salud de la Nación. Cabe destacar que la primera columna corresponde a “Demás causas definidas” que incluye muertes de origen multicausal o por etiologías que por sí mismas no tienen impacto epidemiológico dada su muy escasa prevalencia y son agrupadas bajo un mismo nominador. De manera que la primera causa de mortalidad en mujeres en edad fértil, según el Ministerio de Salud de la Nación corresponde al cáncer de útero. TM: Tumor maligno.

Tabla 2. Principales 60 causas de muerte en mujeres en edad fértil con sus respectivas proporciones del total. El total de muertes informadas en el año 2018 para mujeres en edad fértil fue 8.078. “Demás causas definidas” incluyen muertes de origen multicausal o por etiologías que por sí mismas no tienen impacto epidemiológico dada su muy escasa prevalencia y son agrupadas bajo un mismo nominador. De manera que la primera causa de mortalidad en mujeres en edad fértil, según el Ministerio de Salud de la Nación corresponde al cáncer de útero. TM: Tumor maligno.

| Causas de Defunción | Muertes | % Total |
|--------------------------|---------|---------|
| 1-Demas causas definidas | 639 | 7,9 |
| 2-T M útero | 631 | 7,8 |

³⁹⁶ González García, Ginés. “El aborto, un tema de salud pública”. Clarín, 2/04/2018. Disponible en: https://www.clarin.com/opinion/aborto-tema-salud-publica_o_Hk6yLnCcG.html. Consultado el 20/08/2020.

³⁹⁷ “Aborto no seguro: una emergencia olvidada”. Médicos Sin Fronteras, 1/03/2019. Disponible en: <https://www.msf.org.ar/actualidad/aborto-no-seguro-una-emergencia-olvidada>. Consultado el 20/08/2020.

³⁹⁸ “OMS considera el aborto como “servicio esencial” durante pandemia”. Impacto, 10/04/2020. Disponible en: http://impac-toevangelistico.net/noticia/9469-oms-considera-aborto-como-servicio-esencial-durante-pandemiahttps://www.hispanidad.com/confidencial/onu-se-quita-careta-los-servicios-salud-sexual-reproductiva-incluyen-el-aborto-seguro-legal-explica-su-grupo-expertos_12019101_102.html. Consultado el 20/08/2020.

³⁹⁹ Dirección de Estadísticas e Información en Salud. “Serie 5 – Estadísticas Vitales. Información básica. Año 2018”. Ministerio de Salud Argentina, Cuadro 23; pág. 88. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/01/Serie5Nro62.pdf>. Consultado el 21/08/2020.

| | | |
|--|-----|-----|
| 3-T M mama | 534 | 6,6 |
| 4-Accidentes de tráfico de vehículo de motor | 440 | 5,4 |
| 5-Suicidios | 403 | 5,0 |
| 6-Neumonía e influenza | 398 | 4,9 |
| 7-Eventos de intención no determinada | 398 | 4,9 |
| 8-Mal definidas y desconocidas | 330 | 4,1 |
| 9-Enfermedades cerebrovasculares | 278 | 3,4 |
| 10-SIDA | 245 | 3,0 |
| 11-Otras enfermedades cardíacas | 215 | 2,7 |
| 12-Otros tumores malignos | 184 | 2,3 |
| 13-Septicemias | 169 | 2,1 |
| 14-Enfermedades isquémicas del corazón | 169 | 2,1 |
| 15-T M Colon, recto y ano | 162 | 2,0 |
| 16-Causas obstétricas directas | 157 | 1,9 |
| 17-Agresiones | 151 | 1,9 |
| 18-Insuficiencia cardíaca | 148 | 1,8 |
| 19-Leucemias | 140 | 1,7 |
| 20-Nefritis y nefrosis | 133 | 1,6 |
| 21-Otras enfermedades del sistema respiratorio | 132 | 1,6 |
| 22-Diabetes mellitus | 123 | 1,5 |
| 23-Accidentes no especificados | 112 | 1,4 |
| 24-T M Ovario | 99 | 1,2 |
| 25-T M Tumor maligno de sitios no especificados | 98 | 1,2 |
| 26-Otras causas externas de traumatismos accidentales | 95 | 1,2 |
| 27-Insuficiencia respiratoria no clasificada | 94 | 1,2 |
| 28-T M Sistema nervioso central | 87 | 1,1 |
| 29-T M Tráquea, bronquios y pulmón | 83 | 1,0 |
| 30-Carcinoma en situ, tumores benignos y de comportamiento desconocido | 83 | 1,0 |
| 31-T M Estómago | 70 | 0,9 |
| 32-Otra enfermedades del sistema circulatorio | 67 | 0,8 |
| 33-Tuberculosis | 66 | 0,8 |
| 34-Causas obstétricas indirectas | 65 | 0,8 |
| 35-Malf Congénitas, Deformaciones y anomalías cromosómicas | 61 | 0,8 |
| 36-T M Linfoma no Hodgkin | 59 | 0,7 |

| | | |
|---|----|-----|
| 37-Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores | 57 | 0,7 |
| 38-Otras enfermedades del hígado | 51 | 0,6 |
| 39-Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis | 48 | 0,6 |
| 40-T M Páncreas | 45 | 0,6 |
| 41-Otras enfermedades del sistema urinario | 41 | 0,5 |
| 42-Complicaciones de la atención médica y quirúrgica | 40 | 0,5 |
| 43-Neumonitis debidas a sólidos y líquidos | 38 | 0,5 |
| 44-Otras enfermedades infecciosas y parasitarias | 36 | 0,4 |
| 45-Trastornos metabólicos | 36 | 0,4 |
| 46-Abortos | 35 | 0,4 |
| 47-Enfermedades hipertensivas | 32 | 0,4 |
| 48-T M Vesícula biliar y otras partes de las vías biliares | 30 | 0,4 |
| 49-Apendicitis, hernia abdominal y obstrucción intestinal | 29 | 0,4 |
| 50-Meningitis | 27 | 0,3 |
| 51-T M Riñón y otros órganos urinarios, excepto vejiga | 24 | 0,3 |
| 52-Trast. mentales y del comportamiento | 23 | 0,3 |
| 53-T M Hígado y vías biliares intrahepática | 21 | 0,3 |
| 54-Otros trastornos mentales y del comportamiento | 21 | 0,3 |
| 55-Otros accidentes de transporte, inclusive secuelas | 20 | 0,2 |
| 56-Compl.y descripción mal definidas de enfermedad cardíaca | 19 | 0,2 |
| 57-Otras infecciones respiratorias agudas | 15 | 0,2 |
| 58-Def.de la nutrición y anemias nutricionales | 12 | 0,1 |
| 59-Ahogamiento y sumersión accidentales | 11 | 0,1 |
| 60-T M Esófago | 8 | 0,1 |

Es importante destacar que, según datos del Ministerio de Salud, solo 19 del total de 35 muertes por abortos fueron por abortos provocados. Esto representa el 0.2% del total de muertes de mujeres en edad fértil en el año 2018.⁴⁰⁰

Otro aspecto importante para destacar es que la principal causa de muerte para mujeres en edad fértil es el cáncer de útero. La Figura 1 y la Tabla 2 fueron confeccionados en base a los datos del cuadro 23 (página 88) del informe de estadísticas vitales del año 2018.⁴⁰¹ Sin embargo,

⁴⁰⁰ del Río, Mónica. "Aborto: Las cifras del 2018". Notivida, Año XX, Nº 1184, 16/01/2020. Disponible en: http://www.notivida.com.ar/boletines/1184_.html. Consultado el 21/08/2020

⁴⁰¹ Ob. Cit. "Serie 5 - Estadísticas Vitales. Información básica. Año 2018".

es de notar que el mismo informe del Ministerio de Salud en el Cuadro 25 (páginas 98 y 99) detallan las muertes por cáncer de útero por edades. Allí se aclara que hubo 454 muertes por cáncer de cuello uterino, 21 por tumores del cuerpo uterino (habitualmente del endometrio) y 239 en los que no se especificó la localización de cáncer de útero (cuerpo o cuello uterino). Esto arroja un total de 714 muertes por tumores de útero en mujeres en edad fértil. Esta discrepancia numérica no modifica el concepto que la principal causa de muerte en mujeres entre 15 y 44 años es el cáncer de útero. Sin embargo, es importante destacar que más del 95% de estos son cánceres de cuello uterino. El cáncer de endometrio (cuerpo uterino) afecta principalmente a las mujeres posmenopáusicas (que han pasado por la menopausia y dejan de ser fértiles). La edad promedio de las mujeres diagnosticadas con cáncer de endometrio es de 60 años y es poco común en mujeres menores de 45 años. Esta explicación es clave para entender que el cáncer de cuello uterino está causado por distintas cepas del virus del papiloma humano (VPH), lo que lo convierte en un cáncer de transmisión sexual.⁴⁰² El VPH se ha convertido en la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en diversas partes del mundo. Se contagia por contacto directo de piel a piel durante el acto sexual en cualquiera de sus formas. Incluso sin haber el coito es posible el contagio con solo tener contacto con los genitales. El contacto de fluidos corporales más allá de la zona que cubre el condón explica la alta incidencia de VPH en base de pene y pubis.⁴⁰³

Según las estadísticas nacionales, el cáncer de cuello uterino mata 33 veces más mujeres en edad fértil que el aborto provocado, 631 versus 19 casos en 2018, pero ambos se podrían prevenir con la misma estrategia sanitaria. (Tabla 2 y Tabla 3). En efecto, tanto el VPH causante del cáncer de cuello uterino (principal causa de muerte de mujeres en edad fértil en Argentina) y el embarazo no deseado (que lleva a la totalidad de abortos), se podrían prevenir de la misma forma, es decir, practicando la abstinencia sexual, teniendo una pareja mutuamente monogámica no infectada (muy difícil de demostrar) y/o utilizando métodos anticonceptivos de barrera. Ciertamente es que el condón no previene el 100% de los embarazos no deseados, ni tampoco la totalidad de los contagios del VPH. Se estima que el condón reduce a un 30% la posibilidad de contagio del VPH.⁴⁰⁴ Aproximadamente, el 16% de los varones heterosexuales de entre 16 y 24 años que han tenido entre 1 y 5 parejas sexuales en su vida son portadores de VPH genital a pesar de haber informado uso rutinario de condones.⁴⁰⁵ Aclarado esto, hemos sido testigos de movilizaciones, marchas, tomas de colegios, campañas publicitarias, manifestaciones públicas de artistas, políticos, ministros de salud, periodistas y operativos de prensa en aras de la legalización del aborto con la excusa de una enorme preocupación por la vida de las mujeres.⁴⁰⁶ Cabe cuestionarse, si tanto les preocupa la vida de las mujeres, ¿dónde están todas esas expresiones públicas para que haya una reducción en las tasas de cáncer de útero (acceso masivo a estudios de detección precoz, etcétera), que insistimos, se previene de

⁴⁰² Berman TA, Schiller JT. Human papillomavirus in cervical cancer and oropharyngeal cancer: One cause, two diseases. *Cancer*. 2017;123:2219-2229. Disponible en: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.30588>. Consultado el 21/08/2020.

⁴⁰³ Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2008;110:S4-7. Disponible en: [https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258\(08\)00602-1/fulltext](https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258(08)00602-1/fulltext). Consultado el 22/08/2020.

⁴⁰⁴ Calderón, Carlos. "VPH Contagio y cómo se trasmite". *Personasque.es*, agosto, 2020. Disponible en: <https://www.personasque.es/salud/diagnostico/contagio-como-se-transmite-2932/>. Consultado el 22/08/2020.

⁴⁰⁵ Vardas E, Giuliano AR, Goldstone S, Palefsky JM, Moreira Jr ED, Penny ME et al. External genital human papillomavirus prevalence and associated factors among heterosexual men on 5 continents. *J Infect Dis*. 2011 1;203:58-65. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3086430/>. Consultado el 22/08/2020.

⁴⁰⁶ "Estudiantes secundarios debaten tomas de colegios en apoyo a la legalización del aborto". *Infonews*, 11/06/2018. Disponible en: <https://www.infonews.com/aborto-legal-seguro-y-gratuito/estudiantes-secundarios-debaten-tomas-colegios-apoyo-la-legalizacion-del-aborto-n272854>. Consultado el 22/08/2020.

igual forma que el embarazo no deseado y que representa la primer causa de muerte en la misma franja etaria de las madres que abortan?

Otro dato no menor que se desprende de las estadísticas nacionales de mortalidad es que la principal causa de muerte en mujeres entre 15 y 24 años en Argentina es el suicidio. En efecto, en el año 2018 hubo 198 muertes por suicidio mientras que hubo un total de 10 muertes por todas las causas de aborto en ese grupo.⁴⁰⁷ Coincidentemente, esta es la franja etaria en la que se da la mayor incidencia de abortos.⁴⁰⁸ Según datos de Finlandia, el aborto aumenta hasta 7 veces la tasa de suicidios comparado con las madres que dan a luz.⁴⁰⁹ Sin embargo, una de las principales causas de no punibilidad para realizar abortos es la supuesta salud psíquica. (Ver capítulo 9) Nuevamente entonces, todas las vidas son igual de importantes, pero ¿hacia dónde debe ser priorizada la asignación de recursos en salud cuando los mismos son acotados y en situación de emergencia sanitaria? Sin dudar, a las causas más prevalentes... si es que tanto les importa a las autoridades ministeriales la vida de las mujeres. Dado que el suicidio mata al menos 20 veces más que el aborto de cualquier causa en jóvenes de entre 15 y 24 años, ¿qué medidas se están tomando para reducir esas catastróficas cifras? Por el contrario, las medidas ministeriales y políticas favorecen y fomentan el aborto, que justamente al menos septuplica las tasas de suicidio.

¿Cuántas madres mueren por abortos en Argentina?

Las estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación no discriminan las causas ni de egresos hospitalarios ni de muertes por aborto. De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11, el embarazo terminado en aborto comprende más de 30 diagnósticos donde se incluyen, pero no se limitan, a

- 1) aborto espontáneo,
- 2) aborto provocado,
- 3) aborto no especificado,
- 4) intento fallido de aborto,
- 5) aborto tubárico (por embarazo ectópico),
- 6) Aborto molar (por mola hidatiforme),
- 7) aborto a repetición, entre otros.⁴¹⁰

La Tabla 3 muestra las causas de muerte materna en Argentina desde el 2011 hasta 2018.⁴¹¹ Contrariamente a lo que se pretende instalar en la opinión pública desde hace casi dos décadas por algunos medios hegemónicos,⁴¹² y más recientemente por la prestigiosa revista científica

⁴⁰⁷ Op. cit. Pag 100 – 101.

⁴⁰⁸ Statistics New Zealand Tauranga Aotearoa Wellington, New Zealand. “Statistics New Zealand (2009). Abortion Trends in New Zealand 1980-2007. Wellington: Statistics New Zealand”, Enero 2010. Disponible en: http://archive.stats.govt.nz/browse_for_stats/health/abortion/abortion-trends.aspx#gsc.tab=0. Consultado el 22/08/2020.

⁴⁰⁹ Gissler M, Hemminki E, Lönnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study. *BMJ*. 1996 Dec 7; 313(7070): 1431-1434. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/313/7070/1431.long>. Consultado el 22/08/2020.

⁴¹⁰ Organización Mundial de la Salud. “CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad (Versión: 04/2019)”. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1659188187/mms/other>. Consultado el 22/08/2020.

⁴¹¹ “Dirección de Estadísticas e Información en Salud. “Serie 5 – Estadísticas Vitales. Información básica. Año 2011 a 2018”. Ministerio de Salud Argentina. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/serie-5-estadisticas-vitales/>. Consultado el 22/08/2020.

⁴¹² Navarra, Gabriela. “Entre las mujeres en edad fértil. Aborto: primera causa de muerte”. *La Nación*, 17/10/2002. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/ciencia/aborto-primer-causa-de-muerte-nid441400/>. Consultado el 22/08/2020.

The Lancet,⁴¹³ las complicaciones por aborto distan de ser la principal causa de mortalidad materna en Argentina. En el período mencionado, las causas directas representan aproximadamente las 2/3 parte de las mismas. Estas incluyen todas las causas que están “directamente” relacionadas con el embarazo, como, por ejemplo, hemorragias, infecciones (sepsis puerperal), hipertensión asociada a falla de otros órganos vitales (eclampsia), entre otras. Las causas indirectas corresponden a las muertes maternas ocasionadas por enfermedades que la madre traía antes de embarazarse, como ser enfermedades cardíacas, respiratorias, infecciosas, etcétera. Históricamente, han representado ¼ de las muertes maternas. Finalmente, el resto de las muertes maternas corresponden a otras causas, entre las que figura el aborto y sus múltiples causales.

Eso ha dado lugar a que el Ministerio de Salud discrimine desde el año 2016 cuántas muertes ocurren como consecuencia de abortos provocados, ya sean ilegales o no punibles. Esto se detalla en la Tabla 3.⁴¹⁴ Por ejemplo, en el año 2018 hubo 257 muertes maternas, y 35 de ellas fueron por “embarazo terminado en aborto”. Dentro de esas 35 muertes hay 13 que ocurrieron por un embarazo ectópico, mola hidatiforme o feto muerto retenido, y 3 por abortos espontáneos. Las 19 restantes (que incluyen 4 subcausas: aborto médico, otro aborto, aborto no especificado e intento fallido de aborto) constituirían las muertes por abortos provocados. Estas últimas representaron sólo el 7,4% de las muertes maternas. La cifra es igual a la del año 2017. (Tabla 3) En el 2018, la principal causa de muertes maternas fue la hipertensión gestacional con 45 fallecimientos, seguida por otras causas directas con 37 defunciones, otras causas indirectas con 32 muertes, las sepsis puerperales con 31 muertes y la hemorragia posparto con 21 muertes; lo cual dejó a las 19 muertes por aborto provocado en el sexto lugar entre las causas de defunciones maternas.

La razón de la mortalidad materna decreció un 22% en la Argentina entre los años 2001 y 2016. La muerte por embarazo terminado en aborto fue la que más se redujo en éste período, con una disminución del 56%, es decir, más del doble que la caída promedio.⁴¹⁵ La espontánea disminución (sin legalización de aborto mediante) de aproximadamente el 30% en el número absoluto de muertes por abortos provocados entre el año 2016 y los años 2017 y 2018 está en línea con lo hallado por la Lic. María Elena Critto y abona lo descrito en otros países como Chile, que la legalización del aborto de ninguna manera disminuye la mortalidad materna.⁴¹⁶

Otro mensaje importante que traslucen estas cifras es que más del 90% de las muertes de madres embarazadas durante el 2018 ocurrieron en mujeres que buscaban dar a luz. Sin embargo, estas muertes parecen no ameritar reclamos por parte de los grupos de feministas radicalizados, políticos ideologizados, colectivos de actrices, etcétera, ni dar lugar a la confección de protocolos de cuidado específicos por parte del Ministerio de Salud. La evidencia más clara fue la reciente muerte de una madre con embarazo de término por falta de cuidados hospitalarios adecuados en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires.⁴¹⁷

⁴¹³ A. Booth. Argentina votes on bill to legalise abortion up to 14 weeks. *Lancet* 2018 Jun 16;391(10138):e21-e22. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31321-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31321-7/fulltext). Consultado el 22/08/2020.

⁴¹⁴ Peiró, Claudia. “El Ministerio de Salud admite que el aborto no es la primera causa de muerte materna”. *Infobae*, 24/04/2018. Disponible en: https://www.infobae.com/sociedad/2018/04/24/el-ministerio-de-salud-admite-que-el-aborto-no-es-la-primera-causa-de-muerte-materna/http://www.notivida.com.ar/boletines/1184_.html. Consultado el 22/08/2020.

⁴¹⁵ Critto, M.E. Mortalidad Materna Análisis comparado. Insitituto de bioética/ UCA. VIDA Y ÉTICA (2018); 1: 61-91. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/8843/2/mortalidad-materna-analisis-comparado.pdf>

⁴¹⁶ Koch E, Bravo M, Gatica S, Stecher JF, Aracena P, Valenzuela S et al. “Sobrestimación del aborto inducido en Colombia y otros países latinoamericanos”. *Ginecología y obstetricia de México* 2012. 80(5):360-372. Disponible en: <https://www.medigrafix.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom125i.pdf>. Consultado el 22/08/2020.

⁴¹⁷ “Denuncian al gobierno de la Ciudad y al SAME por la muerte de una joven embarazada de 38 semanas”. *Tiempo Argentino Beta*, 28/07/2020. Disponible en: <https://www.tiempoar.com.ar/nota/denuncian-al-gobierno-de-la-ciudad-y-al-same-por-la-muerte-de-una-mujer-embaraza-de-38-semanas-en-un-hospital>. Consultado el 22/08/2020.

Indudablemente, sorprende el modo sesgado de reclamar por los “derechos de la mujer” y de determinar cuáles son “prioridades sanitarias” por parte de las autoridades ministeriales y de la organización mundial de la salud.

Tabla 3: Causas de mortalidad materna en Argentina desde el 2011 hasta 2018. Las muertes por “Aborto provocado” se detallan en un renglón específico para los años en los que fue discriminada esa causal.

| Causas de muerte /año | Directas | Indirectas | Embarazo terminado en aborto | Aborto provocado | Total |
|-----------------------|----------|------------|------------------------------|------------------|-------|
| 2011 (%) | 154 (48) | 84 (28) | 73 (24) | | 302 |
| 2012 (%) | 147 (57) | 78 (30) | 33 (13) | | 258 |
| 2013 (%) | 131 (53) | 64 (26) | 50 (21) | | 245 |
| 2014 (%) | 177 (61) | 70 (24) | 43 (15) | | 290 |
| 2015 (%) | 160 (54) | 83 (28) | 55 (18) | | 298 |
| 2016 (%) | 135 (55) | 67 (27) | 12 (5,3) | 31 (12,7) | 245 |
| 2017 (%) | 118 (58) | 54 (27) | 11 (5,6) | 19 (9,4) | 202 |
| 2018 (%) | 157 (61) | 65 (25) | 16 (6,6) | 19 (7,4) | 257 |

En los últimos dos años, hemos sido testigos de abruptas finalizaciones de embarazos en base a cesáreas en estadios ultra prematuros de gestación (microcesáreas).^{418,419} Lamentablemente, la precocidad de la edad gestacional suele conducir a la muerte del niño, por lo que estas “microcesáreas” se transforman en tortura seguida de muerte para esos niños indefensos, escenario que no resuelve la vulnerabilidad de la madre. La excusa que se esgrimió en los mencionados casos para llevar adelante las microcesáreas fue la elevada mortalidad materna en menores de edad. Sin embargo, los datos del Ministerio de Salud indican lo contrario.

De las 35 muertes debidas a abortos en general en 2018, esto es sin diferenciar entre abortos provocados o espontáneos, no hubo defunciones en menores de 15 años. Entre los 15 a 19 años ocurrieron 2 muertes por abortos, entre los 20 a 24 años 8 muertes, entre los 25 a 29 años 8 más, entre los 30 a 34 años sucedieron 9 fallecimientos, entre los 35 a 39 años hubo 7, entre los 40 a 45 años no se registró ninguna muerte por aborto, y, por último, hubo 1 muerte en mujeres de 45 años o más. Solo hubo 1 muerte por causas obstétricas indirectas en menores de 15 años. Más aún, entre las adolescentes de 15 a 19 años ocurrieron 2 muertes por abortos, las cuales no están especificadas si se debieron a abortos espontáneos o provocados.⁴²⁰

En los últimos 10 años de registros estadísticos del Ministerio de Salud sólo se constataron 2 muertes por abortos en jóvenes de 10 a 14 años sin especificar la causa, una en 2011 y otra en 2015.

La Tabla 4 detalla la mortalidad materna en jóvenes de 10 a 14 años en Argentina en el mencionado período.

Lejos de invalidar o desconocer la problemática de los abusos sexuales y que no debiera haber muertes de ninguna índole, resulta extremadamente impropio hablar de cientos o miles de muertes de niñas en Argentina como consecuencia de embarazos o de abortos. Resulta más

⁴¹⁸ “Hubo una demora de 26 días en abordar el caso de la niña violada”. La Gaceta, 28/02/2019. Disponible en: <https://www.la-gaceta.com.ar/nota/799245/actualidad/hubo-demora-26-dias-abordar-caso-nina-violada.html>. Consultado el 22/08/2020.

⁴¹⁹ Télam. “Los provida llaman Esperanza a la beba que sobrevivió al aborto en Jujuy”. Diario La Provincia SJ, 18/01/2019. Disponible en: <https://www.diariolaproviciasj.com/elpais/2019/1/18/los-provida-llaman-esperanza-la-beba-que-sobrevivio-al-aborto-en-jujuy-103360.html>. Consultado el 22/08/2020.

⁴²⁰ Ob. Cit. Pag 100.

impropio aun, indicar microcesáreas en estas jóvenes aduciendo un supuesto aumento de riesgo de vida por dar a luz de término. En efecto, la evidencia científica desaconseja fuertemente las cesáreas en madres con edad gestacional ultra prematuras, especialmente, antes de la semana 26 de gestación, dado que casi se duplican las tasas de morbilidad materna comparado con las cesáreas que tienen lugar luego de esa semana gestacional.^{421 422} El riesgo de complicaciones severas para la madre a edad gestacional temprana (especialmente entre las semanas 23 y 27 de gestación) es mayor aun cuando el parto es llevado adelante por cesárea.⁴²³

Por lo tanto, están contraindicadas las microcesáreas en ausencia de una indicación médica específica, y mucho menos, cuando son realizadas sólo para satisfacer una demanda ideológica como sucedió con las citadas “microcesáreas” realizadas en Tucumán (Semana 24 de gestación, nacida con 660 gr) y Jujuy (Semana 24 de gestación, nacida con 700 gr) en el año 2019. Afortunadamente, las madres sobrevivieron en ambos casos, más no sus hijos quienes padecieron sufrimiento (tortura) seguido de muerte.

En síntesis, impresiona ser inverosímil la existencia de 500.000 abortos provocados en Argentina. El aborto de todas las causas ocupa el lugar número 46 entre las primeras 60 causas de muerte de mujeres en edad fértil en el país y representa el 0.4% del total (el aborto provocado representa el 0.2%), lo que invalida cualquier suposición que el aborto represente una emergencia de salud pública. Queda demostrado que el aborto tampoco es la principal causa de mortalidad materna en Argentina, sino que se lo ubica en el sexto lugar, representando aproximadamente el 7,4% de las muertes maternas. Asumiendo que casi la totalidad de los embarazos en jóvenes de entre 10 y 14 años son por abuso, el problema no se resuelve matando al niño inocente. Tampoco se podría justificar el aborto aduciendo una elevada mortalidad materna en ese grupo etario, y mucho menos apelando a cesáreas en edades gestacionales muy prematuras dado que aumenta su morbilidad. Sabiendo que la enorme mayoría de las muertes en mujeres embarazadas ocurren en madres que buscan dar a luz, los acotados recursos sanitarios deben ser utilizados para salvar vidas, no para matarlas.

⁴²¹ Blanc J, Resseguier N, Goffinet F, Lorthe E, Kayem G, Delorme P. et al. Association between gestational age and severe maternal morbidity and mortality of preterm cesarean delivery: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;220:399.e1-399.e9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30633920/>. Consultado el 22/08/2020.

⁴²² IANS. “*Preterm birth may raise early death risk in mothers: Study*”. *NewsKarnataka.com*, 20/08/2020. Disponible en: <https://www.newskarnataka.com/index.php/health-lifestyle/preterm-birth-may-raise-early-death-risk-in-mothers-study>. Consultado el 23/08/2020.

⁴²³ Reddy UM, Murguia Rice M, Grobman WA, Bailit JL, Wapner RJ, Varner MW et al. Serious maternal complications after early preterm delivery (24-33 weeks' gestation) *Am J Obstet Gynecol.* 2015 Oct;213(4):538.e1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4587283/>. Consultado el 23/08/2020.

Tabla 4. Nacidos vivos y Mortalidad materna en jóvenes de 10 a 14 años. Período 2009-2018.

| Año | Total nacidos vivos | Nacidos vivos (%) | Abortos | Causas directas | Causas indirectas | Pos-obstétrica |
|---------------------|---------------------|----------------------|----------|-----------------|-------------------|----------------|
| 2009 ⁴²⁴ | 745.336 | 3.346 (0.45) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2010 ⁴²⁵ | 756.176 | 3.117 (0.41) | 0 | 3 | 0 | 0 |
| 2011 ⁴²⁶ | 758.042 | 3.156 (0.42) | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 2012 ⁴²⁷ | 738.318 | 3.020 (0.41) | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 2013 ⁴²⁸ | 754.603 | 3.261 (0.43) | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 2014 ⁴²⁹ | 777.012 | 3.007 (0.39) | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 2015 ⁴³⁰ | 770.040 | 2.787 (0.36) | 1 | 3 | 0 | 0 |
| 2016 ⁴³¹ | 728.035 | 2.419 (0.33) | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 2017 ⁴³² | 704.609 | 2.493 (0.35) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2018 ⁴³³ | 685.394 | 2.350 (0.34) | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Total | 7.417.565 | 28.956 (0.39) | 2 | 8 | 3 | 2 |

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración desinteresada y trabajo editorial de la Lic. María Elena Critto y el Dr. Lenin de Janón Quevedo de la Universidad Católica Argentina.

⁴²⁴ Op. cit. “Estadísticas Vitales. Información Básica – Año 2009”. Pag 55. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro53.pdf>. Consultado el 23/08/20.

⁴²⁵ Op. cit. “Estadísticas Vitales. Información Básica – Año 2010”. Pag 47. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2015/12/Serie5Nro54.pdf>. Consultado el 23/08/20.

⁴²⁶ Op. cit. “Estadísticas Vitales. Información Básica – Año 2011”. Pag 54. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro55.pdf>. Consultado el 23/08/2020.

⁴²⁷ Op. cit. “Estadísticas Vitales. Información Básica – Año 2012”. Pag 53. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro56.pdf>. Consultado el 23/08/2020.

⁴²⁸ Op. cit. “Estadísticas Vitales. Información Básica – Año 2013”. Pag 68. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro57.pdf>. Consultado el 23/08/2020.

⁴²⁹ Op. cit. “Estadísticas Vitales. Información Básica – Año 2014”. Pag 52. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro58.pdf>. Consultado el 23/08/2020.

⁴³⁰ Op. cit. “Estadísticas Vitales. Información Básica – Año 2015”. Pag 86. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>. Consultado el 23/08/2020.

⁴³¹ Op. cit. “Estadísticas Vitales. Información Básica – Año 2016”. Pag 88. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/06/Serie5Nro60.pdf>. Consultado el 23/08/2020.

⁴³² Op. cit. “Estadísticas Vitales. Información Básica – Año 2017”. Pag 100. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/01/Serie5Nro61.pdf>. Consultado el 23/08/2020.

⁴³³ Op. cit. “Estadísticas Vitales. Información Básica – Año 2018”. Pag 80. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/01/Serie5Nro62.pdf>. Consultado el 23/08/2020,

Capítulo 9

Situación en otros países, frecuencia a partir de la legalización,
mortalidad materna, cambios demográficos, comportamiento
social

Por

Fernando P. Secin

- Introducción
- Frecuencia de abortos antes y después de su legalización
- Incidencia de abortos en España
 - ¿Qué dice la ley española?
 - ¿Cuáles son las cifras?
- Incidencia de abortos en Nueva Zelanda
 - ¿Qué dice la ley en Nueva Zelanda?
 - ¿Cuáles son las cifras?
- Incidencia de abortos en Uruguay
 - ¿Qué dice la ley uruguaya?
 - ¿Cuáles son las cifras?
- Impacto demográfico del aborto tras su despenalización y o legalización
- Impacto del aborto en la conducta sexual
- Conclusiones

Introducción

Tal como lo expresara el ex médico abortista Dr. Bernard Nathanson en una carta abierta publicada en 1992,⁴³⁴ la estrategia que ha aplicado el abortismo en el mundo a los efectos de persuadir a legisladores y a la opinión pública en general acerca de la necesidad de legitimar y o legalizar la muerte de seres humanos inocentes en gestación ha sido siempre la misma:

- 1- Mentir y exagerar las cifras estadísticas para generar en el inconsciente colectivo que la frecuencia de un fenómeno social amerita su legalización,
- 2- Desacreditar a los médicos y/o científicos que muestran datos estadísticos certeros,
- 3- Atacar las religiones, especialmente la religión católica
- 4- Utilizar grupos de choque para amedrentar a legisladores, políticos y a la sociedad en general,
- 5- Cooptar artistas y/o celebridades que tengan poder de influencia en la opinión pública,
- 6- Comprometer, muchas veces por medios espurios, a los medios de difusión hegemónica para emitir un mismo discurso a favor de la cultura de la muerte,
- 7- Rodear a expositores defensores de la vida de múltiples voces contrarias en los debates televisivos como para que la gente crea que son mayoría. Esto, asimismo, incrementa el número de minutos al aire de aquellos que se expresan a favor del aborto,
- 8- Infiltrar organismos gubernamentales con funcionarios ideologizados,
- 9- Infiltrar los ministerios de educación para modificar los programas educativos e intentar adoctrinar a niños y jóvenes inculcándoles que el aborto es un derecho legítimo de la mujer,
- 10- Convencer y utilizar a las jóvenes haciéndoles creer que la legalización del aborto forma parte de una lista de reivindicación de derechos, emulando una suerte de reparación histórica y dándoles falsas expectativas de un empoderamiento ficticio,
- 11- Presionar gubernamentalmente a países en desarrollo, condicionándoles ayudas financieras a cambio de la instalación de ideologías y medidas proclives al aborto.

Es objetivo del presente capítulo abordar parte de la primera estrategia del abortismo, describiendo datos estadísticos que sirvan de sustento para esclarecer el impacto de la legalización del aborto en otros países, principalmente, en lo que refiere a:

- La frecuencia de abortos después de su legalización y o despenalización.
- Su impacto demográfico, esto es, tanto en la mortalidad materna como en la tasa de natalidad y desarrollo de una población económicamente activa.
- Su impacto en la conducta sexual de parte de la sociedad.

Frecuencia de abortos antes y después de su legalización:

Con el objetivo de describir el impacto de la legalización y/o despenalización del aborto en su incidencia (número de abortos en un período de tiempo) en diversas partes del mundo, utilizaremos como ejemplo lo ocurrido en países con estadísticas confiables. Elegiremos un país de Europa, (España); otro de Oceanía, (Nueva Zelanda) y finalmente uno de América Latina, (Uruguay).

⁴³⁴ <https://vidasv.org/2012/10/16/dr-bernad-nathanson-como-legalizar-el-crimen-del-aborto/>

Sería muy interesante evaluar las curvas evolutivas de países como Estados Unidos de Norteamérica, por ejemplo, donde se realizan aproximadamente un millón de abortos anuales. El problema es que los estados no están obligados a informar el número de abortos ni sus complicaciones al Centro de Control de Enfermedades de ese país (Center of Disease Control, CDC) para ser incluido en su Informe anual de vigilancia del aborto. La División de Salud Reproductiva del CDC prepara informes de vigilancia a medida que los datos están disponibles y no existe un requisito nacional para el envío o la presentación de datos.⁴³⁵ Adicionalmente, Estados Unidos tiene diferentes leyes de aborto dependiendo del Estado, existiendo variaciones en los plazos de prohibición, requisitos médicos y hospitalarios, y límites gestacionales. Como resultado, más de una ley de aborto está vigente dentro de un mismo país, lo que dificulta un análisis de conjunto.

Otros países como Australia tampoco tienen estadísticas totalmente confiables. Sólo hay dos estados de Australia que recopilan y publican datos sobre el aborto: Australia Occidental (Western Australia) y Australia del Sur (South Australia). Estos estados representan aproximadamente el 18% de la población de Australia. El estado de Australia Occidental ha estado informando estadísticas de aborto desde 1999 y el de Australia del Sur desde 1970. Mientras que Australia del Sur lo hace anualmente, Australia Occidental sólo los publica cada 3 a 5 años. Estos datos deben ser ajustados por el número poblacional y la tasa de nacimientos vivos (arrojando un estimativo de 70.000 a 73.000 abortos anuales), lo que también dificulta su análisis de conjunto y, obviamente, disminuye la confiabilidad de los datos.

Incidencia de abortos en España

¿Qué dice la ley española?

Es fundamental conocer la historia jurídica de España a los efectos de interpretar correctamente las curvas de incidencia de abortos en ese país.⁴³⁶

Históricamente el aborto siempre estuvo tipificado como delito en España y el Código Penal Español de 1822, establecía penas de reclusión en distinto grado que podían alcanzar los 14 años para los profesionales que lo facilitaran y de hasta 8 años para las mujeres embarazadas que abortaran. Por su parte, el Código Penal de 1848, establecía una graduación en las penas que iban desde la reclusión temporal en los supuestos de ejercicio de violencia sobre la mujer embarazada, la prisión mayor para la realización del aborto sin el consentimiento de la mujer y la prisión menor para las prácticas abortivas con su consentimiento. Las sucesivas reformas penales introducidas a partir de 1870 apenas alteraron los supuestos del Código Penal de 1848 y se continuó con la clasificación del aborto en las tres modalidades, introduciéndose únicamente una modificación en las penas al castigar con la prisión correccional en grado medio y máximo el aborto realizado con el consentimiento de la mujer.

Ya en el siglo XX, el Código Penal de 1928 castigaba el aborto con penas de entre 2 y 4 años de prisión y entre 3 meses a 1 año si se hacía para ocultar la deshonra de la mujer embarazada. El Código Penal de 1932 seguía condenando el aborto y tan sólo introdujo la novedad de considerar, por vez primera, el delito abortivo con resultado de muerte de la madre, haciéndose recaer sobre el culpable las penas consiguientes en su grado máximo, siempre que se apreciara imprudencia y que no le correspondiera una pena mayor. Finalmente, la legislación

⁴³⁵ https://www.cdc.gov/reproductivehealth/Data_Stats/Abortion.htm

⁴³⁶ <https://www.rtve.es/noticias/20150218/leyes-del-aborto-espana-ley-supuestos-1985-plazos-2010/828240.shtml>

penal del Código de 1944 sobre el aborto estaba recogida en los artículos 411 a 417, castigándolo siempre severamente.

En 1983 se modificó el artículo 417 del Código Penal de 1944 estableciendo la despenalización del aborto en tres casos: peligro grave para la vida de la madre, la violación y las malformaciones físicas o neurológicas del niño en gestación.

En 1985 se promulgó la primera Ley sobre los Derechos Reproductivos de la Mujer (aprobada el 5 de julio de 1985) que despenalizó parcialmente el aborto y supuso un muy beligerante debate social ya que se autorizaba el aborto inducido en tres supuestos:

1º. Supuesto terapéutico, riesgo grave para la salud física o psíquica de la mujer embarazada. No ponía fecha límite para realizar el aborto.

2º. Supuesto criminológico, en casos de violación. El aborto era permitido hasta la semana 12.

3º. Supuesto eugenésico, que se refiere a malformaciones o taras, físicas o neurológicas, en el feto. El aborto era permitido hasta la semana 22.

De acuerdo con esta ley, la gestante podía terminar el embarazo en centros públicos o privados dentro de los plazos mencionados. Las mujeres mayores de 18 años podían abortar sin necesitar más consentimiento que el propio, mientras que las menores de esa edad necesitaban la autorización de sus padres o tutores para poder someterse a esta intervención.⁴³⁷

El 3 de marzo de 2010 se promulgó la “Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo”. La ley entró en vigor el 5 de julio de 2010 con el “supuesto” objeto de garantizar (falsos e infundados) derechos denominados “fundamentales” en el ámbito de la salud sexual y reproductiva establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), regular las condiciones de la (eufemísticamente llamada) interrupción voluntaria del embarazo y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos.

Mediante esta Ley, se concreta la legalización de la práctica del aborto inducido durante las primeras 14 semanas del embarazo, siendo totalmente libre y a voluntad hasta ese plazo. Durante este tiempo, la mujer podrá tomar una decisión libre e informada sobre la terminación de su embarazo sin la participación de terceros en la decisión. Sólo se exige que la madre haya sido informada "sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad" y que haya transcurrido un plazo de tres días desde la información hasta la realización de la intervención.

En casos de “graves riesgos para la vida o la salud de la madre o el feto” (Artículo 15) el plazo de posibilidad de aborto aumenta hasta la semana 22. Luego de la semana 22 el equipo médico deberá inducir al parto obligatoriamente en este subgrupo de embarazadas.

Luego de la semana 22, solo podrán abortar en forma no punible bajo el supuesto eugenésico, vale decir, en caso de que “se detecten anomalías en el feto incompatibles con la vida” o que “se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico”.

A diferencia de la ley del 1985, además de las mujeres mayores de 18 años, la ley permite que las chicas de 16 y 17 años aborten sin necesidad de presentar consentimiento de sus padres o tutores. No obstante, deben acreditar que han informado al menos a uno de ellos. Sólo pueden prescindir de este trámite en caso de que aleguen "fundadamente" que comunicarlo les va a ocasionar un "conflicto grave".

⁴³⁷ <https://www.europapress.es/sociedad/noticia-historia-regulacion-aborto-espana-possible-reforma-20150413140006.html>

¿Cuáles son las cifras?

Según datos actualizados al 27 de noviembre de 2019 suministrados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, la incidencia de abortos aumentó aproximadamente 10 veces luego de su despenalización en 1985 y posterior legalización en 2010, habiendo llegado a un pico de 118.359 abortos en el año 2011, para luego descender hasta 95.917 en el 2018. (Figura 1) Si bien hubiese sido lógico esperar un mayor incremento del número de abortos luego de su completa legalización a partir del 2010, solo se observó un pico en 2011 dado que el aborto ya venía siendo realizado bajo una suerte de “legalización de hecho” o bajo un régimen de despenalización laxa. Más aún, el mismo Ministerio de la Sanidad se encargó de señalar que el marcado descenso se debió en gran medida a la venta sin receta médica en las farmacias de la llamada píldora “píldora del día después”, (medicación abortiva) venta que fue liberalizada a finales de septiembre de 2009.

Vale aclarar que la legalización del aborto a partir de “Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo” que entró en vigencia en julio de 2010 incluía también la dispensación gratuita de la píldora del día después. Obviamente, estos abortos quedan excluidos de los registros ministeriales y tampoco hay datos acerca del número de dosis suministradas al público como para poder hacer una estimación.⁴³⁸



Fig. 1: Evolución de la tasa de abortos quirúrgicos en España cada 1000 mujeres. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, www.epdata.es.

La tabla 1 muestra la evolución histórica del número absoluto de abortos quirúrgicos (sin incluir los abortos medicamentosos), el número de clínicas abortistas disponibles, y la tasa de abortos cada 1000 mujeres. De esta manera, España acumula más de 2.385.693 niños españoles muertos desde su despenalización en 1985 en forma quirúrgica (no se incluyen abortos medicamentosos).^{439 440 441 442 443} Sólo a modo comparativo, recordar que el 11 de marzo de 2004 fallecieron 193 personas y alrededor de dos mil resultaron heridas en el mayor atentado perpetrado en ese país. Más aun, según datos de www.worldometers.info, al 11 de Diciembre de 2021, la pandemia del COVID-19 ha provocado 88.381 muertes en España.

