

**“LOS OPOSITORES
AL ABORTO DICEN
DEFENDER LA
VIDA. YO TAMBIÉN:
QUIERO QUE HAYA
MUCHAS MENOS
MUERTES
MATERNAS”.**

DR. MARIO SEBASTIANI
Obstetra del Hospital Italiano y docente
de la Universidad de Buenos Aires.

DE ESTO SÍ

EL ÚLTIMO GRAN TABÚ DE LA SALUD PÚBLICA ARGENTINA SE DESVANECE. Y LOS MÉDICOS EMPIEZAN A DEBATIR Y PLANTEAR EL ABORTO DESDE UNA PERSPECTIVA CIENTÍFICA Y SANITARIA.

SE HABLA

Por MATÍAS LOEWY

CUANDO ERA ESTUDIANTE DE Medicina de cuarto año, en 1974, Mario Sebastiani conoció los peligros de la interrupción de embarazos en condiciones precarias. Había entrado como practicante al Hospital Larcade de San Miguel, en el conurbano bonaerense, y en la primera guardia le mostraron a una paciente que tenía una infección generalizada. “Pregunté el motivo. Y me dijeron que se había puesto una

sonda para abortar”, recuerda. “A lo largo de los siguientes tres años, en el mismo hospital, pude ver a diez mujeres que murieron por esa causa. Ahí aprendí que la principal responsable de esas muertes era la clandestinidad”.

En un terreno atravesado por el secretismo, el desdén hacia los derechos de la mujer, el cálculo mezquino, los devaneos retóricos por el estatuto del embrión y los temores a la sanción legal, religiosa o social, el obstetra del Hospital Italiano, do-

cente de la UBA y presidente de la Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática se convirtió en un activo impulsor de la despenalización del aborto. Esa militancia, confiesa Sebastiani, no está exenta de costos políticos y ha sido “el fracaso más importante de mi vida”. Pero lo mueve una certeza: “Si el hospital atendiera esta problemática, habría muchos menos abortos y muertes maternas”.

En la línea de Sebastiani, un número



“¿POR QUÉ DARLE PREPONDERANCIA AL NO NACIDO CUANDO PONE EN JUEGO LA SALUD O LA VIDA DE LA EMBARAZADA?”.

DRA. MARIANA ROMERO
Investigadora del CONICET y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).



“EN LA MUJER QUE ABORTA COEXISTEN EL ALIVIO, LA CULPA Y EL TERROR POR HACER ALGO ILEGAL Y CLANDESTINO”.

DRA. GABRIELA LUCHETTI
Jefa de Ginecología del Hospital Provincial de Neuquén E. Castro Rendón.

pequeño pero creciente de colegas empiezan a romper el silencio sobre el último gran tabú de la medicina argentina. Trascienden las prescripciones de la Iglesia, eluden discusiones estériles y enfocan el aborto desde una perspectiva científica y sanitaria. Traen la realidad del consultorio, son sensibles al dolor de las pacientes y eligen comprender antes que juzgar. Ninguno está a favor del aborto, aclaran, pero reconocen que mantener esa intervención afuera de la ley y del sistema de salud pública es una catástrofe. Saben que algo hay que hacer.

El síndrome de Mondor resulta tristemente familiar para los ginecólogos y médicos de guardia en la Argentina: describe la falla orgánica múltiple y a menudo letal que se desencadena en el curso de 24 a 48 horas de una infección post-aborto. La médica Mariana Romero, investigadora del CONICET y del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), nunca se olvida de la primera vez que trató a una paciente devastada por la complicación.

“Eran las 3 de la madrugada. Yo estaba haciendo el internado rotatorio en un Hospital de Rosario. Recibí a una chica de 17 años, muy pálida. Me dijo que tenía un embarazo de cinco meses. Y que una partera le había puesto una sonda, seis días antes. La derivé a los residentes de ginecología. Cuando a las 9 de la mañana fui a averiguar cómo estaba, ya estaba muerta. No lo podía creer”, recuerda.