Si uno se guía exclusivamente por el número absoluto de abortos quirúrgicos desde 1987, (Figura 1B) se nota un incremento del 700% hasta su pico en 2011, es decir, el aumento fue de

⁴³⁸ <https://www.epdata.es/datos/cifras-aborto-estadisticas/247/espana/106>

⁴³⁹ https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm

⁴⁴⁰ https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla%202

⁴⁴¹ <https://www.20minutos.es/noticia/812654/0/abortos/espana/baja/>

⁴⁴² <https://www.todoaborto.com/clinicas>

⁴⁴³ https://es.wikipedia.org/wiki/Aborto_en_Espa%C3%B1a#cite_note-MinisterioSanidadIVE-30

7,3 veces, con algún descenso desde entonces explicado por la distribución gratuita de la píldora del día después. Dicho esto, el número de abortos cada 1000 mujeres no se ha reducido tanto desde 2011 hasta 2018. En efecto, dicha tasa era de 12,47 en 2011, mientras que en 2018 fue de 11,12. A los fines prácticos, 1 aborto menos cada 1000 mujeres.

Más allá del descenso parcial en el número absoluto de abortos quirúrgicos en los últimos años, queda claro que el negocio del aborto ha seguido prosperando. Esto queda evidenciado por el aumento sostenido del número de clínicas abortistas, las cuales prácticamente se duplicaron en número en los últimos 10 años (Período 2008-2018) (Tabla 1)

Tabla 1: Evolución histórica del número absoluto de abortos quirúrgicos (sin incluir los abortos medicamentosos), el número de clínicas abortistas disponibles, y la tasa de abortos cada 1000 mujeres.

| Año | Clínicas | Número de abortos | Tasa por 1000 mujeres |
|------|----------|-------------------|-----------------------|
| 1986 | | 411 | 0,05 |
| 1987 | | 16206 | 1,96 |
| 1988 | | 26069 | 3,11 |
| 1989 | | 30552 | 3,61 |
| 1990 | | 37231 | 4,35 |
| 1991 | | 41910 | 4,79 |
| 1992 | | 44962 | 5,1 |
| 1993 | | 45503 | 5,15 |
| 1994 | | 47832 | 5,38 |
| 1995 | | 49367 | 5,53 |
| 1996 | | 51002 | 5,69 |
| 1997 | | 49578 | 5,52 |
| 1998 | 117 | 53847 | 6 |
| 1999 | 123 | 58.399 | 6,52 |
| 2000 | 121 | 63756 | 7,14 |
| 2001 | 121 | 69857 | 7,66 |
| 2002 | 124 | 77125 | 8,46 |
| 2003 | 128 | 79788 | 8,77 |
| 2004 | 133 | 84985 | 8,94 |
| 2005 | 134 | 91564 | 9,6 |
| 2006 | 135 | 101.592 | 10,62 |
| 2007 | 137 | 112738 | 11,49 |
| 2008 | 137 | 115812 | 11,78 |
| 2009 | 141 | 111782 | 11,41 |
| 2010 | 146 | 113031 | 11,71 |
| 2011 | 173 | 118359 | 12,47 |
| 2012 | 189 | 112390 | 12,12 |
| 2013 | 198 | 108690 | 11,74 |
| 2014 | 191 | 94796 | 10,46 |
| 2015 | 200 | 94188 | 10,4 |
| 2016 | 201 | 93731 | 10,36 |
| 2017 | 212 | 94723 | 10,51 |
| 2018 | 211 | 95917 | 11,12 |

Es menester destacar que más del 90% de las causas de aborto quirúrgico en España corresponde a abortos realizados a pedido de la mujer, en otras palabras, es realizado como método contraceptivo de emergencia. (Tabla 2). Las estadísticas no discriminan si hubo alguna participación del padre en la toma de decisiones, ni tampoco si pudo haber obedecido a alguna maniobra coercitiva por parte del varón sobre la pareja. Sin embargo, lo que queda bien claro es que el supuesto de violación es prácticamente ausente dentro de las causales.

Tabla 2: causas de aborto en España.

Incidencia de abortos en Nueva Zelanda

| Causa de aborto quirúrgico | % |
|---|-------|
| A petición de la madre | 90.44 |
| Grave riesgo para la vida o la salud de la madre | 5.59 |
| Riego de graves anomalías en el niño | 3.32 |
| Anomalías incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable | 0.28 |

¿Qué dice la ley en Nueva Zelanda?⁴⁴⁴

Las condiciones para la realización de abortos en Nueva Zelanda están establecidas por el Código Penal de 1961 y la Ley de Anticonceptivos, Esterilización y Aborto de 1977.

Fue a partir de 1977 que de acuerdo a estas leyes podían ser terminados en forma no punible los embarazos que presentaran:

- a- un grave peligro para la vida de una mujer
- b- un grave peligro para su salud física o mental;
- c- los embarazos resultantes de incesto o relaciones sexuales con un tutor;
- d- los embarazos en mujeres con discapacidad cognitiva;
- e- embarazos que presentan anomalías fetales.

Para que el aborto sea aprobado, dos consultores de certificación del servicio de terminación de embarazos deben estar de acuerdo por separado en que las circunstancias de la mujer se ajusten a los criterios legales.

A partir del 19 de marzo de 2020, Nueva Zelanda se sumó a la lista de países que permiten el aborto libre durante las primeras 20 semanas de gestación, proyecto de ley impulsado por su gobierno de coalición de centro izquierda cuyo primer ministro es Jacinda Ardern, y quien es además la líder del partido laborista.

Una vez pasadas esas 20 semanas, el aborto sólo sería posible bajo las causales mencionadas previamente. A diferencia de otros países como Australia y los EE.UU., Nueva Zelanda ofrece estos servicios de forma no arancelada a sus ciudadanos y residentes.⁴⁴⁵

⁴⁴⁴ <https://www.bcn.cl/observatorio/asiapacifico/noticias/aborto-terapeutico-en-nueva-zelandia>

⁴⁴⁵ <https://www.lavanguardia.com/internacional/20200319/474256879041/nueva-zelanda-aborto-libre.html>

Los datos de cada aborto médico o quirúrgico dentro de las mencionadas causales se recopilan en un formulario completado por los médicos y enviados a un Comité supervisor de abortos (Abortion Supervisory Committee). Es con esta información con la que se realizan estadísticas de abortos en este país a partir de 1980.

Si bien el Comité Supervisor de Abortos tiene estadísticas fidedignas acerca del número y causas de abortos, ellos mismos admiten su imposibilidad para recopilar datos relacionados con la atención posterior al aborto, dado que, si esa atención ocurre, es llevada a cabo por diversos proveedores de salud, incluido el propio médico de la paciente, clínicas ambulatorias o cualquier otro profesional médico. El comité admite no tener la autoridad legislativa para recuperar esos datos, lo cual vislumbra que hay una mayor vocación para llevar adelante la terminación del embarazo que resolver la vulnerabilidad de esas madres o hacer un acompañamiento terapéutico posterior, sabiendo que es un trauma que se lleva toda la vida y genera severos trastornos psicológicos en el 70 a 80% de las pacientes.⁴⁴⁶ (Ver capítulo 7, Consecuencias emocionales del aborto)

¿Cuáles son las cifras?

La Figura 2 y la tabla 3 muestran el número de abortos realizados en Nueva Zelanda desde 1980 hasta 2018. De acuerdo a los datos del estamento oficial de estadísticas de Nueva Zelanda, el número de abortos se fue incrementando sostenidamente desde 1977 bajo las causales de no punibilidad hasta alcanzar un punto máximo de 18.511 casos en 2003. El incremento fue de aproximadamente un 300%. Esa cifra se mantuvo estable durante aproximadamente 4 años hasta el año 2007 cuando se documentaron 18.382 abortos. A partir de entonces se notó un descenso hasta el año 2016 para luego volver a incrementarse sensiblemente hasta el 2018. Entre 1980 y diciembre de 2019 se registraron 527.428 muertes provocadas de niños en el seno materno.^{447 448 449 450}

Una de las razones de dicha disminución observada en el número de abortos en los últimos años podría explicarse en parte por una mayor disponibilidad de métodos anticonceptivos, particularmente, el implante subdérmico de Levonorgestrel micronizado de 75mg. que fue subvencionado por el gobierno Neozelandés a partir del año 2010, y cuya forma de presentación en ese país consiste en una cápsula del tamaño de un fósforo que se inserta en el antebrazo y libera una hormona que previene embarazos durante cinco años.

⁴⁴⁶ https://www.parliament.nz/resource/en-NZ/51DBHOH_PAP72270_1/3419371d46570c287ca518df6b57e79a41f363a6 (página 7)

⁴⁴⁷ https://abort73.com/abortion_facts/new_zealand_abortion_statistics/

⁴⁴⁸ <https://www.stats.govt.nz/information-releases/abortion-statistics-year-ended-december-2017>

⁴⁴⁹ <https://www.stats.govt.nz/news/abortion-statistics-year-ended-december-2018-media-release>

<https://www.stats.govt.nz/topics/abortions>

⁴⁵⁰ <https://www.stats.govt.nz/information-releases/abortion-statistics-year-ended-december-2018>

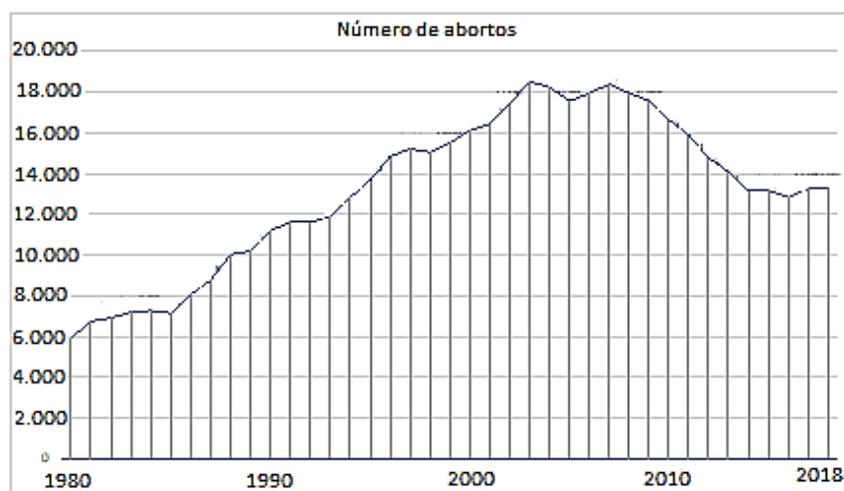


Fig. 2: Curva de número de abortos en Nueva Zelanda, período 1980-2018.

Un fenómeno que se repite durante los 30 años de incremento sostenido en el número de abortos asociado a una laxa ley de abortos no punibles en ese país es que la principal causa de aborto es “peligro para la salud mental” de la madre.

| Causa de Aborto. Año 2015. | numero | % |
|---|--------|------|
| Total | 13.155 | 100 |
| Peligro para la vida | 32 | 0,2 |
| Peligro para la salud física | 21 | 0,2 |
| Peligro para la salud mental | 12810 | 97,4 |
| Peligro para la vida y la salud física | 1 | 0 |
| Peligro para la vida y la salud mental | 1 | 0 |
| Peligro para la salud mental y física | 110 | 0,8 |
| Niña discapacitada y peligro de vida | 2 | 0 |
| Niña discapacitada y peligro físico | 5 | 0 |
| Niña discapacitada y peligro mental | 107 | 0,8 |
| Niña discapacitada, peligro físico y mental | 3 | 0 |
| Niña gravemente discapacitada | 57 | 0,4 |
| Delito penal y peligro para la salud mental | 6 | 0 |

Obsérvese en la tabla 3, como en el año 2015, por citar sólo un ejemplo, dicha causal englobó más del 97% de los abortos no punibles. Además está decir, que la causal “salud mental” es peligrosamente ambigua y puede dar lugar para toda clase de justificaciones bajo este pretexto. Estas pueden ir desde la depresión banal hasta la psicosis. Si esa causal de aborto fuese genuinamente cierta, debiera preocupar seriamente a las autoridades de ese país el elevado nivel de insalubridad

mental en ese segmento poblacional. Esta respuesta se verá en parte contestada a partir de marzo de 2020, en el que la posibilidad de practicar abortos libremente y a solo voluntad de la madre podría modificar el mapa de número y causales de abortos.

Tabla 3. Causas de aborto no punible en Nueva Zelanda durante el año 2015.

Incidencia de abortos en Uruguay.

¿Qué dice la ley uruguaya?

El Código Penal uruguayo criminalizó el aborto en 1898. En un breve interregno entre 1934 y 1938, el aborto fue despenalizado. Luego de 1938, el aborto volvió a ser ilegal hasta el año 2012.⁴⁵¹

La ley uruguaya de 1938 que criminaliza el aborto (Ley N° 9.763), vigente hasta 2012, definía el aborto como delito, y consideraba que la pena podía ser atenuada o eximida por un juez, cuando fuera realizado por un médico, en los casos de violación, honor de la familia, penuria económica y riesgo de vida para la mujer, hasta los tres meses de gestación, y en el caso de riesgo de vida de la mujer, sin plazo.¹⁸

En el año 2012, Uruguay se convirtió en el primer país de América del Sur en legitimar la muerte de niños en gestación en tierra propia. El aborto fue establecido como libre y a voluntad hasta la semana 12 de gestación y hasta la semana 14 para mujeres cuyos embarazos hayan sido fruto de violación. Sin embargo, la ley no pone plazos para abortar en dos circunstancias:

A) Cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer.

B) Cuando se verifique un proceso patológico, que provoque malformaciones incompatibles con la vida extrauterina.⁴⁵²

Habitualmente, el aborto se lleva a cabo en forma medicamentosa, mientras que la cirugía queda reservada para los casos complicados o más avanzados. Cabe destacar que según datos suministrados por el Secretario de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina, el 30% de los abortos medicamentosos realizados dentro del marco de no punibilidad terminan con una internación.^{453 454}

¿Cuáles son las cifras? ^{455 456}

La figura 3 demuestra que el número de abortos en Uruguay se ha incrementado dramáticamente desde su legalización en el año 2012. Entre el 2013 y 2019 el incremento fue del 39,3%. La tabla 4 muestra no sólo el aumento en el número total de abortos por año, sino además el simultáneo descenso en la tasa global de fecundidad (TGF), que expresa el número de hijos por mujer en edad reproductiva. La misma es una de las medidas de la fecundidad referida a la fecundación o relación que existe entre el número de nacimientos ocurrido en un cierto período de tiempo y la cantidad de población femenina en edad fértil en el mismo período. (Ver más adelante, “Su impacto demográfico”)

La tabla 4 muestra que el Estado Uruguayo ha instrumentado la muerte de 65.219 niños uruguayos inocentes desde la legalización del aborto en 2012 hasta diciembre de 2019.

⁴⁵¹ <https://www.teseopress.com/jornadassalud11/chapter/el-proceso-politico-del-aborto-legal-en-uruguay/>

⁴⁵² <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3407519.htm>

⁴⁵³ https://www.clarin.com/sociedad/rosario-rincon-pais-aplica-criterio-amplio_o_SyFtIFOFM.html

⁴⁵⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=dWNZVTrn5mE&feature=youtu.be> (Grafico mostrado 4:55:47)

⁴⁵⁵ <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/presentacion-sobre-natalidad-fecundidad-y-mortalidad-infantil-en-uruguay>. *Googlear* “Presentación sobre natalidad, fecundidad y mortalidad infantil en Uruguay 2019” luego ingresar en “Tendencias recientes de la fecundidad ... – Presidencia”

⁴⁵⁶ <https://datosmacro.expansion.com/demografia/natalidad/uruguay>

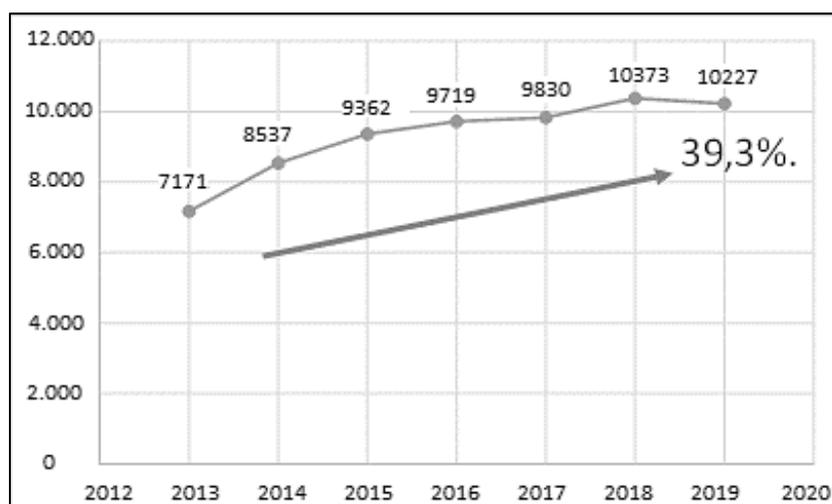


Fig. 3: Número de abortos en Uruguay, período 2013-2019.

Impacto demográfico del aborto tras su despenalización y/o legalización

| Año | Número de abortos | Aumento Interanual | TGF |
|------|-------------------|--------------------|------|
| 2013 | 7171 | Referencia | 1,97 |
| 2014 | 8537 | +20% | 1,96 |
| 2015 | 9362 | +9,6% | 1,94 |
| 2016 | 9719 | +3,8% | 1,88 |
| 2017 | 9830 | +1,1% | 1,71 |
| 2018 | 10373 | +5,5% | 1,6 |
| 2019 | 10227 | -1,5% | 1,5 |

Tabla 4: Número total de abortos, porcentaje de aumento interanual y tasa global de fecundidad (TGF) por año (período 2013-2019). Datos recabados del Banco Mundial, el resto fueron obtenidos del Ministerio de Salud de la República Oriental del Uruguay.

El común denominador de los países que han despenalizado o legalizado el aborto ha sido un coincidente efecto deletéreo en las tasas de natalidad y las tasas de fecundidad lo que ha llevado a una sustantiva disminución de la población económicamente activa. Sería apresurado adjudicarle al aborto una completa responsabilidad por semejante perjuicio sociodemográfico dado que el creciente costo social, la mayor presencia femenina en el mercado laboral, el plan sistemático de destrucción de la institución familiar por parte de muchos medios masivos de comunicación, la cultura de la cosificación de la mujer, la cultura del hedonismo y el descarte, el fomento del individualismo y del egoísmo, la demonización de la crianza de niños, el auge del feminismo radicalizado y el marxismo cultural podrían también explicar en parte dicho fenómeno. Sin embargo, llama enormemente la atención la coincidencia témporoespacial entre la legitimación del aborto y los marcados descensos en las tasas de natalidad y fecundidad.

En efecto, múltiples publicaciones de investigación periodística expresan desde hace tiempo su preocupación por la inversión en la pirámide poblacional observada en las diversas partes del mundo, especialmente aquellas que tienen aborto legal.

España, por ejemplo, ha pasado de ser una de las sociedades europeas con mayor nivel de fecundidad, a ser el país de la Unión Europea con el segundo índice de fecundidad más bajo, solo por detrás de Malta, según recoge el informe del Ivie y Fundación BBVA sobre “Evolución

de la natalidad en las regiones y municipios españoles”.⁴⁵⁷ Diversos informes coinciden que la baja natalidad en España pone en peligro las políticas de bienestar y el reemplazo generacional.^{458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470}

Para los autores del mencionado informe,⁴⁷¹ es preocupante que ningún país de la Unión Europea alcance el nivel de reemplazo generacional. En efecto, actualmente, ningún país de la Unión Europea alcanza el índice de fecundidad de 2,1 hijos por mujer que garantiza el reemplazo generacional y la estabilidad de la población.

La caída de la natalidad en España también podría explicarse en parte por la crisis económica de 2008. Sin embargo, este análisis no termina de explicar el fenómeno completamente, dado que luego de diez años de superada esa crisis, se registraron en España más defunciones que nacimientos. En efecto, España lleva dos años consecutivos de valores negativos en su ecuación demográfica, es decir, fallecen más personas de las que nacen con vida.^{472 473} (Figuras 4a y 4b)

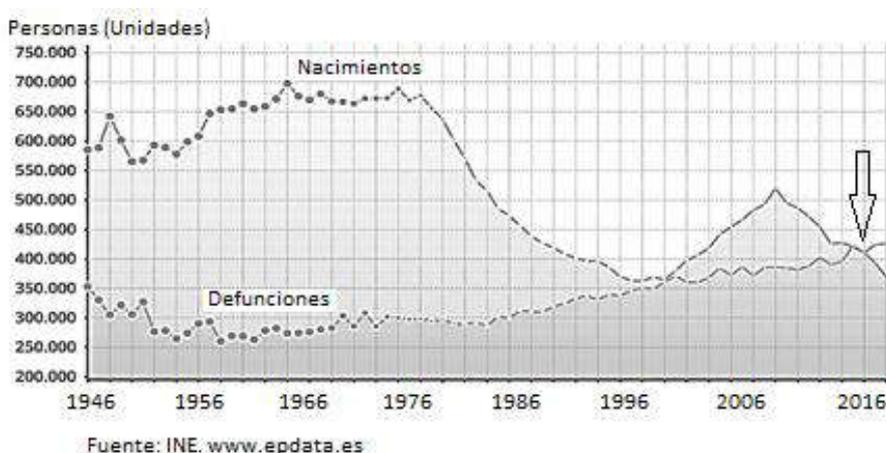


Fig. 4a. Evolución de nacimientos y defunciones en España. Período 1946-2018. La flecha indica el punto de entrecruzamiento de las curvas de natalidad y mortalidad en el año 2016.⁴⁷²

⁴⁵⁷ <https://salud.ladiaria.com.uy/articulo/2020/2/en-2019-hubo-casi-37500-nacimientos-en-uruguay-un-tercio-menos-que-hace-dos-decadas/>

⁴⁵⁸ https://elpais.com/sociedad/2019/06/19/actualidad/1560938428_722944.html

⁴⁵⁹ https://elpais.com/sociedad/2019/12/11/actualidad/1576066654_423281.html

⁴⁶⁰ https://www.elconfidencial.com/economia/2019-12-11/espana-minimo-historico-nacimientos-1995_2372252/

⁴⁶¹ https://www.lasexta.com/noticias/sociedad/las-razones-por-las-que-la-natalidad-ha-caido-en-espana-hasta-cifras-similares-a-las-de-la-posguerra-video_201912145df4fd5bocf25dc82d327186.html

⁴⁶² <https://www.elmundo.es/espana/2019/06/30/5d15d472fc6c83bdob8b4614.html>

⁴⁶³ <https://www.elmundo.es/espana/2019/06/19/5doao3fifc6c8394188b4622.html>

⁴⁶⁴ <https://www.elmundo.es/papel/historias/2019/06/20/5doa7a0efdddfecba8b46f2.html>

⁴⁶⁵ <http://www.revistaestudiosregionales.com/documentos/articulos/pdf289.pdf>

⁴⁶⁶ <https://www.rtve.es/noticias/20190622/descenso-natalidad-sintoma-social-mas-alla-datos/1960323.shtml>

⁴⁶⁷ <http://www.canalsur.es/noticias/andaluc%C3%ADa/andalucia-encabeza-la-fuerte-caida-de-la-natalidad-en-espana/1516390.html>

⁴⁶⁸ <https://magnet.xataka.com/en-diez-minutos/galicia-extremo-caida-demografica-espana-doble-muertes-que-nacimientos>

⁴⁶⁹ <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1220390>

⁴⁷⁰ <https://www.economista.es/economia/noticias/10247628/12/19/El-numero-de-nacimientos-en-Espana-hasta-junio-ya-es-el-mas-bajo-desde-1941-y-otras-curiosidades-de-la-encuesta-de-poblacion.html>

⁴⁷¹ <https://economia3.com/2019/11/26/235595-baja-natalidad-espana-pone-peligro-relevo-generacional/>

⁴⁷² <https://www.epdata.es/datos/poblacion-espana-hoy-inmigrantes-emigrantes-otros-datos-habitantes-espana/1/espana/106>

⁴⁷³ https://www.eldiario.es/sociedad/municipios-muertes-nacimientos-ultimos-veinte_o_972902854.html

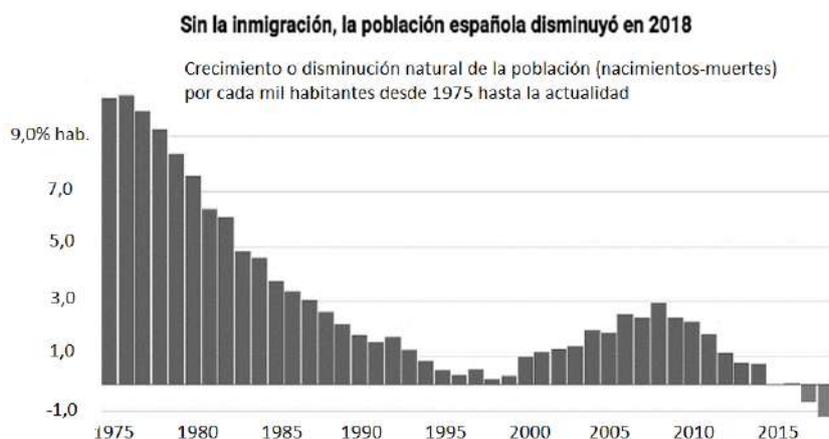
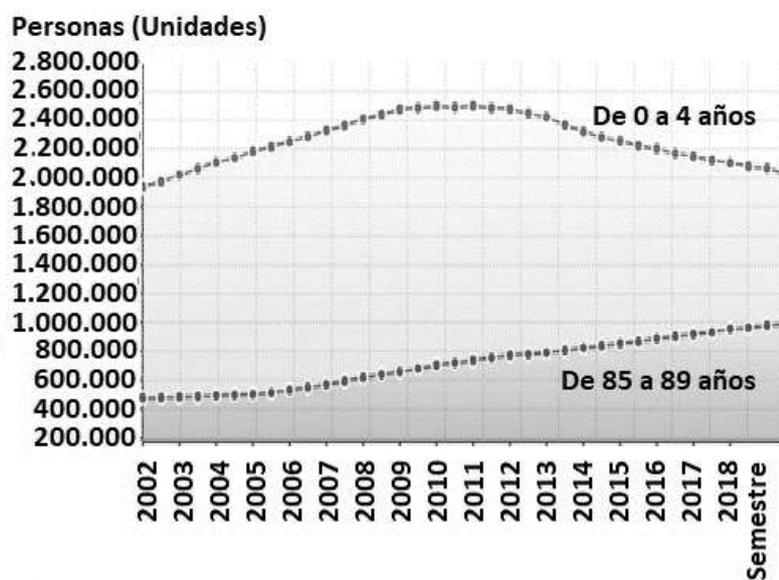


Fig. 4b. Tasa de crecimiento poblacional por cada 1000 habitantes. Período 1975-2018. El crecimiento va de +10,4 cada 1000 habitantes en 1975 hasta -1,2 en 2018.

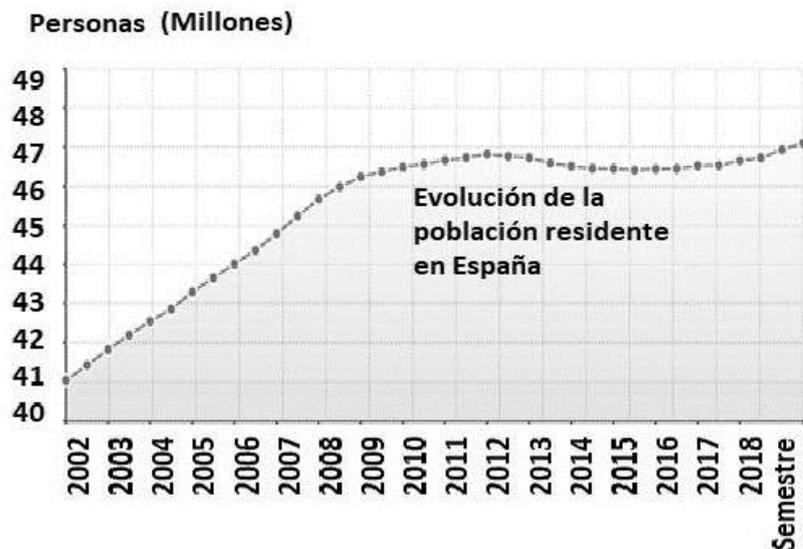
Este fenómeno de “deflación” poblacional autóctona va acompañado de un preocupante envejecimiento poblacional con una disminución de la población menor a 4 años como se muestra en la figura 5.³⁹ La caída de la natalidad, tiene implicaciones económicas y sociales al afectar al crecimiento vegetativo de la población y, por tanto, la velocidad de envejecimiento de la misma. Este envejecimiento repercute, por una parte, en el fenómeno de despoblación que vive España y, por otra, en la sostenibilidad del Estado del bienestar, al aumentar el gasto en sanidad, dependencia y pensiones.



Fuente: INE. www.epdata.es

Fig. 5: Curvas comparativas de habitantes entre 85 y 89 años versus habitantes de 0 a 4 años. Período 2002 -2019.

Se habla de “deflación poblacional autóctona” dado que a pesar de haber mayor número de muertes que de nacimientos, el número poblacional total (habitantes residentes en España) se mantiene estable y se ve compensado gracias al importante influjo migracional. (Figura 6)



Fuente: INE. www.epdata.es

Fig. 6: Evolución poblacional residente en España desde el año 2002 hasta la fecha. En la actualidad la población es de 47.100.396 habitantes. ⁴⁷²

En una encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas de España en 2018,⁴⁷⁴ casi 8 de cada 10 mujeres de 25 a 29 años (el 79,2%) aún no ha tenido hijos. Este porcentaje se eleva al 88,1% para todas las mujeres de entre 18 y 30 años. Por su parte, más de la mitad de las mujeres de 30 a 34 años (el 52,0%) declaró no haber tenido hijos hasta entonces. El porcentaje de mujeres que aún no había sido madre se reduce al 27,8% en las que tienen de 35 a 39 años y al 19 % en las mayores a 40 años.⁴⁷⁵

Conforme aumenta el nivel educativo se retrasa la edad a la maternidad. No obstante, las diferencias en cuanto al número de hijos alcanzado por las generaciones de mujeres que ya han completado su período fértil son pequeñas y no alcanzan a compensar la disparidad. Así, las mujeres con nivel de estudios superiores que actualmente tienen entre 45 y 49 años han tenido en promedio 1,50 hijos. Las que completaron estudios de segunda etapa de secundaria tuvieron 1,58 hijos y las que alcanzaron primera etapa de secundaria o inferior tuvieron, de media, 1,63 hijos. ⁴²

Las mujeres de nacionalidad extranjera tienen más hijos que las españolas a todas las edades. Las españolas tienen, en general, los hijos más tarde que las mujeres de nacionalidad extranjera. Así, mientras que en el grupo de edad de 30 a 34 años las extranjeras alcanzan una cifra media de 1,2 hijos por mujer, las españolas sitúan su promedio en 0,69 hijos. Los porcentajes de mujeres españolas que aún no han tenido hijos superan a los de las extranjeras en todos los grupos de edad inferiores a 45 años.

La mayor diferencia se da en el grupo de edad de 25 a 29 años, en el que el porcentaje de españolas que aún no ha tenido hijos es del 83,5% frente al 55,4% de las extranjeras. ⁴²

De dicha encuesta también se desprende que "No quiero ser madre" es el principal motivo por el que las mujeres de entre 35 y 44 años no tienen intención de tener hijos. Esta razón supera los problemas económicos, la dificultad de conciliar una vida familiar y laboral, la

⁴⁷⁴ https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177006&menu=resultados&idp=1254735573002#!tabs-1254736195659

⁴⁷⁵ https://www.ine.es/prensa/ef_2018_d.pdf

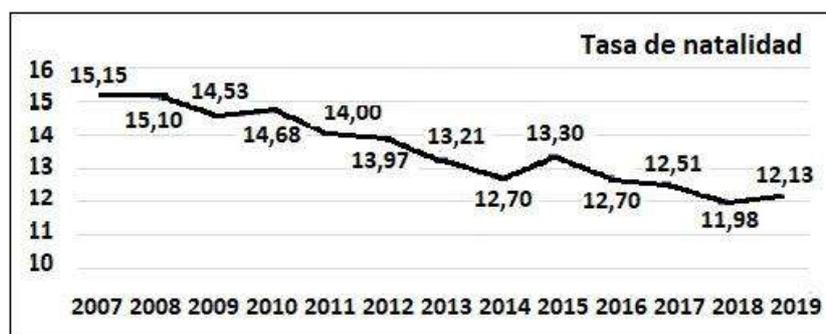
imposibilidad de lograr una pareja estable y los temores propios de la edad.⁴² Esta respuesta refleja el cambio ideológico y cultural que ha sufrido la mujer española en las últimas décadas, ratificando que no son cosas que impresionen puedan revertirse solamente dando incentivos económicos o mejoras en las condiciones laborales. (Ver más adelante).

Las estadísticas de Nueva Zelanda demuestran que la despenalización (a diferencia de lo que podría ser la legalización), si bien ocasionaron un claro incremento en el número de abortos, no impresionó impactar en forma tan inmediata en las tasas de natalidad (número de niños nacidos vivos cada 1.000 habitantes) y fecundidad (número de hijos por cada mujer en edad fértil) como en otros Países. Esto se podría explicar en parte porque Nueva Zelanda es un país que tiene una política abierta de inmigración especialmente para jóvenes.⁴⁷⁶

En efecto, la demanda de trabajadores calificados y las ganancias que generan los estudiantes extranjeros ha llevado a que Nueva Zelanda disponga de un moderno programa de visas temporales y permanentes para atraer ciudadanos extranjeros. De esta manera, durante 2015 sólo la industria agrícola empleó a 141 mil trabajadores extranjeros, razón por la cual la migración es considerada como un aporte significativo al crecimiento económico y poblacional.

Hasta hace no mucho, todos aquellos que estudiaban una carrera, un postgrado o un master en Nueva Zelanda contaban con un año de visado extra para poder encontrar su lugar en el Mercado laboral neozelandés, donde la tasa de desempleo sigue en mínimos envidiables para muchos países, con un 4,4%. Modificaciones recientes en la política de inmigración lograron extender el mencionado visado hasta tres años. Es por ello que, en los últimos 5 años, el 35% de estudiantes de masters o postgrado, decidió solicitar la visa permanente. Aproximadamente el 92% de los abortos practicados en ese País es realizado a mujeres residentes.^{43 477}

A pesar de esto, Nueva Zelanda viene padeciendo una sostenida caída en las tasas de natalidad, número de nacimientos y tasa de fecundidad en la última década, desde el año 2007 hasta la actualidad. (Figura 7A, 7B, 7C)



⁴⁷⁶ <https://www.youtooproject.com/conseguir-la-residencia-permanente-en-nueva-zelanda-sera-mas-facil/>

⁴⁷⁷ <https://definicion.de/tasa-de-natalidad/>

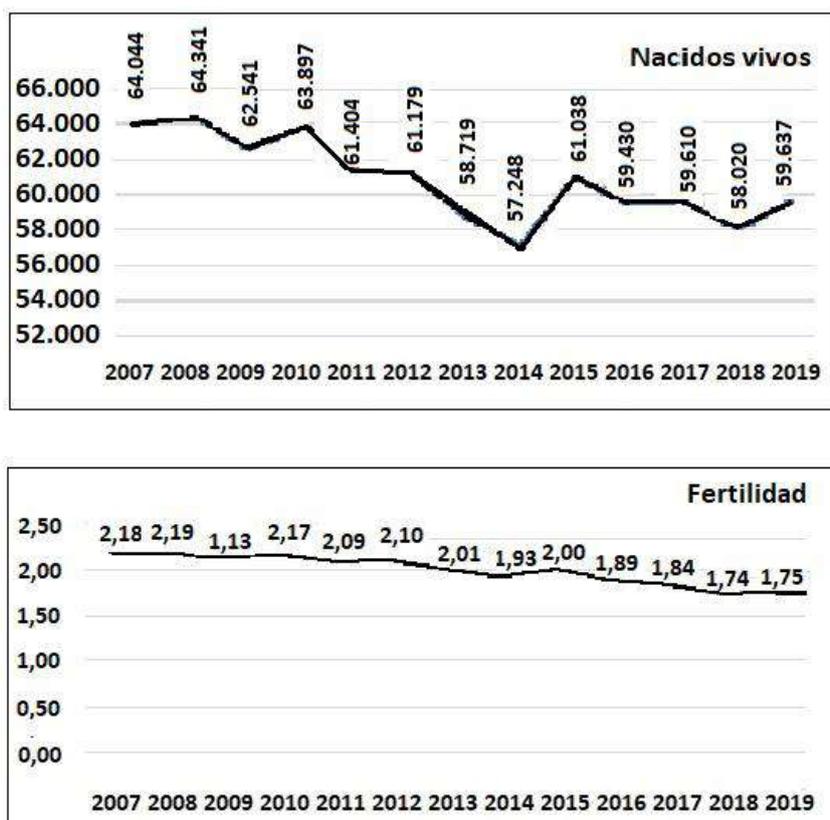


Fig. 7A: Tasas de natalidad, Fig. 7B: Número de nacidos vivos. Fig. 7C: Tasas de fecundidad en Nueva Zelanda. Período 2007-2019.

El país en el que más claramente se observa una coincidencia entre la legalización del aborto y la disminución en la natalidad es en La República Oriental del Uruguay, como se puede apreciar en la figura 8. Más preocupante aun, en el año 2019 hubo 2.671 nacimientos menos que en 2018, dando un total de 37.448 nacimientos. La reducción se produjo en todos los grupos etarios (excepto dos nacimientos más que hubo en el grupo de mujeres de 45 a 49 años y otros dos de mayores de 50 años), pero la mayor contribución al descenso la ofreció el grupo etario de 20 a 24 años, seguido por el de mujeres menores de 19 años.

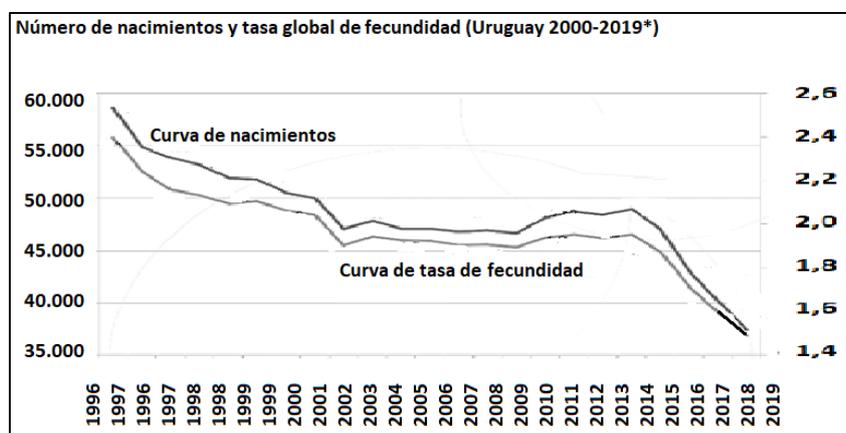


Fig.8. Número de nacimientos y tasa global de fecundidad. Nótese el marcado descenso a partir del 2015, 3 años luego de la legalización del aborto. Período 1996-2019. Fuente: Ministerio de Salud de Uruguay.

En este caso en particular, el mismo ministerio de salud se jacta de haber sido un logro de gestión a partir de la creciente oferta de métodos anticonceptivos que desplegó esa cartera, fundamentalmente con los implantes subcutáneos suministrados a usuarias de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Sin embargo, esas mismas autoridades se apresuran en negar una relación entre la caída de la natalidad y la legalización del aborto.⁴⁷⁸

Esta negación no solo es totalmente inverosímil, sino que, además, pone de relieve la preocupación de las autoridades sanitarias por la mala propaganda que ese análisis supondría para el negocio del aborto, permitiendo imaginar algún potencial conflicto de interés.

Algunas autoridades ministeriales han pretendido justificar el fenómeno especulando que estas mujeres no han dejado de tener hijos, sino que simplemente lo aplazaron, y esperan ver una futura recuperación de la fecundidad en un tiempo que ellos mismos admiten es imposible de determinar. Las cifras de España, que llevan décadas de aborto a demanda, demuestran que es una verdad a medias, porque si bien hay un aumento en la edad materna (o edad gestacional) promedio, la tasa global de fecundidad sigue en descenso y la postergación de la edad materna no alcanza a compensar la merma en el número de hijos sufrida entre las más jóvenes.⁴⁷⁸ Es por ello que justificar la disminución en la natalidad en aras de una compensación posterior termina siendo engañoso y falto de sustento demográfico por dos motivos a saber:

Primero, la mortalidad materna se incrementa con el aumento de la edad materna. Un trabajo de investigación realizado en Chile evaluando el impacto del aborto en la mortalidad materna demostró que la postergación de la edad materna aumentó significativamente la mortalidad materna en ese país. Los autores observaron una mayor mortalidad materna en mujeres primíparas mayores a 29 años en base a un mayor riesgo obstétrico.⁴⁷⁹ Esto fue confirmado también en estudios realizados en países desarrollados.^{480 481 482 483}

Segundo, la realidad es que, en otros países del mundo, especialmente de Europa que llevan varias décadas de aborto legal, nunca han vuelto a recuperar sus tasas históricas de natalidad y fecundidad, a pesar de ofrecer subsidios y estímulos financieros a la natalidad.

Indudablemente, legitimar la muerte de niños en gestación y al mismo tiempo dar incentivos de dinero para tenerlos es un mensaje totalmente contradictorio y esquizofrénico, que no sustenta ningún sentido sanitario. Son ejemplo de esto Noruega, Finlandia, Suecia, Francia, Países Bajos y el Reino Unido.^{484 485 486}

Más aun, uno de los primeros países del mundo en legalizar el aborto como fue Rusia, no está exento de alarmantes problemas demográficos. El mismo presidente Vladimir Putin calificó el descenso de la natalidad en ese país como "preocupante". El parlamento ruso ha votado recientemente una nueva legislación que prevé dar a aquellas familias o madres solteras que tengan su primer hijo una suma de 466.000 rublos (equivalente a 6.732 euros), una cuantía 10 veces superior al salario medio percibido por la población del país. Para el nacimiento de un

⁴⁷⁸ <https://salud.ladiaria.com.uy/articulo/2020/2/en-2019-hubo-casi-37500-nacimientos-en-uruguay-un-tercio-menos-que-hace-dos-decadas/>

⁴⁷⁹ Koch E, Thorp J, Bravo M, Gatica S, Romero CX, Aguilera H, Ahlers I. 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

⁴⁸⁰ Fernandez MA, Cavanillas AB, Dramaix-Wilmet M, Soria FS, de Mata Donado Campos J, et al. Increase in maternal mortality associated with change in the reproductive pattern in Spain: 1996-2005. *J Epidemiol Community Health*. 2009; 63: 433-438.

⁴⁸¹ Bewley S, Helleur A. Rising maternal deaths in London, UK. *Lancet* 2012;379: 1198.

⁴⁸² Mhyre JM. Maternal mortality. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2012;25:277-85.

⁴⁸³ Fretts RC, Schmittdiel J, McLean FH, Usher RH, Goldman MB. Increased maternal age and the risk of fetal death. *N Engl J Med* 1995;333: 953-957.

⁴⁸⁴ http://www.teinteresa.es/espana/Noruega-familias-reciben-euros-anos_o_814120749.html

⁴⁸⁵ <http://www.oecd.org/els/family/4770128.pdf>

⁴⁸⁶ <http://www.ipfe.org/>

segundo hijo el Estado Ruso dará ayudas de 616.000 rublos (equivalente a 8.901 euros). Con una tasa de fertilidad de menos de dos nacimientos por mujer, Rusia se enfrenta a un problema de natalidad para mantener una población de 147 millones de personas. Tan es así, que el jefe de Estado ha establecido la tarea de que estos cambios sean retroactivos y afecten a las familias en las que los niños nacieron a partir del 1º de enero de 2020.⁴⁸⁷

La gran preocupación en estos países es la falta de una población económicamente activa suficientemente numerosa que pueda acompañar y sostener el progresivo aumento de la población pasiva. El envejecimiento de la población en muchos países debido al incremento de la expectativa de vida y la caída de la tasa de fecundidad genera tensiones en el financiamiento de los sistemas de pensiones contributivos en la medida que se altera la proporción entre contribuyentes y beneficiarios.

Esto ha llevado a un incremento de la edad jubilatoria con el objetivo de mitigar la disminución relativa del segmento poblacional económicamente activo y paralelamente, aumentar la masa poblacional que sigue aportando al mantenimiento del estado mediante sus impuestos. Más marcado es este fenómeno en Países con políticas populistas y o socialistas que se caracterizan por un notable crecimiento de los organismos estatales.

Este aumento de la edad jubilatoria ha ocasionado descontento social que tuvo repercusión popular a tal punto que se han hecho manifestaciones multitudinarias a modo de protesta.⁴⁸⁸

Retomando el ejemplo de España, hay tres aspectos que constituyen un desafío para el sistema de jubilaciones:⁴⁸⁹

En primer lugar, el aumento del número de jubilados, que casi se duplicará en 30 años. Las estimaciones apuntan que para el año 2050 España tendrá cerca de seis jubilados por cada diez personas en edad de trabajar.

En segundo lugar, las pensiones que son vitalicias (se pagan hasta que el beneficiario fallece), se pagarán durante más tiempo por el incremento de la esperanza de vida en los mayores de 65 años, que superarán dentro de no mucho tiempo la media de los 90 años (frente a los 84 actuales). ¿Pensarán mitigar este aspecto mediante la reciente legalización de la eutanasia?

En tercer lugar, la baja tasa de fertilidad, que en España es una de las más bajas del mundo, y que contribuyó a una reducción de la población económicamente activa que aporte al sistema de pensiones. Es en este aspecto que el aborto parece jugar un papel no menor, nuevamente, por la coincidente disminución en las tasas de natalidad y tasas de fecundidad con regímenes laxos de despenalización y o legalización. (Figura 8) ⁴⁸⁹

Eso ha llevado a una reforma al sistema de pensiones en ese País aprobada durante el mandato de José Luis Rodríguez Zapatero en el año 2011. La reforma consiste fundamentalmente en llevar la edad jubilatoria de 65 a 67 años. Éste aumento entró en vigencia a partir del año 2013 y culminará en el año 2027. Año tras año la edad jubilatoria se irá incrementando “progresivamente” a razón de uno a dos meses por año, de acuerdo a un sistema de tablas de cálculo. Esta tabla también considera los años de aporte jubilatorio permitiendo en gente seleccionada realizar jubilaciones anticipadas. Salvando excepciones, el objetivo final es la

⁴⁸⁷ <https://www.lanacion.com.ar/el-mundo/rusia-enfrentar-baja-natalidad-pagaran-mas-8-nid2335710>

⁴⁸⁸ <https://www.lavanguardia.com/economia/20180317/441592384062/manifestacion-pensionistas-jubilados-ciudades-espana.html>

⁴⁸⁹ https://elpais.com/economia/2019/08/14/actualidad/1565797943_689303.html

necesidad de lograr el aumento de la edad jubilatoria.⁴⁹⁰ ⁴⁹¹ Esté mismo fenómeno viene ocurriendo en otros países Europa como ser Francia, Italia, Irlanda y Reino Unido.⁴⁹²

La Argentina también va en ese camino. En la actualidad, las mujeres se pueden jubilar a los 60 años mientras que los varones lo hacen a los 65 luego de 30 años de aportes. Según relatos periodísticos, una de las exigencias del Fondo Monetario Internacional (FMI) sería aplicar una reforma jubilatoria basada en el aumento de la edad de las jubilaciones: de 60 a 65 para las mujeres y de 65 a 67 para los varones.⁴⁹³ ⁴⁹⁴

En los últimos 50 años, diversas organizaciones internacionales han puesto de manifiesto que el crecimiento demográfico representa un fenómeno que atenta contra la subsistencia de la especie y del planeta en general por el creciente consumo de recursos naturales. Tan fue así, que, a principios de los años 70, durante los últimos días del gobierno del Presidente Nixon, un documento del Departamento de Estado creado bajo la dirección del Secretario de Estado Henry Kissinger, identificó el crecimiento de la población en los países del tercer mundo como “un asunto de máxima importancia”. Este documento, el Memorándum 200 (también conocido como Informe Kissinger) acerca de un estudio sobre la seguridad nacional o NSSM 200 (National Security Study Memorandum 200), alegaba que el crecimiento de la población ponía en peligro el acceso a minerales y a otras materias primas que los EE.UU. necesitaban y que, por lo tanto, constituía una amenaza para su seguridad económica y política. Por lo tanto, era necesario un extenso control demográfico.⁴⁹⁵ ⁴⁹⁶

Es por ello que desde hace décadas diversos organismos internacionales buscan formas para reducir la tasa de natalidad en el mundo con la premisa que el crecimiento poblacional atenta contra las posibilidades de desarrollo y progreso de una Nación.⁴⁹⁷ ⁴⁹⁸ ⁴⁹⁹ Indudablemente, es aquí donde ingresó fuertemente la legitimación del aborto como una de las tantas estrategias de reingeniería demográfica mundial.

El potencial impacto del crecimiento demográfico sobre la supervivencia planetaria podría debatirse extensamente, cosa que escapa al objetivo de este capítulo. Estos planteamientos contrastan con la creciente preocupación que se da en muchos países por la mencionada baja tasa de natalidad que junto al aumento de la esperanza de vida conduce a crecientes y supuestamente insostenibles índices de dependencia, que miden la proporción entre la población que no está en edad de trabajar (niños y jubilados) y la población económicamente activa. (Ver arriba)

Pero lo que definitivamente resulta inaceptable es pretender talar dicho crecimiento condenando a muerte a niños inocentes. En otras palabras, nadie se puede arrojar el derecho de decidir quién debe vivir o morir, como ha ocurrido en la época de la esclavitud, del nazismo o el Estalinismo, y mucho menos como parte de una imposición de los organismos internacionales que violan flagrantemente la soberanía de los países afectados. Resulta llamativo que muchos de los mismos organismos internacionales que han condenado las

⁴⁹⁰ http://www.mtramiss.gob.es/es/Guia/texto/guia_14/contenidos/guia_14_29_9.htm

⁴⁹¹ <https://www.finanzas.com/reforma-de-las-pensiones-en-2011>

⁴⁹² https://www.65ymas.com/consejos/cual/cual-edad-jubilacion-alemania-francia-resto-europa_12293_102.html

⁴⁹³ https://www.clarin.com/economia/gobierno-abrio-puerta-suba-edad-jubilatoria_o_a_pCdIbv.html

⁴⁹⁴ <https://www.cronista.com/economiapolitica/Moroni-hablo-de-modificar-la-edad-de-jubilacion-pero-en-Gobierno-se-despegan-de-la-iniciativa-20200218-0046.html>

⁴⁹⁵ <http://www.population-security.org/28-APP2.html>

⁴⁹⁶ <https://solidaridad.net/memorandum-200-o-informe-kissinger-documento-desclasificado-468/>

⁴⁹⁷ <https://www.oei.es/historico/decada/accion.php?accion=4>

⁴⁹⁸ <http://populationmatters.org/about/>

⁴⁹⁹ <http://www.unfpa.org/public/world-population-day/>

dictaduras siglos pasados son los que pretenden imponer la pena capital a niños dentro del seno materno.⁵⁰⁰

Algunos organismos internacionales también han promocionado que el crecimiento poblacional atenta contra las posibilidades de desarrollo y progreso de una Nación. Sin embargo, es un fenómeno difícil de demostrar. Por el contrario, y tal vez, uno de los ejemplos más paradigmáticos y estudiados es el de Chile.⁵⁰¹

Chile era un país que en 1950 tenía uno de los peores índices económicos, educacionales y sanitarios de Latinoamérica, con un ingreso per cápita promedio de 300 dólares anuales, una mortalidad infantil (niños < 1 año) de 150 cada 1000 nacidos vivos y un 23% de analfabetismo. (Tabla 5) Por iniciativa del Dr. Fernando Monckeberg, se produjo un hecho que cambiaría el curso de la historia chilena: la fundación del Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos (INTA) durante el gobierno de Salvador Allende y que tuvo un apoyo creciente durante los gobiernos sucesivos llegando a ser una política de estado. El objetivo del organismo era provisión nutricional, fundamentalmente desde la concepción y hasta los dos años de vida (los 1000 días críticos);⁵⁰² estimulación cognitiva y psico-sensorial del niño; fisioterapia supervisada por un especialista; estimulación afectiva; incorporación de la madre al cuidado y estimulación del niño; educación de la madre en las técnicas de alimentación y nutrición, cuidado y apego a su hijo; entre otras actividades.

Producto de revertir el número de desnutridos, la mortalidad infantil disminuyó, y con ello se brindó a los niños acceso a la educación que funcionó como el ascensor social incrementando la población económicamente activa. De esta forma, Chile paso a tener hacia el año 2012 un ingreso per cápita promedio de 18,345 dólares anuales, una mortalidad infantil (niños < 1 año) de 7 cada 1000 nacidos vivos y una casi total erradicación del analfabetismo. (Tabla 5)

| CHILE Información General 1950 - 2012 | | |
|--|--------------------------|-----------------------------|
| INDICADORES | 1950 | 2012 |
| Indicadores económicos | | |
| -Ingreso per cápita | -300 dólares | -18,345 dólares |
| -Exportaciones totales | -500 millones de dolares | -80.000 millones de dólares |
| Indicadores de salud | | |
| -Mortalidad infantil | -150 X mil nacidos vivos | -7 X mil nacidos vivos |
| -Porcentaje bajo peso al nacer: (menos de 2,500 kg) | -23% | -3% |
| -Expectativa de vida | -38 años | -79 años |
| -Porcentaje de niños desnutridos (0-5 años) | -63% | -0,5% |
| Indicadores de educación | | |
| -Analfabetismo | -23% | -0,1% |
| -Promedio años de escolaridad | -2 años | -12 años |
| -Educación primaria completa | -35% | -99% |
| -Educación secundaria completa | -12% | -72% |
| -Admisión universidades | -2% | -46% |

Tabla 5: Comparación de indicadores económicos, educacionales y sanitarios de Chile entre 1950 y 1912. (Cortesía y autorización del Lic. Gastón Vigo Gasparotti)

⁵⁰⁰ http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/misc/newsid_7725000/7725848.stm

⁵⁰¹ Mönckeberg Fernando. Desnutrición Precoz y daño del capital humano. Santiago de Chile. Revista nutricional chilena (41/2). 2013.

⁵⁰² <https://conin.org.ar/wp-content/uploads/2019/01/Fundamentaci%03%b3n-cient%03%adfico-t%03%a9cnica-del-M%03%a9todo-CONIN.pdf>

La figura 9 muestra como la mortalidad infantil y la desnutrición de niños < 5 años caen sustantivamente a lo largo de 40 años, mientras el producto bruto interno per cápita se sextuplica entre 1950 y 2012 en Chile. Cabe destacar que la población chilena era de 5.932.995 de habitantes según el censo del 24 de abril de 1952,⁵⁰³ mientras que esa cifra ascendió a 17.443.000 habitantes en Diciembre de 2012.⁵⁰⁴ Estos datos sugieren que el crecimiento poblacional de ninguna manera atenta contra las posibilidades de desarrollo y progreso de una Nación. Incluso, este fenómeno podría ser mucho más notorio en un país “enormemente grande, enormemente rico y peligrosamente vacío” como la Argentina, parafraseando al médico experto el Dr. Abel Albino.⁵⁰⁵

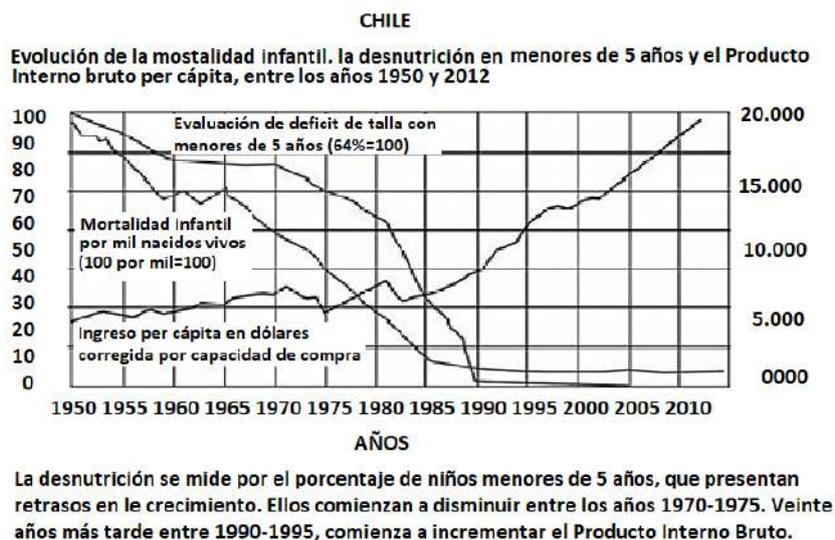


Fig. 9: Evolución de la mortalidad infantil, la desnutrición de niños < 5 años, y el producto bruto interno per cápita entre 1950 y 2012 en Chile. (Cortesía y autorización del Lic. Gastón Vigo Gasparotti)

Uno de los argumentos más escuchados entre los promotores del aborto es que la legalización del aborto disminuye la mortalidad materna.^{506 507}

Si analizamos el número de mujeres muertas por abortos en Uruguay, según datos del Ministerio de Salud de ese país, observamos que el número de muertes era prácticamente nulo antes de su legalización en 2012 y lo siguió siendo después. La tabla 6 muestra como la mortalidad materna siempre ha sido baja, al igual que la muerte asociada a abortos, especialmente desde el año 2004. Es decir, ocho años antes que el aborto sea legal en Uruguay no ocurrían más de dos muertes por año asociadas al aborto. Incluso, los informes de dicha cartera de salud no discriminan el tipo de aborto, es decir, si eran espontáneos o provocados. Igualmente, aunque todos hayan sido producto de abortos ilegales, el número de eventos es tan bajo que las diferencias no alcanzan a ser estadísticamente significativas. De todas formas, no hace falta ser experto en estadísticas para darse cuenta que en los cuatro años que precedieron a la legalización del aborto no se registraron muertes.

⁵⁰³ https://www.ine.cl/docs/default-source/censo-de-poblacion-y-vivienda/publicaciones-y-anuarios/antecedentes/censo-de-poblacion-y-vivienda-1952.pdf?sfvrsn=8622801f_2

⁵⁰⁴ <https://datosmacro.expansion.com/demografia/poblacion/chile?anio=2012>.

⁵⁰⁵ <https://www.youtube.com/watch?v=rDbDqZ-Vf8w>

⁵⁰⁶ Briozzo L, Gómez Ponce de León R, Tomasso G, Faúndes A. Overall and Abortion-Related Maternal Mortality Rates in Uruguay Over the Past 25years and Their Association With Policies and Actions Aimed at Protecting Women's Rights. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016 Aug;134 Suppl 1:S20-3.

⁵⁰⁷ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31182-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31182-1/fulltext)

Asimismo, no es correcto estimar proporciones de eventos que ocurren con muy baja frecuencia dado que arroja resultados engañosos desde el punto de vista estadístico. (Última columna de la tabla 6). Suponiendo que la mortalidad materna hubiese sido algo mayor, como podría haber ocurrido en los años 2001 y 2003, suponer que deban morir aproximadamente 10.000 niños por año para prevenir la muerte de ocho madres representa un sinsentido sanitario, especialmente, en países en desarrollo donde las prioridades de salud pública pasan por la provisión de agua potable, red cloacal y corriente eléctrica. Más aún, si hay más probabilidad que una madre muera en un embarazo de alto riesgo de niños (pésimamente llamados) “deseados” que por abortos de niños “no deseados”, los recursos públicos deben priorizar y ser asignados para salvar vidas y no para matarlas. (Ver más adelante) En síntesis, el número de muertes materna por aborto era prácticamente nulo antes de su legalización y lo siguió siendo después. De ninguna manera la legalización del aborto ha impactado en la mortalidad materna en ese país. (Tabla 6)⁵⁰⁸

| AÑO | CIFRAS ABSOLUTAS | NACIDOS VIVOS | RAZÓN DE MM POR 100.000 NV | Nº MUERTES POR ABORTO | MUERTES POR ABORTO/MUERTES MATERNAS (%) |
|------|------------------|---------------|----------------------------|-----------------------|---|
| 2001 | 20 | 51.960 | 38,5 | 8 | 42 |
| 2002 | 18 | 51.997 | 34,6 | 5 | 27,8 |
| 2003 | 11 | 50.633 | 21,7 | 6 | 54,5 |
| 2004 | 9 | 50.052 | 18 | 1 | 11,1 |
| 2005 | 9 | 47.150 | 19,1 | 2 | 18,2 |
| 2006 | 6 | 47.236 | 12,7 | 2 | 33,3 |
| 2007 | 13 | 47.372 | 27,4 | 2 | 14,3 |
| 2008 | 7 | 47.428 | 14,8 | 0 | 0 |
| 2009 | 16 | 47.152 | 33,9 | 0 | 0 |
| 2010 | 7 | 47.420 | 14,8 | 0 | 0 |
| 2011 | 4 | 46.712 | 8,6 | 0 | 0 |
| 2012 | 5 | 48.059 | 10,4 | 2 | 40 |
| 2013 | 9* | 48.681 | 18,5** | 1 | 11 |
| 2014 | 9 | 48.368 | 18,6 | 0 | 0 |
| 2015 | 11 | 48.954 | 22,5 | 0 | 0 |
| 2016 | 8 | 47.049 | 17 | 1 | 12 |

Tabla 6: Mortalidad materna, nacidos vivos, y número de mujeres muertas por aborto. Uruguay 2001 – 2016. La legalización del aborto tuvo lugar en el año 2012.

Es importante destacar, que al igual que lo que ocurre en otros países del mundo como la Argentina, el aborto tampoco representa la principal causa de muerte materna en Uruguay. Eso queda reflejado por las estadísticas provistas por el ministerio de salud de ese país y se resumen en la tabla 7.⁷⁵ Entre el año 2008 y 2016, se registraron 76 muertes maternas, el 65% de ellas fueron por causas directas, el 30% por causas indirectas, y solo el 5% por abortos. Si tomamos como referencia el año 2016, la razón de mortalidad materna cada 100.000 nacidos vivos (8/47.049) es de 17. En otras palabras, mueren 17 madres cada 100.000 nacidos vivos. Si hacemos el mismo razonamiento para los abortos, la razón de mortalidad materna cada 100.000 nacidos “muertos” (niños abortados), (1/9719) es de 10. Vale decir, que mueren 10 madres cada 100.000 abortos.

Durante los primeros 4 años de aborto legal (2013 a 2016) murieron 37 madres sobre un total de 193.052 nacidos vivos. En el mismo período murieron 2 madres y se realizaron 34.789

⁵⁰⁸ <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/fecundidad-mortalidad-infantil-y-materna-tendencias-la-baja>

abortos. La razón de mortalidad materna cada 100.000 nacidos vivos (37/193.052) es de 19, la razón de mortalidad materna cada 100.000 abortos legales es de 6.

Si bien las probabilidades son extremadamente bajas, estas cifras indicarían que una madre tiene 3 veces más probabilidad de morir en el ámbito de un embarazo “deseado” que cuando optan por abortarlo en Uruguay. Además está decir, cuales debieran ser las prioridades en salud, y desde luego, los recursos públicos, que son finitos y acotados, deber ser asignados para salvar vidas, especialmente de las causales más prevalentes. Estas cifras ratifican que no existe aborto seguro para la madre. La probabilidad de morir es muy baja pero no es nula.

En los Estados Unidos de Norteamérica murieron al menos 240 mujeres durante los primeros 15 años de aborto legal (1972 a 1987) según cifras provistas al CDC (Centro de control de enfermedades) por 29 estados (recordar que no hay obligación de informar número y complicaciones por abortos en ese País) arrojando una tasa de 1.3 muertes cada 100.000 abortos (cuatro veces menos que Uruguay). Esto significa 16 madres muertas por año, lo que equivale a un poco más de una madre muerta por mes por aborto legal.⁵⁰⁹ La principal causa de muerte en estas mujeres fue por complicaciones hemorrágicas.⁵¹⁰

| Año | Cifras absolutas | Causas | | Causas |
|------|------------------|----------------------|-------|-------------|
| | | Obstétricas Directas | | Obstétricas |
| | | Aborto | Otras | Indirectas |
| 2008 | 7 | 0 | 6 | 1 |
| 2009 | 16 | 0 | 13 | 3 |
| 2010 | 7 | 0 | 3 | 4 |
| 2011 | 4 | 0 | 3 | 1 |
| 2012 | 5 | 2 | 2 | 1 |
| 2013 | 9* | 1 | 6 | 2 |
| 2014 | 9 | 0 | 7 | 2 |
| 2015 | 11 | 0 | 7 | 4 |
| 2016 | 8 | 1 | 2 | 5 |

Tabla 7: Causas de muerte materna en Uruguay. Período 2008-2016.

Uno de los trabajos *pivotal*es que demuestran la falta de impacto de la legalización del aborto sobre la mortalidad materna fue el realizado por el grupo del Dr. Elard Koch del Instituto Melissa de Chile.⁴⁶ El objetivo de ese estudio fue evaluar los principales factores relacionados con la reducción de la mortalidad materna en Chile analizando los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística a lo largo de 50 años. (Período 1957 a 2007).

Chile ofrece una oportunidad muy interesante para investigar la influencia de estas variables en las tendencias de mortalidad materna, no solo porque la disponibilidad de datos

⁵⁰⁹ Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Shulman HB, Ramick M. Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. *Am J Obstet Gynecol.* 1994 Nov;171(5):1365-72.

⁵¹⁰ Grimes DA, Kafri ME, O'Reilly KR, Binkin NJ. Fatal hemorrhage from legal abortion in the United States. *Surg Gynecol Obstet.* 1983 Nov;157(5):461-678.

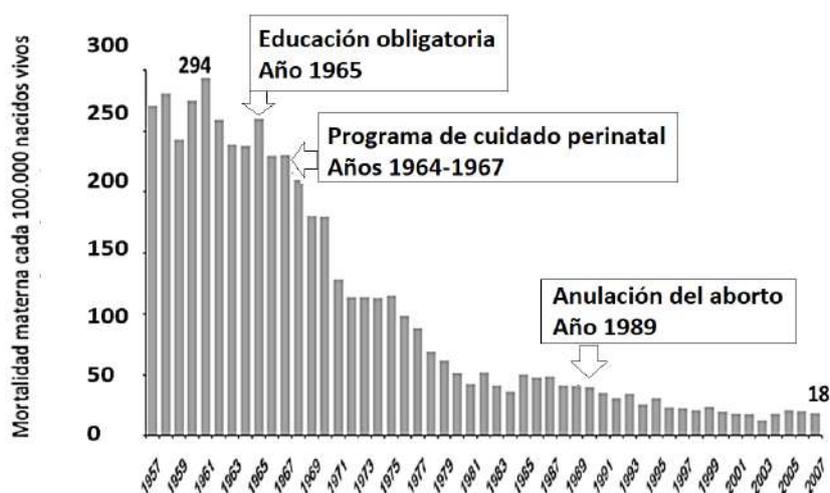
vitales y socioeconómicos para este país es de calidad similar a los países desarrollados,^{511 512} sino además, porque el aborto fue prohibido a partir de 1989 hasta el año 2017 que fue vuelto a ser despenalizado con causales. Como resultado, los datos de Chile proporcionan una rara y única situación en las que funcionan como un experimento natural para evaluar la influencia de factores de población, el estado legal del aborto y otras políticas históricas sobre tendencias de mortalidad materna ya que los datos están disponibles antes y después que se implementaron tales intervenciones.

Los autores no solo consideraron el impacto de la completa prohibición del aborto en 1989 (luego de muchos años de aborto despenalizado con causales en ese país) en la mortalidad materna, sino además, años de educación, ingreso *per cápita*, tasa de fertilidad, número de hijos, acceso al agua potable y red cloacal. Asimismo, analizaron qué influencia pudieron haber tenido diferentes políticas educativas y de salud materna implementadas en el año 1965.

Los autores observaron que, durante el período de estudio de 50 años, la mortalidad materna en Chile disminuyó un 93,8%, es decir de 294/100,000 nacidos vivos a 18/100,000 nacidos vivos. Los factores que significativamente impactaron en la reducción de la mortalidad materna fueron el mayor nivel educativo de las mujeres, su mejor estado nutricional, el acceso y la utilización de los servicios de salud materna, los cambios en el comportamiento reproductivo de las mujeres en la que ellas comenzaron a tener manejo y control de su propia fertilidad, y las mejoras del sistema sanitario. El estado legal del aborto no tuvo ningún impacto en la mortalidad materna.

La figura 10 muestra la importante caída de la mortalidad materna luego de haberse implementado políticas educacionales y sanitarias en la década de 1960. Incluso, la mortalidad materna siguió descendiendo luego de la prohibición del aborto, contrario a lo que la propaganda abortista suele hacer alarde. Si la legalización del aborto disminuyese la mortalidad materna, se tendría que haber notado un incremento en vez de una reducción con su prohibición en el año 1989. Por el contrario, la mortalidad materna siguió su curva descendente luego de la prohibición del aborto hasta llegar a tener una de las más bajas del mundo.

Chile: Mortalidad materna y medidas políticas



⁵¹¹ Pan American Health Organization (2009) Health Information and Analysis Project. Available: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/BI_ENG_2009.pdf. 79.

⁵¹² Nuñez FM, Icaza NM (2006) Quality of Mortality statistics in Chile, 1997-2003. Rev Med Chil 134: 1191-1196.

Fig. 10. Mortalidad materna en Chile con la indicación temporal de las medidas políticas que más impactaron durante el período 1957-2007. (Adaptado de Koch y colaboradores) ⁴⁷⁹

Queda demostrado que no se necesita ninguna ley de aborto para lograr una baja mortalidad materna. La evidencia más clara de esto es lo que ocurre o ha ocurrido en países como Polonia, Malta o incluso Irlanda hasta el 2018, año en el que este último legalizó el aborto hasta la semana 12 de gestación.

Polonia cuenta ya con una de las normativas de aborto más restrictivas del mundo, de forma que solo es posible abortar en los supuestos de violación o incesto, peligro para la vida de la madre a causa del embarazo o un diagnóstico de enfermedad grave o anomalías severas del feto. Incluso, desde el 2018, el parlamento viene estudiando un proyecto de ley para restringir el aborto de bebés con malformaciones severas.⁵¹³ A pesar de ello, Polonia tiene una de las mortalidades maternas más bajas del mundo, estimada en 2 madres muertas cada 100.000 nacidos vivos.⁵¹⁴

Malta es un país isleño de Europa con 425.000 habitantes y firmes convicciones en la defensa de la vida y la familia. En Malta sólo son permitidos los abortos para salvar la vida de la madre. Malta también cuenta con una de las mortalidades maternas más bajas del mundo, estimada en 6 muertes cada 100.000 nacidos vivos.^{514 515}

Algo similar ocurría en Irlanda hasta que fue legitimada la libre matanza de niños hasta la semana 12 de vida intrauterina en el año 2018. La mortalidad materna informada para ese País en el 2017 fue 5 cada 100.000 nacidos vivos. Solo a modo comparativo, la mortalidad materna en Argentina es de 39 madres cada 100.000 nacidos vivos.⁵¹⁴

Impacto del aborto en la conducta sexual

Al igual que lo que ocurre en Uruguay, (tabla 8) quedó bien claro en la tabla 2 que más del 90% de las causas de aborto quirúrgico en España corresponde a abortos realizados a pedido de la mujer. En otras palabras, es realizado como método contraceptivo de emergencia. Esto ha motivado denuncias por partes de dirigentes políticos del Partido Popular (PP) de España que la legalización del aborto en ese país ha contribuido al incremento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y ha provocado un “uso descontrolado” del aborto y de la píldora abortiva postcoital (también conocida como píldora del día después) como “métodos anticonceptivos”. Aunque resulte obvio, se coloca el término métodos anticonceptivos entre comillas, porque no previenen de ninguna manera un embarazo, sino que lo terminan abrupta y violentamente.^{516 517}

| Causas | 2013 (%) | 2014 (%) | 2015 (%) | 2016 (%) | 2017 (%) |
|-----------------------------|-------------|-------------|-----------|-----------|--------------|
| Voluntad propia | 6699 (93,4) | 8515 (99,7) | 9275 (99) | 9619 (99) | 10167 (99,9) |
| Violacion | 9 (0,13) | 2 (0,02) | 26 (0,28) | 1 (0,01) | 1 (0,01) |
| Riesgo salud materna | 10 (0,14) | 12 (0,14) | 5 (0,05) | 5 (0,05) | 6 (0,06) |
| Anomalias del niño | 8 (0,11) | 8 (0,09) | 2 (0,02) | 4 (0,04) | 9 (0,09) |
| Sin datos | 445 (6,2) | 0 (0) | 54 (0,6) | 90 (0,93) | 0 (0) |
| Totales | 7171 | 8532 | 9362 | 9719 | 10183 |

⁵¹³ <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/16/polish-parliament-delays-decision-on-new-abortion-restrictions>

⁵¹⁴ <https://www.indexmundi.com/g/r.aspx?c=pl&v=2223>.

⁵¹⁵ https://elpais.com/elpais/2018/11/19/planeta_futuro/1542626069_452612.html

⁵¹⁶ https://elpais.com/ccaa/2012/02/29/galicia/1330541244_454438.html

⁵¹⁷ <http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/observatorio/datos-oficiales/indicador-de-salud-sexual-y-reproductiva/aborto/>

Tabla 8: Causas de aborto en Uruguay luego de su legalización. Nótese que más del 99% de los abortos son realizados a demanda de la madre, mientras que la causal violación represente menos del 1% del total, ambos valores se sostienen en el tiempo. Datos del ministerio de Salud pública del Uruguay.^{455 519}

Este fenómeno se ve potenciado en España por el hecho que las menores de 17 y 16 años puedan abortar sin la autorización y sin conocimiento de sus padres, siempre que aleguen riesgo de un conflicto grave en la familia, lo que claramente representa un atentado contra la patria potestad de esos padres.⁵¹⁷

Se estima que el 46% de las mujeres que abortan en España no usan métodos anticonceptivos, siendo este fenómeno más acentuado entre las mujeres inmigrantes, lo cual demuestra que el aborto se ha transformado para muchos en un método intencionalmente “contraceptivo”.⁵¹⁸

¿Para qué ejercer la libertad con responsabilidad si luego el Estado se va a hacer cargo de “solucionar” mis irresponsabilidades? Aquí ya no importa que el fruto de esa irresponsabilidad sea condenado a muerte porque los promotores del aborto inculcan la falsa dicotomía que la vida de la madre compite con la vida del niño.⁵¹⁹

Lamentablemente, se observa que la afectación de la salud mental de la madre como causal de no punibilidad está siendo sobre utilizada como para justificar abortos que otrora apelaban a la causal de abuso o violación para evitar la penalización en países con aborto ilegal.⁵²⁰ No sólo se vislumbra en países como la Argentina, a pesar de que carece de estadísticas confiables, sino también en otros países como Nueva Zelanda con larga historia de aborto no punible bajo causales. (Tabla 3)

En efecto, la enorme mayoría de los abortos realizados en ese País hasta su reciente legalización en marzo de 2020 fue por la causal salud mental de la madre. Para ser más exacto, el potencial compromiso de la salud mental de la madre justificó casi la totalidad de los abortos no punibles.⁵²¹ (Tabla 3)

Otro fenómeno que podría demostrar en parte el uso del aborto como método de contracepción a demanda en ese país es el sostenido aumento en la edad gestacional al momento del aborto. (Figura 10) En un País con todas las facilidades para acceder a abortos no punibles, el aumento de la edad gestacional promedio podría suponer cierta actitud de confianza por parte de las mujeres que deciden hacerlo y con suficiente tiempo como para apelar a la causal de no punibilidad de “salud psíquica”. Se supone que una verdadera situación de estrés asociada a un embarazo no deseado no admite demasiadas demoras en su realización.⁵²²

⁵¹⁸ <https://www.rtve.es/noticias/20090129/46-mujeres-abortan-espana-no-usan-metodos-anticonceptivos/226169.shtml>

⁵¹⁹ <https://debuenafeedigital.com/sociedad/malena-galmarini-para-las-mujeres-los-hijos-son-una-perdida-de-libertad/>

⁵²⁰ <https://www.perfil.com/noticias/equipo-de-investigacion/interrupciones-legales-embarazo-caba-aumentaron-exponencialmente-aborto.phtml>

⁵²¹ <https://www.stuff.co.nz/life-style/parenting/pregnancy/conception/10841355/abortion-separating-the-facts-from-the-fiction>

⁵²² http://archive.stats.govt.nz/browse_for_stats/health/abortion/abortion-trends.aspx

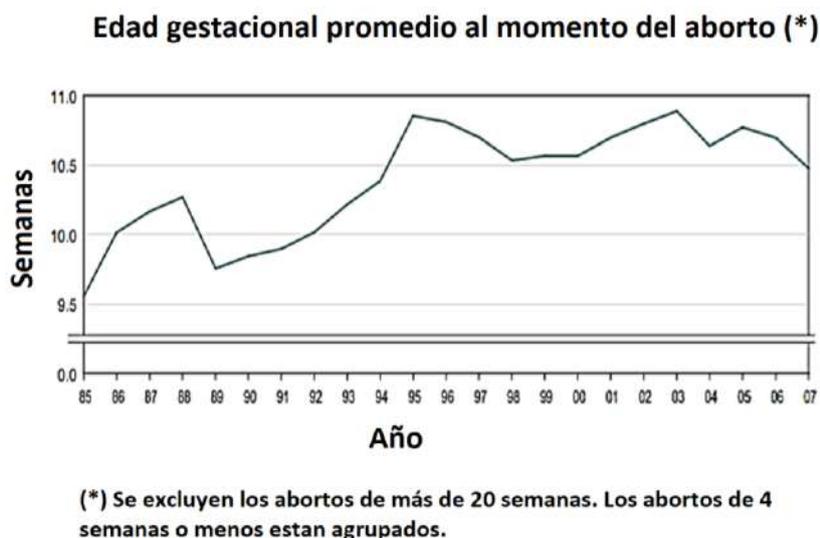


Fig. 10: Edad gestacional promedio al momento del aborto en Nueva Zelanda entre 1985 y 2007. Nótese que se han excluido los abortos realizados luego de la semana 20 por lo que la edad gestacional promedio es probablemente mayor a la expresada en las curvas. (Adaptado de lo publicado en página web de ministerio de salud de Nueva Zelanda)

La disminución de la proporción de mujeres nulíparas al momento del aborto es otro dato que sugiere un cambio en la conducta sexual, posiblemente consecuente con un cambio educacional y cultural a partir de un laxo acceso al aborto no punible por causales en Nueva Zelanda. Este fenómeno podría tener consecuencias nefastas en el seno familiar de esas madres. La sola noción de los hijos vivos que ellos mismos podrían haber sido los abortados, o hasta incluso “los culpables” de la muerte del hermano no nacido podrían generarles conflictos y traumas de por vida. Los hijos podrían incluso dudar de su condición de hijos “deseados”, dado que ellos podrían haber sido los abortados en vez de sus hermanos no nacidos. (Figura 11)

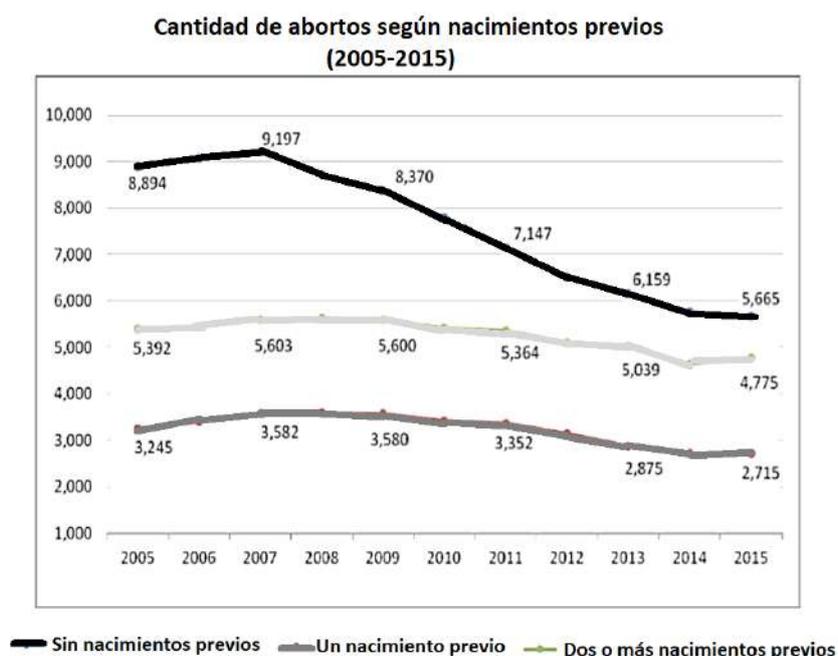


Fig. 11: Número de abortos de acuerdo con la cantidad de paridad de las madres en Nueva Zelanda entre 2005 y 2015. (Adaptado de lo publicado en página web de ministerio de salud de Nueva Zelanda)

Las estadísticas demuestran que coincidentemente con el advenimiento de una educación sexual (ES) basada en la genitalidad, la cosificación del acto sexual en aras del hedonismo, la devaluación del respeto tanto al cuerpo propio como al cuerpo ajeno, la pérdida del autogobierno, la propagación de la cultura del descarte, la aparición de los métodos anticonceptivos y la legalización del aborto en la mayoría de los países del mundo, ha habido un incremento en el número y gravedad de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), aparición de enfermedades mortales como el SIDA, mayor número de embarazos adolescente y no deseados.⁵²³ Esto ocasiona no sólo un elevado costo social sino además un inverosímil gasto en salud pública.⁵²⁴

En EEUU, se estima que ocurren 20 millones de nuevos casos de ETS, ocasionando gastos solo en medicamentos de 16 billones de U\$S por año.⁵²⁵ Es por ello que el centro de control de enfermedades de ese País ⁵²⁶ promueve enfáticamente la abstinencia sexual con el fin de disminuir estas alarmantes cifras, conductas en las que se han embarcado otros países como Uganda ⁵²⁷ o más recientemente Brasil. ^{528 529}

Según datos de la secretaría de Salud de la Nación Argentina, ocurren entre 6.000 y 6.500 nuevos casos de contagio del virus de inmunodeficiencia adquirida (HIV) por año.⁵³⁰ Actualmente hay 69.000 personas que reciben tratamiento para HIV, de los cuales el 70% se atiende en el sistema público. En un País con emergencia alimentaria y sanitaria, a febrero de 2020, se estima que el gasto estatal sólo en tratamiento antirretroviral de acuerdo con los costos medicamentosos provistos en <https://ar.kairosweb.com> ronda los \$28.980.000.000 al año. Haciendo la conversión al dólar oficial de \$60, el costo solamente en medicaciones para HIV provistas por el Estado ascendería a 483 millones de dólares por año. Como si esto fuera poco, los casos de Sífilis se han cuadruplicado durante los últimos 5 años, ascendiendo a 22.418 casos nuevos en 2018.⁵³¹

Llama enormemente la atención que las autoridades sanitarias de nuestro País pretendan disminuir la incidencia y gastos millonarios por las ETS, y el número de embarazos no deseados obligando a niños, incluso desde edad preescolar, a recibir adoctrinamiento de género como parte curricular.^{532 533} En efecto, dicho adoctrinamiento promueve entre otras cosas la liberalización de prácticas sexuales, que demostradamente incrementan la frecuencia y severidad de ETS,⁵³⁴ bajo la consigna del derecho adquirido de “probar todo antes de elegir qué

⁵²³ https://www.who.int/gho/hiv/epidemic_status/deaths_text/en/

⁵²⁴ <https://www.cdc.gov/hiv/library/slideSets/index.html>

⁵²⁵ https://www.ncsddc.org/wp-content/uploads/2018/09/STD-101_NCSD-STD-Handout-1.3-DIGITAL-1.pdf

⁵²⁶ www.CDC.gov

⁵²⁷ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1564179/>

⁵²⁸ https://www.cadena3.com/noticia/internacionales/brasil-impulsara-la-abstinencia-sexual-en-adolescentes_251663

⁵²⁹ <https://www.telam.com.ar/notas/202001/427566-brasil-proponen-campana-abstinencia-sexual-jovenes.html>

⁵³⁰ <http://www.msal.gob.ar/prensa/index.php/noticias-de-la-semana/2979-en-argentina-7-de-cada-10-personas-con-vih-se-atienden-en-el-sistema-publico-de-salud>

⁵³¹ https://www.clarin.com/buena-vida/sifilis-vieja-enfermedad-reaparecio-usa-preservativo_o_sXKk7tC5S.html

⁵³² <https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/diversidad.pdf>

⁵³³ <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/eje-reconocer-la-perspectiva-de-genero.pdf>

⁵³⁴ http://www.msal.gob.ar/index.php?filter_problematika=30&filter_soporte=10&palabra_clave=&option=com_ryc_con-tenidos

es lo que al adolescente le gusta”. Además, pretende convencer a los argentinos desde niños que el aborto es un derecho.^{535 536}

Peor aún, se han realizado convenios con instituciones netamente ideologizadas a favor del aborto para llevar adelante tan controvertido programa educacional.⁵³⁷ ¡Qué mejor inversión a 10 o 20 años para una institución que lucra con el aborto que convencer a los jóvenes que el aborto es un derecho para luego tenerlos de clientes!