Y nunca volvió a ser la misma. Romero rememora otro caso, el de una joven

madre de dos hijos. Los médicos le preguntaban qué había hecho y ella, por temor a ser juzgada, no decía nada. Entró directamente a terapia intensiva, muy descompensada, y la ecografía reveló dos cosas: una, que tenía el útero perforado por un aborto mal realizado; dos, que tenía un embarazo ectópico, esto es, que nunca hubiera llegado a término. “Fue una muerte absurda desde todo punto de vista”, murmura Romero. “¿Sabe qué es lo único que repetía la mujer? Preguntaba por sus dos hijos. Sus dos chiquitos”.

No son situaciones excepcionales. El aborto en condiciones inseguras causa unas 60.000 hospitalizaciones por año en el país y ha provocado, según datos oficiales, 2.578 muertes desde el regreso de la democracia hasta 2008. Aunque la cifra real de decesos podría ser mucho más alta. Una reciente investigación de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (SOGIBA) basada en 400 historias clínicas detectó un subregistro de las muertes de mujeres en edad reproductiva por causas maternas: por cada una que se notificaba oficialmente, había dos que no quedaban registradas como tales. Un flamante informe de la organización Human Rights Watch denuncia que un 40 por ciento de los embarazos en la Argentina termina en un aborto, el doble del promedio global, y que ésa es la causa de uno de cada cinco fallecimientos maternos.

En todos los casos, la pobreza y la falta de educación son factores fuertemente asociados con el riesgo de complicaciones. Para Analía Messina, jefa de Obstetricia del Hospital Álvarez, “ver morir a una pa-

ciente por un aborto inseguro es una de las mayores injusticias e inequidades. Produce mucha bronca, mucha angustia”.

“En los últimos seis años, sobre 700 egresos anuales en nuestro servicio, de 100 a 200 correspondieron a complicaciones de abortos en condiciones de riesgo”, añade Gabriela Luchetti, responsable del Servicio de Ginecología del Hospital Provincial de Neuquén Eduardo Castro Rendón. “Es la primera causa de internación”.

Luchetti, quien hizo su residencia en el Hospital Evita de Lanús, dice que quedó marcada por Verónica, una joven que ingresaba a la guardia de manera periódica por los efectos de sucesivos abortos clandestinos. Y cada vez con hemorragias e infecciones más serias. “Ella se estaba suicidando”, dice. “¡Hay que darse cuenta de lo que significa ser paciente en una situación donde coexisten el alivio, la culpa y el terror por hacer algo ilegal y clandestino!”.

La ginecóloga agrega que, pese a la magnitud del problema, durante mucho tiempo se extendió entre sus colegas la censura moral y hasta la hostilidad hacia las mujeres que intentaban abortar. Y todavía subsiste la idea errónea de que ellas tienen los mismos recursos que quienes no son pobres o están educados. “A todos los médicos les es difícil ponerse en el lugar de la gente, y mucho menos, en el de las mujeres”, apunta.

Mariana Romero, la médica investigadora del CEDES, buscó comprobarlo. Tras hacer una tesis de maestría en México, en la que exploró el efecto de la presencia de la madre sobre la forma de terminación del embarazo, Romero condujo en la Argenti-



“SI MUEREN MUCHAS MUJERES POR ABORTOS EN CONDICIONES INSEGURAS, ALGO HAY QUE HACER. Y AHORA”.

DR. CARLOS GHERARDI
Experto en bioética y ex jefe de Terapia Intensiva del Hospital de Clínicas.

na una encuesta sobre 460 ginecólogos y obstetras de Capital y Gran Buenos Aires para documentar su actitud hacia políticas de salud reproductiva. El estudio, primero en su tipo, fue publicado en 2001. Aunque la mayoría de los profesionales reconocía que el aborto era un problema de salud pública, Romero enfatiza que había una brecha entre lo que decían (o más bien, pensaban y callaban) y aquello que pasaba en sus servicios.