La utilización del aborto legal como método “contraceptivo”, obviamente, no ocurre solo en España. En Nueva Zelanda, el porcentaje de mujeres que declaró no haber utilizado ningún método anticonceptivo previo al embarazo que condujo al aborto ha aumentado constantemente desde 1999. Se ha mantenido por encima del 50% desde 2000, y fue del 53% en 2007. (Figura 12) ⁵²³

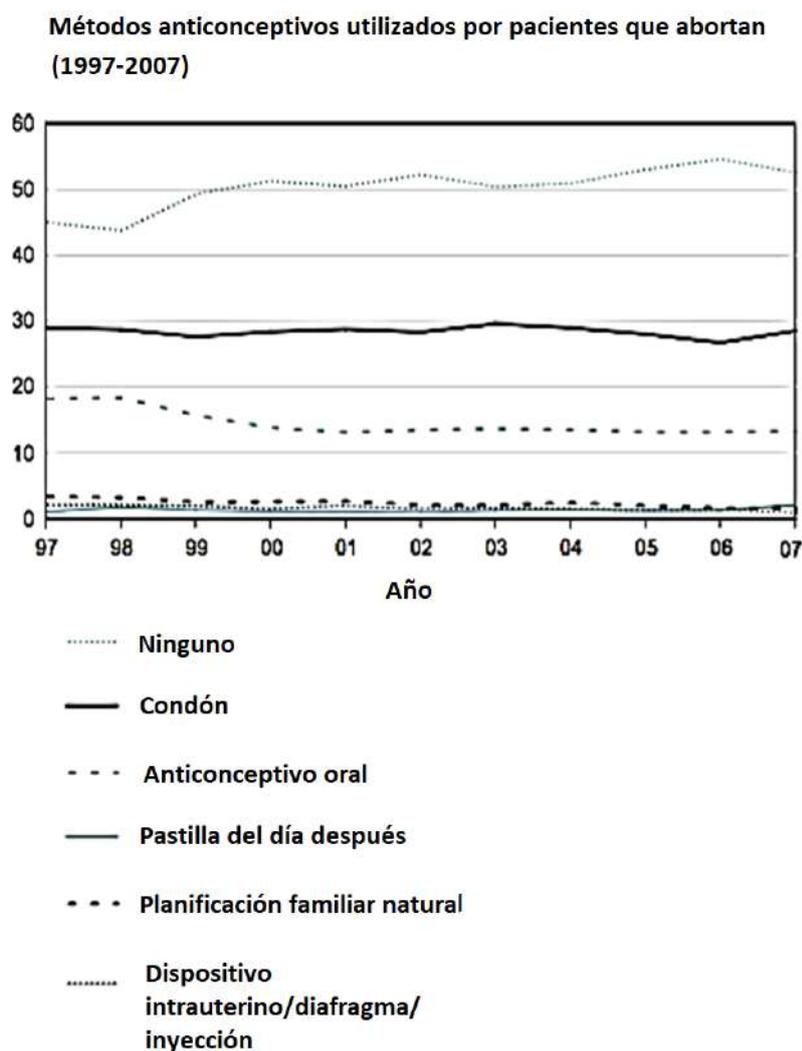


Fig. 12. Proporción de métodos anticonceptivos utilizados entre las mujeres que abortaron en Nueva Zelanda durante los primeros 20 años de aborto no punible. (Adaptado de lo publicado en página web de ministerio de salud de Nueva Zelanda)

⁵³⁵ <https://www.argentina.gob.ar/planenia> https://www.facebook.com/search/top/?q=maestra%20de%20salto%20sexual&pa=SEARCH_BOX

⁵³⁶ Muñoz Iturrieta P. Atrapado en el cuerpo equivocado: La ideología de género frente a la ciencia y la filosofía. Ed. Katejon. Buenos Aires. 2019. p.207-236

⁵³⁷ <https://www.argentina.gob.ar/noticias/convenio-de-colaboracion-con-fundacion-huesped>

Cierto es que esto deja en evidencia las falencias existentes en la educación sexual actual basadas exclusivamente en la educación “genital” y de anticoncepción. La educación genital representa no más del 10 o 20% de lo que verdaderamente implica una educación sexual integradora basada en el individuo y en el amor.

De la misma forma que una sustantiva proporción de mujeres que abortan no usaban métodos anticonceptivos, es preocupante que una muy buena proporción de ellas si lo usaban, lo cual agrega a su ya documentada falibilidad para la prevención de ETS, la falibilidad de estos métodos para el control de la natalidad.⁵³⁸

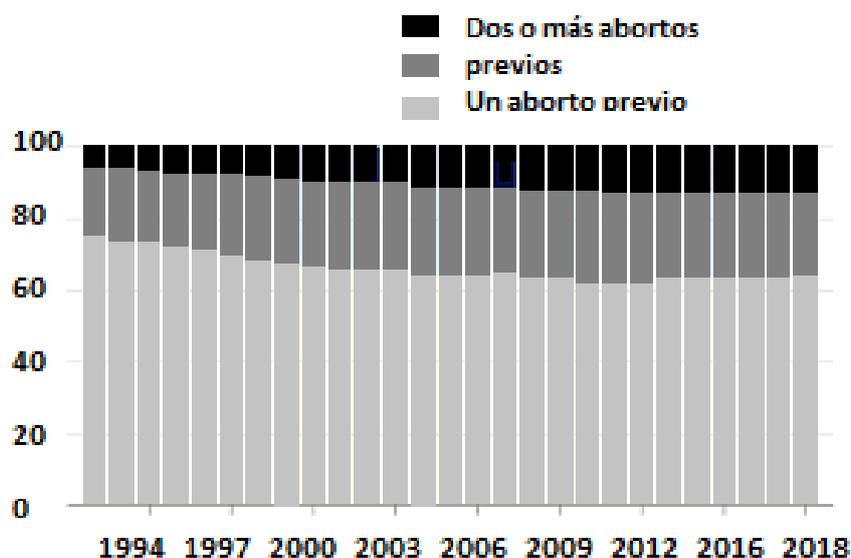
Es controvertido que el aumento en el uso de los métodos anticonceptivos impacte en una reducción en el número de abortos -recordar que la píldora del día después no es un anticonceptivo, sino un abortivo, dado que, si hubo fecundación, evita que el embrión se implante en el útero. Tampoco es un fenómeno que ocurra en todos los países que cuentan con una ley de aborto legal. Marston encontró que la incidencia de aborto disminuyó a medida que aumentó la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos en siete países: Kazajstán, Kirguistán, Uzbekistán, Bulgaria, Turquía, Túnez y Suiza. Sin embargo, en otros seis, como ser Cuba, Dinamarca, Países Bajos, Estados Unidos, Singapur y la República de Corea, los niveles de aborto y uso de anticonceptivos aumentaron simultáneamente.⁵³⁹

Una de las evidencias más claras que la despenalización del aborto no resuelve el problema de la inconducta sexual, y que ni siquiera la mejora, es que aproximadamente un tercio de las mujeres que abortan en Nueva Zelanda han tenido uno a más abortos previos. En 2018, sólo el 64% de los 13,282 abortos realizados ese año (8.552) fueron llevados a cabo en mujeres que lo hacían por primera vez. El 23% de las mujeres que se realizaron abortos informaron haber tenido un aborto previo y el 13% dos o más. La figura 13 deja en evidencia el fracaso que ha representado el aborto sobre la conducta sexual en ese país dado que lejos de descender, la proporción de abortos iterativos se ha mantenido estable o ha aumentado ligeramente en prácticamente las últimas tres décadas.⁴⁵⁰

⁵³⁸ <https://www.abc.es/sociedad/20130516/abci-mujeres-abortan-metodos-anticonceptivos-201305161159.html>

⁵³⁹ Cicely Marston, John Cleland. Relationships Between Contraception and Abortion: A Review of the Evidence. *Int Fam Plan Perspect.* 2003;29:6-13.

Proporción de abortos inducidos en Nueva Zelanda según cantidad de abortos previos (1992-2018 - % de abortos)



Fuente: Stats NZ

Fig. 13. Proporción de abortos inducidos según el número de abortos previos en Nueva Zelanda 1992 – 2018. (Adaptado de lo publicado en página web de ministerio de salud de Nueva Zelanda)

No hay dudas que existen restricciones y obstáculos al acceso a una educación sexual basada en la ciencia y en el amor, a la práctica de la abstinencia sexual o al uso de métodos de protección y anticonceptivos para aquellos que opten por una vida sexual promiscua o alejada de la abstinencia o la monogamia mutua. Estas barreras incluyen políticas gubernamentales ideologizadas, falta de educación, falta de recursos, y o violencia doméstica y sexual, un problema que las autoridades no buscan prevenir y remediar con la suficiente efectividad.⁵⁴⁰

Generalmente se asume que todo embarazo en mujeres menores de 14 años es producto de abuso y o violación. La figura 14 muestra que el número de nacidos vivos en mujeres menores de 14 años en Uruguay ha permanecido estable en los últimos 3 años, tanto en números absolutos como en la proporción del total de nacidos vivos. Es evidente que luego de 5 años de aborto legal en ese País, el impacto de su legalización en el número de nacidos en menores de 14 años fue nulo. La falta de datos estadísticos hace imposible determinar el número de embarazos adolescentes, pero a juzgar por el número de nacidos vivos en ese grupo etario, nada hace pensar que la legalización del aborto pudiese tener algún efecto beneficioso para lograr disminuir este flagelo. Por el contrario, los más beneficiados impresionan ser los violadores, tratas y abusadores dado que el estado colabora en borrar la evidencia del delito, incluso en forma no arancelada.⁵⁴¹

⁵⁴⁰ <https://www.hrw.org/es/report/2005/06/15/decision-prohibida/acceso-de-las-mujeres-los-anticonceptivos-y-al-aborto-en>

⁵⁴¹ <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2020/2/en-2019-hubo-casi-37500-nacimientos-en-uruguay-un-tercio-menos-que-hace-dos-decadas/>

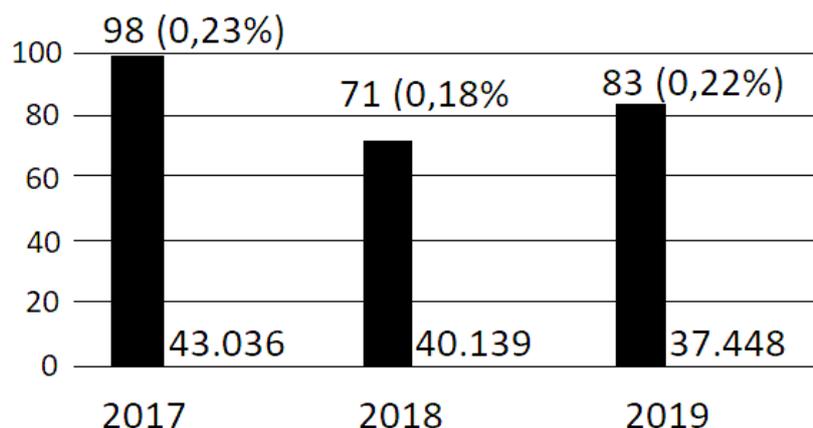


Fig. 14. Numero de nacidos vivos en mujeres menores de 14 años en Uruguay. Entre paréntesis figura el porcentaje en función del total de nacidos vivos para ese año, cuyo total figura al pie de la barra.

En efecto, la ausencia del estado para prevenir situaciones de abuso, para educar en el amor o para inculcar valores, pretende ser resuelto condenando a muerte al niño, el único que no tiene responsabilidad de los motivos que lo llevaron a su gestación. Como si matando al niño se fuesen a resolver todos los problemas, se los mitigue o atenúen. Por el contrario, legitimar la desaparición de la evidencia del delito justamente permite a los abusadores, tratadas de mujeres y violadores fomentar y retroalimentar positivamente su accionar delictivo. Además está decir que matar al niño luego de una situación de abuso o violación:

1. No “desvictimiza” a la madre ni le quita su condición de mujer abusada,
2. No disminuye el trauma del abuso o la violación,
3. No reduce las tasas de abuso o violación a juzgar por el número de nacidos vivos en adolescentes,
4. No resuelve la vulnerabilidad de la mujer o del entorno habitacional,
5. Desampara a esa mujer convirtiéndola inmediatamente en una persona pasible de una nueva violación,
6. Lejos de liberar a la mujer de su condición de madre, la convierte en madre de niño muerto,
7. Borra la evidencia del delito, lo cual termina beneficiando y facilitando el accionar del violador,
8. Aproximadamente, 7 de cada 10 madres que abortaron sufren traumas psicológicos de por vida (ver capítulo 7, Consecuencias emocionales del aborto),
9. Aumenta los riesgos de esa madre de morir por otras causas, especialmente muerte por causas violentas, accidentes, homicidios, suicidios y todas las causas cuando se las compara con aquellas que dieron a luz.^{542 543}

⁵⁴² Reardon DC, Strahan TW, Thorp JM Jr, Shuping MW. Deaths associated with abortion compared to childbirth--a review of new and old data and the medical and legal implications. *J Contemp Health Law Policy*. 2004;20(2):279-327.

⁵⁴³ Gissler M, Hemminki E, Lönnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study. *BMJ*. 1996 Dec 7;313(7070):1431-4.

Conclusiones

En resumen, es indudable que la frecuencia de abortos aumenta dramáticamente luego de su legalización y/o despenalización con criterios laxos. La evidencia sugiere que el aborto ha contribuido en alguna medida a los cambios demográficos caracterizados por una disminución en las tasas de natalidad, inversión de la pirámide poblacional, disminución relativa de la población económicamente activa y el consecuente aumento de la edad jubilatoria. No hay ninguna evidencia que la mortalidad materna haya disminuido como consecuencia de su legalización. En los países en los que el aborto no está penalizado en situaciones de excepción, como en Nueva Zelanda desde 1977 hasta marzo del año 2020, la causal salud mental impresiona ser la más utilizada para justificar abortos. En los países con aborto legal, a pesar de que el número de nacidos vivos en mujeres menores de 14 años no han disminuido como es el caso de Uruguay, los abortos por abuso o violación son excepcionales, representando alrededor del 1% del total de abortos, y la enorme mayoría son realizados a demanda, con una sustantiva proporción de abortos iterativos y en pacientes que no utilizan métodos anticonceptivos, lo que supone su utilización como método de contracepción.

Capítulo 10

Control de la natalidad y aborto: su matriz política

Por
José Arturo Quarracino

- Introducción
- El aborto como Política de Estado
- El aborto como Política de los Organismos Internacionales Oficiales
- El aborto como Política para defender la Seguridad Nacional... de Estados Unidos y política exterior
- Fundaciones y ONG internacionales para difundir “territorialmente” y en el mundo el control de la natalidad y el aborto
- Fundaciones y ONG “nativas” para difundir en sus propios países el control de la natalidad y el aborto
- Unidad en la acción para la legalización del aborto
- El copamiento del Estado
- Millonarios subsidiados y pobres endeudados
- Objetivo último

Introducción

En este capítulo vamos a exponer *quiénes, por qué y cómo* han impulsado e institucionalizado el control de la natalidad y el aborto como proyecto político, desde mediados de los años 1960' hasta nuestros días. Este proyecto político constituye la matriz a partir de la cual se ha institucionalizado en el mundo como política de Estado tanto el control de natalidad mundial como su elemento extremo, tal es el asesinato en el vientre materno de las criaturas por nacer.

Partamos de un dato objetivo: en estos últimos años, tanto la Organización de Naciones Unidas como instituciones privadas, como es el caso del Alan Guttmacher Institute, de Estados Unidos, han reconocido que anualmente **son abortadas 55 millones de personas en el mundo antes de nacer**⁵⁴⁴. Son cifras y datos incuestionables, pues lo aportan instituciones públicas y privadas que son fervorosas partidarias del control de la natalidad en general y del aborto en particular.

Tres son los ejes fundamentales a través de los cuales se ha institucionalizado esta política:

- 1) la imposición del dogma del “derecho de todo individuo y pareja a determinar la cantidad de los hijos y el espaciamiento entre ellos” como derecho humano básico;
- 2) la sanción del aborto como “derecho de la mujer para determinar su fecundidad”, sobre la base del principio “ético” según el cual “sólo deben ser traídos al mundo los niños deseados”;
y
- 3) poner en duda y cuestionar el carácter de persona de la criatura por nacer (feto).

El primer eje desplaza a la vida como derecho humano básico e impone el “derecho” de los adultos para eliminar a los hijos por venir. El segundo eje lo constituye la definición del aborto como derecho, creada e inventada por un individuo llamado John Davison Rockefeller III, el “patriarca” y *alma mater* del control de la natalidad mundial -por encima de todos los poderes políticos nacionales y mundiales constituidos. El tercer eje es el procedimiento utilizado en el ámbito del Derecho para poder asesinar “legalmente” a todo niño o niña que no se desea que nazca ni existan.

La realidad mundial del aborto –una forma de pena de muerte- y los ejes sobre los cuales se ha impuesto planetariamente nos llevan a formular las siguientes consideraciones, que revelan el carácter macabro y siniestro, tanto del control de la natalidad como del aborto en especial:

En primer lugar, la propagación masiva del aborto es un dato de por sí escalofriante, no sólo en su *aspecto_cuantitativo*, sino también *cualitativo*: vivimos en un mundo económico, social y político que se sustenta y se basa en un genocidio planetario que no conoce ningún parangón en la historia. Es decir, la vida humana en el planeta está sostenida por la eliminación masiva de millones de personas antes de que lleguen a la existencia.

En segundo lugar, este dato es escalofriante también por su *proyección social y jurídica*: en esencia, el aborto no es otra cosa que la eliminación física de un ser humano simplemente porque no se desea su existencia, lo que significa que el ejercicio del aborto resulta ser la implementación de **la pena de muerte** para seres humanos que no hay cometido ningún delito, y que además no tienen forma de defenderse.

544 Ver <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>

Según su misma definición, el aborto voluntario constituye un acto criminal mediante el cual se pone fin a la vida de un ser humano mientras está creciendo y desarrollándose en el útero materno. Es un *asesinato liso y llano* de una persona que es *absolutamente inocente* -no ha cometido el más mínimo delito- y está *totalmente indefensa*, sin posibilidad de escape posible para salvarse. Un asesinato agravado por el vínculo, dado que quien es eliminado físicamente es el propio hijo. Por eso es un acto que figura en el Código Penal.

Tan criminal es la acción del aborto que desde los comienzos de la historia humana las legislaciones antiguas -*Código de Hammurabi*, por ejemplo- y la profesión médica -*Juramento Hipocrático*, entre otros-, lo han considerado un delito, un crimen, y así es interpretado hasta nuestros días.

Pero actualmente el aborto está legalizado en casi todos los países del mundo, en una verdadera aberración social y jurídica, porque de hecho no es ni más ni menos que la aplicación de la pena de muerte contra personas, como dijimos al principio, absolutamente inocentes e indefensas.

En tercer lugar, este dato escalofriante nos muestra también una dimensión ética y moral preocupante: en la mayoría de los casos, es la propia madre la que decide poner fin a la vida de su hijo, eliminándolo arbitrariamente, simplemente porque no desea su existencia. En vez de ser madre, la mujer que aborta porque lo desea se convierte en verdugo de su propio hijo, renunciando a la maternidad. En vez de asumir la hermosa tarea de vivir amando, la mujer (y el varón, cuando acompaña esa decisión), decide poner fin a la vida de su hijo en gestación y lo mata (o lo hace matar).

Y, en cuarto lugar, lo más grave y aberrante de todo: NO EXISTE en el mundo ninguna definición oficial del aborto voluntario como derecho de la mujer, no hay un solo Tratado Internacional que defina al aborto como derecho de la mujer de matar al propio hijo, pese a lo cual la Organización de Naciones Unidas y sus organismos adjuntos -como Organización Mundial de la Salud (OMS), por ejemplo- lo promueven e impulsan sin ningún sustento jurídico alguno. En este caso en particular, por ejemplo, la OMS proclama permanentemente el derecho al aborto que tienen las mujeres, pero sin basarse en ningún texto normativo legal que lo haya definido como derecho.

Vistos en conjunto, estos cuatro aspectos -*genocidio planetario, pena de muerte a inocentes e indefensos, asesinato del propio hijo e inexistencia jurídica del derecho al aborto*-, constituyen una verdadera locura, una irracionalidad llevada al extremo, pero por otro lado, nos permiten vislumbrar que estamos en presencia de una acción que no ha surgido de modas circunstanciales, de conductas esporádicas o de arrebatos circunstanciales; nos permiten vislumbrar que su extensión en el mundo y su persistencia a lo largo de los años proviene de un proyecto político y de su correspondiente matriz política que le ha dado origen. Una matriz que no sólo ha proporcionado los argumentos para postular el aborto como derecho, sino que también lo ha ido imponiendo “sin prisa, pero sin pausa” en la agenda política mundial, por un lado, como política de Estado y por otro lado como política oficial de los organismos políticos internacionales que nuclea a la mayoría de los países del mundo.

Como proyecto político, la legalización del aborto y su promoción como política de Estado **no se fundamenta ni se basa en ninguna tradición histórica jurídica ni cultural**. Para imponer el aborto, la oligarquía financiera internacional que ha promovido la política antinatalista, a través del accionar político del clan Rockefeller, ha hecho un corte total y absoluto con toda la herencia cultural, histórica, filosófica y política de la historia de la humanidad, para fundamentarse en la ideología de un sector ultraminoritario, pero

hipermillonario, dueño de las finanzas especulativas y de la economía mundial a escala planetaria, que justamente reniega y olvida la mencionada herencia ideológica, doctrinal, cultural y religiosa de la historia de la humanidad.

Pero el aborto y su legalización constituye el último eslabón del gran plan y proyecto del **control de la natalidad** que la Oligarquía recién mencionada ha diseñado, planificado y ejecutado a partir de la década de los años 1960s, bajo la conducción de una de sus familias más conocidas, la familia Rockefeller, representada por John Davison Rockefeller III, el estratega e ideólogo de ese plan maestro. Un control de la natalidad estructurado a través de tres plataformas: *la mutilación genital* -vasectomía para el varón, ligadura de trompas para la mujer-, *la anticoncepción femenina* -mediante implantes subdérmicos y la ingesta de pastillas- y el *aborto procurado*-asesinato de la criatura gestada, en el útero materno.

Los dos primeros ejes son claramente anticonceptivos -impiden la gestación de un ser humano. El tercer eje es el más siniestro de los tres: no sólo mata, sino que convierte a la mujer en asesina, en asesina de su propio hijo. El aborto no sólo elimina físicamente a un ser humano, sino que produce una mutación espiritual y psicológica en quienes procuran el aborto arbitrariamente: no se rinde culto a la vida, sino a la muerte.

¿Por qué y para qué la implementación del control de la natalidad a nivel planetario? Para impedir que los pueblos crezcan demográficamente y así poder “gozar en paz” del disfrute de las riquezas acaparadas en perjuicio de los pueblos y naciones del mundo, fundamentalmente mediante la especulación financiera depredadora, planificada en esa misma época y que en estos últimos años ha llegado a niveles totalmente injustos e irracionales: 0,7% de la población adulta del mundo tiene en sus manos el 45% de la riqueza mundial⁵⁴⁵.

En estas pocas líneas hemos esbozado, a grandes rasgos, *quiénes* y *por qué* han diseñado e instrumentado la política del control de la natalidad a nivel global y la eliminación sistemática de seres humanos antes de su nacimiento.

En las páginas siguientes mostraremos *cómo* y *de qué modo* se han ejecutado estos planes durante las últimas seis décadas, hasta llegar a nuestros días, a través de un proceso político, social y económico que logró un extraordinario e inimaginable desarrollo material y tecnológico como nunca antes conoció la humanidad, al configurar un sistema económico, social, político y cultural basado en el sacrificio criminal de millones de niños y niñas que anualmente no llegan a ver la luz.

Esta política anticonceptiva y abortista, con sus millones de asesinatos por año, constituye un verdadero *holocausto demográfico*, que ha tenido como consecuencia lo que en demografía se conoce como “*Invierno demográfico planetario*” o “*Envejecimiento poblacional*”; un estadio social en el que los ancianos y mayores de 60 años aumentan paulatinamente en número, al mismo tiempo que disminuye la cantidad de niños y adolescentes menores de 15 años; proceso que proyectado hacia el año 2050 presentará un cuadro en el que América, Asia, Europa y Oceanía tendrán una población en el que será mayor el número de ancianos y mayores de 65 años que el número de niños y jóvenes menores de 15 años. Sólo África tendrá en casi todos sus países una población infanto-juvenil más numerosa que el sector de ancianos.⁵⁴⁶

Los pasos seguidos por la mencionada Oligarquía Financiera mundial para imponer la anticoncepción y el aborto en el mundo podemos clasificarlos en:

⁵⁴⁵ Credit Suisse, *Annual Report 2019*.

⁵⁴⁶ División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas, *World Population Ageing 1950-2050*, «Resumen Ejecutivo»: el envejecimiento de la población carece de precedentes, es general, es profundo y duradero. En este contexto, las personas de 60 años ó más, de constituir el 8% de la población en 1950, pasarán a ser el 22% de la población en el 2050).

- 1) su imposición como Política de Estado;
- 2) su imposición como tarea y compromiso de los Organismos Internacionales oficiales;
- 3) su imposición mundial a través de la protección de la seguridad nacional de Estados Unidos y sus intereses de ultramar;
- 4) su difusión internacional a través de sus propias Fundaciones y Organizaciones no Gubernamentales privadas;
- 5) su desarrollo “territorial” en la vida de las naciones, básicamente en los ámbitos del Derecho, la Educación, la Justicia y los Medios de Comunicación, a través de Fundaciones y Organizaciones no Gubernamentales nativas.

El Aborto como Política de Estado

En esencia, la anticoncepción y el aborto es un **proyecto corporativo privado**, diseñado y planificado por John Davison Rockefeller III para beneficio de su corporación familiar y de las grandes familias dueñas de la finanza internacional y de las grandes empresas multinacionales que manejan la economía productiva mundial.⁵⁴⁷

Los pasos dados para imponer este proyecto privado como política de Estado están expresados en los documentos que detallamos a continuación:

a) **Declaración sobre Población** (1966). Redactada por John Davison Rockefeller III (JDR III) y firmado por 30 líderes mundiales, que afirma que “*el crecimiento poblacional no planificado pone en peligro la paz mundial*”, convirtiendo el interés corporativo privado del clan Rockefeller en problema de Estado, postulando dogmáticamente -como creencia-, el supuesto derecho básico de todo individuo y pareja de determinar la cantidad de hijos que desea tener y el espaciamiento entre ellos: “*Creemos que la gran mayoría de los padres desean tener el conocimiento y los medios para planificar sus familias; que la oportunidad para decidir el número y el espaciamiento de los hijos es un derecho humano básico*”.⁵⁴⁸

b) **Crecimiento de población y el futuro estadounidense** (1972). Informe elaborado por una Comisión presidida por JDR III, a pedido en 1970 del entonces presidente Richard Nixon, manual que desarrolla al detalle y en forma exhaustiva los conceptos y tácticas para instituir el control de la natalidad en Estados Unidos, a partir del *dogma del “derecho humano básico de los adultos”* de decidir si y cuándo tener hijos.

En este texto, en especial en su capítulo II, titulado “*Reproducción Humana*”, se encuentran los argumentos y conceptualizaciones presentes en todos los proyectos de ley sobre despenalización de aborto, desde el ya mencionado “*derecho básico de los padres*” respecto a los hijos, y también el “*principio ético*” inventado por JDR III que “*sólo deben ser traídos al mundo los hijos deseados*”, que “*la mujer tiene derecho a disponer de su cuerpo y de su libertad*” como mejor le plazca y parezca; que la penalización del aborto “*obstaculiza el ejercicio de la libertad de la mujer*” y que “*viola la justicia social*”, porque “*las mujeres ricas pueden abortar en condiciones seguras, pero las mujeres pobres ‘tienen’ que recurrir a prácticas clandestinas e inseguras*”; que “*el aborto es el derecho que tiene la mujer para determinar su fertilidad*”; que “*el*

⁵⁴⁷ Para conocer datos y detalles de estas familias y corporaciones que son las verdaderas dueñas de la economía mundial y de las economías nacionales se puede consultar John Coleman, “Comité de los 300”; Debora Mackenzie - Andy Coghlan, “Revealed – thecapitalistnetworkthatrunstheworld”, en *New Scientist Magazine*, n.2835, 19 de octubre de 2011.

⁵⁴⁸ En <https://josequarracino.wordpress.com/2013/02/20/declaracion-sobre-poblacion-por-parte-de-lideres-mundiales-documento-fundacional-del-holocausto-demografico-planetario/>

aborto es un elemento en el sistema general de cuidado de la salud materna e infantil”, no un crimen en el que se asesinan bebés por nacer, etc.

En síntesis: este manual determina que *“las mujeres deben ser libres para determinar su propia fertilidad, que el tema del aborto debe dejarse a la conciencia del individuo involucrado, en consulta con su médico, y que los Estados deben ser animados a sancionar estatutos positivos que promuevan un ámbito claro y positivo para la práctica del aborto a petición”*.

En este esquema, **se niega al bebé en el vientre materno el carácter de persona**, para cosificarlo y permitir así su eliminación, como un ejercicio de libertad de la mujer, para que tome las decisiones que quiera. En este sentido, para poder imponer el aborto como “derecho” y como práctica “sanitaria”, JDR III propone **cuestionar al feto como persona**, buscando *“determinar cuándo termina su vida potencial y cuándo comienza realmente esa vida”* (sic). Sólo es posible imponer el derecho a matar al hijo si se lo despoja de humanidad y personalidad, “transformándolo” nominalmente en una cosa, en una vida, en un conjunto de células.⁵⁴⁹

En otras palabras: para matar legalmente al feto, es decir, al hijo en el vientre materno, JDR III propone despojarlo del carácter de persona, des-personalizarlo para convertirlo así en una cosa, y de esta manera poder eliminarlo y matarlo sin problemas. Se empieza practicando su desaparición forzada como persona, cosificándolo, para poder eliminarlo y tirarlo literalmente a la basura. Este primer paso de *despersonalización jurídica* es en esencia un acto político, para nada científico, que hace posible el segundo paso, que es su *eliminación física*.

Como se puede apreciar, este texto propone a escala masiva la desaparición forzada de personas; práctica habitual y aberrante de las dictaduras tan conocidas en Iberoamérica y en los países del Tercer Mundo.

Esta desaparición forzada de personas practicada históricamente por las dictaduras es continuada “por medios democráticos” por las fuerzas políticas de izquierda y socialdemócratas en el mundo. Tienen un mismo padre: la ideología antinatalista y genocida del mencionado multimillonario John Davison Rockefeller III; ideología difundida e impulsada actualmente por el magnate-financista húngaro George Soros, como operador político del proceso genocida prenatal.

El aborto como Política de los Organismos Internacionales Oficiales

Pero este proyecto corporativo privado de control de la natalidad no solo fue aceptado como política de Estado por los principales líderes políticos mundiales para sus respectivos países. También fue adoptado e incorporado como política oficial de Naciones Unidas, dese 1968 en adelante.

Tres son los documentos de este organismo internacional, que adopta como propio el principio fundamental del derecho paterno sobre los hijos, su existencia o no y en qué momento, de tal modo que este principio y la ideología que se deriva de él se convierte en doctrina oficial de Naciones Unidas.

a) **Proclamación de Teherán** (1968). En esta se incorpora como principio demográfico del accionar de Naciones Unidas el dogma del *“derecho básico paterno a decidir la cantidad de*

⁵⁴⁹ Rockefeller Commission Report, *Population Growth and the American Future*, New York 1972, Chapter 11. Ver en: http://www.population-security.org/rockefeller/001_population_growth_and_the_american_future.htm. La última cita es repetida literalmente por todas las feministas que promueven el aborto como derecho legal, seguro y gratuito. Toman como modelo de mujer y del ejercicio de su libertad el esquema del macho Rockefeller. Este argumento y los otros citados han estado y están presentes, en todos los proyectos de ley de legalización del aborto presentados durante más de una década en el Congreso Nacional.

hijos a tener” (n. 16), en el marco de la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos celebrada en Irán.

b) Plan de Acción para la Población Mundial

(Bucarest, 1974). Su finalidad era ayudar a coordinar las tendencias poblacionales mundiales con las tendencias del desarrollo económico y social, para lograr una transformación socioeconómica que permita el crecimiento económico de los países en desarrollo. En este contexto, se establece como uno de los principios básicos del Plan de Acción el dogma del “derecho básico paterno” a controlar la natalidad: “todas las parejas e individuos tienen el derecho básico de decidir libre y responsablemente la cantidad y el espaciamiento de sus hijos”.⁵⁵⁰ Rockefeller puro al 100%.

c) Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1995). Reunión internacional en la que se institucionaliza oficialmente la “existencia” de los Derechos Sexuales y Reproductivos, fundados y basados en el dogma *rockefelleriano* del “derecho básico paterno” varias veces mencionado: “[...] los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva”.⁵⁵¹

En síntesis: la Organización de las Naciones Unidas inventó los “derechos sexuales y reproductivos” sobre los dogmas y objetivos del clan Rockefeller. Desde ese momento dejó de ser un organismo internacional de reunión de las naciones del mundo para convertirse en un dispositivo supranacional al servicio de la oligarquía financiera mundial y de su proyecto criminal de eliminación sistemática de las personas por nacer. Compromiso que perdura hasta el día de hoy, también en los organismos vinculados a la ONU como la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, etc.

El aborto como Política para defender la Seguridad Nacional... de Estados Unidos y su política exterior

Institucionalizados como política de Estado y adoptados como compromiso supranacional de Naciones Unidas los principios anticonceptivos y su ideología antinatalista, la corporación Rockefeller y la Oligarquía Financiera mundial que representa han dado un paso más y han convertido al control de la natalidad y al aborto como objetivos estratégicos supremos de la política exterior de Estados Unidos, para proteger sus intereses internacionales.

Estos objetivos estratégicos están expresados y desarrollados en el **Memorando Estudio de Seguridad Nacional 200. Implicancias del crecimiento poblacional mundial para la seguridad de Estados Unidos y sus intereses de ultramar** (1974), elaborado por Henry Kissinger en su rol de Consejero de Seguridad Nacional de Estados Unidos. Este Memorando constituye la aplicación a escala planetaria del informe de 1972 antes mencionado, haciendo énfasis en que a menor cantidad de hijos los países pueden aspirar a un mayor crecimiento económico, y reiterando la “necesidad” de resaltar constantemente el “derecho básico” paterno

⁵⁵⁰ Conferencia de Naciones Unidas sobre la Población Mundial, *Plan de Acción para la Población Mundial*, Bucarest 1974, B. “Principios y Objetivos del Plan”, n. 14 f.

⁵⁵¹ Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, *Programa de Acción*, Capítulo VII, n. A, El Cairo 1994.

de controlar el crecimiento poblacional, y de llevar a cabo este proceso “*con agentes nativos*”, para disimular el carácter imperialista y proyanqui del tema. En este texto se recomienda “*dar prioridad a programas de desarrollo y estrategias de salud y educación que tienen un efecto decisivo en la fertilidad*”, y que ningún plan de control de la natalidad tiene éxito si no se legaliza el aborto.

Este documento fue rubricado y oficializado por el presidente Gerald Ford, sucesor de Richard Nixon en la Casa Blanca, el 23 de noviembre de 1975, a través de la **Decisión de Seguridad Nacional 326/75**, en la que se destaca que “*el liderazgo de Estados Unidos es esencial para llevar a cabo el combate contra el crecimiento poblacional mundial*”.

En otras palabras: a través de las sucesivas administraciones presidenciales, desde 1975 en adelante, hasta la llegada de Donald Trump a la presidencia de Estados Unidos, la Oligarquía Financiera internacional, de raíz anglosajona, ha llevado a cabo la guerra de genocidio prenatal contra los pueblos y naciones del mundo entero, para proteger la seguridad nacional de Estados Unidos y sus intereses de ultramar (aunque en realidad se trata de la propia seguridad corporativa y sus intereses, en Estados Unidos y en el mundo).

En última instancia, es la política general de un país y su política exterior la que está al servicio de los “amos del universo”, que son los dueños de las finanzas internacionales.

Fundaciones y ONG internacionales para difundir “territorialmente” y en el mundo el control de la natalidad y el aborto

Una vez oficializada a nivel planetario la doctrina y proyecto antinatalista de los ricos del mundo, como política de Estado y como política oficial de Naciones Unidas, el Poder financiero internacional ha difundido y divulgado en el seno de la llamada “sociedad civil” su proyecto a través de distintas **Fundaciones privadas y “ONG” paragubernamentales**, para introducir en sus países y en el exterior la idea del control del crecimiento poblacional disfrazada con eslóganes y formulaciones progresistas y pretendidamente revolucionarias. **Population Council, Ford Foundation, International Planned Parenthood Federation [Federación Internacional de Paternidad Planificada], Open Society Foundations [de George Soros], Rockefeller Foundation, Rockefeller BrothersFund, Human RightsWatch, Bill &Melinda Gates, William & Flora Hewlett Foundation, David &Lucille Packard Foundation, International WomenHealthCoalition [Coalición Internacional para la Salud de las Mujeres]**, son algunas de las instituciones que el Poder financiero ha creado para llevar a cabo acciones de divulgación y promoción del proyecto del control de la natalidad a escala nacional y también a escala planetaria, en los países extranjeros, en una verdadera acción imperialista.

La finalidad de estas organizaciones es imponer en el ámbito de la educación, de la salud, de la justicia y de los medios de comunicación la concepción antinatalista y abortista, “popularizándola” en el seno de la sociedad civil.

¿De dónde surgen los fondos que estas fundaciones necesitan para llevar a cabo su prédica? Fundamental y mayoritariamente, de los subsidios y subvenciones de los gobiernos de los países desarrollados, en segundo lugar, de otras fundaciones privadas y organizaciones no gubernamentales (que se subsidian de la misma manera) y en tercer lugar, de aportes de empresas e individuos que direccionan lo que tendrían que pagar en impuestos al Estado a actividades y políticas que les interesa promocionar, sobre todo la que estamos tratando en este texto.

Podemos tomar como ejemplo a tres de las fundaciones privadas más importantes en la promoción de la antinatalidad, con importante presencia en estos últimos años en nuestro país: la **International Planned Parenthood Federation** [IPPF], el **Population Council** (de la familia Rockefeller) y la **International Women Health Coalition** [IWHC].

a) La **IPPF**. Creada en 1952 en Londres, ha sido la pionera en impulsar a nivel mundial políticas y proyectos a favor del control de la natalidad en todas sus ramificaciones (mutilación genital del varón y de la mujer, la anticoncepción y el aborto).

El lema oficial de la Federación es “*Delivering sexual and reproductive health care services around the world, fighting for sexual rights*” [Ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva en todo el mundo, luchando por los derechos sexuales]. Como se puede apreciar, se trata de la promoción explícita del Imperialismo sexual-demográfico, porque siendo inglesa su campo de acción es “todo el mundo”.⁵⁵²

A lo largo de los años se ha constituido en la red abortista más grande del mundo, organizada a través de su oficina central en Londres y seis oficinas regionales: África, Mundo Árabe, Este y Sudeste de Asia-Oceanía, Red Europea, Asia del Sur y hemisferio occidental.

Está presente en 170 países, con un número similar de entidades locales asociadas.

Que se trata en realidad de una organización paragubernamental o “sí-gubernamental” se puede apreciar en el siguiente cuadro, en el que se muestra el porcentaje de aporte estatal internacional en el total de su presupuesto, desde el año 2005 en adelante:

| | |
|------|----------------------|
| 2005 | 74,58% |
| 2006 | 71,87% |
| 2007 | 71,93 |
| 2008 | 76,51 |
| 2009 | 69,46 |
| 2010 | 71,35 ⁰ % |
| 2011 | 69,24 ⁰ % |
| 2012 | 61,57 ⁰ % |
| 2013 | 74,04 ⁰ % |
| 2014 | 71,85 ⁰ % |
| 2015 | 67,66 ⁰ % |

En el año 2016, el 60% de su presupuesto -u\$s 78.749.000 sobre un total de u\$s 130.391.000- lo aportaron en su gran mayoría los gobiernos nacionales de Australia, República Popular China, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Japón, Corea del Sur, Holanda, Noruega, Pakistán, Suecia, Nueva Zelanda, Suiza, Reino Unido.

Y en el año 2017 el 86,68% de su presupuesto, que fue de 83.792.000/96.661.000 millones de dólares, fue aportado por prácticamente los mismos gobiernos mencionados.

En síntesis: una fundación privada, pero con mayoría de subsidios anuales aportados por los Estados. Un esquema en el que el proyecto y los beneficios son de la fundación *privada*, pero el dinero es aportado por el *Estado*.

Entre sus aportantes privados se encuentran the Bill and Melinda Gates Foundation, the Compton Foundation, the David and Lucile Packard Foundation, the Ford Foundation, the

⁵⁵² Página web oficial: https://www.ippf.org/humanitarian?gclid=EAIaIQobChMIwuLX6PyW6QIVUIGRCho58AoNEAAYA-SAAEgItyfD_BwE

John D. & Catherine T. MacArthur Foundation, the Open Society Institute, the Rockefeller Foundation, John Hopkins University, the William and Flora Hewlett Foundation.

Esta organización ha estado activamente presente hasta la actualidad, apoyando a fundaciones y organizaciones “sin fines de lucro” de nuestro país, para llevar adelante las políticas antinatalistas ajenas a las necesidades reales de nuestro país y contrarias a la idiosincrasia cultural, política y religiosa del pueblo argentino.

b) Lo mismo acontece con la histórica fundación de la familia Rockefeller, el **Population Council**, no tan directamente presente en nuestro país como la IPPF, pero sí en momentos en que se comenzaba a impulsar en Argentina el proyecto antinatalista, subsidiando a una de las pioneras nativas como es la doctora Mabel Bianco y su organización *Fundación para Estudios e Investigación de la Mujer* (FEIM).

Más del 50% del presupuesto del Population Council se ha nutrido anualmente del aporte de diversos Estados de países desarrollados:⁵⁵³

| | |
|------|--------|
| 2005 | 58,3% |
| 2006 | 57% |
| 2007 | 73% |
| 2008 | 80,74% |
| 2009 | 62% |
| 2010 | 71,54% |
| 2011 | 67,55% |
| 2012 | 52% |
| 2013 | 51% |
| 2014 | 59% |
| 2015 | 47,6% |

c) Una tercera fundación que a considerar es la estadounidense **International Women Health Coalition** [IWHC/Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres], con menos presencia financiera y política en nuestro país, pero igual de importante, ya que no sólo subsidia ONG nativas, sino que también ha patrocinado y apoyado importantes iniciativas para legalizar el aborto, como ser el proyecto que no se aprobó en el Parlamento argentino a lo largo del 2018, impulsada y patrocinada por organismos “no-gubernamentales” como el *Centro de Estudios Legales y Sociales* (CELS) y *Católicas por el Derecho a Decidir*, todas subsidiadas por la Coalición.

Esta organización fue fundada en 1984, y trabaja para fomentar la utilización del derecho internacional, los tribunales internacionales y el litigio estratégico a favor de los derechos de las mujeres. Es por ello que se desempeña en tres ámbitos, con la finalidad de crear voluntad política e influenciar las políticas de los gobiernos, donantes y organismos internacionales para asegurar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y las mujeres.

Entre las varias actividades que lleva a cabo, además del apoyo profesional y financiero a organizaciones locales de África, Asia, América latina y los países ex socialistas, colabora con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, el Banco

⁵⁵³ Los números y porcentajes de los aportantes al presupuesto, así como la identidad de éstos últimos están extraídos de los *Informes Anuales y Declaraciones Financieras* que ambas organizaciones editan anualmente y que son accesibles a todo los que quieran consultarlos, pues son publicados en las respectivas páginas web del Population Council y de la IPPF.

Mundial y otras organizaciones internacionales, con el objetivo de generar políticas esenciales y lograr que haya recursos que lleguen y beneficien a las mujeres y sus familias.

Es una organización estadounidense, pero su campo de acción lo constituye el mundo entero: “*promueve la salud sexual y reproductiva y los derechos de las mujeres y personas jóvenes, especialmente las adolescentes, en África, Asia, Europa oriental, América latina y Medio Oriente*”, lo cual permite vislumbrar su carácter imperialista “salvífico-mesiánico”, para salvaguardar la seguridad nacional de los Estados Unidos”.⁵⁵⁴

La mayor parte de su presupuesto anual (77%), lo aportan fundaciones privadas (William and Flora Hewlett Foundation, Ford Foundation, Open Society Foundations, Anglo American Group Foundations, Blanchette Hooker Rockefeller Fund, Rockefeller Brothers Fund, etc.),⁵⁵⁵ que a su vez se nutren de aportes gubernamentales.

Entre otros «logros», ha sido una de las organizaciones que desempeñó un papel preponderante en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo (1994), al haber negociado el compromiso mundial respecto al término recién acuñado en ese entonces (como nuevo concepto o paradigma) de “*la salud reproductiva*”, lo cual era el objetivo político de la administración del entonces presidente William B. Clinton. En este sentido, según sus propias palabras, la IWHC ha trabajado al servicio de la política exterior del gobierno de los Estados Unidos, que a su vez se propuso como objetivo implantar en todo el mundo, a través de las Naciones Unidas, el ideario antinatalista de la familia Rockefeller.

Uno de los objetivos explícitos de esta Coalición es “*facilitar el acceso a servicios de anticonceptivos y el aborto practicado en condiciones seguras, bajo la cobertura de los derechos humanos y sexuales de la mujer*”, con una argumentación por demás sofisticada infanto-fóbica, como si el desarrollo social y la dignificación de la mujer se basaran en el asesinato de los bebés en gestación, ya que los niños serían la causa que impide el crecimiento y perjudica a la mujer: “*las estrategias de desarrollo no podrán ser eficaces, ni será significativa la meta de los derechos humanos, si la mujer no controla su vida sexual y reproductiva*”.

Más allá de los términos eufemísticos que utiliza, es indudable que esta organización para-gubernamental lleva adelante un proyecto al servicio de la anticultura de la muerte para beneficio de los ricos del mundo; en especial de la familia Rockefeller, que la ha controlado constantemente. Una de las pruebas de este control es que la Coalición fue fundada por **Joan Dunlop** (+) y por **Adrienne Germain**, ex presidenta de la Coalición. ¿Quiénes son estas dirigentes, desconocidas para la mayoría?

Adrienne Germain se graduó en Sociología y Demografía en el Wellesley College y en la Universidad de California en Berkeley, y posteriormente **trabajó en el Population Council** [Consejo de Población] y en la **Ford Foundation** [Fundación Ford], en la ciudad de Nueva York. Mientras estuvo en este último organismo, diseñó y administró programas laborales y crediticios para mujeres, y en el ámbito de la salud y las necesidades educativas de las niñas y las mujeres en África, Asia y América Latina. Posteriormente, a mediados de la década de 1980, junto con Joan Dunlop, se unió a la IWHC. También fue delegada gubernamental de los Estados Unidos, estratega central y negociadora durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo en 1994, como también en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer llevada a cabo en Beijing en 1995 y en las revisiones de las Naciones Unidas de los cinco años de sus respectivos programas de acción.

554 En <https://iwhc.org/about-us/>: “WHC advances the sexual and reproductive health and rights of women and young people, particularly adolescent girls, in Africa, Asia, Latin America, and the Middle East. IWHC furthers this agenda by supporting and strengthening leaders and organizations working at the community, national, regional, and global levels, and by advocating for international and U.S. policies, programs, and funding”.

555 International Women Health Coalition, *Annual Report 2018*, p. 32.

Desde las conferencias de El Cairo y Beijing ha trabajado tanto a nivel internacional como de país para poner en práctica las metas consensuadas en dichas conferencias. Actualmente, Adrienne Germain es parte de la Fuerza de Tarea para los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en el capítulo de “*Mortalidad Infantil y Salud Materna*”. También es integrante del consejo editorial de la revista *Reproductive Health Matters*, de la junta de Género y Derechos (de Dinamarca) y de dos comités asesores de la organización Human Rights Watch. Como si todo ello fuera poco, es miembro del Council on Foreign Relations (CFR) [Consejo de Relaciones Exteriores].

En síntesis y en pocas palabras, la ex presidente de la IWHC es “agente” de la familia Rockefeller, de la CIA (vía Fundación Ford) y del CFR –el cerebro del mundo, donde se deciden las políticas internacionales de los sucesivos gobiernos de los Estados Unidos.

Por su parte, **Joan Dunlop**, nacida en Inglaterra, fue presidente de esta Coalición, y formó parte de su Junta Directiva. También fue miembro de la Junta del **Open Society Institute**, es decir, fue “empleada” de George Soros (CFR, Human RightsWatch, etc.). En los comienzos de su labor “filantrópica”, trabajó en la **Fundación Ford y en el Fondo de los Hermanos Rockefeller (Rockefeller BrothersFund)**. En la década de los '70 se asoció y trabajó con el patriarca pionero de esta estrategia antinatalista que estamos analizando, es decir, con John Davison Rockefeller III.⁵⁵⁶ Fue ella quien le sugirió a éste que cambiara el eje de su proyecto – la planificación familiar- y adoptara el más atractivo del *estatus y rol de las mujeres*, para hacer más “simpáticas” las metodologías e instrumentos del control de la natalidad (la mutilación genital, la ingesta suicida /eliminaría el término suicida/ de anticonceptivos y la despenalización del aborto).⁵⁵⁷

Actualmente es presidente de la Coalición la señora **Francoise Girard**, quien se desempeñó desde el 2006 al 2011 en el Open Society Foundations (George Soros) y posteriormente en la Federación Internacional de Paternidad Planificada. Se desempeñó en agencias de la ONU y participó en varias conferencias organizadas por ésta relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos.

Varios miembros de la Junta de Directores pertenecen al CFR y a organismos de la familia Rockefeller, como **Marlene Hess** (JP Morgan Chase, CFR y David Rockefeller Center for Latin American Studies), **Marnie S. Pillsbury** (ex David Rockefeller Fund, Rockefeller University, Rockefeller Brothers Fund, Rockefeller Philanthropic Advisors, CFR), **Susan Nitze** (CFR)⁵⁵⁸.

Este organismo estuvo presente en nuestro país, representado por la **Dra. Mabel Bianco**, presidente de la Fundación para Estudios sobre la Mujer (FEIM), quien fue miembro de la Junta Directiva y de la Junta de Asesores, y en algún momento fue **vicepresidente del organismo**. En rigor de verdad, nuestra “compatriota” fue compañera de ruta de, entre otros, la periodista Kati Morton (miembro de Human Rights Watch y del CFR), Thomas W. Merrick (miembro de Ford Foundation, USAID, UNFPA, John and Catherine MacArthur Foundation, William and Flora Hewlett Foundation), Stuart C. Burden (miembro de Human Rights Watch), Maju Daruwala (ex miembro de Open Society’s Justice Initiative y de la Ford Foundation), la mencionada Marnie S. Pillsbury. Como se puede apreciar, la mencionada profesional no acostumbra hacer públicos estos antecedentes que la ponen al lado de personajes que representan lo más granado de la oligarquía angloamericana, dependiente del clan Rockefeller.

556 Cf. en http://www.fchealth.org/board_dunlop.htm.

557 Eugenia Roccella – Lucetta Scaraffia, *Contro el cristianesimo. L'ONU e l'Unione Europea come nuova ideologia*, Casale-Monferrato, Edizioni Piemme, 2005, Segunda Parte, p. 103.

558 En <https://iwhc.org/about-us/board-of-directors/>

Como si esto fuera poco, esconde además sus vínculos con Joan Dunlop y Adrienne Germain, amigas personales de este siniestro clan oligarca.

Dos son las características fundamentales de todas estas fundaciones privadas, propiedad de las grandes familias financieras e industriales, ya que aplican el mismo esquema: por un lado, son iniciativas corporativas privadas, pero que se desenvuelven con aportes, subsidios y subvenciones estatales, y por otro lado, sus líderes y varios de sus miembros directivos suelen formar parte de los grandes centros y organismos en los que el Poder Financiero Global diseña y planifica sus planes imperiales, que luego ejecutan los gobiernos que ayudan a llegar, no para gobernar en beneficio de los pueblos que los “eligen”, sino para beneficio del Poder: el Council on Foreign Relations, la Comisión Trilateral, el Club Bilderberg, el Council of the Americas, etc.

Fundaciones y ONG “nativas” para difundir en sus propios países el control de la natalidad y el aborto

En los países “en vías de desarrollo” como el nuestro también se han creado fundaciones y ONGs nativas, que por un lado reciben fondos -subsidios y subvenciones- de las *fundaciones extranjeras* que hemos mencionado, así como también de *embajadas extranjeras y organismos internacionales*, que remiten anualmente fondos millonarios a estas organizaciones nativas, que se nutren en gran parte o en su totalidad de esos fondos, para divulgar y difundir en nuestro idioma nacional el ideario y el proyecto antinatalistas elaborados por John Davison Rockefeller III en 1972 y Henry Kissinger en 1974.

A estos subsidios internacionales “nuestras” fundaciones y ONG nativas suman subsidios y subvenciones de organismos estatales nacionales y provinciales, imitando el ejemplo de las fundaciones extranjeras.

Y al igual que éstas, la Educación, la Justicia, la Salud, la Política y la Comunicación Mediática son los ámbitos en los cuales “nuestras” fundaciones han ido difundiendo su discurso y su ideología antinatalista y abortista, y, por otro lado, los han ido nutriendo de agentes y profesionales afines a su proyecto, funcionando, así como **sucursales del imperialismo internacional abortista**.

Pero para hacer digerible y simpático el mensaje, quienes han sido encargados de su difusión sistemática y constante, y su implementación en el ámbito civil, lo han hecho a través de una personificación e identificación con las “ideologías” marxista, socialdemócrata, progresista, etc. Para decirlo gráficamente: transmiten el mensaje genocida de la oligarquía financiera mundial con la hoz y el martillo comunista o la rosa socialdemócrata en la mano.

En todo caso, es una personificación superficial, pintada con un barniz sin ningún tipo de pensamiento sustancial de lo que dicen representar. De tal forma que nos encontramos con militantes “trotskistas”, por ejemplo, que ya no militan la revolución socialista anticapitalista permanente, sino que promueven la legalización del genocidio prenatal; o militantes “marxistas” que ya no vociferan la lucha de clases, sino la lucha de sexos; o militantes “progresistas” que no combaten la globalización imperialista, sino el patriarcado machista.

En última instancia, son los marxistas, trotskistas y progresistas de Wall Street, Rockefeller y Kissinger, que se disfrazan de revolucionarios y levantan imágenes de Karl Marx, Lev Trotsky, Ernesto “Che” Guevara y Hugo Chávez, pero predicando el plan genocida de los dueños de las finanzas internacionales y del mundo.

En este sentido, los militantes izquierdistas y progresistas ya no proclaman la lucha de clases, sino la guerra contra la niñez prenatal, cobrando en dólares, euros y libras esterlinas, porque “finanza mata revolución”.

Además, es menos riesgoso y más seguro promover el asesinato de seres inocentes e indefensos que enfrentar a la minoría poderosa plutocrática que ha universalizado la pobreza, la miseria y la muerte en todo el mundo. Estúpidos no son, ni tampoco suicidas políticos.

Entre las organizaciones más importantes “nacionales” que promocionan el “derecho” al aborto están:

a) FEIM (Fundación de Estudios e Investigación para la Mujer). Organismo fundado y dirigido por la Dra. Mabel Bianco -esposa del dirigente radical Aldo Neri, dirigente radical omnipresente en la vida política argentina, entre otras cosas como Ministro de Salud del gobierno de Raúl Alfonsín y luego como Diputado nacional-, desde 1989, para “promover los derechos de mujeres y niñas”.⁵⁵⁹

Entre las instituciones internacionales que apoyan y subvencionan la labor de este organismo, se encuentran, entre otras, el Banco Mundial, la Embajada de Canadá, la Embajada de Estados Unidos, la Embajada del Reino Unido, Embajada del Reino Unido de los Países Bajos, UNICEF, el Fondo para Población de Naciones Unidas, la UNESCO, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC)⁵⁶⁰, el British Council⁵⁶¹ y la omnipresente Fundación Ford. El apoyo explícito brindado por representantes de gobiernos extranjeros, y en particular por estas dos fundaciones, hace dudar del carácter no gubernamental que ostenta esta institución, al igual que la libertad de maniobra del que pueda gozar, si los respectivos gobiernos y las mencionadas fundaciones han adoptado actitudes explícitas a favor del control de la natalidad. A pesar de estar financiada por la crema del poder oligárquico mundial y de proponer políticas y cursos de acción en total y absoluta sintonía con los dictados imperialistas de quienes configuran el Nuevo Orden Mundial, la titular de este organismo no duda en presentarse como referente progresista de los derechos de la mujer -aunque su accionar está permanentemente orientado en forma exclusiva a la anticoncepción y a la demolición del rol femenino de esposa y madre; objetivo primordial del proyecto antinatalista de los Rockefeller y de sus adláteres.

Entre los organismos e instituciones nacionales que apoyan a FEIM se encuentran los laboratorios Bagó, Roemmers, Glaxo-Smith-Klein, Elea; la Dirección General de la Mujer, de la GCBA; la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Además, la FEIM está integrada a su vez a redes nacionales y a redes internacionales que se ocupan de la salud reproductiva y de los derechos reproductivos, orientadas a la anticoncepción y al control de la natalidad.

559 Para esto y todo lo que sigue, ver <http://feim.org.ar/alianzas-y-apoyos/>

560 <http://www.reddesalud.org/espanol/>

561 Se trata de un organismo aprobado por Cédula Real de 1940, por el Rey Jorge VI de Inglaterra. Registrada como una organización de caridad (sin fines de lucro), opera como un cuerpo público ejecutivo no departamental, en principio independiente del gobierno, pero financiado y respaldado por el Foreign and Commonwealth Office. Oficialmente, entre sus objetivos se cuentan los de promover un conocimiento más amplio del Reino Unido y desarrollar un conocimiento más amplio del idioma inglés, además de alentar una cooperación integral entre el Reino Unido y otros países. Evidentemente, este organismo constituye un dispositivo de aplicación en el campo de la cultura, para llevar a cabo la expansión imperial británica.

b) CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad). Organismo fundado el 1º de julio de 1975. Desde sus inicios se dedicó al estudio de los problemas económicos, sociales y políticos de la Argentina y de América Latina, con la finalidad de contribuir al desarrollo económico y social, al fortalecimiento de la democracia, a la promoción de los derechos humanos y de la equidad social y de género. En sus comienzos contó con el aporte y apoyo de *instituciones del exterior*, como la Fundación Ford, el International Development Research Centre [IDRC] de Canadá, la Fundación Andrew Mellon, la Fundación Inter-American, etc.⁵⁶² Como se ve, es un centro sustentado en instituciones angloamericanas ligadas al poder político y financiero de la oligarquía financiera mundial.

Pretende ser un “*espacio independiente del Estado y pluralista, de los partidos políticos y de cualquier empresa u organización social en particular*”, reivindicando que dicha independencia ha sido siempre uno de sus rasgos centrales, pero el hecho de contar desde el inicio de su fundación con la Fundación Ford como una de las instituciones que más fondos le ha aportado, pone en duda la independencia política que pretende ostentar. Tan fuerte es su dependencia a esta fundación, que ésta última le facilitó los fondos en 1983 para adquirir el edificio donde tiene su sede actualmente.⁵⁶³ El mismo CEDES reconoce que “*el aporte de la Fundación Ford ha sido clave para el fortalecimiento institucional y para el desarrollo académico y profesional de sus integrantes*”.⁵⁶⁴ Es decir, este Centro reconoce que es un dispositivo al servicio del Departamento de Estado americano y la familia Rockefeller, los verdaderos dueños de la Fundación Ford.

Otras instituciones aportantes acentúan todavía más el carácter dependiente del Centro y ponen en duda su supuesta independencia, tanto en los proyectos como en las investigaciones y en los resultados que deben alcanzar éstas últimas: Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Bill & Melinda Gates Foundation, la Embajada de Canadá en Buenos Aires, la Federación Internacional de Planificación Familiar (hemisferio Occidental), el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Foreign and Commonwealth Office inglés, el Instituto Fernando H. Cardoso, la Rockefeller Foundation, W. K. Kellogg Foundation, John & Catherine Mac Arthur Foundation, la International Planned Parenthood Federation (el programa Safe Abortion Action Fund), la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés) y el Population Council de los Rockefeller.⁵⁶⁵ Que la CIA (a través de la Ford Foundation) y que el clan Rockefeller (a través del Population Council) financien la labor académica de esta institución muestra el carácter “progresista” y “revolucionario” de sus miembros y de sus propuestas.

Lo llamativo es que la Universidad Austral también se cuenta entre sus financiadoras.

Importantes funcionarios del gobierno alfonsinista (1983-1989) y otras figuras prominentes de la izquierda y del progresismo vernáculos han sido durante bastante tiempo investigadores de esta institución, lo cual explica su presencia constante en la política argentina, a pesar del fracaso de sus gestiones. Entre los investigadores destacados se cuentan Carlos H. Acuña (miembro del CELS y de la Universidad de San Andrés), Adolfo Canitrot, María del Carmen Feijoo (funcionaria del proabortista Fondo de Población de Naciones Unidas), Roberto Frenkel, Pablo Gerchunoff, Oscar Landi, Tomás Eloy Martínez (radicado en sus últimos años de vida en Estados Unidos), José Luis Machinea, Guillermo O’Donnell, Silvina

⁵⁶² Ver <http://www.cedes.org/institucional/historia.php>

⁵⁶³ *Ibidem*.

⁵⁶⁴ Ver <http://www.cedes.org/institucional/apoyo.php>

⁵⁶⁵ En <http://www.cedes.org/institucional/apoyo.php>. Los apoyos brindados por la Fundación Ford desde su fundación, en 1975, han sido de diverso tipo: *becas* para estudios en el exterior de sus investigadores, *subsidios* a proyectos o programas de investigación y entrenamiento de posgrado de diversas áreas del CEDES.

Ramos, Juan Vital Sourrouille, Oscar Oszlak (vinculado a la Universidad de San Andrés), etc. En forma por demás sugestiva, algunos de los miembros de esta institución han acompañado y apoyado la política que en el campo de la “salud reproductiva” y de los “derechos reproductivos” promovió el gobierno kirchnerista (Ley de esterilización quirúrgica, Ley de anticoncepción de emergencia, etc.).

c) CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales). Este organismo se define a sí mismo como “*organización no gubernamental que trabaja en la promoción y protección de los derechos humanos y el fortalecimiento del sistema democrático y el Estado de Derecho en Argentina*”. Fue fundado en 1979. Su objetivo es promover “*el fortalecimiento de las instituciones democráticas claves para la garantía de los derechos humanos*”.⁵⁶⁶ En un horizonte conceptual semejante al propuesto por el liberal Alvin Toffler, el CELS se propone “*el control y monitoreo de la sociedad civil sobre las instituciones públicas*”, una especie de vigía o de observatorio, en línea con los esquemas de las sociedades sajonas y americana.

Pero detrás de esta fachada progresista-democrática se esconde la promoción de la salud reproductiva y del control de la natalidad, institucionalmente, pero sobre todo a través de la acción política individual de la mayoría de sus miembros.

Desde fines de la década del '90 preside este organismo el periodista Horacio Verbitsky, colaborador de la dictadura llamada “Revolución Argentina” (Juan Carlos Onganía), miembro de una organización guerrillera en la primera mitad de la década de los años '70, lo cual no le impidió luego del golpe de Estado de 1976 colaborar con la dictadura cívico-militar, concretamente con la Fuerza Aérea Argentina. Algunos de sus compañeros de entonces recuerdan la encendida defensa, llevada a cabo por el otrora revolucionario, del almirante Isaac F. Rojas, lo que le significó su alejamiento de la agrupación guerrillera de la que formaba parte.

Pero además de estos vaivenes absolutamente contradictorios del personaje en cuestión, llama poderosamente la atención el apoyo externo que tiene este organismo por parte de la Embajada Británica en Buenos Aires y del Foreign Office británico, como también de la Embajada de Holanda, la Ford Foundation (es decir, CIA, Departamento de Estado americano y la corporación Rockefeller), la John Merck Foundation, la Tinker Foundation, la National Endowment for Democracy,⁵⁶⁷ la Avina Foundation (rama Buenos Aires), el Open Society Foundations (George Soros), etc. En estos últimos años se sumaron al apoyo internacional la IPPF y la International Women Health Coalition, lo que muestra que esta fundación “independiente” está al servicio del plan mundial de control de la natalidad.

¿Cómo se explica que las potencias imperialistas y sus servicios de inteligencia subsidien las actividades de un “excombatiente de la revolución”? ¿Esta faceta de Horacio Verbitsky no habrá sido inicialmente el montaje de una personalidad “revolucionaria” por parte del imperialismo financiero angloamericano y transnacional, para poder llevar la batuta del proceso “democrático” de nuestra Patria? Pues es público y notorio que este poder apátrida sólo subsidia a sus “hijos predilectos”, a quienes son de su propia cepa, no a “revolucionarios” arrepentidos.

⁵⁶⁶ Para esto y lo que sigue a continuación, cf. <http://www.cels.org.ar/cels/?ids=5&lang=y>
<http://www.cels.org.ar/cels/?info=detalleTpl&ids=8&lang=es&ss=56>

⁵⁶⁷ Organismo creado oficialmente el 6 de noviembre de 1982 por el entonces presidente Ronald Reagan, para “fortalecer las instituciones democráticas a nivel planetario, a través de esfuerzos no-gubernamentales”. Está conformado por miembros de los dos partidos gobernantes en Estados Unidos –Demócrata y Republicano–, pero dirigido y presidido por individuos que forman parte del Council on Foreign Relations, como Vin Weber y Carl Gershman. Se puede consultar en <http://www.ned.org/about/about.html>. También se puede consultar el informe de David Lowe, “Idea to Reality: A Brief History of the National Endowment for Democracy”, en <http://www.ned.org/about/nedhistory.html>.

Este organismo “sí-gubernamental”, subsidiado por gobiernos e instituciones oficiales extranjeras, es una cantera que ha provisto de funcionarios a diversas instancias gubernamentales y estatales de nuestro país y de América latina: Jorge Taiana (vice-canciller y canciller de las dos gestiones gubernamentales kirchneristas), Gabriela Cerruti (legisladora de la Ciudad de Buenos Aires), Leonardo Franco (juez de la Corte Interamericana de Derechos Humanos), Víctor Abramovich (vicepresidente de la Corte Interamericana de Derechos Humanos), Axel Kicillof (gobernador de la Provincia de Buenos Aires), Marcelo Saín (Director de la Policía de Seguridad Aeroportuaria), Rodolfo Matarollo (+) (ex subsecretario de Derechos Humanos de la Nación), Leopoldo Schiffrin, Eugenio Zaffaroni (ex-juez de la Corte Suprema de Justicia de la Nación), Alcira Argumedo, Carlos León Arslanián, Mariana Carbajal (*Página12*), los sacerdotes Domingo Breschi y Eduardo de la Serna, Jorge Gaggero (grupo Fénix), Miriam Lewin, el jurista Julio Maier, el sociólogo Fortunato Mallinacci, el periodista José Natanson, el abogado Alejandro Rúa, el periodista Mario Weinfeld, el “revolucionario” Leonardo Grosso (Movimiento Evita), la ministro Elizabeth Gómez Alcorta, etc.

Es conocida la postura de la mayoría de estos socios del CELS (y de las potencias y servicios extranjeros que lo subsidian), favorable a la despenalización del aborto y a las políticas de control de la natalidad, eufemísticamente denominadas de “salud reproductiva”. En sentido estricto, al recorrer estos nombres se puede apreciar que la *Inteligencia angloamericana* (con su estrategia de actuación imperialista), tiene una importante influencia en la vida política argentina y latinoamericana.

No es para nada casual que las temáticas y labores encaradas por el CELS sean prácticamente un calco del modelo político-social y cultural del mundo anglosajón.

Además, si se tiene en cuenta que durante los últimos años el CELS recibió grandes subsidios de la Ford Foundation, presidida durante varios por Susan V. Berresford (miembro de la corporación Rockefeller y de la Trilateral Commission), nos encontramos con el dato llamativo que un ex ¿guerrillero? anticapitalista fue “bendecido” con millones de dólares provistos por la familia Rockefeller, a través de interpósitos organismos extranjeros.

¿Qué es lo que une a aparentes enemigos del capitalismo con los dueños y señores de éste último?

d) Asociación por los Derechos Civiles (ADC). Este organismo fue creado en 1995, como organización no gubernamental, partidaria y sin fines de lucro, con el propósito de monitorear políticas públicas, promover reformas legales y realizar actividades de investigación. En especial, se ufana de utilizar “*el litigio de interés público como herramienta privilegiada para impulsar reformas legales e institucionales dirigidas al mejoramiento de la calidad de las instituciones democráticas argentinas, incidiendo en los procesos de formulación de políticas públicas*”.⁵⁶⁸

Lo sorprendente es que para llevar a cabo esta loable misión “democrática”, esta organización es subsidiada completamente por organizaciones oficiales y privadas *extranjeras*, la mayoría de ellas partidarias de la despenalización del aborto: la Embajada de Holanda, el Global Opportunities Fund (“propiedad” del gobierno británico), el Fondo Canadiense para Iniciativas locales, la Ford Foundation, la John Merck Foundation, la Tinker Foundation, el National Endowment for Democracy, la Open Society Foundations (de George Soros, agente representante de la Banca Rothschild).⁵⁶⁹

568 En <http://adc.org.ar/>: “Nuestra misión”.

569 Ver <http://www.helpargentina.org/es/adc>

Como se puede apreciar, se repiten en este caso muchas de las fundaciones extranjeras que respaldan al mismo tiempo al CELS.

En consonancia con sus donantes, la problemática de los derechos sexuales y reproductivos constituye uno de los capítulos que monitorea este organismo “sígubernamental”, en el marco de las “*garantías constitucionales y disposiciones legales que debe cumplir el Estado en relación al bienestar físico, mental y social de la persona en todo lo relativo a su salud sexual*”. Como en otras organizaciones afines, llama poderosamente la atención que el acceso a una vivienda digna, a una alimentación adecuada o a medicamentos, que tanto contribuyen a la salud de las personas, no sean reclamos que ocupen a este tipo de organismos subsidiados internacionalmente.

Unidad en la acción para la legalización del aborto

Cuando se pretendió legalizar el aborto en el 2018, se pudo ver con toda claridad la asociación o unidad de las fundaciones internacionales con las organizaciones nacionales para impulsar su sanción, mediante la prédica a través de los medios de comunicación y la manifestación en las calles.

Todas las organizaciones que hemos mencionamos, las extranjeras y las nativas, actuaron al unísono para lograr el objetivo que se frustró en la histórica sesión del 8 de agosto de 2018 en el Senado de la Nación

El apoyo y la colaboración también fue en dinero contante y sonante, como se puede comprobar en los informes anuales de esos organismos, en especial de la IPPF, para dos instituciones “argentinas” en particular: Casa FUSA (Fundación para la Salud del Adolescente) y “Católicas” por el Derecho a Decidir.

CasaFUSA (Fundación para la Salud del Adolescente) recibió subsidios de la IPPF, entre los años 2010-2016, por un total de u\$s3.112.260 (tres millones ciento doce mil doscientos sesenta dólares).

Católicas por el Derecho a Decidir (de Córdoba), por su parte, recibió subsidios en el mismo período por un total de u\$s1.012.183 (un millón doce mil ciento ochenta y tres dólares).

El copamiento del Estado

Estas instituciones no solamente han tenido como misión y tarea difundir en el seno de la llamada “sociedad civil” el discurso y los proyectos anticonceptivos y antinatalistas del Poder mundial. En paralelo han llevado a cabo un proceso de infiltración y copamiento de algunas estructuras del Estado durante las últimas cuatro décadas, para oficializar sus planes e imponerlos como “*políticas de Estado*”.

Las estructuras de las que se han apropiado son fundamentalmente la Educación, la Justicia, la Política y la Salud; tanto a nivel nacional como provinciales. Y han podido hacerlo a través de un proceso lento, constante y tenaz, con paciencia y perseverancia y en forma discreta.

Y lo han hecho en forma transversal, comenzando por el gobierno socialdemócrata que encabezó Raúl Ricardo Alfonsín, el gobierno *peronide-liberal* de Carlos Saúl Menem, el gobierno radical-aliancista de Fernando de la Rúa, el gobierno interino de Eduardo Alberto

Duhalde, los gobiernos “nac&pop” de Néstor y Cristina Kirchner, el gobierno liberal de Mauricio Macri y el gobierno socialdemócrata de Alberto Fernández.

Impedir que vengan niños al mundo ha sido el elemento aglutinador de los promotores del genocidio prenatal y de su legalización.

Para alcanzar este estadio de copamiento estatal, se han valido del vaciamiento histórico y doctrinal de las fuerzas políticas nacionales, básicamente el Peronismo y el Radicalismo, convertidas en híbridos aparatos electoralistas.

El intento de legalización del aborto en el año 2018 por vía legislativa puso en evidencia esta “*unidad anticonceptiva y antinatalista*” de los miembros de fuerzas políticas ideológicamente antagonista, pero en perfecta unidad de acción en la promoción de la fallida ley criminal de legalización del asesinato prenatal.

El Imperialismo abortista británico

La aprobación de la legalización del aborto en Argentina, el 30 de diciembre de 2020 por el Senado nacional sacó a la luz que en realidad lo aprobado esa madrugada por los legisladores “argentinos” era el éxito de la política imperialista británica impuesta a la Nación Argentina, la versión en el siglo XXI de las famosas Invasiones Inglesas del siglo XIX. Con la diferencia que lo que se pretendió por las armas militarmente se logró a fuerza de dólares y subsidios.

15 años le llevó a la IPPF impulsar e imponer el aborto legal, como la misma organización lo reconoció en su página web, poniendo en evidencia que los legisladores “argentinos” - diputados y senadores nacionales- se comportaron como verdaderos cipayos traidores a su nacionalidad, para servir al imperialismo internacional abortista.

A las pocas horas de haberse aprobado la ley en Argentina, el 31 de diciembre, la página web de la rama de la región occidental de la organización no sólo saludó el “triumfo” legislativo, sino que hizo saber que fue ella misma la que “alimentó un ecosistema de organizaciones feministas y activistas por más de 15 años, lo que contribuyó a hacer posible hoy” [31/12/2020] que el aborto sea legal.

No sólo eso, sino que también reconoció que la IPPF “apoya directamente a siete socios en Argentina, que a su vez subvencionan a otras 20 organizaciones de base de todo el país, que son las que acompañan a políticos y legisladores, hacen campañas de comunicación y difusión para hacer presente el ‘derecho al aborto’ en el discurso público, y van a planificar activamente la mejor forma de apoyar la implementación de la nueva ley^{57º}.”

Las siete socias de IPPF identificadas en el país son: -Casa FUSA - Católicas por el Derecho a Decidir - CEDES (Centro de Estudio de Estado y Sociedad) - Amnistía Internacional en Argentina - Fundación Huésped - CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) - FEIM Argentina. En definitiva, una invasión británica con colaboracionismo “argentino” en toda la línea.

En otras palabras, la “iniciativa” impulsada por el presidente argentino y acompañado y avalado por la vicepresidente de la Nación ha sido, en realidad, un plan extranjero pero implementado por “argentinos”, al mejor estilo de los históricos oligarcas liberales al servicio del Imperio Británico y de Su Majestad Británica. Pero estos oligarcas de ahora no son ideológicamente liberales, sino “progresistas socialdemócratas”, disfrazados de “nacionales y

^{57º} En <https://www.ippfwhr.org/es/resource/argentina-se-convierte-en-el-pais-latinoamericano-mas-grande-en-legalizar-el-aborto/>

populares”, pero en realidad gerentes ejecutores del genocidio prenatal y administradores de la disgregación social y nacional de Argentina.

En síntesis, la legalización del aborto lograda a fines del 2020 en Argentina ha significado la confluencia del proyecto genocida del clan Rockefeller, la estrategia invasora-colonizadora de la IPPF y la colaboración de dirigentes nativos, para implementar el genocidio más espantoso y siniestro de todos: el de las personas más inocentes e indefensas de todas, los niños por nacer.

Esto pone en evidencia una vez más la injerencia de Gran Bretaña y su política imperialista en nuestro país, ya que históricamente:

- ha tomado el control de la economía argentina, durante largos períodos de nuestra historia.
- se ha robado parte de nuestro territorio nacional (Islas Malvinas)
- se ha apropiado de buena parte de las riquezas nacionales y de porciones del suelo patrio
- ahora da el último paso: desaparición y muerte de la mayor parte de los argentinos que vienen al mundo.

Como hemos dicho líneas arriba, con la legalización del aborto (= pena de muerte prenatal) la Argentina está padeciendo las Invasiones Inglesas del siglo XXI, ya no por riquezas naturales ni por recursos económicos, tampoco por apropiación de territorio, sino para asesinar y matar sin piedad a los argentinos del futuro, en una verdadera guerra de exterminio del pueblo argentino.

Millonarios subsidiados y pobres endeudados

Hasta aquí, hemos descrito el procedimiento a través del cual se ha impuesto oficialmente en el mundo el control de la natalidad, como política de Estado y como política oficial de la Organización de Naciones Unidas.

También hemos descrito cómo se implementó en el seno de las sociedades humanas el plan, a través de la acción y prédica de las llamadas organizaciones no-gubernamentales o fundaciones privadas internacionales tanto en los países desarrollados de origen como en los países en vías de desarrollo.

Pero si el plan es perverso y siniestro, no menos perverso y siniestro es el método que se ha utilizado para llevarlo a cabo. ¿Cuál es el método siniestro que se ha instrumentado para desarrollar esta política antinatalista y genocida?

Por un lado, los ricos del mundo subsidian sus proyectos y planes del control de la natalidad través de los aportes que obtienen para sus fundaciones de los gobiernos de los países desarrollados -verdaderos subsidios, ya que no tienen obligación alguna de devolverlos. Y por otro lado, *los gobiernos de los países en desarrollo son “obligados” a financiar la aplicación de estos planes*, mediante préstamos externos, los cuales engrosan la deuda externa de los pueblos en cuestión.

En otras palabras: los ricos se subsidian sus planes y proyectos antinatalistas, mientras que los pueblos y naciones víctimas de este ataque demográfico se endeudan, para llevar a cabo el proyecto de los plutócratas.

Este subsidio gubernamental para financiar los planes de la plutocracia promotora del saqueo de la riqueza mundial puede ser constatado y confirmado en los informes anuales que

las organizaciones “no-gubernamentales” presentan anualmente detallando sus actividades. En dichos informes se puede ver con toda claridad que quienes cuentan con suficientes recursos propios hacen subsidiar sus proyectos corporativos privados con fondos estatales y gubernamentales, de tal forma que los planes, los negocios y las ganancias son para las grandes familias empresarias y financieras que promueven el control de la natalidad, utilizando gratis el dinero que aportan los contribuyentes de los países desarrollados con el pago de sus impuestos y contribuciones.

Mecanismo genialmente perverso: el dinero de los contribuyentes de los países desarrollados subsidia el proyecto corporativo privado del genocidio prenatal, y, por otro lado, el dinero de los contribuyentes de los países en vías de desarrollo paga, con sus impuestos y contribuciones, la aplicación de los planes antinatalistas.

El negocio antinatalista es privado, pero lo pagan los pueblos. En definitiva, los ricos del mundo hacen pagar a los pueblos el asesinato prenatal de sus hijos.

En definitiva, con los impuestos que abonan los pueblos pagan las políticas de asesinato de sus propios hijos, para beneficio puro y exclusivo de los más ricos y poderosos de mundo.

Objetivo último

La gran pregunta que se plantea es **cuál es la justificación última de esta locura**, por qué un grupo minoritario, pero ultra poderoso, ha podido planificar y llevar a cabo, sin prisa, pero sin pausa, este verdadero holocausto demográfico que se ha cobrado **más de mil millones de víctimas en el transcurso de cincuenta años**, que paradójicamente son las personas más inocentes e indefensas de todas.

¿Cómo se ha podido configurar un mundo en el que se matan anualmente millones de seres humanos, simplemente porque no se desea que existan, porque no se los quiere aceptar ni recibir? ¿Cómo es que se ha podido instituir en la mayoría de los países del mundo esta aberración jurídica en la que se aplica la pena de muerte contra seres humanos que no han cometido ningún delito?

Estos interrogantes se pueden responder cuando nos damos cuenta de que responden al plan siniestro de exterminio masivo explicitado oficialmente en el famoso **Memorando 200/74** ya citado en páginas anteriores; es decir, en el plan de control de la natalidad diseñado por el entonces Consejero de Seguridad Nacional Henry Kissinger como decisión de política exterior del gobierno de Richard Nixon/Gerald Ford “*para salvaguardar la seguridad de Estados Unidos y sus intereses de ultramar*”.

Al momento de redactarse el documento en 1974, la población mundial era de **3.500 millones de habitantes**. Preveía que al año 2000 había que llegar a una tasa de reemplazo de fertilidad de 2 hijos por familia, para lo cual se debería disminuir la tasa de crecimiento a un 1,7% durante la década de 1980s y a un 1,1% durante la década de 1990s.

Llegado a este punto, Henry Kissinger sostuvo que era perentorio coordinar todos los esfuerzos posibles para “*moderar el crecimiento poblacional global, de tal modo que la proyección demográfica hacia el año 2050 no superara los 8 mil millones de habitantes en el mundo, más que permitir que llegara a 10 mil millones, 13 mil millones o más*”.⁵⁷¹

En el año 2000 la población mundial alcanzó los **6 mil millones de habitantes**. En ese momento la cantidad de abortos globales era de 24 millones (los legales + los clandestinos).

571Memorando 200/74, “Policy Recommendations”, nn. 27-29, pp. 9-10.

En el año 2020 la población mundial ya ha llegado a las **7.700 millones de personas**, con 54 millones de abortos anuales (30 millones legales + 24 millones clandestinos). Estos números se han logrado con todos los planes antinatalistas en plena ejecución en la mayor parte del mundo, con toda “la furia posible”, incluyendo el aborto legalizado en la mayoría de los países del mundo.

Los números son elocuentes: en 20 años la población mundial aumentó en 1.700 millones de personas. Para alcanzar el objetivo fijado por el *Memorando*, en 30 años sólo “tendrían derecho” a agregarse 300 millones de personas, o 1.000 millones a lo sumo. La pregunta es: *¿cómo, además de profundizar los planes anticonceptivos y el acceso al aborto a escala universal?*

La respuesta posible es: por un lado, probablemente a través de la Educación Sexual Integral, *corrompiendo el alma y la psiquis de los niños* que logran nacer a pesar de los planes antinatalistas implementados. Y por otro lado esterilizando o tornando infértiles a jóvenes de ambos sexos.

Es el mismo William Henry Gates III (“Bill”) quien ha reconocido que a través de su Fundación “sin fines de lucro” está trabajando en el ámbito de la salud en general y de la salud infantil en particular, a través de vacunas, para lograr que la población se reduzca.⁵⁷²

El 4 de julio de 2020 la revista científica británica *The Lancet* publicó los resultados de un estudio realizado por investigadores del Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud, que depende de la Universidad de Washington, financiado por la Fundación Bill & Melinda Gates. Este estudio analiza las proyecciones demográficas de 195 Estados hasta el año 2100.⁵⁷³

Según este estudio, los planes que hemos descrito sobre el control de la natalidad marchan tal cual han sido planificados. La proyección muestra que al año 2064 la población mundial llegará a los 9.700 millones de personas, para declinar al año 2100 a 8.790 millones.

Los resultados de la investigación proyectados al año 2100 muestran que los países más poblados serán India (1.090 millones), Nigeria (791 millones), China (732 millones), Estados Unidos (336 millones) y Pakistán (248 millones).

China disminuirá su población en un 48%, para llegar a 732 millones, mientras que la población de África sub-sahariana se triplicará y superará los 3.000 millones.

Para ese mismo año, la estructura etaria estará configurada como una pirámide invertida, con 2.370 millones de personas mayores de 65 años y 1.700 millones menores de 20 años.

Las personas mayores de 80 años, que en el 2017 eran 141 millones, serán 866 millones en el 2100. Los niños menores de 5 años eran 681 millones, y en el serán 401 millones.

Hacia el año 2050, 151 países tendrán un índice de fertilidad menor al nivel de reemplazo (1,7 por mujer).

Como se puede apreciar, el plan político diseñado y planificado desde mediados de los años 1960’s se ha ejecutado en forma constante, paulatina y paciente, y lamentablemente ha llegado a cumplir con gran parte de sus objetivos, sino todos.

Para lograrlo, ha tenido que promover una contrarrevolución política que barrera con toda la tradición religiosa, moral, ética y cultural, para debilitar la resistencia de los pueblos a vivir en un mundo antinatural, sin familia y matando a sus hijos.

572 Gates Notes. *The blog of Bill Gates*, “Our 2018 Annual Letter”, en https://www.gatesnotes.com/2018-Annual-Letter?WT.mc_id=02_13_2018_02_AnnualLetter2018_Explainer_BG-YT_&WT.tsrc=BGYT

573 “Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study”, publicado el 24 de julio de 2020 en Published online July 14, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30677-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30677-2).

Una contrarrevolución que no se detuvo ni siquiera cuando el mundo se ha visto atacado y perjudicado por la pandemia del Covid-19, consagrando que el aborto seguía siendo una “*actividad esencial*” que no debía ser impedida en ningún momento.

Esta matriz política es la que permite entender por qué y de qué modo está impuesto una forma de vida personal y social que posibilita la configuración de prácticas que degradan al ser humano y convierten a la vida comunitaria en una pesadilla: impedir que venga vida nueva al mundo y asesinarla antes de que nazca abre la puerta a todas las aberraciones que se puedan imaginar. Cuando matar al hijo se convierte en un derecho, todas las perversiones y degradaciones se convierten en posibles y “normales”, porque todo está permitido, incluso lo malo en sus infinitas expresiones.

Capítulo 11

Actitudes y opiniones médicas en contra del aborto

Por

Jorge Alberto Maciel

Introducción

- Objeción de conciencia y negativa al aborto en otros países
 - Chile
 - España
 - Italia
 - Estados Unidos
 - México
- Objeción de conciencia y negativa al aborto en Argentina
 - Misiones
 - La Rioja
 - Mendoza
 - Salta
 - Tucumán
 - Río Negro
- Manifestaciones de profesionales de la salud en contra del aborto
- Situación laboral de médicos objetores de conciencia
- ¿Qué afirman las entidades médicas sobre el aborto?
 - Foro Nacional de Instituciones Médicas
 - Academia Nacional de Medicina
 - Decanos de Facultades de Medicina Privadas
 - Instituciones de salud objetoras
- ¿Qué afirman las instituciones de salud objetoras?
- El “sincericidio” de un médico a favor del aborto y de su legalización
- Conclusiones

Introducción

Tal vez una de las cuestiones más obvias al momento de tomar una decisión respecto a un tema que importa a la sociedad sea consultar en primer lugar a quienes entienden del mismo y cuentan con los conocimientos teóricos y prácticos inherentes a la condición de expertos, de tal manera que la palabra de dichos profesionales pueda ser tomada como fuente de posibles soluciones al problema planteado.

Siguiendo con este pensamiento, cualquier político con verdadero interés en brindar luz a una situación vinculada a una crisis económica consultaría en primera instancia a economistas de prestigio para recibir los consejos necesarios a fin de acercarse a una decisión coherente para la problemática en cuestión. Sin embargo, en la caso del aborto esto no sucedió según la lógica porque los médicos quedaron bastante relegados a la hora de ser escuchados en el 2018 durante el debate del primer proyecto para legalizar el aborto; ni qué decir de los tocoginecólogos o gineco-obstetras que son quienes atienden en mayor medida la salud de las mujeres, controlan embarazos, atienden sus complicaciones y, ante la finalización abrupta de los mismos de manera espontánea o provocada, son quienes resuelven el problema.