La indiferencia y pasividad de los médicos hacia el aborto tiene otra explicación vinculada a la formación profesional. “En la cultura médica hegemónica, a uno lo preparan para la alta tecnología y para ser el líder de un equipo de salud. Y el aborto es un tema que se considera menor”, señala Luchetti. Una prueba es que solamente los residentes de ginecología de primer año, los más novatos, se ocupan de los legados o procedimientos abortivos legales, mientras que los de segundo y tercer año realizan intervenciones más complejas, como cesáreas, embarazos ectópicos, prolapsos o quistes de ovario.

De todas formas, el escenario de silencio y desinterés fue cambiando en la última década. “Hoy parece haber una posición más abierta y ejecutiva respecto de la planificación familiar, y los médicos debaten más el tema del aborto”, afirma Romero, aunque admite que “todo el tiempo piden certezas legales”. La Ley Nacional de Salud Reproductiva, sancionada en 2003, facilitó el acceso a métodos anti-conceptivos y también ha sido un avance. Pero Sebastiani se apura a desmontar una coartada usual entre quienes rehúsan la

discusión sobre el aborto y se enfocan exclusivamente a la prevención: “Los embarazos no deseados son inevitables. La sexualidad no se puede racionalizar, siempre habrá relaciones ocasionales no protegidas”. Y concluye: “El aborto, queramos o no, va a existir siempre”.

En la Argentina, el aborto es legal o “no punible” cuando está en riesgo la vida de la madre, cuando el embarazo es fruto de una violación o se “atentó contra el pudor” de una mujer idiota o demente. En esos casos, enunciados en el artículo 86 del Código Penal, los hospitales públicos están obligados a interrumpir el embarazo de aquellas mujeres que lo reclaman, sin necesidad de solicitar la autorización del juez. La norma no ha estado libre de trabas. Hace dos meses, la actualización de una guía oficial de “abortos no punibles” generó un pequeño escándalo cuando el ministro de Salud, Juan Manzur, se negó a firmarla con carácter de resolución (aunque en la cartera sostienen que esa formalidad no hace falta y está en vigencia).

El punto más controvertido del nuevo instructivo es aquel que permite que la mujer firme una declaración jurada de que fue violada, sin necesidad de efectuar una denuncia penal. Para Romero, quien participó de la redacción de esas guías, es lo que corresponde cuando se trata de delitos de instancia privada. Pero Carlos Gherardi, especialista en bioética y ex jefe de Terapia Intensiva del Hospital de Clínicas, advierte que la norma pone al médico en peligro porque le transfiere toda la responsabilidad. “Si pasa algo, en el fuero judicial,

¿quién defiende al médico?”, pregunta.

Gherardi también critica la flexibilización que impulsan algunas organizaciones que promueven la legalización del aborto, y que propicia una interpretación más laxa de la supuesta amenaza del embarazo para la madre (incluyendo, por ejemplo, el daño psíquico). Su argumento, otra vez, es que la defensa de los derechos de la mujer puede afectar la seguridad jurídica de los médicos que intervengan en esos casos.

El autor del libro “Vida y muerte en terapia intensiva” acepta, sin embargo, que el aborto clandestino es un grave problema sanitario y exige una nueva legislación. Según Gherardi, cuando el problema se enfoca desde la perspectiva de la salud pública y no desde la defensa de los derechos del embrión o los de la madre, es evidente que la sociedad no puede seguir mirando al costado. “Si hay una gran cantidad de mujeres que mueren por abortos en condiciones inseguras, algo hay que hacer. Y ahora. No se puede eludir más”, enfatiza.

Uno de los puntos centrales que agita el debate se vincula al estatuto del embrión como “persona”. Para los opositores al aborto, incluso a aquellos no punibles, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide ya hay una vida humana y por eso cualquier interrupción del embarazo es equiparable a un homicidio. “¿Por qué en esta reunión no muestran fotos de los bebés asesinados?”, provocó desafiante, la semana pasada, una integrante de una asociación pro-vida durante un seminario sobre el derecho al aborto en un anexo del Senado.