De ahí en más podrán participar distintos profesionales especialistas de otras ramas médicas según el caso y su complejidad (Infectología, Cuidados Intensivos, Cirugía, etc), o hasta miembros del equipo de salud de otras áreas (salud mental o asistencia social), pero son los tocoginecólogos quienes realizan tratamientos quirúrgicos para resolver complicaciones del aborto (raspados uterinos, aspiración, laparotomías exploratorias, histerectomías). Tal vez fue demasiado evidente semejante desplante y eso motivó la participación de un mayor número de médicos y de algunos tocoginecólogos durante el brevísimo debate por el aborto que sucedió nuevamente en 2020, lo que se evidenció por un menor número de expositores y por contar cada uno con menos tiempo que el que hubo durante las exposiciones del tratamiento anterior dos años antes. Con esto queda claro que, si bien técnicamente pueden realizarse procedimientos de menor complejidad en embarazos de pocas semanas (por lo general menores a las 12 semanas de amenorrea), por medio de médicos generalistas o de familia a través del tan promocionado aborto farmacológico con misoprostol, acompañado o no de mifepristona, dichos especialistas no estarían preparados para resolver las complicaciones de un evento que previamente provocaron; tal es el caso de un aborto.

Por otro lado, pero en extrema relación con el párrafo anterior, otra opinión que quedó totalmente fuera del debate sobre el aborto en Argentina durante las votaciones de ambos años fue la de las instituciones de salud –sean estas públicas o privadas, confesionales o no-, las cuales se vieron amenazadas a realizar un procedimiento que atenta contra los idearios a partir de los cuales se habían erigido, al tiempo de manifestar una gran preocupación por las sanciones que se plantean en el horizonte con la legalización ya concretada (quita de matrículas; suspensiones y clausuras; cárcel para quienes se nieguen a finalizar embarazos de manera precoz o a derivar a las pacientes que soliciten estos procedimientos), motivo por el cual se concretaron un sinnúmero de manifestaciones de repudio a la legalización y realización de abortos por todo lo ancho y largo de la República Argentina, bajo premisas claras como la defensa de la vida humana, el derecho a la objeción de conciencia y la violación del Juramento Hipocrático por parte de quienes practicaran abortos; todo esto sin desconocer el acompañamiento de la mujer embarazada en situación de vulnerabilidad y el derecho a la vida del niño inocente que gesta dentro de su vientre.

Así las cosas, comenzaremos a mostrar posturas contrarias al aborto en algunos países y en distintas provincias de Argentina, como también los comunicados al respecto por parte de centros médicos e instituciones científicas de sobrado prestigio dentro del ámbito académico.

Objeción de conciencia y negativa al aborto en otros países

Chile: Según una publicación periodística de Lorena Leiva en *La Tercera* de Chile,⁵⁷⁴ sobre 1.148 médicos obstetras del sistema público de salud, existían 580 profesionales (50,5%), que no estaban dispuestos a realizar abortos ante embarazos por violación; según reporte de junio de 2018. A partir de la promulgación de la normativa sobre el aborto en 2017 (despenalización ante riesgo de vida para la embarazada; embarazos producto de violación; y malformaciones fetales severas), en algunas regiones de Chile se duplicó la cantidad de objetores, pudiendo inclusive alcanzar el 100% de los especialistas en ciertas partes del país, como fue el caso de Osorno, mientras que en otros distritos solo hubo un descenso de estos que no alcanzó el 19%.

España: A partir de una publicación en *La Nación* de España a cargo de Ángela Ávalos,⁵⁷⁵ se dio a conocer un informe del *Comité de Bioética del Colegio Médico de España* donde se explicó que los médicos pueden negarse a realizar abortos a partir de razones religiosas, morales o filosóficas.

Sin embargo, y de manera totalmente falaz, este artículo afirmaba que aun cuando esté en riesgo la vida de la embarazada los profesionales de salud podrían hacer uso de la objeción de conciencia; lo cual jamás sucede ya que esto representa un criterio obstétrico absoluto de finalización de la gestación –alegar que un médico dejaría morir a una paciente por el simple hecho de estar en contra del aborto es de una bajeza total y absoluta, ya que ni el más conservador de los galenos haría algo semejante. Inclusive se aclara que el aborto bajo la mencionada causal debe ser la ÚNICA opción que queda luego de haberse agotado todas las demás medidas terapéuticas posibles que no implicasen la finalización del embarazo.

En una publicación en el sitio *Salud Pública de México*, realizada por Deyanita González de León-Aguirre,⁵⁷⁶ se mencionó que en España el 90% de los abortos se realiza en el sector privado como causa de la gran cantidad de médicos tocoginecólogos que se oponen a la finalización precoz de embarazos, motivo por el cual los pocos especialistas no objetores de los hospitales públicos de Madrid deben realizar el 70% de los abortos; algo lógico de entender por tratarse de una práctica que representa la terminación violenta y abrupta de una vida humana de manera contraria a los idearios bioéticos estipulados desde los inicios de la Medicina en el conocido Juramento Hipocrático y sus posteriores actualizaciones.

⁵⁷⁴ Leiva, Lorena. "Aborto: 50% de los obstetras de la red pública se declara objetor de conciencia en casos de violación". Portal digital de noticias "La Tercera", 9/6/2019. Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/aborto-50-los-obs-tetras-la-red-publica-se-declara-objetor-conciencia-casos-violacion/691306/>. Consultado el día 9/4/2020.

⁵⁷⁵ Ávalos, Ángela. "Médicos pueden negarse a hacer abortos terapéuticos por razones religiosas o morales". En portal de noticias "La Nación", 16/8/2016. Disponible en: <https://www.nacion.com/el-pais/salud/medicos-pueden-negarse-a-hacer-abor-tos-terapeuticos-por-razones-religiosas-o-morales/IQ5FRTOIEJHOFIY4TACK7G7WX4/story/>. Consultado el día 9/4/2020.

⁵⁷⁶ González de León-Aguirre, Deyanita. Los médicos y el aborto. *Salud Pública de México*, [S.l.], v. 37, n. 3, p. 248-255, mayo 1995. ISSN 1606-7916. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5842/6544>. Consultado el 10/4/2020.

Italia: El 25 de noviembre de 2018 la Agencia Nacional de Noticias *Telam*,⁵⁷⁷ informó que en 2005 el 58,7% de los tocoginecólogos de Italia era objetor para la realización de abortos y que para el año 2016 dicha cifra había ascendido hasta el 70,9%, llegando en algunos lugares al 88,1%.

Esto motivó presiones por parte de grupos progresistas donde militantes de los mismos, tal es el caso de la ginecóloga Silvana Agatone, integrante de la *Federación Internacional de Profesionales del Aborto y la Contracepción*,⁵⁷⁸ afirmó un supuesto caso de riesgo de vida de una mujer embarazada a la cual un médico se habría negado a finalizar su embarazo -cabe aclarar que en la citada publicación no se mencionaron mayores detalles respecto al estado clínico ni a las circunstancias alrededor de la paciente en cuestión. Al mismo tiempo, esta profesional pro-aborto menciona la legislación italiana con respecto a la finalización de embarazos (aborto hasta las 12 semanas por pedido de la mujer y de mayor tiempo ante riesgo de vida), pero llamativamente desconoce el derecho a la objeción de conciencia que se encuentra avalado por la ley italiana, por lo que puede verse cómo hace un uso tendencioso de las normas según concuerden o no con sus ideas personales.

Estados Unidos: Philip Darney en la revista médica *Women's Health Issues* publicó un informe al cual tituló “¿Quién hará los abortos?”,⁵⁷⁹ en donde cita que ya en 1985 solo el 34% de los médicos ginecólogos realizaban abortos y que de ellos dos tercios no los practicaban en embarazos que superaban el cuarto mes (16 semanas de amenorrea), alegando además que dicha actitud en contra del aborto no se modificó gracias a la acción de los grupos denominados *Provida*, de importante militancia en dicho país; todo lo cual motiva, según opinión de este autor, que el 90% de estas prácticas se realicen en clínicas privadas. Por lo tanto, no es de sorprender que dichas instituciones tengan mucho interés en promover el aborto en distintos países y sean además quienes aportan no poco capital a las campañas de políticos afines a la legalización del aborto, tal como se menciona en otro capítulo de esta obra.

En otro estudio realizado en Estados Unidos vinculado a factores que influyeran en el entrenamiento para realizar abortos durante la especialización de médicos en las residencias de Obstetricia y Ginecología (Tocoginecología),⁵⁸⁰ se pone en evidencia que en el 87% de los estados de dicho país no está permitida su realización, al tiempo que en el año 2000 se habían concretado la friolera suma de 1,31 millones de abortos, estando los mismos en íntima relación con la enorme cantidad de embarazos no deseados -la mitad de todos los embarazos se producen de esta forma y de estos a su vez otra mitad terminan en aborto-, aunque es sabido que a las instituciones privadas no les exigen notificar con exactitud la cantidad realizada de estos procedimientos, por lo que saber la cifra real se torna casi imposible.

Tan es la poca aceptación hacia la terminación abrupta de embarazos en ese país, que este estudio de tinte abortista también reconoce que disminuyó la cantidad de centros de abortos para el año 2000 en un 11% respecto al año 1996 y en un 37% en relación al año 1982; a la par que menos del 7% de los mismos se realiza en hospitales públicos, dando claras señales

⁵⁷⁷ “Más del 70% de los ginecólogos se niega a realizar abortos”. Agencia Nacional de Noticias *Telam*, 22/11/2018. Disponible en: <https://www.telam.com.ar/notas/201811/309276-mas-del-70-de-los-ginecologos-se-niega-a-realizar-abortos-en-italia.html>. Consultado el día 9/4/2020.

⁵⁷⁸ <https://www.fiapac.org/es/author/2025/silvana-agatone>

⁵⁷⁹ Darney, Philip D. Who will do the abortions? *Women's health issues*, volume 3, issue 3, 158 – 161. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8274871>. Consultado el 23/12/19.

⁵⁸⁰ Foster AM, van Dis J, Steinauer J. Educational and Legislative Initiatives Affecting Residency Training in Abortion. *JAMA*. 2003;290(13):1777-1778. doi:10.1001/jama.290.13.1777. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/197390?resultClick=1>. Consultado el 10/4/2020.

de que para el Estado no representa una cuestión prioritaria de “salud pública”, tal como muchas veces se nos quiere hacer creer a toda costa.

Por dichos motivos, en la publicación se insiste en obligar a las residencias médicas a capacitar a los futuros tocoginecólogos en cuestiones vinculadas al aborto, con el claro objetivo de forzar la situación para luego llegar a contar con mayor cantidad de médicos ejecutores de abortos en dicho país -aunque llamativamente en la citada publicación no le dan la misma importancia a brindar educación sexual de calidad a la población, como tampoco consideraron de relevancia brindar condiciones dignas de vida a fin de posibilitar una mejor planificación familiar sin caer en la situación límite de promover las terminaciones violentas de embarazos.

México: En México, en una entrevista realizada por el portal *Siete24 Noticias*,⁵⁸¹ médicos de la agrupación *Artículo 18* manifestaron su repudio ante las iniciativas por despenalizar el aborto en ese país sin tenerse en cuenta las opiniones de los integrantes del personal de salud, al tiempo de limitar su posibilidad para poder ejercer su derecho a la objeción de conciencia.

Marcelo Bertolini, director de esta agrupación, dijo que *“La objeción de conciencia sanitaria consiste en el rechazo a cumplir un acto o conducta cuando el contenido de los deberes que se imponen, son contrarios a las normas éticas o convicciones del prestador de los servicios de salud”* y luego destaca que *“Nadie les preguntó, nadie los tomó en cuenta y se les impone realizar un servicio que es contrario a su juramento hipocrático, ellos estudian y prometen salvar vidas humanas, no matarlas, y resulta que el Congreso del Estado les obliga a hacer exactamente lo contrario a lo que establece el código de bioética nacional”*. Bertolini consideró además que *“Los médicos y las enfermeras son profesionales de la ciencia y la conciencia que no pueden ser reducidos a un mero instrumento de la voluntad de los pacientes”*. Por último, termina la entrevista diciendo en alusión al personal de salud, que *“Ellos han jurado salvar vidas, no quitarlas, esa es su vocación”*.

Objeción de conciencia y negativa al aborto en Argentina

Misiones: El diario *Clarín* mencionó en una publicación de diciembre de 2019 que en solo seis días más de cien médicos ginecólogos de la provincia de Misiones se habían registrado como objetores de conciencia en el Registro de Objetores de Conciencia habilitado por el Colegio Médico de dicha provincia, a fin de notificar su negativa a practicar abortos.⁵⁸² Dicho registro tiene como finalidad *“resguardar el derecho de quienes por cuestiones morales, éticas, filosóficas, culturales, religiosas o ideológicas se consideren exentos de realizar actos médicos que se encuentren en contradicción con sus convicciones”*.

La Rioja: En nota publicada por el sitio de noticias *Viva La Rioja* de mayo de 2019⁵⁸³, la doctora Verónica Vega, integrante del *Consejo Médico de La Rioja*, dio a conocer que más del 95% de los médicos de dicha provincia están en contra del aborto, afirmando que *“Nosotros en*

⁵⁸¹ Francomárquez, Jorge. “Médicos rechazan aborto y abrazan Objeción de Conciencia Médica”. *Siete24 Noticias*, 5/12/2019. Disponible en: <https://siete24.mx/vida-y-familia/medicos-rechazan-aborto-y-abrazan-objecion-de-conciencia-medica/>. Consultado el 11/4/2020.

⁵⁸² Azarkevich, Ernesto. “Nuevo protocolo – Aborto legal: en Misiones los médicos lanzaron un registro de objetores de conciencia”. *Diario Clarín*, 18/12/2019. Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/aborto-legal-misiones-medicos-lanzaron-registro-objetores-conciencia_o_mlrQYiet.html. Consultado el 11/4/2020.

⁵⁸³ Albarracín, Yalr. “En La Rioja, una cantidad abrumadora de médicos rechazan el aborto”. *Portal de noticias Viva La Rioja*, 29/5/2019. Disponible en: <https://viapais.com.ar/la-rioja/1052180-en-la-rioja-una-cantidad-abrumadora-de-medicos-rechazan-el-aborto/>. Consultado el 11/4/2020.

el Consejo Médico somos poco más de 1600 matriculados, y solo 6 o 7 no expresaron su objeción de conciencia, son un grupito muy reducido. 1600 lo hicimos”.

Mendoza: Luego de la media sanción en la Cámara de Diputados en el año 2018, un grupo de médicos autoconvocados de la provincia de Mendoza se pronunció en contra del proyecto presentado en aquel año que buscaba legalizar el aborto por considerar que este atentaba contra el Juramento Hipocrático, tal se notificara en una nota del matutino *Los Andes*.⁵⁸⁴ Como consecuencia de una ley de dichas características, los profesionales anticiparon una oleada de pedidos de inconstitucionalidad.

Por su parte, la médica Cecilia Licata, docente de Histología y Embriología de la *Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo*, afirmó que “*Está probado científicamente que el inicio de la vida humana se da desde el momento de la concepción*” y que “*La vida comienza cuando se da la unión de los núcleos del espermatozoide y el del óvulo. Allí está el ADN del ser, y allí se forman los 46 cromosomas que marcan el inicio de la vida*”. En coincidencia, el médico Raúl Soler Ponce afirmó en la nota citada que la vida comienza con la concepción para los científicos y que acabar con esa vida humana representaría un crimen.

Salta: Continuando con las actitudes de profesionales de la salud respecto a la legalización el aborto en Argentina, Médicos del *Hospital San Vicente de Paul* de la ciudad de Orán en la provincia de Salta manifestaron que “*Estudiar es para sanar y salvar vidas*”, motivo por el cual organizaron por aquel entonces una marcha en contra del proyecto de ley de aborto del 2018, tal como fuera publicado en un artículo del portal de noticias *Informato Salta* en junio de aquel año.⁵⁸⁵

Tucumán: Otra muestra del sector de salud en contra del aborto y de su legalización sucedió en la provincia de Tucumán a través de médicos del *Hospital del Niño Jesús* que se manifestaron en el año 2018 en contra del aborto bajo las consignas “*Por la madre vulnerable y el niño por nacer*”, “*Los médicos salvamos vidas, no matamos*” y “*Seamos la voz de los que no tienen voz*”; tal informó por entonces el diario *La Voz*.⁵⁸⁶ Además, reconocieron a la vida como un valor fundamental que debe ser cuidado, principalmente en los más débiles, como también consideraron al aborto como un asesinato agravado por el vínculo madre-hijo.

Siguiendo con la misma provincia, y en claro rechazo hacia la promoción del aborto en nuestro país, el día 4 de octubre de 2018 la Honorable Legislatura de Tucumán sancionó declarar de interés la “*Declaración de médicos tucumanos sobre el inicio de la vida*” (Resolución 131/2018 y Expediente 274-PR-18).⁵⁸⁷ En dicho documento los citados profesionales manifestaron como fundamentos “*su firme e innegociable defensa de la vida humana desde la concepción y hasta la muerte natural, rechazando todo procedimiento voluntario que busque*

⁵⁸⁴ De la Rosa, Ignacio. “Antes que salga la ley, médicos mendocinos adelantan su negativa a practicar abortos”. *Los Andes*, 19/6/2018. Disponible en: <https://www.losandes.com.ar/article/view?slug=medicos-sostienen-que-legalizar-el-aborto-es-inconstitucional>. Consultado el 11/4/2020.

⁵⁸⁵ “Médicos de Orán también se niegan a practicar abortos”. *Informato Salta*, 21/6/2018. Disponible en: <https://informato-salta.com.ar/contenido/157812/oran-los-medicos-del-hospital-tambien-se-niegan-a-practicar-abortos>. Consultado el 12/4/2020.

⁵⁸⁶ “Médicos tucumanos se manifestaron en contra de la legalización del aborto”. *La Voz*, 5/7/2018. Disponible en: <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/medicos-tucumanos-se-manifestaron-en-contra-de-la-legalizacion-del-aborto>. Consultado el 12/4/2020.

⁵⁸⁷ Albarracín, Raúl Eduardo; García, Sergio Ariel; Bourle, Eduardo Alberto; y col. Expediente 274-PR-18. “Declarando de interés legislativo la “Declaración de médicos tucumanos sobre el inicio de la vida”; Expediente 274-PR-18; Resolución 131/2018. Honorable Legislatura de Tucumán, 25/10/2018. Disponible en: <https://www.legislaturadetucuman.gov.ar/pdfs/expedientes/274-PR-18.pdf>

destruir dicha vida en cualquiera de sus etapas, especialmente durante su desarrollo intrauterino (aborto provocado)"; de tal manera que no dejaron ninguna duda respecto a su consideración del aborto como un procedimiento contrario a la ética médica, más aún cuando fueron más de mil médicos quienes rubricaron con su firma esta declaración. Dicha postura también se sustentó en que los firmantes *"tienen el deber de cuidar y defender las vidas del binomio madre-hijo, evitando la muerte de seres humanos en su etapa prenatal, previniendo de esa manera los daños físicos y psicológicos que causa el aborto provocado"*; aclarando con esto cómo el aborto no es ni más ni menos que un asesinato y enfatizando la posibilidad de secuelas en el cuerpo y la psiquis de quien aborta. Por su parte, citaron además las posturas del *Colegio de Médico* y el *Comité de Bioética* los cuales declararon que *"Incorporar el aborto como una práctica social no es un avance sino un retroceso en la calidad de vida"*; totalmente al contrario de las corrientes progresistas de moda encargadas de promover al aborto como una necesidad para mejorar las condiciones de vida dentro de la sociedad, en claro sentido contrario a lo manifestado por estos profesionales de la salud.

Como era de esperar tras semejante repudio hacia la finalización abrupta de embarazos y la consecuente muerte provocada del niño en gestación, no se hizo esperar la reacción de los profesionales de la salud de Tucumán luego de la legalización de esta práctica en diciembre de 2020. Por tal motivo, desde la agrupación "Médicos por la Vida" de dicha provincia, los profesionales Sarita Álvarez de Ortiz y Ricardo Auad redactaron una carta al director de La Gaceta,⁵⁸⁸ donde lamentaron que se aprobara una *"ley del genocidio de niños por nacer"* que posee *"oscuros intereses ajenos a nuestra patria"* y lleva hacia la *"destrucción social"* mediante la aplicación de *"políticas cuestionables que atentan contra la vida y la familia"*. Dicha postura de los galenos se sustentó en premisas básicas tales como *"toda vida vale, desde la concepción y hasta la muerte natural"*, como también alegaron que *"nadie sobra ni es descartado"*. Por tales motivos, finalizaron esta misiva opinando que dicha ley representa un atentado contra la dignidad intrínseca de la persona, a la vez que es un deber profesional honrar el Juramento Hipocrático que todo médico se comprometió a cumplir.

Río Negro: Como consecuencia del primer proyecto de ley para legalizar el aborto en Argentina, se realizó en agosto de 2018 una protesta integrada por profesionales de salud y militantes de agrupaciones ProVida en las puertas del *Hospital Pedro Moguillansky* de la ciudad de Cipolletti, evento que fue cubierto por canales de televisión y por medios locales; tal como se publicó en una breve nota en el matutino *La Mañana de Cipolletti* de aquel entonces.⁵⁸⁹ En la misma, el médico tocoginecólogo Jorge Maciel (quién escribe estas líneas), afirmó que *"En los 5 años que trabajé en el Hospital Pedro Moguillansky a mí nunca me tocó ver a una paciente morir por un aborto clandestino o con cuadros sépticos o hemorrágicos severos. Me llama la atención que se haga foco en las muertes por abortos clandestinos y no otras enfermedades mortales como el cáncer de mama"*. También señaló en dicha entrevista que *"no se están destinando los mismos recursos e importancia a otros problemas de salud"* y consideró al aborto como *"el resultado final de políticas sanitarias que fracasaron"*.

⁵⁸⁸ Álvarez de Ortiz, Sarita; Auad Ricardo. "Carta al director de diario La gaceta. Médicos por la Vida Tucumán". Disponible en: <http://medicosporlavidadatuc.com.ar/carta-al-director-de-diario-la-gaceta/>. Consultado el 02/04/2020.

⁵⁸⁹ "Médicos antiaborto se manifestaron en el hospital de Cipolletti". *La Mañana de Cipolletti*, 1/8/2018. Disponible en: <https://www.lmcipolletti.com/medicos-antiaborto-se-manifestaron-el-hospital-cipolletti-n600896>. Consultado el 13/4/2010.

En otra resumida nota referente al mismo evento publicada por *Noticias Nqn*,⁵⁹⁰ dichos profesionales de salud manifestaron su indignación ante la coartación del derecho a ejercer objeción de conciencia hacia una práctica que consideraron “*contraria a los principios, valores o idearios*” propios de la profesión, a la vez que mostraron gran preocupación por las sanciones estipuladas en aquel proyecto hacia quienes no aceptaran realizar abortos.

Manifestaciones de profesionales de la salud en contra del aborto

Sobre la base del ya sabido rechazo al aborto por la mayor parte de los profesionales de la Medicina, sucedieron gran cantidad de manifestaciones de repudio, como es de esperar que ocurra dado que literalmente implica la finalización de la vida del niño por nacer al disfrazarse este acto como un “derecho” o una “prestación médica” más. Dichas muestras de repudio fueron publicadas en diversos medios de comunicación, tal como pudo observarse en una nota del sitio periodístico *Infobae* sobre una de las tantas manifestaciones realizadas en Argentina por médicos en contra de la práctica del aborto pertenecientes, en este caso, a la agrupación *Médicos por la Vida*,⁵⁹¹ la cual se realizó frente al Congreso de la Nación durante el debate del proyecto de ley en junio de 2018. Estos profesionales al ser consultados afirmaron que “*Los médicos no pueden defender la muerte de nadie*”, a la par de considerar que “*El tema del aborto está ideologizado*”; obedeciendo al precepto de que la vida del ser humano comienza desde el mismo momento de la concepción con la formación del cigoto, tal como figura en gran cantidad de libros de Medicina, y que las cuestiones que motivaron en aquel entonces a la tan promocionada legalización del aborto no respondían a cuestiones sanitarias, sino más bien a intereses ajenos a estas.

Bajo estas premisas, los profesionales consideraron que el aborto representa un asesinato y, por ende, un sinsentido hacia el Juramento Hipocrático que constituye la normativa ética fundamental de todo médico, así como también hicieron notar la gran financiación detrás de los grupos promotores del aborto en Argentina.

Dentro de los entrevistados, el psiquiatra Juan José Cuadro Moreno hizo mención al cuadro de Estrés Postraumáticos sufrido por aquellas mujeres que habían abortado, padeciendo en consecuencia un daño dentro de su esfera psíquica, aún después de muchos años de realizado el procedimiento cuestionado por los profesionales.

Los dos casos que mayor controversia generan respecto a la realización de abortos son seguramente las malformaciones fetales y los embarazos por violación, circunstancias sobre las cuales el médico urólogo-oncólogo Fernando Secin brindó su opinión, alegando que en el primer caso sería discriminar a un niño por su condición física y en el segundo equivaldría a hacerlo responsable con su propia vida por un acto del cual es totalmente inocente.

Situación laboral de médicos objetores de conciencia

Un tema no menor respecto a la situación de los profesionales de la salud tras la legalización del aborto en Argentina en diciembre del año 2020 es la posibilidad de continuar

⁵⁹⁰ “Video: Médicos “Pro Vida” realizaron un “chaquetazo” en el hospital de Cipolletti”. *Noticias Nqn*, 1/8/2018. Disponible en: <https://noticiasnqn.com.ar/actualidad/video-medicos-pro-vida-realizaron-un-chaquetazo-en-el-hospital-de-cipolletti.htm>. Consultado el 13/4/2020.

⁵⁹¹ Safatle, Pilar. “Médicos por la Vida”, los profesionales que se oponen al aborto y fueron a la plaza. *Infobae*, 13/6/2018. Disponible en: <https://www.infobae.com/sociedad/2018/06/13/medicos-por-la-vida-los-profesionales-que-se-oponen-al-aborto-y-fueron-a-la-plaza/>. Consultado el 10/4/2020.

trabajando con cargos jerárquicos dentro del sistema público en el cual la objeción de conciencia es nula para quienes desempeñan las funciones de mayor responsabilidad. Esto significó para el doctor Santiago Catalán Pellet la imposibilidad de continuar al frente de la Secretaría de Salud de la ciudad de General Viamonte siendo objetor de conciencia para la ejecución de abortos, tal fuera mencionado en nota periodística del diario La Nación en abril de 2021.⁵⁹² En referencia a la ley aprobada comentó que *"Esta ley obliga a las autoridades del sistema público de salud a tomar medidas que van absolutamente en contra de mis convicciones y atentan contra el juramento que hice el día en el que me recibí"*. Así todo, Catalán Pellet se comprometió, a pesar de esto, a continuar trabajando *"en el desarrollo de políticas que contemplen a los niños por nacer y el acompañamiento de la mujer embarazada"*, lo cual sería lo más lógico dentro de un sistema de salud pública que alega ser "inclusivo". Al mismo tiempo, consideró al aborto como *"el fracaso de las políticas públicas"* y un trauma que puede persistir en la mujer aun después de quince a veinte años, como también consideró al aborto como una práctica en la cual *"hay un derecho de alguien por nacer que no está siendo respetado"*. ¿Terminará sucediendo lo mismo con quienes se desempeñen como ministros o secretarios de salud en otros distritos del país y decidan anteponer el cumplimiento del Juramento Hipocrático a las presiones del falso progresismo de turno? ¿Sucederá lo mismo con aquellos jefes de servicios de Ginecología y Obstetricia, o más aún con directores de hospitales que decidan mantener la misma postura? Tal vez en el futuro ser abortista sea condición necesaria para poder ingresar y progresar dentro de un sistema público de salud que cada día es más ineficiente para cubrir las verdaderas demandas sanitarias de la población y que se convierte progresivamente en un ámbito de experimentación para prácticas ideológicas sin base científica.

¿Qué afirman las entidades médicas sobre el aborto?

Foro Nacional de Instituciones Médicas: En su *"Declaración sobre el aborto y consideraciones sobre el proyecto de ley en tratamiento por el Senado de la Nación"*, en referencia al proyecto presentado en el año 2018, que perseguía los mismos lineamientos que el aprobado finalmente en el año 2020,⁵⁹³ el *Foro Nacional de Instituciones Médicas* expresó distintos puntos importantes a tener en cuenta en relación a la práctica y legalización del aborto. Estos fueron los siguientes:

- Preservar la vida humana en cualquier estadio.
- Ante un riesgo real de vida de la mujer el médico debe actuar según la ética, el marco legal y la ciencia, a la vez que debe contar con los recursos necesarios para cumplirlo.
- En relación con la morbilidad y mortalidad por aborto, deben realizarse tareas sobre prevención de embarazos no deseados, control de daño por aborto clandestino y de sus consecuencias psicofísicas.
- El aborto debe analizarse dentro de un marco complejo que incluye derechos relacionados con la gestación, prevención de enfermedades de transmisión sexual, anticoncepción y reproducción asistida.

⁵⁹² Costa, José María. *"General Viamonte: renunció el secretario de Salud en oposición a la ley del aborto"*. La Nación; 18/02/2021. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/general-viamonte-renuncio-el-secretario-de-salud-por-que-se-opone-a-la-ley-del-aborto-nid18022021/>. Consultado el 07/04/2021.

⁵⁹³ Foro Nacional de Instituciones Médicas. *"Declaración sobre el aborto y consideraciones sobre el proyecto de ley en tratamiento por el Senado de la Nación"*, 12 /7/2018. Disponible en: <http://www.comra.org.ar/assets/imagenes/cms/440916add15a7c71358510a1f9cba2fb.pdf>. Consultado el día 10/4/2020.

- La objeción de conciencia es un derecho humano por el cual el médico puede negarse a acciones que choquen con sus convicciones morales, filosóficas o religiosas, y debe ser plenamente respetado en su decisión.

- Exigir el registro de aquellos profesionales que sean objetores representa una medida discriminatoria lo cual repercutirá sobre sus carreras. Esto podría llevar a que quien se registró como objetor vea dificultada su labor ante un embarazo que ponga en riesgo la vida de la paciente y deba finalizar debido a su registro como tal. Penalizar a quienes dilaten, nieguen o dificulten un aborto con un plazo de días para concretarlo podría provocar que aquellos profesionales dispuestos a realizar un aborto se registren como objetores a fin de evitar consecuencias penales. Establecer plazos extremadamente breves para concretar el aborto imposibilita su ejecución dentro de un sistema de salud colapsado y desconoce la realidad del mismo.

- Al crearse una ley para garantizar el aborto se engrosa el número de “patologías” con leyes propias, a la par que el embarazo no representa una enfermedad, lo cual obliga su incorporación dentro del Plan Médico Obligatorio de las obras sociales y prepagas facilitando aún más la desfinanciación de las mismas.

- Pretender que una menor de edad por el solo hecho de manifestar su voluntad pueda autorizar la práctica del aborto carece de toda lógica, cuando por cualquier otra patología siempre se exige el consentimiento de algún mayor de edad a cargo, salvo en situaciones de extrema urgencia.

Academia Nacional de Medicina: Esta entidad publicó un documento denominado “*Aborto y Objeción de Conciencia*”,⁵⁹⁴ en el cual cuestiona al “*Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*”, vigente en ese momento y que sirvió de base para el actual protocolo promulgado por el entonces ministro de salud Ginés González García. Por esta razón, en este documento se enumeraron los siguientes conceptos a tener en cuenta:

- Pretensión de que sea obligatoria su aplicación en todo el territorio tanto por instituciones públicas como privadas, atentando contra el Artículo 19 de la Constitución Nacional que prohíbe obligar a un ciudadano a realizar actos contrarios a lo que manda la ley ni privarlo de lo que ella no prohíbe.

- Se atenta contra el federalismo y el Código Civil y Comercial de Argentina respecto a la decisión de niños y adolescentes o normas vinculadas con la objeción de conciencia.

- No se especifica el grado de compromiso de la salud ni se requiere de ningún estudio previo para constatar dicho estado al momento de alegar una causal admitida para solicitar el aborto.

- Se exige que el profesional informe previamente por escrito su condición como objetor, pero si dicha declaración es considerada una dilación o impedimento para el acceso al aborto o si no hay en la institución de salud donde desempeña sus actividades algún colega no objetor, se lo obliga de todas formas a realizarlo. A la vez, no se admite la objeción de conciencia institucional, desconociendo los idearios a partir de los cuales se erige una institución privada de salud.

- La Academia Nacional de Medicina cuestionó que dicho protocolo de aquel entonces no sea ni una disposición ni una resolución del Ministerio de Salud de la Nación, careciendo por lo tanto de validez instrumental por aquel entonces.

⁵⁹⁴ Academia Nacional de Medicina. “Aborto y Objeción de Conciencias”. Disponible en: <https://anm.edu.ar/wp-content/uploads/2018/07/ABORTOYOBJECIONDECONCIENCIA.pdf>. Consultado el 10/4/2020.

Decanos de Facultades de Medicina de Universidades Privadas: En nota del diario *La Nación* del día 6 de junio de 2019,⁵⁹⁵ ocho decanos de Facultades de Medicina pertenecientes a universidades privadas se manifestaron en contra de los juicios hacia aquellos médicos que se negaron a ejecutar abortos reclamando por el derecho a la plena libertad para ejercer la Medicina con el fin de resguardar la vida de toda persona que se encuentra en una asistencia en salud. Estos decanos dijeron que *"Consideramos que intentar judicializar la elección de preservar las dos vidas, que se les presenta a los médicos frente a un embarazo, hayan o no firmado algún tipo de objeción de conciencia, avasalla varios derechos humanos, en primer lugar el derecho central a la existencia"*; comentan en otra parte de la nota –esto a raíz del conocido caso del tocoginecólogo Leandro Rodríguez Lastra quien fuera juzgado y condenado en Cipolletti por no terminar un embarazo de más de 22 semanas en una joven de 19 años que había sufrido abusos y que llegara a su guardia con complicaciones luego de haber recibido medicación abortiva del grupo ultra feminista y abortista *La Revuelta*, al cual fue previamente derivada por el mismo personal del *Hospital de Fernández Oro*; sin embargo ni el grupo citado ni las profesionales del hospital de origen fueron investigadas.

Así también, los citados catedráticos destacan la enorme importancia de cuidar a la mujer embarazada en situación de vulnerabilidad a fin de salvaguardar su vida, como así también la del niño por nacer, sin perjuicio de uno ni de otro.

¿Qué afirman las instituciones de salud objetoras?

Tras la media sanción del proyecto de ley para legalizar el aborto y que luego fuese rechazado en el Senado Nacional en el año 2018 en Argentina, una nota del sitio de noticias *DNISalta.com*,⁵⁹⁶ menciona como numerosas instituciones de salud emitieron comunicados en contra de aquel proyecto. En dicha misiva se adhirieron el *Hospital Privado de Córdoba*, *Hospital Universitario Austral*, *Clínica Bazterrica*, *Clínica Santa Isabel*, *Clínica del Sol*, *Sanatorio Mater Dei*, la *Casa Hospital San Juan de Dios*, *Clínica San Camilo*, la *Orden Hospitalaria de San Juan de Dios* y *Fleni*; las últimas entidades de la provincia de San Juan. Dicha negativa se fundamentó en que aquel proyecto *"Prohíbe toda objeción basada en el ideario fundacional de algunas de nuestras instituciones"* y en *"No ser coartados por una ley que explícitamente dice: 'queda prohibida la objeción de conciencia e ideario institucional'"*. En la provincia de San Juan también se manifestaron en contra a través de comunicados el *Hospital Privado* y el *Sanatorio Argentino*, según se hace referencia en la misma nota.

Respecto a estas instituciones de salud, en otra entrevista a sus representantes realizada por el diario *La Nación* y publicada por *El Entre Ríos*,⁵⁹⁷ manifestaron que *"abogamos por una legislación que respete la objeción de conciencia individual e institucional, que respete la libertad de pensar y de creer, de asociarse y de trabajar, de cuidar y de curar, de salvar y de sanar, sin que se corra el riesgo de prisión, de inhabilitación o de clausura por actuar de acuerdo con su propia conciencia e ideario"*.

⁵⁹⁵ "Decanos de Medicina, contra los juicios a profesionales que se niegan a realizar abortos". *La Nación*, 6 de junio de 2019. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/decanos-medicina-juicios-profesionales-se-niegan-realizar-nid225421>. Consultado el 10/4/2020.

⁵⁹⁶ Diario Móvil. "Médicos de niegan a practicar abortos". En portal de noticias *DNISalta.com*, 15/6/2018. Disponible en: <https://www.dnissalta.com/noticias/seccion-argentina-2/mdicos-se-niegan-a-practicar-abortos-6372>. Consultado el día 10/4/2020

⁵⁹⁷ *La Nación*. "Aborto: un grupo de clínicas rechazan medidas contra médicos". *El Entre Ríos*. Disponible en: <https://www.elentrieros.com/actualidad/aborto-un-grupo-de-clnicas-rechazan-medidas-contra-mdicos.htm>. Consultado el 11/4/2020.

Siguiendo con las declaraciones de diversas instituciones sanitarias, tras la media sanción en Diputados del proyecto de ley de aborto en el año 2018, los directores de tres de las cuatro clínicas privadas de San Justo (provincia de Córdoba), se pronunciaron en contra mediante un comunicado que publicó el *Diario La Voz de San Justo*,⁵⁹⁸ en concordancia con lo propio realizado en su debido momento por el *Hospital Privado de la Ciudad de Córdoba*. Dentro de sus razones, como ya ocurrió con otros centros médicos que fueron mencionados anteriormente, exigieron no ser coartados para ejercer la objeción de conciencia y el ideario institucional, debido a que se obliga a toda institución de salud, sea pública o privada, a realizar abortos dentro sus instalaciones. Por otro lado, también reclamaron por el respeto integral de la vida humana, a la libertad de pensar y a las creencias. Un tema que generó bastante preocupación fueron las sanciones estipuladas para aquellas instituciones y sus directivos ante la negativa a practicar abortos; estas eran la prisión de sus directivos y la clausura o inhabilitación de las entidades que tomaran dicha postura.

Por su parte, el Director de la *Clínica Parque* ubicada en la ciudad de Crespo, provincia de Entre Ríos, el médico Miguel Ángel Oneto, dijo que en dicha institución no se practicaban abortos y que esa situación no cambiaría, según lo afirmó en una entrevista brindada al portal de noticias *Entre Ríos Ahora*;⁵⁹⁹ mismo pronunciamiento que en la *Clínica Adventista del Plata* de la ciudad Villa Libertador en la misma provincia. Entre los motivos para tomar dicha postura, Oneto reclama por la objeción de conciencia institucional no tenida en cuenta por el proyecto de ley, aclara que no existe ninguna urgencia donde la vida de la paciente esté en riesgo para obligar a una institución de salud a realizar un aborto y reconoce a los embriones y fetos –etapas iniciales de la vida de un ser humano–, como personas con derecho a la vida.

Al mismo tiempo, otras instituciones de la provincia de Salta tomaron la misma postura en contra de la realización de abortos; tal es el caso del *Instituto Médico de Alta Complejidad (IMAC)*, *Hospital Privado de Tres Cerritos* y un centenar de profesionales que se manifestaron frente al Hospital Materno Infantil. Desde el IMAC, por su parte, exigieron no ser obligados a realizar abortos y que se respete la objeción de conciencia institucional, agregando que “queremos elegir cómo curar y cuidar a los argentinos con la libertad que hemos tenido hasta ahora, y no ser coartados por una ley”.⁶⁰⁰ En el *Hospital Privado Tres Cerritos*, mediante un comunicado elaborado junto con otras instituciones de salud que rechazaron el citado proyecto, se planteó gran preocupación a ser obligados a realizar abortos, perder su derecho a la objeción institucional, como también a las terribles consecuencias dadas las severísimas sanciones estipuladas en el mismo.⁶⁰¹ Con respecto a los médicos autoconvocados a protestar en contra del aborto en el *Hospital Materno Infantil* de Salta, la consigna a seguir fue “Para defender la libertad de nuestra profesión, siempre al servicio de la vida”.⁶⁰²

⁵⁹⁸ “Aborto legal: tres clínicas locales rechazan la norma por objeción de conciencia”. *Diario La Voz de San Justo*, 18/6/2018. Disponible en: <http://www.lavozdesanjusto.com.ar/noticias/articulo/aborto-legal-tres-clinicas--lo%20%20%20%20%20%20%20cales-rechazan-la-norma-por-objecion-de-conciencia-40959>. Consultado el 11/4/2020.

⁵⁹⁹ Redacción de *Entre Ríos Ahora*. “Otra Clínica que rechaza el aborto”. *Entre Ríos Ahora*, 8/7/2018. Disponible en: <http://entrieriosahora.com/otra-clinica-que-rechaza-el-aborto/>. Consultado el 12/4/2020.

⁶⁰⁰ “Aborto: una clínica salteña pidió que se respete la objeción de conciencia institucional”. *Informe Salta*, 18/6/2018. <https://informatesalta.com.ar/contenido/157355/aborto-imac-pidio-que-se-respete-la-objecion-de-conciencia-institucional>. Consultado el 12/4/2020

⁶⁰¹ “Otro sanatorio salteño se suma a la lista de los que se oponen al aborto”. *Informe Salta*, 20/6/2018. Disponible en: <https://informatesalta.com.ar/contenido/157702/otro-sanatorio-salteno-se-suma-a-lista-de-los-que-se-oponen-al-aborto#>. Consultado el 12/4/2020.

⁶⁰² “Médicos contra el aborto se manifestarán en frente al materno Infantil”. *Informe Salta*, 17/6/2018. Disponible en: <https://informatesalta.com.ar/contenido/157301/medicos-contra-el-aborto-se-manifestaran-en-frente-al-materno-infantil>. Consultado el 12/4/2010.

Lógicamente no fue sorpresa que, tras la aprobación del aborto en el año 2020, la situación de aquellas instituciones contrarias a la terminación precoz de embarazos continuó como en años anteriores, tal se evidenció en varias clínicas y sanatorios, algunos ya mencionadas. En nota subida por ACI Prensa el 9 de febrero de 2021,⁶⁰³ cuatro clínicas manifestaron su objeción hacia el aborto: el *Sanatorio y Clínica Rivadavia de San Luis*, el *Instituto Médico de Alta Complejidad de Buenos Aires (IMAC)* ya mencionado, la *Clínica Integral de Oberá de Misiones* y el *Instituto Médico Río Cuarto de Córdoba*.

Dentro de los argumentos esgrimidos, desde el *Sanatorio y Clínica Rivadavia* se justificó la postura “*en virtud de mantener y sostener nuestras convicciones y valores*”, pero aclarando que realizarían las derivaciones a la maternidad provincial de todas aquellas mujeres que exigieran la finalización de sus embarazos. Por el lado del *IMAC* se fundamentaron en la “*protección integral de la vida*”; la libertad de actuar en base a los idearios institucionales sin que se produjera prisión o inhabilitación de por medio; la objeción de conciencia sustentada legalmente en los artículos 14 y 19 de la Constitución Nacional; y sugirieron la creación de un “*Registro de efectores y objetores de IVE*” para facilitar operacionalmente el manejo de estas pacientes. En la *Clínica Integral de Oberá* informaron que no poseen médicos ejecutores de abortos avalándose en el ejercicio de la objeción de conciencia, según lo estipulado por el artículo 10 de la Ley 27.610 que permite el acceso al aborto en Argentina. Finalmente, el *Instituto Médico de Río Cuarto* comunicó la declaración de la objeción de conciencia por parte de todos sus ginecólogos y obstetras.