Salvo algunos intentos, se trata más de un debate bioético que de un terreno donde la ciencia pueda emitir dictamen. Por un lado, la mayoría de los expertos coincide en que desde la fecundación del óvulo ya hay vida, o, al menos, vida en potencia. “No hay duda respecto a eso”, dice Sebastiani. La discusión es cuándo ese embrión incipiente pasa a ser una persona. Y ahí el rango de fechas y argumentos es muy amplio. Para “los fundamentalistas”, apunta Gherardi, eso ocurre en el momento de la concepción. Otros afirman que el embrión alcanza ese estado a las nueve semanas, cuando se implanta en el útero; entre las 12 y 14 semanas, cuando se empieza a distinguir su morfología humana; después de la semana 24 ó 25, cuando el bebé, con los progresos tecnológicos, es viable fuera del vientre materno; cuando se separa de la madre en el parto; o incluso, cuando el recién nacido cumple entre 24 y 48 semanas. Los médicos que se oponen al aborto tienden a adscribir al primero de los criterios (ver recuadro).

Romero apunta que, desde el marco legal, hay un reconocimiento incremental del valor de la vida y no se considera persona al bebé hasta que nace. El aborto no tiene la misma sanción penal que el asesinato. Y el derecho civil no otorga derecho sobre la propiedad o herencia a quien aún no nació. “Nadie desconoce que hay un conflicto en juego, ¿pero por qué darle preponderancia a la vida del no nacido cuando pone en juego la vida o la salud de la embarazada? ¿Por qué no tomar en cuenta una decisión autónoma de la mujer?”, pregunta.

Sebastiani dice que aprendió que la manipulación de las definiciones sobre el origen del embrión como persona, a la larga, termina jugando en contra de uno. “Todo es opinable”, resume. “Pero ellos [los opositores al aborto legal] dicen que defienden la vida, y yo también lo hago: porque promuevo que no haya más muertes maternas por abortos inseguros”. Mes-

sina, del Hospital Álvarez, agrega que es necesario llevar adelante esa lucha. “Ninguna mujer es feliz interrumpiendo el embarazo”, señala. “Pero hay situaciones en las que ellas deben ser acompañadas y no estigmatizadas”.

El paradigma emergente rescata el derecho de la mujer por encima del juicio moral. Jorge Andalaft, ginecólogo de la Casa de la Salud de la Mujer, de la Universidad Federal de San Pablo, realizó más de 400 abortos legales en Brasil. “Todas las veces, sin excepción, siento una pequeña angustia de imaginar que estoy tirando una vida en potencia. Pero no me cabe a mí juzgar: la decisión fue de la mujer, y debe ser respetada”, dijo Andalaft a la revista *Veja*.

Quienes sostienen la importancia de mantener la penalización del aborto inducido, por razones científicas, convicciones éticas o dogmas religiosos, parecen obviar un detalle:

“LA MUERTE NO PUEDE SER LA SALIDA”

Por M. L.

En un cuento revulsivo de Philip K. Dick, un afamado escritor de ciencia ficción, el aborto es legal hasta que el alma ingresa al cuerpo de los chicos, lo que ocurre recién hacia los doce años de edad. Antes de ese lapso, los padres pueden matar a sus hijos sin consecuencias. Ninguna historia podría inquietar más al médico Rodolfo Ávila, profesor titular de embriología de la Universidad Nacional de Córdoba y coautor del libro “El embrión como persona y paciente”. Desde su perspectiva, la vida comienza con la unión del espermatozoide con el óvulo, “cuando se forma una nueva entidad biológica, el cigoto o embrión celular, una nueva vida individual, una persona con un código genético individualizado”. No extraña, entonces, que considere el aborto inducido como un asesinato. “No lo veo bien”, dice Ávila. “Entiendo que la madre puede no haber querido embarazarse, pero la muerte (del embrión) no puede ser la salida. No se puede construir sobre la muerte”.

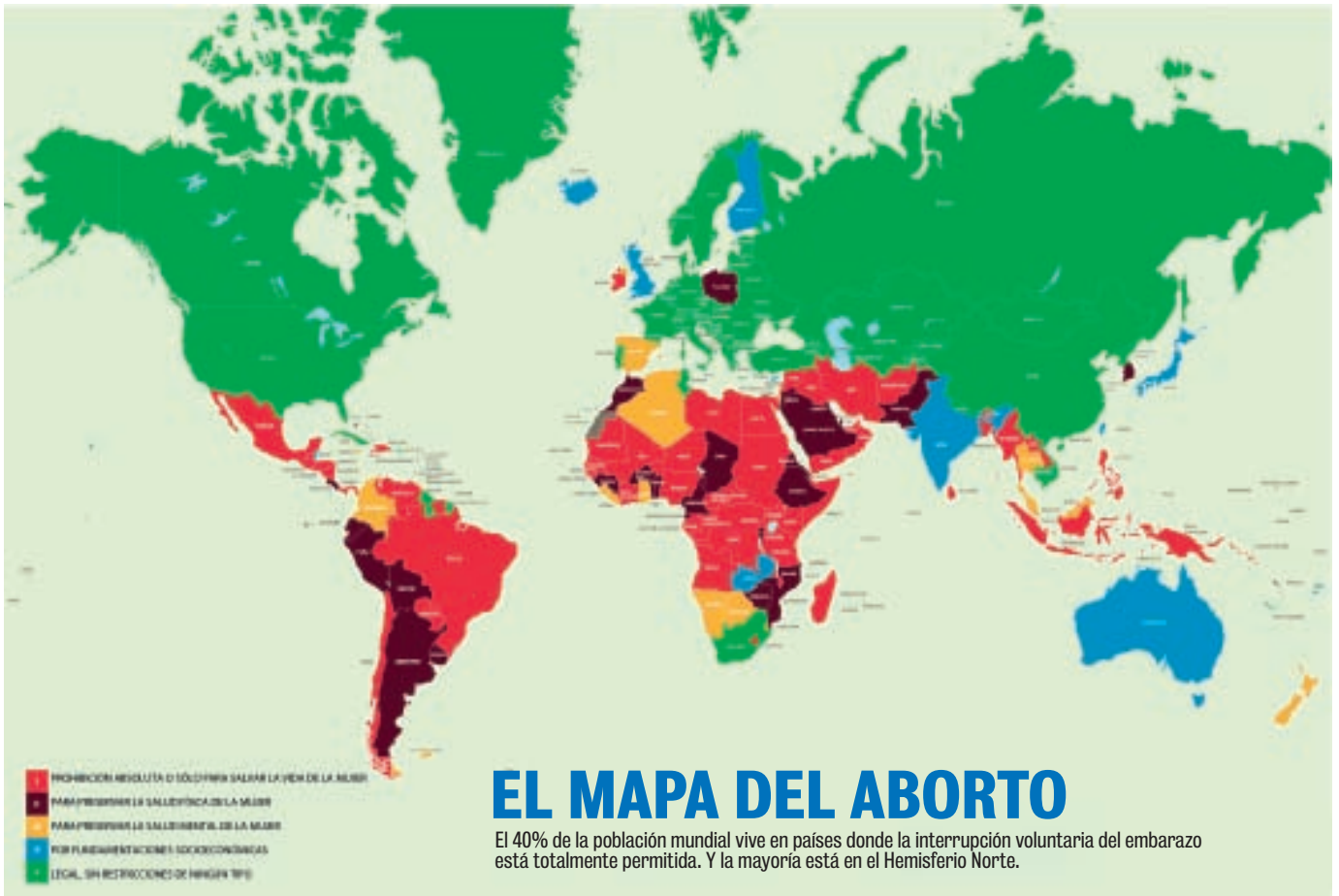
El argumento antiabortista de Ávila no difiere del de otros médicos que comparten esa posición, muchos, con fuertes convicciones



religiosas (cuando hace poco el Consejo Superior de la UBA solicitó a las autoridades nacionales la despenalización del aborto, el Consorcio de Médicos Católicos dijo que la propuesta “indigna, avergüenza y humilla”). Sin embargo, Ávila no suena fundamentalista ni destemplado. Y asegura que hay argumentos científicos que respaldan su postura. Uno, dice, es la reciente decodificación del genoma del anfibio, una especie de sardina pequeña de cinco centímetros de largo, sin cráneo ni cerebro diferenciado, que pasa su tiempo enterrada en la arena y se parece mucho al ancestro de todos los vertebrados, incluyendo al ser humano.