En esta nota, la Doctora María José Mancino, presidente de *Médicos por la Vida*, explicó sobre la elaboración de un “*Protocolo de objeción de conciencia*” para responder ante “*acosos, amenazas y coerciones*” hacia quienes quieren ejercer su objeción de conciencia con la debida protección de sus datos personales, según lo establecido por la *Ley de protección de datos personales*, como también la prohibición de la elaboración de documentos con dicha información. También la doctora Mancino comentó respecto al apoyo por parte de abogados de distintas agrupaciones civiles mediante asistencia legal y modelos de objeciones de conciencia para todo aquel profesional de salud que lo requiera.

El “sincericidio” de un médico a favor del aborto y de su legalización

Parece mentira, pero el relato más crudo en contra de la Ley de Aborto 27.610 aprobada en Argentina terminó viniendo de un médico que está a favor de su práctica y legalización, pero que terminó sufriendo en carne propia los efectos de aquello por lo que tanto militaba. Este es el caso del médico Federico Mangione a cargo de la dirección del *Hospital Materno-Infantil* de la provincia de Salta, tal lo manifestara en una entrevista a *Radio 90.1 FM VOS* que fuera luego replicada y analizada en *Infobae* por Claudia Peiró el día 23 de marzo de 2021.⁶⁰⁴ Para comenzar, alegó algo que ya se había anticipado desde el sector Provida: “*Me están saturando el hospital*”, lo cual era de esperar debido a la gran demanda de abortos, al tiempo

⁶⁰³ Redacción ACI Prensa. “Más clínicas de Argentina se niegan a practicar abortos y se declaran objetoras”. ACI Prensa; 09/02/2020. Disponible en: https://www.aciprensa.com/noticias/mas-clinicas-de-argentina-se-niegan-a-practicar-abortos-y-se-declaran-objetoras-97022?utm_campaign=ACI%20Prensa%20Daily&utm_medium=email&_hsmi=110432644&_hsenc=p2ANqtz-_AF947HsVgL5WaK4Lbnfn3YMoo8j8Pvf6ZxwUDPwix-oopayIxsVIn-8X-wYyffPftMOctx_yofbboIEeBWUdhASroQ&utm_content=110432644&utm_source=hs_email. Consultado el 03/04/2020.

⁶⁰⁴ Peiró, Claudia. “El crudo testimonio del director del Materno-Infantil de Salta: ‘La ley no fija límite al aborto, me llegan consultas de 28 semanas’”. *Infobae*; 27/03/2021. Disponible en: <https://www.infobae.com/sociedad/2021/03/27/el-crudo-testimonio-del-director-del-materno-infantil-de-salta-la-ley-no-fija-limite-al-aborto-me-llegan-consultas-de-28-semanas/>. Consultado el 08/04/2021.

que criticó distintos aspectos técnicos de la ley, tales como la falta de plazos para la ejecución de abortos que los permitiría hasta el último día de gestación, algo que también se remarcó en reiteradas ocasiones por parte de los profesionales de la salud que estamos en contra de esta práctica. Esto es así ya que la ley posibilita el “aborto” en cualquier etapa bajo causales como violación o riesgo para la salud o vida de la paciente, lo que implicaría ejecutar la terminación de un embarazo más allá de la etapa considerada como límite obstétrico para hablar de aborto (20 a 22 semanas de amenorrea, según la definición más clásica, o hasta las 24 semanas, considerada como el punto de partida para hablar de sobrevivencia fetal según algunas publicaciones). Esto implica lisa y llanamente provocar el nacimiento de niños con prematuridad extrema que, de dejarse nacer vivos, serán condenados a una agónica internación en la Terapia Intensiva Neonatal, con no pocas chances de secuelas graves o la propia muerte de la criatura. Respecto a lo anteriormente mencionado, Mangione reconoció en la entrevista cuál fue la problemática suscitada con los mal llamados “abortos tardíos” al decir “*Ya me llegaron consultas de 28 semanas. A eso le induzco el parto y cuando sale el chico está con vida. ¿Qué hago? ¿Quién le va a meter la puñalada?*”. A confesión de partes relevo de pruebas.

Respecto a las cuestiones meramente técnicas al aborto, el profesional también comenta que en embarazos superiores a las 11 semanas se debe “*desarmar el feto*” debido a su osificación, con el consecuente riesgo de provocar una rotura uterina y condicionar la fertilidad futura de una joven que solicitó el aborto.

Al opinar el profesional sobre los aspectos operativos de la Ley 27.610, si bien aclara que su postura es a favor de legalizar el aborto, por otro lado, considera que esta ley solo fue hecha para obtener votos y justificar lo injustificable. Esto lo resalta a partir de la escasez de médicos ejecutores de abortos que resulta en derivaciones hacia su institución desde otros nosocomios de menor complejidad dado que en los mismos todos los médicos son objetores de conciencia, tal como sucede en la mayoría de los hospitales públicos o privados, mientras que en su hospital tan solo tres médicos realizan abortos, evidenciando una cruda cuestión de falta de personal actuante. Inclusive se ve también sobrepasado por las derivaciones realizadas desde el sector privado de salud como consecuencia de la misma situación entre los médicos que allí trabajan, algo que también se mencionó en repetidas marchas en contra del aborto.

Finalmente, Mangione anticipó que las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados no disminuirán tras la legalización del aborto dado que esto actuará como un reaseguro provocando laxitud en los cuidados sexuales. Inclusive, en otra parte de la nota subida por Infobae, el doctor Santiago Catalán Pellet, antes mencionado, consideró que para lograr estos objetivos debería impartirse una educación sexual centrada en valores porque la sola entrega de métodos anticonceptivos fracasó para lograrlo, a la par que los casos de sífilis se triplicaron por la falta de uso del preservativo, según comentó este último profesional.

En pocas palabras, hasta los médicos que hicieron campaña a favor del aborto terminan reconociendo que su legalización lejos de brindar alguna solución al problema termina potenciándolo, a la vez que no logra ninguna solución real y concreta a las variadas situaciones de vulnerabilidad sufridas por las mujeres en nuestro país.

Conclusiones

De más estar decir que no todos los médicos están a favor de la práctica del aborto en aquellas situaciones donde no existen indicaciones médicas absolutas para finalizar un embarazo, motivo por el cual cualquier proyecto de ley destinado a permitir dicha práctica y a sancionar ferozmente a quienes se nieguen a ejecutarla contará con el rechazo de la inmensa

mayoría de los profesionales de salud, tanto en el ámbito público como en el privado. Claramente existen normas propias de la formación académica que especifican cuidar y defender la vida humana, como así también reconocen que un nuevo ser humano ya está presente luego de constituirse la totalidad de su programa genético tras la fecundación; cuestión totalmente ajena a los burdos intentos por hacer parecer al embrión y al feto como entidades ajenas al proceso inherente a la vida de un individuo de la especie humana -todo lo cual ya fue demostrado sobradamente en los textos facultativos de Embriología, Biología, Genética y Obstetricia; por mencionar tan solo algunas ramas de las Ciencias Médicas. Sin embargo, a quienes elaboraron y votaron a favor del proyecto de legalización del aborto les importó poco y nada estas verdades conocidas por cualquier trabajador de bien del sistema de salud.

Nuevamente, pudimos leer en los párrafos precedentes diversos motivos por los que miles de médicos, personal de enfermería, obstétricas y demás trabajadores de la salud, demostraron enorme preocupación por esta legalización del aborto en la República Argentina; misma manera en que lo hará el equipo sanitario ante cualquier otro intento por avalar la muerte del ser humano en nuestro país (vale la eutanasia como ejemplo). Gran indignación hubo ante la coartación del derecho a ejercer objeción de conciencia hacia un procedimiento que atenta contra la vida humana, que por añadidura se opone a la misión del médico de salvarla, cuidarla y mejorarla en cada aspecto en que estas circunstancias sean posibles.

Por otro lado, y, como aludimos respecto al material utilizado durante la formación académica, el aborto provocado constituye la finalización abrupta y violenta de un ser humano indefenso que nada tiene que responder por aquellas circunstancias determinantes de su existencia, pero que, sin embargo, quieren hacer responsable con su propia vida de irresponsabilidades o crímenes que no fueron cometidos por él. De aquí puede entenderse sin más preámbulos la razón de que para muchos médicos el aborto no sea otra cosa más que un cruel asesinato, sin que por ello se pretendan desconocer cada una de las circunstancias que motivan una situación de vulnerabilidad en una mujer embarazada. No en vano una de las consignas más repetidas siempre fue y será **“Salvemos las dos vidas”**, no *“salvemos al feto y dejemos abandonada a la mujer embarazada”*.

Es de esperar que para torcer el buen proceder de estos profesionales haya quienes estipulen severos castigos para los que se nieguen a practicar la “pseudocultura del descarte”; todo lo cual se dirige a encarcelar, quitar la matrícula o escrachar públicamente a ese individuo dotado de un título universitario al cual se pretende convertir en verdugo. Prueba de este escarnio público fue el manoseo realizado por la casta política y por los medios de comunicación en contra del médico tocoginecólogo de Cipolletti Leandro Rodríguez Lastra; de cuyo caso se dijo al público solamente lo que era favorable a la causa del aborto, al tiempo de estirarse la verdad hasta límites insospechados dentro de una sociedad considerada supuestamente democrática.

Tampoco llama la atención que las instituciones médicas, privadas o estatales, sean englobadas por estos proyectos de la muerte que buscan convertirlas en mataderos a fin de cumplir con una agenda que nada tiene que ver con la real problemática de vida de tantísimas mujeres de nuestra nación; situación que a su vez puede observarse en otros países con gran variedad de características socioculturales. Por esto, los directivos de las mencionadas entidades supieron prever las intenciones espurias del proyecto de ley de aborto y no tuvieron miedo alguno en exigir respetar su derecho para trabajar bajo los idearios institucionales que motivaron su constitución, aun en aquellas que no pertenecían a un credo religioso en particular. Prueba de esto fueron algunas publicaciones de medios periodísticos vertidas en

este capítulo a modo de ejemplo, aunque solo representaron una pequeña muestra de la real cantidad de aquellas que le dijeron no a la muerte del inocente en pos de la defensa de toda vida humana.

No debe pasarse por alto que en entrevistas dadas por médicos se mencionan cuestiones ideológicas como principales motivaciones para instalar del aborto legal en el país; algo en íntima relación con tantas limitaciones a las libertades de acción para los profesionales y las instituciones, la estipulación de plazos ridículamente reducidos para concretar el aborto, la aplicación de castigos desmedidos carentes de lógica alguna, la confección de listas con los datos de aquellos profesionales que osen declararse como objetores, y la pobre definición de las causales bajo las cuales se pretendía avalar esta nefasta práctica inclusive en gestaciones ya avanzadas.

No menor será la sorpresa cuando se aplique el aborto como si fuese un tratamiento más de salud en una realidad totalmente contraria a esta fantasía pseudo-progresista impuesta a la fuerza por personalidades que nada saben o nada les importa el bienestar de la comunidad. Así las cosas, en Estados Unidos, país que legalizó el aborto por medio de una mentira (ver caso Roe vs Wade en el capítulo a cargo de la abogada Mara Mockevich), más del 93% de los abortos deben realizarse en clínicas privadas a causa de la inmensa cantidad de objetores de conciencia –clínicas que no lo hacen por caridad, sino que vieron en esta práctica una triste oportunidad para hacer negocios (ver capítulo a cargo del Profesor José Quarracino). Similar situación es la vivida en España donde, por iguales motivos, el 90% de los abortos se deben realizar fuera del sistema público de salud; en Chile donde la objeción de conciencia alcanzó el 100% de los médicos en algunos distritos; o Italia donde superó el 88% la cantidad de médicos que habían manifestado su negativa para ejecutar terminaciones tempranas del embarazo; solo por mencionar algunos casos a modo de ejemplo.

Qué decir respecto a la confesión de un médico a cargo de un hospital de cabecera que vio cómo el aborto -algo que él avalaba y deseaba legalizar-, se terminó volviendo en contra al saturar los recursos del nosocomio bajo su dirección, al tiempo que reconoció que dicha ley no buscó ningún beneficio para las mujeres argentinas, sino más bien persiguió fines políticos inmorales vinculados a la obtención de algún que otro resultado positivo en las elecciones por venir. Al final de cuentas, la verdad terminó siendo reconocida por quienes tanto han tratado negarla a fuerza de sofismos mediocres carentes de fundamentos.

Para finalizar, debe quedar absolutamente claro que la formación académica de cualquier médico apunta al cuidado de la vida de todo paciente, independientemente de su tiempo de vida o de sus condiciones físicas, donde además entran en juego normas de conducta fundamentales basadas en la moral, la ética, su cultura, las creencias religiosas que profesa, o simplemente a partir de la filosofía de trabajo fundada en la verdad propia de las ciencias médicas. Los médicos, enfermeros, obstétricos y técnicos, entiéndase de una vez y para siempre, somos profesionales de la salud, no verdugos de una pútrida corriente ideológica de turno.

Capítulo 12

Refutaciones a los argumentos proaborto

Por
Ernesto Gil Deza

- Introducción
- ¿Por qué debatir?
- Conozcan el auditorio
- Dónde estudiar los argumentos
- Definir con precisión el aborto
- Refutar el aborto como solución
- Refutar el aborto como expresión de la autonomía
- Refutar el aborto como una realidad inevitable
- Refutar el aborto desde la salud pública
- Refutar el aborto desde el cuidado de la salud individual
- Argumentos de fondo: el ser humano despreciable
- Impacto en la carrera del médico objetor
- Impacto en la salud del médico no objetor
- Conclusiones
- Epílogo

Introducción

Por mi formación y especialidad yo estoy en las antípodas de los médicos obstetras: ellos están al principio del camino de la vida y yo, en cambio estoy muchas veces más cerca de la puerta de salida que la de entrada.

Esto me ha permitido tener dos perspectivas diferentes sobre el problema del aborto:

a) **La perspectiva médica:** si ustedes quieren es la perspectiva egoísta. Los oncólogos luchamos cotidianamente tratando que nuestros pacientes vivan dos o tres meses más. Muchos de nuestros tratamientos no logran prolongar la longevidad mucho más. Desde este punto de vista cada aborto desprecia 80 años de vida, es decir lo mismo que yo logro con 480 pacientes oncológicos. Si 80 años de vida no sirven para nada y pueden ser destruidos con total impunidad, ¿cuántos años valen la pena? La medicina siempre debe velar por extender la vida, no es objeto de su ciencia y de su arte, como acortarla, eliminarla o suprimirla. Decir no a la muerte, al aborto, a la tortura, a la pena de muerte, a la exclusión, a la ignorancia y a la eutanasia, es practicar una medicina que se aferra al cuidado y a la promoción de la vida. No concibo una medicina que mate.

b) **La perspectiva existencial:** tengo más de un millar de pacientes a los que he seguido personalmente hasta la muerte. He aprendido a respetar los silencios y las palabras de mis enfermos. Algunas enfermas mías habían abortado en su juventud: la totalidad de ellas se arrepintieron de haberlo hecho. Todas ellas llevaban una cicatriz en su alma, todas cuestionaban su decisión, todas se miraban a sí mismas coaccionadas por una realidad o una pareja que no las protegía o contenía. Todas consideraron que fue un error y todas, sin excepción, consideraron que si tuvieran la oportunidad de enmendar algo de su pasado lo primero que harían sería no abortar. ¿Si esto es así, por qué favorecer que alguien cometa un error? ¿Por qué no actuar sobre las causas que llevan a que una persona desesperada elija este camino? Por eso no juzgo a las madres que toman esa decisión, juzgo a quienes las impulsan y facilitan que cometan un error que las acompañará el resto de sus vidas.

En mi escrito actuaré como el primer lector de la obra, no fundamentaré mis posiciones con referencias bibliográficas, aunque cada una de ellas está profusamente documentada, sino que invitaré al lector que decide comenzar por este capítulo a que considere que está fundamentado en todos los anteriores y que tome los doce capítulos antecedentes como la base en la que se erige éste, como “un pigmeo sobre los hombros de un gigante” la vista parece abarcar un horizonte más amplio, sólo porque quien lo escribe ha sido honrado con una posición de privilegio, no porque su estatura sea mayor.

¿Por qué debatir?

La docencia es una de las actividades propias del ser humano que más lo ennoblece y transforman.

Como especie no estamos dotados de fuerza, celeridad, reflejos, armaduras, garras o dientes para sobrevivir en un medio hostil. Nuestro ancestro más antiguo, hace unos tres millones de años, Lucy, se alzaba apenas 110 cm sobre el suelo y no pesaba mucho más de treinta kilogramos ¿Qué nos permitió entonces dominar el fuego, domesticar el trigo y extendernos desde un pequeño valle en el Africa oriental a todos los continentes? Nuestra capacidad de aprender y enseñar. Todo lo que sabemos forma parte de un legado común: el tallado de

instrumentos, el empleo de utensilios, el uso del lenguaje, el culto a los muertos y a los dioses, la espera paciente del cazador, el calor del hogar, la lectura de las estrellas está tan enraizado en nuestro ser que nos parece natural el dominio de los números, el diseño de edificios, la construcción del conocimiento científico, el desarrollo de las artes, la vida bajo el imperio de la ley.⁶⁰⁵

Nos parece natural, porque en el hombre todo lo que es natura es también cultura. Es un hecho cultural dar razones de nuestros pensamientos y actos.^{606 607}

Por eso debatimos, para exponer ante los demás las razones de lo que pensamos es correcto o erróneo; bueno o malo, preferible o indiferente. No debemos debatir para vencer sino para convencer.

En la retórica clásica había tres maneras de debatir: a) Contra los argumentos: es decir contraponiendo las razones de uno a las razones del otro, permitiendo el libre juego de los argumentos para tratar de adherirnos al que nos resultara más coherente, lógico o nos resultara menos malo. b) Llevando al absurdo el argumento del otro, en este caso no hay dos argumentos sino sólo uno, la demostración de la falsedad de un argumento no nos acerca a la verdad, sólo nos aleja de una mentira, debemos tener cuidado de que no nos acerque a otra, quizá peor. c) Cuestionando la persona con la cual debato, considerando que es indigno de hablar, hipócrita, falaz y falso. En este caso el debate se transforma en una riña y la verdad usualmente desaparece.

Lo primero que les recomiendo es que si van a debatir se ajuste a la primera forma de la retórica, no caigan en las trampas de la segunda y eviten en todo momento caer víctimas de la tercera o denostar a su adversario.

¿Por qué?

Porque el debate, público o privado, es una oportunidad para ser escuchados y a quienes ustedes tienen que convencer no es a su adversario circunstancial, eso es efímero, sino a su auditorio.

El objetivo de un debate no es vencer al oponente sino convencer al auditorio: si son razonables, mesurados y prudentes, es altamente probable que alguien del auditorio pueda ser convencido.

Por eso para ir a un debate vayan preparados y entrenados. La espontaneidad de las personas preparadas fluye naturalmente. Tengan claro lo que quieren decir porque pueden hacerlo en diez segundos o en diez horas.

Conozcan al auditorio

Cuando vayan a hablar en público tomen treinta segundos para conocer quienes los van a escuchar.

En el caso del aborto, el auditorio se va a dividir de la siguiente manera

⁶⁰⁵ Wagensberg Jorge; Tusquets (2017) *Teoría de la creatividad*.

⁶⁰⁶ Harari, Y. N.; Debate (2014). *Sapiens. De animales a dioses: Una breve historia de la humanidad*

⁶⁰⁷ Crusafont M, Melendez B y Aguirre E. BAC (1986) *La evolución*

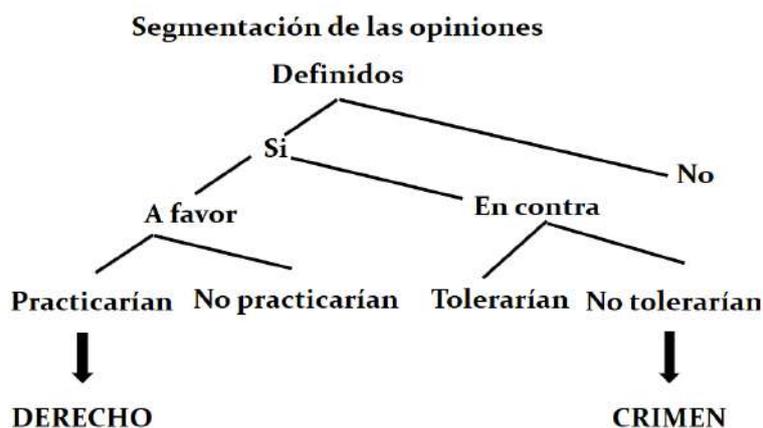


Fig. 1: el auditorio en un debate sobre el aborto

Como ustedes pueden ver son relativamente pocas las personas que no tienen una posición personal definida, la mayoría de las personas están en dos grupos: los que están a favor y los que están en contra, pero en cada uno de ellos hay por lo menos dos matices. Los que están a favor y lo practicarían, porque lo consideran un derecho y los que están a favor, pero no lo practicarían, piensan que es un derecho de otros, pero que ellos personalmente no lo harían. También los que están en contra y lo consideran un crimen, y los que están en contra, pero tolerarían leyes a favor del aborto porque no consideran que sea un crimen.

Al separar así el auditorio en estos cinco grupos, es recomendable focalizarse en los tres que pueden cambiar: los que están a favor, pero por alguna razón no lo practicarían ellos o sus familiares; los que están en contra, pero lo tolerarían y los pocos que aún no tienen una postura definida.

Dónde estudiar los argumentos

He recopilado numerosos artículos periodísticos sobre este tema, tanto de la prensa nacional como internacional, cuando ustedes los leen comprueban que la mayoría de ellos son artículos de opinión: esto significa que los mismos hechos son presentados bajo puntos de vistas, muchas veces antagónicos cuando no contrarios. Estos han sido la primera fuente de análisis de los argumentos.

La segunda y más importante fuente de argumentos fue la lectura cuidadosa de la transcripción del debate de la cámara de diputados.

Las 814 páginas de la transcripción del debate ofrecen un material muy rico de lectura para comprender las razones por las cuales el aborto irrestricto fue aprobado por cuatro votos de diferencia. Esto nos permite acercarnos a una realidad sorprendente: a) los cuatro votos de diferencia son masculinos porque las 103 mujeres que votaron empataron: 51 de cada lado y una abstención; b) los abogados defendieron más la vida que los médicos: 39 abogados en contra y 26 a favor; dos médicos en contra y cinco a favor. Por lo tanto, de los únicos que hicieron el Juramento Hipocrático cinco abjuraron de él. Pero también permite analizar cómo votaron por edades, estado civil, nivel educativo y plataforma política.

Es decir que el estudio del debate parlamentario es un reflejo genuino sobre cómo piensa nuestra población. Esta es la fuente más importante para el desglose de los argumentos, además es pública y está a la disposición de quien quiera leerla.

Cómo organizar los argumentos, en la figura 2 te muestro como los organicé yo, pero puedes elegir otra manera:

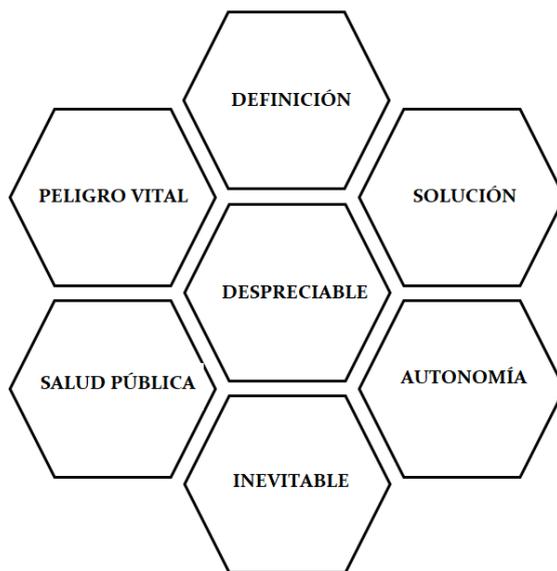


Fig. 2: Organización de los argumentos sobre el aborto

Definir con precisión el aborto

El comienzo del debate debe aclarar con toda justeza de qué estamos hablando. (Figura 3)

Definición

Aborto como...

Interrupción
Finalización

Destrucción
Eliminación
Muerte
Homicidio
Asesinato

...de un embarazo o de un embrión no implantado

¿Qué les genera más incomodidad?

Fig. 3: Definición del aborto.

Al plantear la definición sobre el aborto tienes la oportunidad de reflexionar sobre dos puntos:

a) La incomodidad de las palabras. No es azaroso que los partidarios del aborto prefieran “interrupción voluntaria del embarazo”, la palabra interrumpir lejos de tener connotaciones negativas da la idea de que es proceso reversible y por tanto cuya reanudación es posible, cosa que como sabemos es imposible, la palabra “voluntaria” se correlaciona con el respeto de un valor que nuestra sociedad aprecia mucho que es la libertad y la palabra “embarazo” que no hace referencia a la vida del niño en gestación. Si verdaderamente el aborto resultara indiferente, entonces las palabras que usemos para definirlo no nos deberían generar incomodidad, si las palabras nos generan incomodidad es porque hay algo que se moviliza en nuestro interior frente a este tema y no en otros.

b) Al plantear que para nosotros la eliminación, muerte o destrucción de los embriones criopreservados también son abortos, muestra que el foco de nuestra discusión es la defensa y el cuidado de la vida desde su gestación, no importa las circunstancias de modo o lugar en que esa vida haya sido concebida. Aquí no hay madre en riesgo, sin embargo, también se mata a una persona si se lo destruye. Esto también permite plantear a los interlocutores: si estuvieran ante el dilema de salvar de un incendio a un contenedor con embriones humanos y a otro contenedor con embriones vacunos, y sólo pudieran salvar uno: ¿les resultaría indiferente salvar uno u otro? Y si no les resultara indiferente ¿cuál elegirían y por qué?

De tal manera ya en la definición tienen ustedes la posibilidad de insertar dos temas de reflexión: la incomodidad de las palabras y el estatuto del embrión humano.

Refutar el aborto como solución

Todos los que están a favor del aborto plantean que éste es una solución, de tal manera que podemos ver argumentos que empiezan o terminan justificándolo de esta manera: (Figura 4)

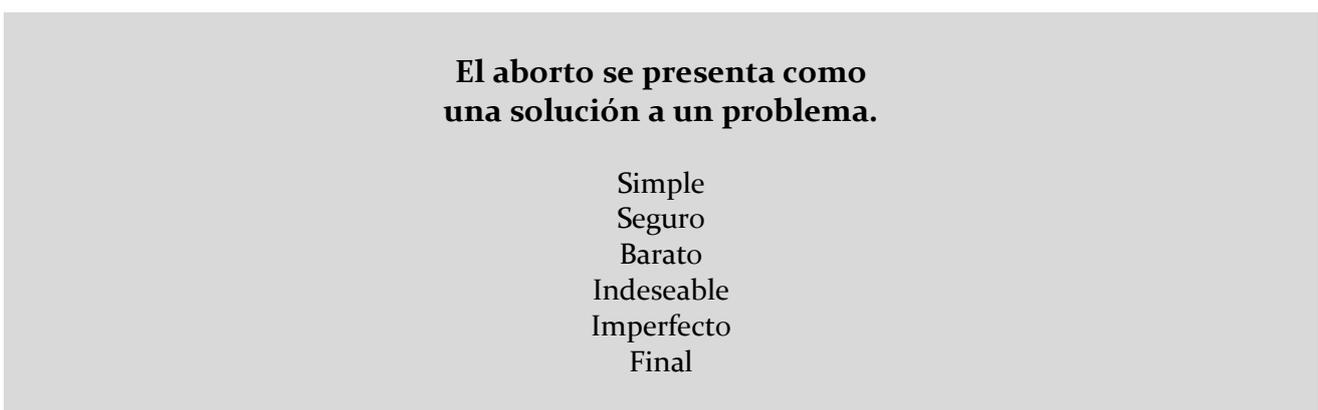


Fig. 4: El aborto como solución

Van a encontrar diferentes variantes quienes plantean que es la primera solución a implementar: simple, barata y segura; hay quienes van a plantear que es una solución indeseable, imperfecta o el final de un camino. Pero todos los que están de acuerdo, están de acuerdo en que es una solución a un problema.

Por eso luego de la definición una de las primeras sino la primerísima objeción que debemos hacer es ¿cuáles son los límites morales para la resolución de problemas?

Hay dos preguntas concatenadas que debemos formular⁶⁰⁸:

1-¿Es justo eliminar una vida humana para resolver un problema?

2-¿Es justo alquilar un sicario para eliminar una vida humana para resolver un problema?

¿Por qué éste el núcleo inicial? Porque pone en evidencia la esencia del problema, las respuestas de nuestro interlocutor sólo pueden orientarse en dos direcciones:

a) Piensa que la persona en gestación no está viva o no es humana.

b) Piensa que frente a ciertos problemas es justo eliminar una vida humana.

El problema lógico de esta respuesta es que confunde resolver un problema con eliminar un problema.

Esta confusión es muy común porque empleamos indistintamente ambos términos y cuando se refieren a cosas o procesos probablemente sea indiferente, pero cuando nos referimos a personas no es lo mismo. No es lo mismo eliminar la pobreza que los pobres, la ignorancia que los ignorantes, la violencia que los violentos, etc.

De tal manera que, al plantear esta objeción, estamos marcando un límite que debería ser infranqueable para todos. La vida humana no puede ser sacrificada en pos de la resolución de un problema. Los problemas deben ser resueltos respetando la vida humana.

Al poner un límite frente al atropello de vida humana estamos eligiendo un camino más complejo, pero más creativo. Resolver el problema sin afectar la vida del otro permite soluciones más justas y más duraderas.

El aborto no resuelve el problema de la pobreza, la violencia, el abandono, la ignorancia, la marginalidad o la desesperación: los empeora, pues agregan a todo lo demás la muerte de un inocente.

Desde esta perspectiva el aborto habla mucho más de nosotros como sociedad que de la madre, muchas veces severamente condicionada y coaccionada que recurre al aborto. No debemos juzgar las madres, debemos juzgarnos nosotros como sociedad si aceptamos que para resolver un problema podemos eliminar una vida humana.

¿Cómo lucharemos contra la esclavitud, la trata de personas, la exclusión social de los que han nacido, si creemos que tenemos derecho a matarlos cuando no han nacido?

Cuando escucho estas soluciones no puedo menos que recordar otras soluciones ignominiosas que ocurrieron en nuestra historia reciente, y no puedo menos que pensar en lo que decía el Pastor Martin Luther King (Jr): ***No me preocupa el grito de los violentos, de los corruptos, de los deshonestos, de los sin ética. Lo que más me preocupa es el silencio de los buenos.***

No podemos aceptar silenciosamente que se presente como una solución justa la eliminación de una vida humana, tampoco podemos aceptar que se alquile a un sicario para hacerlo.

Refutar el aborto como expresión de la autonomía

⁶⁰⁸ Comunicación personal del Papa Francisco sobre cómo comenzar el debate sobre el aborto.

Los argumentos que se fundamentan en la autonomía se expresan de manera diferente, pero todos pivotan sobre la necesidad de respetar las decisiones libres de las personas adultas. ¿Cuáles son las expresiones más frecuentes?

- a) “Es un tema que compete sólo a las mujeres, los varones no pueden opinar”
- b) “Las mujeres tienen derecho a disponer de su propio cuerpo”
- c) “El estado no puede obligar a continuar con un embarazo”
- d) “Es un embarazo indeseado”

¿Cómo se refutan estos argumentos?

a) “Es un tema que compete sólo a las mujeres, los varones no pueden opinar”

Si los varones no pudiéramos opinar la ley en Argentina no hubiera pasado la cámara de diputados, pues las 103 mujeres empataron: 51 votos afirmativos y 51 votos negativos y una abstención. El proyecto de ley pasó al senado por cuatro votos masculinos, que definieron la votación. ¿Cómo pueden votar si no pueden hablar? Sería el primer caso de tiene voto pero no tiene voz.

Si, de veras, los varones no pudiéramos opinar la sentencia de la Corte suprema estadounidense en el caso “Roe vs Wade”, que estableció el aborto legal en USA, no podría haberse producido fue realizado por nueve hombres (la votación se definió 7 a 2) y si consideráramos que lo fue en virtud de un error histórico, no debería ser citada si los argumentos masculinos no tuvieran valor.

De tal manera que esta es una falacia que cae por su propio peso ya que lo que en verdad sostiene es que los varones que están a favor pueden hablar y votar, y los varones que están en contra sufren una descalificación por su sexo, que es discriminación inadmisibles en democracia contraria a nuestra constitución nacional.

b) “Las mujeres tienen derecho a disponer de su propio cuerpo”

El concepto de cuerpo tiene básicamente dos acepciones una es el de “**entidad o unidad biológica**” que está relacionada con la identidad: características genéticas, epigenéticas, morfológicas y funcionales, desde esta perspectiva el cuerpo se diferencia del no cuerpo.

El cuerpo humano es entonces la primer “res extensa” que percibimos, por eso el cuerpo colisiona con la realidad, puede ser violentado, invadido, dividido, se traslada, cambia y tiene historicidad manteniendo su unidad.

Desde esta perspectiva hay cosas que suceden en el cuerpo sin que sean el cuerpo.

Los gérmenes en contacto con nuestro cuerpo y cohabitando en nuestro entorno y en nuestro interior, no nos afectan si no nos invaden.

Desde esta perspectiva la gestación sucede en el cuerpo, pero no es el cuerpo de la mujer, de hecho, el embarazo son los cambios postimplantatorios que se producen en el cuerpo de la mujer debido al embarazo (cese de las reglas, aumento del tamaño uterino, aumento de las mamas, etc).

Son tan diferentes el cuerpo del bebé del cuerpo de la mamá que la barrera hematoplacentaria surge como un límite entre ambos seres, así la cavidad uterina en gestación tiene tanto un límite con el afuera (el mundo exterior) a través tapón mucoso del cuello uterino, como del adentro (su madre) por la placenta.

Si fuera parte del cuerpo materno deberíamos aceptar que la mujer puede tener una o más cabezas según el número de gestantes y multiplicar los pares de brazos o piernas también

de acuerdo a la cantidad de bebés que estén desarrollándose. Como podemos ver esto es un absurdo.

La segunda acepción de cuerpo en el que este argumento se fundamenta es en el “derecho de propiedad” que cada uno tiene sobre su propio cuerpo.

Desde esta perspectiva, este argumento sostiene que la madre tiene derecho a “expulsar” de su cuerpo al niño en gestación, sería una suerte de “desalojo” de su propiedad.

Por lo tanto, hay dos contra-argumentos que podemos desarrollar:

1. Los límites de la autonomía ¿Puedo hacer cualquier cosa con aquello de lo que soy propietario?

2. Resolución de conflictos ante la colisión de derechos ¿Si yo considero que un inquilino es indeseable, puedo ejercer cualquier acción o estoy limitado?

Desarrollaremos las dos respuestas:

Los límites de nuestra autonomía: Los seres humanos necesitamos de la sociedad, no sobrevivimos sin ella, no nos educamos sin ella. Esto supone que cedemos parte de nuestra libertad para la convivencia.

Nuestra libertad no sólo no es absoluta debido a nuestra condición humana (no somos dioses) sino que nuestra autonomía tampoco es absoluta (a menos que seamos psicópatas) de tal manera que parte de nuestra vida (tiempo y esfuerzos) los destinamos a la construcción del bien común.

- Pagar impuestos.
- Restringir nuestros derechos de movimiento (cuarentenas)
- Someternos a medidas de salud pública (vacunación)
- Escolaridad obligatoria
- Ilegalidad del trabajo infantil
- Ilegalidad del comercio de órganos.

Son algunos de los ejemplos por los cuales cedemos nuestra libertad.

De todas maneras, supongamos por un instante que aceptamos la autonomía absoluta, esto plantea dos problemas adicionales: en primer lugar, reconocer la autonomía del otro no implica la obligatoriedad de ayudarlo a conseguir sus fines y en segundo lugar se termina la solidaridad, lo cual en medicina plantea algunos problemas:

- ¿Debemos auxiliar al suicida?
- ¿Debemos tratar un fumador, un obeso o un transgresor de los límites de velocidad?
- ¿Debemos asistir a un asaltante herido por una víctima que se defendió?

Si la autonomía es absoluta, las consecuencias inevitables de esos actos no necesariamente deben ser corregidos, aquello que se expresaba como “*Quisque exempla debet aequo animo pati*” que mal traducido dice más o menos así: “el que padece las consecuencias de su ejemplo debe hacerlo con ánimo sereno”.

Por lo tanto, es claro que no hay un derecho a la autonomía absoluta. No puedo hacer cualquier cosa con mi cuerpo, con mi tiempo ni con mis bienes.

Frente a una colisión de derechos. Si no hay una autonomía absoluta significa que frecuentemente colisionarán mis derechos con los derechos de otros. ¿Cómo actuar en ese caso?

Siempre que han colisionado los derechos se evalúa cuáles de ellos son prioritarios: sin duda la vida es, en este orden, el primero de los derechos a preservar, pues sin ella ninguno de los otros se puede ejercer; cuando dos derechos son de similar orden entonces se contempla quien sufrirá las peores consecuencias (propietario-inquilino; acreedor-deudor; empleador-empleado), de alguna manera es justo que a igualdad de derechos sufra un desmedro quien está en mejores condiciones de tolerarlo.

Por lo tanto, es razonable que la madre no pueda expulsar o desalojar de su cuerpo a un bebé que irremediamente morirá.

c) “El estado no puede obligar a continuar con un embarazo”

Este argumento tiene también dos aspectos que deben distinguirse. El primero de ello es que el Estado puede obligarnos a poner nuestro tiempo y nuestra suerte al servicio de los demás, esto es lo que hace con los impuestos: cada uno de nosotros, cuando paga impuestos está entregando el fruto del tiempo dedicado al trabajo o el beneficio de una inversión (muchas veces diseñada durante mucho tiempo).

De hecho, puede obligar a que determinadas personas exponamos nuestras vidas (los médicos ante una peste; los guardavidas para salvar a una persona que está ahogándose, los bomberos en un incendio, los militares en una guerra, los policías ante un delito).

Más aún obliga a que los ciudadanos exponamos nuestra vida en el caso de que esté en riesgo nuestra república.

Desde esta perspectiva es claro que podría obligar a que las ciudadanas continuaran con una gestación en beneficio de la preservación de la vida.

Pero aún si aceptáramos que el estado no pudiera obligar a que alguien continúe con un embarazo, esto no lo obliga a auxiliar a que se interrumpa la gestación.

d) “Es un embarazo indeseado”

La satisfacción de un deseo es la expresión de la mayor autonomía y la obligación de ir en contra de los deseos es considerada una de las acciones contrarias a la autonomía de la persona.

Aquí debemos considerar varias situaciones:

1. La más extrema es el embarazo consecutivo a una violación, en este caso sin dudas es un **embarazo involuntario**.

Sin lugar a dudas la violación es un crimen atroz y la persona que ha sufrido una violación padece una de las agresiones más extremas que pueda experimentar un ser humano.

Lo que es importante considerar aquí es que estamos frente a dos víctimas inocentes: la mujer violada y la persona en gestación consecuencia de la violación. Es crucial separar un acto del otro. El embarazo no continúa, ni perpetúa la violación. El crimen ya ocurrió. El aborto no resuelve la violación, la violación ya ocurrió. El aborto agrega a la violación la muerte de un inocente.

La evidencia muestra que, si logramos comprender, contener y ayudar a la madre a descubrir que ella lleva una víctima en su seno, y que es la única que puede salvarla de su destino de muerte, ese acto puede ser también un acto que la ayude a superar el trauma que ha vivido.

Las mujeres violadas que han permitido que sus hijos nazcan, dándolo o no en adopción, logran distinguir al violador del hijo que concibieron.

Los hijos e hijas de mujeres violadas siempre agradecen a sus madres la valentía de haberles salvado la vida.

Como sociedad no podemos olvidar que el violador es culpable mientras que la persona en gestación es inocente. Sin embargo, tratamos con mayor dureza al inocente que al culpable, y lo que es peor, dado que la mayor parte de las violaciones son domésticas e intrafamiliares, luego del aborto volvemos a poner a la víctima en la proximidad del victimario.

2. La segunda situación es la del **embarazo no buscado o inesperado**.

En este caso ya no podemos hablar de un embarazo involuntario, sino de las consecuencias no deseadas de un acto libre.

Aquí hay una colisión de deseos, deseo la relación sexual pero no deseo asumir las consecuencias de su realización. Esto es así porque no hay método anticonceptivo perfecto.

Aquí debemos recordar que el aborto no es un método anticonceptivo. No evita una concepción: mata una persona concebida.

El punto crítico es hasta dónde consideramos justo distinguir a los hijos en deseables porque son buscados o esperados e indeseables porque no son buscados ni esperados.

Lo que es aún más importante que es lo que se oculta detrás de la condición de hijo deseado e indeseable.

Desde mi perspectiva considerar a un hijo indeseable es la primera violencia que se ejerce sobre un niño, porque los hijos indeseables son rechazados, abandonados, agredidos y abusados. Esto es lo que lleva a Steve Pinker a postular que la disminución de la delincuencia es consecuencia del aborto legal, pues esa secuencia de Indeseable a abusados es una secuencia muy frecuente entre las personas que delinquen. De tal manera que abortar hijos indeseables disminuye la frecuencia de personas delincuentes. Ahora, a mí me resulta repulsivo pensar que estamos aplicando una pena de muerte anticipada a “delincuentes” cuando son inocentes, simplemente porque son embarazos no deseados.

Por otra parte ¿es lícito que los médicos apliquemos una medicina diferente a personas deseables e indeseables?

A las personas deseables las cuidamos durante la gestación y procuramos que lleguen a un parto o cesárea y tengan una infancia feliz.

A las personas indeseables las matamos mientras están gestándose. ¿Esto es moralmente aceptable? ¿Es una sociedad justa y sana la que aplica estos criterios médicos?

Refutar el aborto como una realidad inevitable

Es interesante que la segunda avenida de argumentos, luego de considerar al aborto como expresión de autonomía y libertad, sea considerarlo como determinado a suceder indefectiblemente.

El determinismo considera que todo lo que acontece debía suceder de esta manera y todo lo que sucederá es inevitable.

Como podemos ver el determinismo es la antesala del pesimismo y del nihilismo.

Nada puede cambiar si todo está determinado.

La verdad es que este argumento plantea fundamentalmente si el ser humano posee o no libertad y por tanto responsabilidad.

Si es inevitable que mate el que va a matar, que robe el que va a robar y que muera el que va a morir, ni nuestro sistema de justicia ni nuestro sistema de salud valen la pena y es altamente cuestionable que nuestro sistema educativo nos enseñe que somos libres, que podemos mejorar y que siempre tenemos la oportunidad de ser mejores.

Frente al determinismo no hay argumentación posible porque ya está determinado que va a pasar, de tal manera que habría que preguntarle a un determinista si ¿vino al debate por su propia voluntad o está determinado?

Por otra parte, es bueno observar que aún los más fervientes deterministas consideran que las personas que los perjudican son responsables de las acciones que realizan y que podrían no haberlas realizado.

Por lo tanto, detrás de este argumento hay una posición frente a la vida: somos seres libres y podemos, en alguna medida, modificar nuestro destino o bien somos seres determinados y nada de lo que hagamos es fruto de nuestras decisiones, sino que somos marionetas cuyos hilos son movidos.

Para mí uno de los ejemplos de máxima libertad frente al máximo condicionamiento es el de Ulises a su regreso a Itaca. Sabiendo que naufragaría al escuchar el canto de las sirenas, Ulises tiene dos gestos: ensordece a su tripulación colocando cera en sus oídos y haciéndoles juramentar que no escucharán sus órdenes en ese trayecto y luego se ata al mástil. Nunca fue más libre Ulises que al aferrarse al madero. Eso le permitió sobrevivir al encantamiento de las sirenas.