Pues bien: resulta que el anfibio tiene un genoma muy parecido al humano. Y para Ávila, el punto está en que el espécimen adulto es similar en término de desarrollo de estructuras a los humanos en los primeros estadios embrionarios. “¿Por qué uno es vida y el otro no?”, pregunta.

Pero el razonamiento frente a un microscopio, quizás, no sea igual al de quienes conviven a diario con el drama de las pacientes. “No es que el feto no tiene ningún derecho”, señala la antropóloga Rita Segato. “Pero su derecho es menor al de los chicos ya nacidos que se pueden quedar sin madre por un aborto en condiciones inseguras”.



la amenaza de sanción no ha demostrado disuadir, sino discriminar. En 2006, las investigadoras Edith Pantelides, del CONICET y el Centro de Estudios de Población (CENEP); y Silvia Mario, del Instituto Gino Germani de la UBA, estimaron con metodología científica que en el país se realizan por año entre 460.000 y 600.000 interrupciones voluntarias del embarazo. “Es casi un aborto por cada recién nacido”, alerta Sebastiani. “En cambio, en países donde está legalizado, como EE. UU., Suecia u Holanda, la relación es de un aborto cada tres, cinco o seis nacimientos. ¿Qué estamos consiguiendo con la prohibición, salvo expulsar a la mujer del sistema de salud, como si fuera una delincuente baleada que no se quiere atender en el hospital por temor de que la arresten?”

La filosofía subyacente a las propuestas de despenalización del aborto es la de “reducción de daños”, el mismo enfoque implementado, por ejemplo, con el reparto gratuito de jeringas para que los adictos a drogas endovenosas no se transmitan el virus HIV mediante pinchazos. La lógica es que el aborto inseguro es la principal causa de muerte materna. Y el procedi-

miento médico para interrumpir embarazos, en cambio, “es cien veces menos peligroso que una histerectomía (extirpación del útero) y menos riesgoso que una inyección de penicilina”, compara Sebastiani.

Por lo pronto, medio centenar de diputados nacionales, de todas las bancadas, ya firmó un proyecto de ley que permite el aborto inducido durante el primer trimestre del embarazo. Y se espera que la Comisión de Legislación Penal de esa cámara empiece a debatir el tema antes de finales de octubre (aunque la mayoría de los activistas asume que el proyecto no va a pasar al recinto antes de 2011, o incluso 2012, cuando pase el fragor del año electoral).

El escenario, sin embargo, ya empezó a cambiar. Y sin necesidad de ninguna ley. Es que durante la última década comenzó a expandirse como abortivo farmacológico el misoprostol, un medicamento diseñado originalmente en la década del ‘80 como protector gástrico y que también se usa para inducir el parto. En la Argentina se consigue en las farmacias, aunque con receta archivada, y en el mercado negro. Las embarazadas se lo pueden autoadministrar de manera segura antes de las

nueve o incluso doce semanas de gestación, y ya hay una ONG porteña, Lesbianas y Feministas por la Legalización, que puso en marcha una línea telefónica gratuita y editó un manual de 140 páginas para asesorar en su uso. Su difusión entre las mujeres que abortan “bajó la severidad de las complicaciones”, coinciden Romero y Luchetti. “Estoy encantado de que exista el misoprostol”, señaló Sebastiani el pasado jueves 29, durante el seminario organizado en el Senado por la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. “En menos de una década, vislumbro que el aborto va a ser absolutamente privado”.

Y algunos vislumbran que también va a ser legal. Diez años atrás, sostiene el ginecólogo tucumano Rodolfo Gómez Ponce de León, experto en salud reproductiva de IPAS y profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte, jamás hubiera imaginado que el tema del aborto se instalaría en la agenda política, que los médicos argentinos comenzarían a sensibilizarse frente al drama de la mujer y que los organismos internacionales lo hablarían en voz alta. “Dejó de ser un tabú”, celebra. ■