Las personas hemos demostrado a lo largo de la historia que siempre somos capaces de un gesto de libertad, hasta el último aliento de nuestra vida. Por lo tanto, yo creo que el mal siempre es evitable, aunque sea en la medida mínima de nuestras posibilidades.

Refutar el aborto desde la salud pública

Qué es y para qué sirve la salud pública:

La salud pública es la ciencia y el arte de cuidar la salud de la comunidad.

Hay muchas definiciones, la Dra Sandra Figueroa de Lopez “Introducción a la salud pública”⁶⁰⁹ hizo una excelente compilación de las más empleadas.

Tomaremos dos de ellas

La definición de Winslow:

“ La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:

- 1) El saneamiento del medio;
- 2) El control de las enfermedades transmisibles;
- 3) La educación de los individuos en los principios de la higiene personal;
- 4) La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades;
- 5) El desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada individuo esté en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad.”

Y la definición de la OPS:

“La Salud Pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.”

⁶⁰⁹ <https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf>

Observen que en ambos casos el objetivo es la prevención, protección y promoción de la salud y la vida de la comunidad, en ningún caso de la muerte de ninguno de los miembros de la comunidad.

Esto es crucial, porque en el aborto lo que hacemos es excluir como miembro de la comunidad a una persona en gestación.

Si vamos de la teoría a la práctica la salud pública trata esencialmente de la administración de los recursos públicos con el objeto de mejorar el estado de salud de una comunidad y mejorar tanto la longevidad como la calidad de vida de sus habitantes.

¿Cómo podemos afirmar que se prolonga la longevidad de una comunidad si matamos la persona que está gestándose? Nuevamente excluyéndola de las estadísticas, no incorporamos como mortalidad infantil las muertes por aborto, mediante el artilugio de considerar infante al nacido vivo. Ahora, mejorar artificialmente los números no cambia la realidad.

Si, bajamos todavía más a la realidad, dado que los recursos son siempre escasos, podemos decir que la responsabilidad de las autoridades de salud consiste en seleccionar las prioridades en la asignación de los recursos para mejorar la salud de una población.

Comencemos con los números: (Figura 5)

“Este es un problema de salud pública”

Según datos del Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2016 fallecieron en Argentina 245 mujeres por causas relacionadas con o agravadas por el embarazo. De dicho universo, **31 muertes responden al aborto inducido**, lo cual representa el 12,65% del universo total. El restante 87,35% de las muertes responde a causas obstétricas directas o indirectas. Esto significa que más de 200 mujeres fallecieron llevando su embarazo a término por las deficientes cuestiones sanitarias. (*La Nación* 8/8/18)

Fig.5: El aborto como un problema de salud pública.

Lo primero que llama la atención es que el número absoluto de muertes maternas registradas por aborto inducido son muy pocas. A esto se sigue la siguiente realidad: (Figura 6)

MORTALIDAD MATERNA

Durante el 2017, se registraron 202 muertes maternas, lo que representa una razón de mortalidad materna de 2,9 muertes cada 10.000 nacidos vivos.

El comportamiento que ha presentado la mortalidad materna desde el 2005 no define una clara tendencia. Luego del valor mínimo correspondiente a una razón de mortalidad materna de 3,3 por 10.000 nacidos vivos para el año 2013, en los subsiguientes años 2014 y 2015 se observan pequeños incrementos. En 2017 se registra un descenso de 15% en la razón de mortalidad materna. .

El 15% de las muertes maternas para el 2017 lo representó el Embarazo terminado en aborto. Las Causas indirectas con un 26,7% y las Otras causas directas con un 58,4% completan el universo de las causas de estas muertes.

La tendencia de la composición de la mortalidad materna permite observar desde 2005, que las muertes por Embarazo terminado en aborto se han reducido en un 62%, en tanto que las debidas a Causas indirectas han aumentado alrededor de 2%. Por su parte, las Causas directas (excluido el aborto), muestran un descenso de aproximadamente 19,7% en el período mencionado. El año 2009 fue el único del período donde el marcado incremento de la mortalidad materna fue a expensas de las Causas indirectas, específicamente por infecciones respiratorias, en su mayor parte por la Gripe A H1N1, que complicaron el embarazo y puerperio y ocasionaron la muerte de esas mujeres.

Fig. 6: las muertes por aborto inducido se han reducido sistemáticamente desde 2005

Y aún más grave hay causas de mortalidad prevenible en mujeres que no están atendidas adecuadamente (Figura 7)

Por lo tanto, si unimos estas tres evidencias podemos concluir:

- a) Es un problema de salud pública que eventualmente puede reducir la mortalidad de 36 personas por año;
- b) Es una mortalidad que está en descenso desde el año 2005 sin que se haya legalizado el aborto y
- c) Sólo en tres cánceres prevenibles hay cerca de 15000 mujeres que mueren por año en nuestro país.

Desde esta perspectiva si Ud. fuera ministro o secretario de salud tendría pocas dudas con respecto a lo que debe hacer. Usted puede salvar 14970 vidas más si asigna recursos a la prevención de cuatro cánceres que si asigna recursos al aborto, sin contar las muertes de niños que podría evitar.

| TOPOGRAFÍA | VARONES | | MUJERES | | AMBOS SEXOS | | |
|------------------------|---------|-------|---------|-------|-------------|-------|-------------|
| | N. | % | N. | % | N. | % | % Acumulado |
| → Pulmón | 6.309 | 19,5 | 3.176 | 10,5 | 9.485 | 15,1 | 15,1 |
| → Colon-recto | 4.087 | 12,6 | 3.412 | 11,3 | 7.499 | 12,0 | 27,1 |
| → Mama | 54 | 0,2 | 6.049 | 20,0 | 6.103 | 9,7 | 36,9 |
| Páncreas | 2.062 | 6,4 | 2.240 | 7,4 | 4.302 | 6,9 | 43,7 |
| Próstata | 3.771 | 11,6 | 0 | 0,0 | 3.771 | 6,0 | 49,8 |
| Estómago | 1.907 | 5,9 | 1.095 | 3,6 | 3.002 | 4,8 | 54,6 |
| Riñón y vías urinarias | 1.474 | 4,6 | 680 | 2,2 | 2.154 | 3,4 | 58,0 |
| → Cervix | 0 | 0,0 | 2.048 | 6,8 | 2.048 | 3,3 | 61,3 |
| Hígado y vías biliares | 1.158 | 3,6 | 827 | 2,7 | 1.985 | 3,2 | 64,4 |
| Leucemia | 1.068 | 3,3 | 849 | 2,8 | 1.917 | 3,1 | 67,5 |
| Esófago | 1.173 | 3,6 | 547 | 1,8 | 1.720 | 2,7 | 70,2 |
| Vejiga | 1.050 | 3,2 | 353 | 1,2 | 1.403 | 2,2 | 72,5 |
| Linfoma No-Hodgkin | 794 | 2,5 | 597 | 2,0 | 1.391 | 2,2 | 74,7 |
| Encéfalo SNC | 701 | 2,2 | 593 | 2,0 | 1.294 | 2,1 | 76,8 |
| Vesícula | 530 | 1,6 | 755 | 2,5 | 1.285 | 2,1 | 78,8 |
| Ovario | 0 | 0,0 | 1.228 | 4,1 | 1.228 | 2,0 | 80,8 |
| Cuerpo de útero | 0 | 0,0 | 824 | 2,7 | 824 | 1,3 | 82,1 |
| Laringe | 701 | 2,2 | 100 | 0,3 | 801 | 1,3 | 83,4 |
| Mal definidos | 2.030 | 6,3 | 2.147 | 7,1 | 4.177 | 6,7 | 90,1 |
| Otros | 3.524 | 10,9 | 2.705 | 8,9 | 6.229 | 9,9 | 100,0 |
| Total | 32.393 | 100,0 | 30.225 | 100,0 | 62.618 | 100,0 | |

Fig. 7: Mortalidad por cáncer en las mujeres en Argentina

Por lo tanto, el argumento de que éste es un problema de salud pública es falso porque la salud pública no está para matar sino para prevenir y curar enfermedades, y hasta ahora el embarazo no es una enfermedad.

Si se considera desde la perspectiva de la asignación de recursos es irracional, porque se está asignando recursos a algo que está en disminución mientras no se asignan recursos a afecciones que están en aumento y además se asignan recursos que pueden salvar una fracción similar a 2 de cada mil muertes prevenibles por cuatro cánceres prevalentes.

a) Legalizar el aborto es disminuir los riesgos

Este es un argumento derivado que se aplica como argumento de la salud pública es: “El aborto legal tiene menos riesgo que el ilegal” lo cual es una tautología, porque legal supone siempre menos riesgoso, porque está regulado, se hace bajo supervisión y es público. Es menos riesgoso comerciar que robar, operar que asesinar, tener una farmacia que ser un *dealer* de drogas.

De tal manera que todo lo que es bueno se legaliza, mientras que lo que es malo se prohíbe. Por eso tienen razón los que argumentan “es ilegal porque es malo, no es malo porque es ilegal”.

Crear que por hacer legal una práctica mejora el bienestar social es absurdo, porque podríamos legalizar cualquier práctica: la usura, la usurpación, el secuestro, el robo, el asesinato, y eso no llevaría a que las víctimas de esos crímenes sufran menos.

Por lo tanto, la pregunta de fondo es ¿qué resolvería el aborto legal, además del genocidio que produciría?

A mí me parece que los únicos beneficiados serían los aborteros o aborteras. Por lo tanto, el aborto legal sólo sería seguro para quienes lo indican o realizan, no necesariamente para las mujeres que lo llevan a cabo. Tal como puede verse en la Figura 8

¿Menos riesgos = Seguro?



Fig. 8: Absoluciones a practicantes de abortos

Si consideramos la seguridad para la vida de la madre podemos ver las estadísticas norteamericanas para calcularla: Figura 9

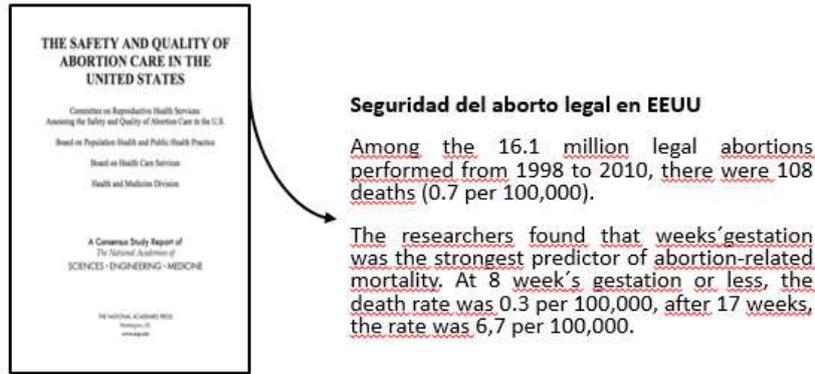


Fig. 9: Seguridad del aborto legal en EEUU

Lo que surge a las claras del análisis de esta publicación es que la mortalidad materna está directamente ligada al momento de la gestación en que se realiza el aborto y está claramente relacionada con la condición socioeconómica de la persona que lo practica.

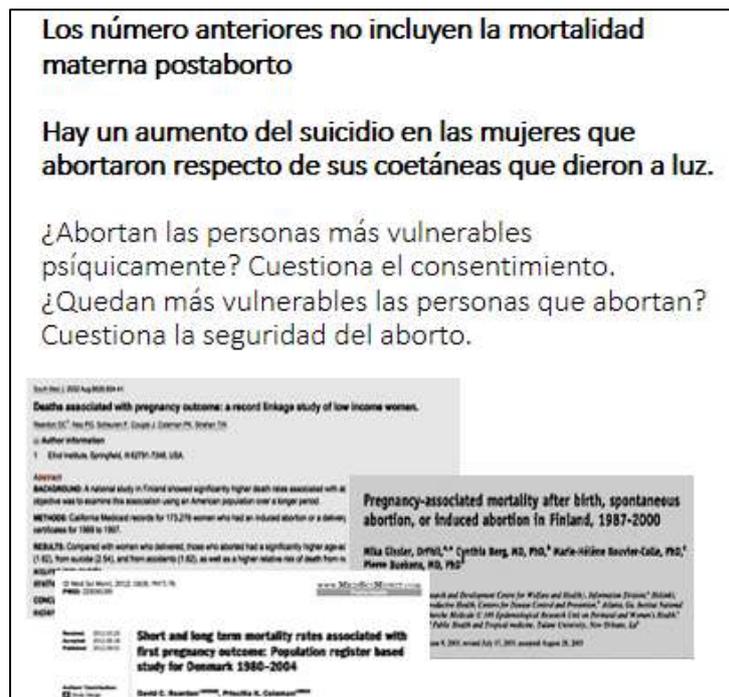
Asumiendo que nosotros en nuestro país tuviéramos la misma infraestructura y recursos que el sistema de salud norteamericano, tendríamos entre 5 y 45 muertes maternas por año debido al aborto legal. Es decir, podríamos salvar unas treinta mujeres por año matando legalmente 500000 niños, pero también podríamos aumentar la mortalidad materna a 45 casos por año, esta vez debido al aborto legal.

Recuerden que estos números podrían darse si, y sólo si, nuestra infraestructuras y recursos fueran similares a los de los Estados Unidos, si fueran menores, como lo son es posible que no sólo matemos a 500000 niños sino también aumentemos más aún la tasa de mortalidad materna.

Todo esto sin considerar las muertes maternas consecutivas al aborto (Figura 10) que suelen excluirse de la mortalidad materna por aborto inducido. La mayoría de estas muertes son suicidios y quienes discuten estas muertes como causadas por el aborto aducen que hay un sesgo relacionado con que abortan muchas personas afectadas por depresión y no a que el aborto cause depresión per se.

Ahora bien, si aceptáramos que estas personas no quedan vulnerables luego del aborto, sino que abortan porque son vulnerables esto plantea un fuerte debate sobre la validez del consentimiento de una persona vulnerable cuando solicita el aborto.

Fig.10: Mortalidad materna postaborto



De tal manera que, desde mi perspectiva, el aborto legal debe inscribirse entre las leyes de impunidad, porque sólo busca darle seguridad al médico o médica abortista.

b) El aborto permite eliminar enfermedades

El aborto eugenésico ha sido uno de los argumentos más esgrimidos desde el punto de la salud pública.

La refutación de este argumento tiene dos vertientes:

El primero de ellos deviene en que en este caso el aborto es una sofisticación del infanticidio. Cuando no había técnicas para conocer el estado de desarrollo prenatal la decisión de eliminar a los niños deficientes fue tomada desde Esparta (despeñando los niños al Taigeto según Plutarco).

¿Hoy nos parecería correcto asesinar a cualquier niño que ha nacido porque es deficiente? Si respondemos que no ¿Por qué entonces lo haríamos durante su gestación para evitar que nazca?

Debemos tener en cuenta adicionalmente que los Espartanos consideraban sobre todo los defectos físicos, pero la deficiencia es un concepto que puede abarcar problemas físicos, mentales, emocionales o raciales (como fue el caso de los Nazis, cuyo estado estimuló el aborto de niños judíos prohibiendo el aborto de niños arios, e incluso brindándoles cuidados prenatales de excelencia a los de la raza superior)

De tal manera que si aceptáramos el aborto eugenésico pronto tendríamos una fácil traslación de enfermos a indeseables y muchas personas podrían caer dentro de esta definición acomodaticia, flexible y susceptible de manipulación política.

El impacto social de la eliminación niños con malformaciones o deficiencias es la deshumanización. Cuando uno lee noticias como la siguiente (Figura 11) uno no puede dejar de preguntarse si esa sociedad: ¿es más sana o más enferma?

Fig. 11: un país libre de niños con síndrome de Down



Una sociedad con menos niños con Síndrome de Down porque los desecha al nacer...

¿es más sana o más enferma?

Some took this story and **branded** it as being about a mandated eugenics program. Others misrepresented the nature of the report itself. Lifesitenews.com, for example, ran the factually inaccurate **headline** "Iceland kills 100% of babies with Down syndrome in abortion: New report."

The report does not suggest that, however. It suggests that *nearly 100 percent* of the 80 to 85 percent of *people who take the test and test positive for Down Syndrome* choose to abort their pregnancy. There are similar termination rates after fetal diagnoses of Down syndrome in other European countries. In Denmark, for example, the rate is about 98 percent, CBS News reported. In the United States, for comparison's sake, the rate of mothers choosing to terminate their pregnancy after receiving a Down syndrome diagnosis is about **68 percent**.

"Babies with Down syndrome are still being born in Iceland," Hulda Hjartardottir, head of the Prenatal Diagnosis Unit at Landspítali University Hospital, in which around 70 percent of Icelandic children are born, told CBS News.

El cuidado y la protección del más desamparado, el más vulnerable, el más desfavorable, el menos capaz, es la manifestación más profunda de humanidad.

Eliminar a personas por ser deficientes, incapaces o inútiles no sólo es un crimen, es también un gesto de profunda inhumanidad.

Los que piensan que es bueno eliminar personas deficientes quizá porque no comprenden la riqueza de las personas especiales. Es posible que no hayan experimentado el amor en estado puro que son capaces de brindar. Puede que se permitan la oportunidad de compartir sus vidas con personas que serán siempre niños, quizá por eso no comprenden que sólo son deficientes para quienes miran al mundo como ámbito de conquista y valoran a las personas por sus cuentas bancarias.

Los niños especiales son un desafío y un tesoro. Privarnos de ellos es perder un don, como la vista, el oído y el gusto, el don que nos permite comprender que se recibe mucho más de lo que se da; que las personas son valiosas más allá de lo que sean capaces de comprar, vender o fabricar.

Pero sobre todo es importante comprender que todos y cada uno de nosotros es deficiente severo para alguien ¿es justo entonces que nos hayan dejado nacer?

Refutar el aborto desde el cuidado de la salud individual

Aquí es muy importante comprender la necesidad de precisar cuidadosamente los términos.

En medicina siempre se ha aceptado que, ante la imposibilidad de salvar las dos vidas, el médico debe salvar al más salvable. Lamentablemente hay situaciones en que está en peligro la vida de la madre y el niño no puede ser salvado. El ejemplo arquetípico de esta situación es el caso de una paciente que presenta un cáncer de cuello uterino que puede ser curada mediante la resección quirúrgica del útero, dónde está gestándose el niño. Si no se la opera, el tumor progresará y probablemente morirán los dos; si se la opera, lamentablemente morirá el niño. En este caso no se puede evitar que el niño muera. Desde la ética clásica siempre se

consideró que el objetivo primario de la acción no es matar al niño sino salvar la madre y como segundo efecto, consecuencia no querida, morirá el niño.

Pueden citarse muy pocas situaciones en las que el médico enfrente este dilema, así lo han puesto en evidencia los profesores de obstetricia en Inglaterra (Figura 12)

DUBLIN DECLARATION ON MATERNAL HEALTHCARE

"As experienced practitioners and researchers in obstetrics and gynaecology, we affirm that direct abortion - the purposeful destruction of the unborn child - is not medically necessary to save the life of a woman.

We uphold that there is a fundamental difference between abortion, and necessary medical treatments that are carried out to save the life of the mother, even if such treatment results in the loss of life of her unborn child.

We confirm that the prohibition of abortion does not affect, in any way, the availability of optimal care to pregnant women."

Fig. 12. Declaración de Dublin sobre el cuidado de la salud materna.

Si esto se conoce desde hace tanto tiempo y son situaciones tan infrecuentes tanto es así que es muy poco probable que un profesional se enfrente a ellas más de una docena de veces a lo largo de la vida ¿por qué ser tan cuidadosos?

Porque eso es así cuando se considera el aborto ante situaciones de "grave peligro para la vida de la madre, que no pueda ser evitado por otros medios".

Pero hay pequeñas mutaciones que alteran completamente el sentido y la frecuencia de esta situación.

La primera mutación es quitar la frase "que no pueda ser evitado por otro medio". Esto ya abre el aborto para cualquier situación que ponga en grave peligro la vida de la madre.

La segunda, es la palabra "grave". Ahora el aborto se da ante cualquier peligro para la vida.

La tercera mutación es trasladar la palabra "peligro" por la palabra "riesgo", así se transforma en "riesgo para la vida de la madre"

La cuarta mutación agregar una alternativa "riesgo para la vida o la salud" de la madre.

La quinta mutación es aclarar que salud hace referencia a la declaración de la OMS: "«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»"

De tal manera que con cinco mutaciones transformamos en "grave peligro para la vida de la madre, que no pueda ser evitado de otro modo", algo raro e infrecuente, en "riesgo para un estado de perfecto bienestar físico, mental y social", que como ustedes pueden comprender a) siempre está en riesgo y b) es inalcanzable.

Por eso creo que ante el planteo de este argumento uno debe ser inflexible: ¿Está en grave peligro la vida de la madre? ¿No hay ninguna forma de evitar ese grave peligro? Entonces, lamentablemente no puede salvarse al niño. Todo lo demás son cambios que se han realizado a la situación original para permitir el aborto libre frente a cualquier riesgo para el bienestar de la persona gestante.

Argumentos de fondo: el ser humano despreciable

La serie de argumentos que vamos a refutar ahora constituyen el núcleo de la mentalidad que acepta "matar para curar" y que para hacer tolerable la matanza del otro lo deshumaniza y despersonaliza.

Este es el primer acto de agresión que permite, como sostiene Robert Jay Lifton “la normalización del mal”.

Para poder dañar, esclavizar, explotar o asesinar a otro ser humano primero debemos despojarlo de su condición de persona y cosificarlo, no es un acto azaroso que los grupos que fueron objeto de genocidio antes hayan sido tratados como “ratas”, “cucarachas”, “parásitos”, “piojos”, “peste” u otros epítetos; tampoco es azaroso que al niño en gestación se refieran como “tumor”, “conjunto de células”, “cuerpo extraño” o “coágulo”. Esto lo vamos a discutir con más profundidad en el punto 2 que sigue.

Debemos tomar conciencia que esta manipulación del lenguaje es mucho más profunda que el uso incorrecto de una “sinonimia”, esto es el primer gesto agresivo que hace tolerable su matanza.

¿Cuáles son esos argumentos de fondo, ese núcleo que permite que realicemos en el niño en concepción lo que prohibimos en el niño recién nacido?

1) **Que no está vivo;**

Este argumento fue desestimado por la evidencia de que el Cigoto (que es la célula que se forma al unirse el espermatozoide con el óvulo) cumple con todas las condiciones que requiere la biología para afirmar que está vivo: metaboliza; crece; reacciona a estímulos y se reproduce. Resulta sorprendente que biólogos del siglo XXI hablen de animación retardada, lo cual era razonable para Aristóteles hace dos mil quinientos años o para Santo Tomás hace más de diez siglos, pero ciertamente quien sostiene algo así hoy desconoce la información científica más reciente y relevante.

2) **Si está vivo, entonces no es humano;**

Este argumento también hace referencia a la forma del ser humano como condición de humanidad, desestimando lo que hoy sabemos de los genes que forman a un ser humano.

Toda la información genética está ya en el Cigoto y toda la información epigenética irá condicionando su desarrollo.

Un punto muy importante a tener en cuenta es que el cigoto tiene una condición de totipotencialidad que le permite desarrollar todos los tejidos del organismo y eso se logra epigenéticamente.

¿Por qué es importante esto?

Porque hay tumores que también tienen ADN humano, pero jamás pueden desarrollar una persona.

Este punto es muy caro a mi actividad cotidiana porque soy oncólogo.

¿Qué diferencia a un cigoto de una célula que originará un tumor?

Que el cigoto tiene un programa que se desarrolla de manera ordenada en el tiempo, cada célula sigue una melodía de cambios que se dan en el tiempo y el espacio, es como si se desplegara un programa que irá evidenciando los cambios celulares, tisulares y orgánicos que permitirán al cabo de la gestación que el bebé pueda ser dado a luz y sobreviva fuera del cuerpo de su madre tal como lo vemos en la figura 13.

Para que eso suceda hay muchas estructuras de existencia efímera, por ejemplo, la notocorda, cuyas células se forman, desplazan, inducen la formación del sistema nervioso y luego dejan de reproducirse, o en las palmas de las manos donde hay un grupo de células que deben morir para que desaparezca la membrana interdigital (que les da apariencia de aletas) y surjan los cinco dedos que componen nuestras manos.

Es decir, hay un orden casi sinfónico, por lo cual la melodía del desarrollo se compone de la aparición y desaparición ordenada de células y estructuras.

¿Qué sucede con un tumor? Exactamente lo contrario.

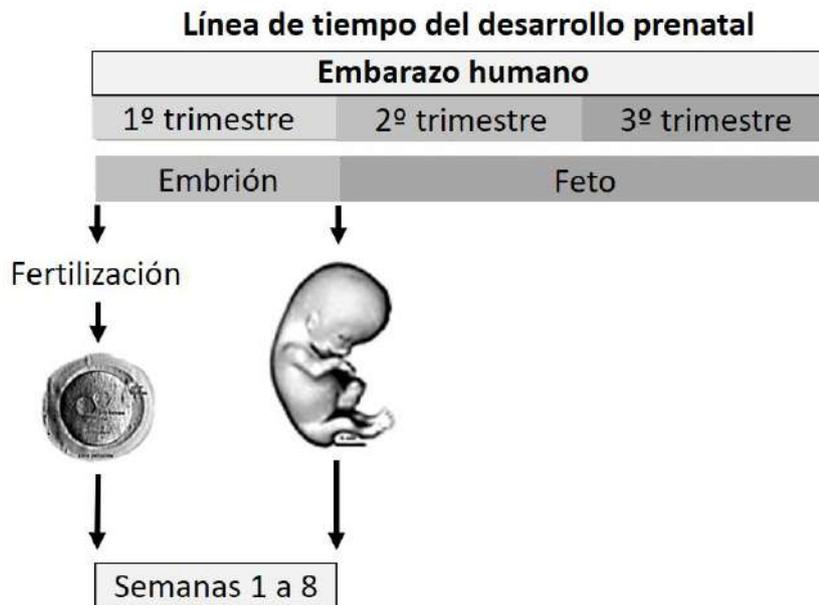
No hay nada más diferente de un embrión que un tumor.

El tumor es un conjunto de células cuyo único objetivo es crecer, no tiene un programa, no sigue una secuencia, simplemente es un conjunto de células que se independiza del control del organismo y crece desordenadamente hasta matar al hospedador.

Todos los médicos sabemos que el tumor aprovecha la capacidad de nuestras células embrionarias para crecer, invadir y metastatizar, pero jamás emplea la maravilla de la maquinaria de la diferenciación que permite un crecimiento ordenado, secuencial y constitutivo que tienen las células embrionarias normales.

Ningún científico duda cuando es un tejido embrionario normal y cuando es tumoral. Diferenciar un embrión de un tumor es tan sencillo que puede hacerlo un estudiante de colegio secundario. Los tejidos normales del embrión no invaden, destruyen y matan. El tejido anormal de un tumor destruye el medio en que crece, invade los tejidos que lo rodean y matan al organismo en dónde se desarrolla.

Fig. 13: Desarrollo embrionario



Tampoco nadie duda que el ser que se está gestando pertenece a la especie humana desde su concepción, de hecho, podemos certificar su condición y hasta su filiación. Tampoco lo hacen las organizaciones abortistas cuando comercian con sus órganos, pueden matarlo como si no fuera humano, pero venden sus hígados, huesos y músculos sabiendo que son humanos.

Un error en el que no debemos caer es la falacia de que el ser humano va construyéndose, es un proceso en el que en algún momento no somos humanos y de pronto adquirimos esa condición, la idea de que nosotros venimos de un cigoto, que luego es mórula, luego es blástula, luego es embrión, luego es feto y luego es humano.

Nosotros **somos cigoto** y así es un humano en esa etapa; **somos mórula** y así es un humano en esa etapa; **somos blástula** y así es un humano en esa etapa; **somos embrión, somos feto, somos recién nacidos, somos infantes, somos púberes, somos jóvenes y seremos ancianos.** Nunca dejamos de ser.

Como dice el filósofo Francis J. Beckwith, refiriéndose a la persona que está gestándose:

NO SOMOS POTENCIALMENTE HUMANOS; SOMOS HUMANOS CON UN GRAN POTENCIAL.

3) Si es humano, entonces no es persona;

La falacia de este argumento está en confundir lo que es persona con lo que es evidencia de persona.

Establecer una condición para el comienzo de la persona es arbitrario y peligroso.

Es arbitrario porque cualquier condición ha sido esgrimida como razón de persona: individuación, implantación, conciencia, pensamiento, sensibilidad, viabilidad, ventilación.

Cada uno de estos argumentos tiene el inconveniente de la incoherencia, Tomemos por ejemplo la ventilación ¿Esto significa que las personas que están en un respirador dejan de serlo?; la conciencia ¿Esto significa que los que están dormidos dejan de ser personas?; la sensibilidad ¿Esto significa que las personas anestesiadas dejan de ser personas? Y así con todos estos argumentos. Hay un contra-argumento. “Bueno, dirán, no es lo mismo haber ventilado, haber tenido conciencia, haber sentido, que no haberlo hecho”.

Este argumento genera dos problemas: a) Si aceptamos que transitoriamente puede perderse la condición de persona nadie puede asegurar que vuelve la misma persona. b) Si aceptamos que vuelve la misma persona debemos aceptar que algo puede manifestarse o no y que lo que hace persona a una persona no es lo que manifiesta sino lo que puede manifestar. Claramente la persona humana en el vientre materno puede manifestar todo lo anterior. (Figura 14)

¿En qué momento está vivo y empieza a ser humano?

Cigoto
Embrión
Feto
Neonato
Niño
Adolescente
Joven
Adulto
Anciano

Siempre limitados, necesitados, cambiantes y únicos.

Fig. 14. La condición cambiante de la persona humana

4) Si es persona, entonces no es completa

El problema con este argumento es que los seres humanos nunca somos seres completos. Siempre somos, como decía mi maestro Don Carlos Landa un proyecto, un ser que se echa raíces en el pasado para erguirse en el presente y desplegar alas al futuro. Eso somos, siempre. Siempre incompletos, siempre cambiantes, siempre uno y distintos. Cada año el 98% de los átomos de nuestro cuerpo cambian, pero somos el mismo. No somos lo mismo, pero mantenemos la unidad de nuestra mismidad. ¿Quién puede decir que está completo? ¿Quién se arroga la soberbia de creer que está terminado? ¿Quién piensa que no va a cambiar? ¿Quién cree que sus funciones no van a desfallecer? ¿Eso nos hace menos personas? De ninguna

manera, cuando se dice se es persona desde la concepción, se asevera la mayor de las verdades, por eso todos y cada uno de nosotros puede decir “**cuando yo fui concebido**”. No es una falacia del lenguaje ni una ilusión engañosa, siempre somos yo.

5) Si es completa, entonces hay personas humanas que pueden ser valoradas de un modo diferente.

Quien piensa así está en línea con uno de los bioeticistas proaborto más famoso: Peter Singer, quien sostiene que “los grupos Pro-vida tienen razón en una cosa: la localización de del bebé fuera o dentro del vientre materno no hace una diferencia crucial desde el punto de vista moral... La solución, sin embargo, no es aceptar el punto de vista Pro-vida de que el feto es un ser humano con el mismo estatus moral que usted y yo. La solución es exactamente la opuesta: abandonar la idea de que toda vida humana vale lo mismo” (Peter Singer – Helen Kuhse: “On Letting Handicapped Infants Die” in *The Right Thing To Do: Basic Readings in Moral Philosophy*, ed James Rachels (New York Random House, 1989, pag 146).

Este argumento es el que utiliza para justificar el infanticidio. Si alguien piensa que los hombres merecemos una valoración diferente como personas por cualquier condición, van a matar, esclavizar o experimentar con otros seres humanos por considerarlos infrahumanos, subhumanos o inhumanos.

La insensibilidad moral que lleva a la
despersonalización y deshumanización del otro termina
en la **cosificación** que conduce a la **explotación**
(esclavitud), abuso (experimentación) y muerte de un ser humano.

Fig. 15: La sensibilidad moral como requisito para evitar los crímenes contra la humanidad

Por eso quiero recordarles los crímenes que se han cometido contra las personas por exigirles algo más que ser humanos para ser considerados humanos.

A continuación, se los recuerdo:

Algunos crímenes, que en la historia de la medicina se han cometido por considerar a una persona subhumana o infrahumana.

a. Alcmeón de Cretona: demostró en condenados a muerte que el ojo era indispensable para ver y que el semen no se producía en la médula espinal. Imagine lo que hizo para aseverar tales afirmaciones.

b. Cleopatra (Ptolomeica): Mató y disecó esclavas embarazadas para ver cuándo se formaba el feto masculino y cuando el femenino.

c. Federico II (Sicilia): Mató dos caballeros a quienes invitó a cenar con el objeto de dilucidar si la actividad física o el reposo modificaban la digestión.

d. Jenner instiló pus proveniente de la viruela vacuna a un niño de ocho años basado en un conocimiento folklórico (Que el experimento haya resultado en un enorme beneficio para la humanidad no implica que al hacerlo se usó al niño sin importar las consecuencias)

e. J. Marion Sims: practicó numerosas cirugías obstétricas en esclavas negras (en una de ellas 36) sin anestesia.

f. Josef Mengele y otros médicos Nazis: experimentaron con personas judías encarceladas en campos de exterminio.

g. T. Clark: experimentó con 400 varones negros en Tuskegee (EEUU) la evolución natural de la sífilis sin tratamiento (aun cuando estaba disponible la penicilina)

h. Tte. Gral. Shiro Ishii: unidad 731 de Japón experimentó armas biológicas en población China.

i. Fisiología del Calcio y del hierro (MIT – Harvard): dieron a beber leche contaminada con isótopos radiactivos de calcio y de hierro a niños con síndrome de Down.

j. Willowbrook: experimentaron transmisión del virus B de la hepatitis en niños deficientes.

k. Jewish Chronical Hospital: inyectaron células cancerosas a pacientes ancianos. (Siempre me causó escalofríos pensar que algunos de esos pacientes pueden haber sido personas con las que experimentó Mengele en el 40 y médicos judíos en Nueva York en el 60)

Estos son sólo algunos de los ejemplos.

La conclusión que yo saco de todo esto es que:

“Si para ser humano hay que ser blanco, esclavizarás o matarás a los negros.
Si para ser humano hay que ser ario, esclavizarás o matarás a los judíos.
Si para ser humano hay que ser japonés, esclavizarás o matarás a los chinos.
Si para ser humano hay que ser inteligente, esclavizarás o matarás a los deficientes.
Si para ser humano hay que ser hombre, esclavizarás o matarás a las mujeres.
Si para ser humano hay que ser sano, esclavizarás o matarás a los enfermos.
Si para ser humano hay que ser libre, esclavizarás o matarás a los encarcelados.
Si para ser humano hay que ser adulto, esclavizarás o matarás a los niños.
Si para ser humano hay que ser nacido, esclavizarás o matarás a los por nacer.
Si para ser humano hay que ser feto, esclavizarás o matarás a los embriones.
Si para ser humano hay que ser embrión, esclavizarás o matarás a los cigotos.”

Esto no es una hipótesis, no es algo que puede llegar a pasar, ya pasó y no aprender de la historia es de necios.

Por eso si queremos una sociedad pluralista, evolucionada y respetuosa yo creo que, para SER HUMANO, SIMPLEMENTE HAY QUE SER HUMANO. ⁶¹⁰

Impacto en la carrera del médico objetor

Yo creo que el médico debe ser objetor de conciencia frente al aborto, la pena de muerte, la tortura y cualquier otro crimen contra la humanidad.

Creo eso firmemente, porque estoy convencido de que el médico es la persona que en una sociedad civil debe defender a ultranza la vida como condición del ejercicio de su profesión y como centro de su vocación.

Así como el juez debe tener como virtud rectora el cuidado de la justicia, el maestro el cuidado de la verdad, el artista el cuidado de la belleza, el eticista el cuidado del bien, el religioso el cuidado de la fe, el político el cuidado del bien común, el médico debe tener como virtud rectora el cuidado de la vida.

¿Si el médico no lo hace, entonces quien lo va a hacer?

⁶¹⁰ Ver nota Perfil 3 de agosto de 2018 “Ser humano es ser persona”

Esto sin lugar a dudas puede representar un obstáculo para el desarrollo de su carrera, es posible que sufran discriminación en los concursos, en los accesos a los trabajos públicos y en las promociones en los servicios.

Estas injusticias probablemente en algunos casos puedan ser revertidas, pero en muchas otras no.

Por eso quiero mostrarles la alternativa a quienes eligen no ser objetores de conciencia.

Impacto en la salud del médico no objetor



25 estudios muestran
40% más suicidios en los médicos
130% más suicidios en las médicas

La medicina es hermosa. Es un arte y una ciencia que colma la vida de quien la practica, el amor y la gratitud de los pacientes es inconmensurable y las fatigas del final de un día de trabajo se compensan enormemente por la alegría de ver un paciente curado.

Pero la medicina también enferma y gravemente.

El síndrome de burnout es un síndrome de afectación psicológica causada por el ejercicio de la medicina que puede afectar a cualquiera de los miembros del equipo de salud y su consecuencia más severa es el suicidio de los médicos.

Recordemos que dos de los más renombrados médicos en nuestra profesión: el Cardiocirujano Dr. René Favalaro y el médico legista Dr. Osvaldo Raffo, terminaron sus vidas suicidándose.

En el caso del Dr. Favalaro dando como motivos de su muerte el cansancio que le produjo la lucha contra la burocracia y la falta de auxilio a la fundación que lleva su nombre y perpetúa su memoria.

Hay más de 25 estudios que muestran la alta tasa de suicidios en nuestra profesión como consecuencia del stress de practicarla: los varones médicos se suicidan un 40% más que los varones coetáneos de otras profesiones y las mujeres médicas se suicidan un 130% más que las mujeres coetáneas de otras profesiones. Esta diferencia se debe entre otras cosas a la discriminación laboral y el acoso sexual que sufren nuestras colegas. Esto es una vergüenza en nuestra profesión.

¿Por qué menciono esto?

Porque es posible que aquellos no objetores que son moralmente sensibles sufran un rápido y severo cuadro de Burnout.

Yo no puedo imaginarme un residente de primer año que a las 8:00 h deba ingresar al quirófano A para practicar un aborto a un bebé sano de 20 semanas porque es indeseable o inoportuno para su madre y a las 8:30 deba ingresar al quirófano B para salvar denodadamente por un bebé enfermo de 20 semanas porque es deseado por su madre.

¿Se imaginan al final del día el estado mental de esa persona?

¿Se la imaginan luego de una semana de hacer eso varias veces por día, todos los días?

¿Cuál es la alternativa para que esa persona que no es objetora sobreviva?

La insensibilidad moral.

Esos jóvenes que juraron cuidar la vida se han convertido en verdugos y sicarios, cuyo salario depende de matar niños en gestación.

¿Cuál es el problema de la insensibilidad moral?

Que el médico pierde una de sus condiciones esenciales.

Como dijo Escribonio Largo, el médico se define con cuatro palabras: “*Vir Bonus Medendi Peritus*”: Buena Persona Experto en el Arte de curar.

Un experto que no es buena persona no es un médico y una buena persona que es inexperta tampoco.

¿Se imaginan diciéndole a un médico insensible moralmente por favor quédate porque no vino tu reemplazo de guardia?

¿Se imaginan diciéndole no hagas este experimento porque podrías dañar a una persona?

¿Se imaginan pidiéndole que al terminar su horario laboral se quede ayudando un poco más?

Yo puedo imaginar las respuestas.

Por lo tanto, reitero a todos mis colegas jóvenes: sean objetores de conciencia. Los médicos no matamos.

No matamos intencionalmente porque no somos asesinos y no matamos obedeciendo órdenes porque no somos verdugos.

Conclusiones

1. El aborto no es una solución, el aborto es la decisión de eliminar una una persona humana ante la imposibilidad de encontrar una solución.
2. No es justo matar a una persona para resolver un problema.
3. No es justo alquilar un sicario para que lo haga.
4. El médico es en una sociedad democrática el profesional que tiene a su cargo el cuidado de la vida desde la concepción hasta la muerte.
5. No es recomendable que el médico crea que tiene licencia para matar. Porque puede matar.
6. No es recomendable que la sociedad condene un médico por salvar una vida. Porque puede necesitarlo.

Epílogo

Una última recomendación, a la hora de discutir muchas veces van a ver que el tema se presenta como la figura 15:

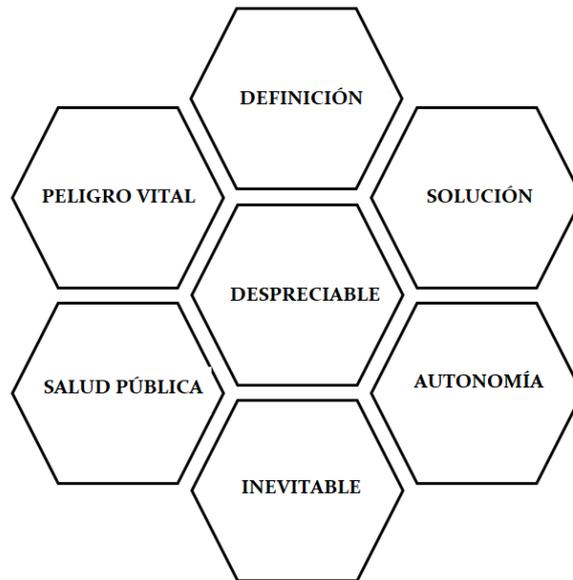


Fig. 15: Presentación del problema del aborto en la discusión

Mi recomendación es que frente a una discusión hagan pie en un discurso ordenado de un modo diferente (Figura 16)

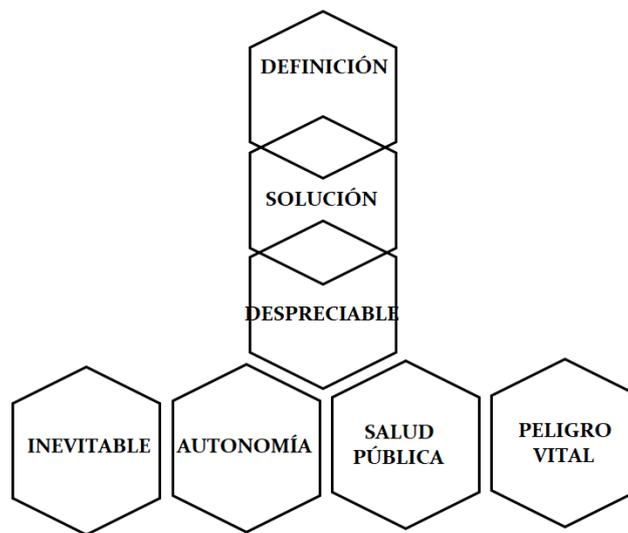


Fig. 16: Ordenamiento alternativo para una discusión

1) Reafirmen el aborto como la eliminación de una vida humana impidiendo su desarrollo, tanto en la etapa preimplantatorio como postimplantatorio. Eso obliga al interlocutor a definirse sobre los embriones congelados y los incorpora al debate.

2) Hagan hincapié en que el interlocutor responda sobre si considera justo eliminar una vida humana para solucionar un problema

3) Presenten claramente los argumentos de fondo por lo que estamos en contra de matar una persona en gestación.

Recuerden que el objetivo de un debate no es ganar nada, sino convencer a alguien que duda sobre la legitimidad y razonabilidad de nuestro argumento.

Buena Data
buenadata.ar