

Beneficios médicos y sociales desde la legalización del aborto en Estados Unidos

A pesar de las quejas de los ideólogos que se oponen a libertad de decidir, los estadounidenses han obtenido muchos beneficios físicos, emocionales y sociales comprobables desde que la Suprema Corte de Estados Unidos legalizó el aborto en 1973, en su decisión de *Roe contra Wade*.

El beneficio más importante, por supuesto, ha sido el fin de una época que favoreció la proliferación de sujetos sin escrúpulos quienes, motivados únicamente por dinero, practicaron abortos inseguros y médicamente deficientes que dejaron como consecuencia muchas mujeres muertas o con graves secuelas. Además, los médicos establecidos compasivos que realizaban abortos clandestinos pero seguros, que no se aprovechaban de sus pacientes y estaban motivados por principios más que por intereses económicos, ya no tuvieron el temor de ir la cárcel y perder la matrícula por practicar abortos después del fallo del caso *Roe* (Joffe, 1995). Hoy, próximos al 37^º aniversario de esta fecha histórica, es importante recordar cuánto hemos avanzado como sociedad desde el fallo *Roe* y analizar algunos de los beneficios obtenidos a partir de la legalización del aborto.

***Roe contra Wade* no "inventó" el aborto.**

- La cifra anual aproximada de abortos clandestinos realizados en las décadas de 1950 y 1960 oscila entre 200,000 y 1,200,000 (Cates et al., 2003; Rock & Jones, 2003; Tietze & Henshaw, 1986).
- Se calcula que en 1969, un año antes de que el Estado de Nueva York legalizara el

aborto, el 23 % de las internaciones en hospitales municipales de la ciudad de Nueva York relacionadas con el embarazo, se debían a complicaciones derivadas de abortos ilegales (Institute of Medicine, 1975).

- Luego de que California despenalizara el aborto en 1967, el número de ingresos al hospital por infecciones provocadas por abortos clandestinos en el condado de Los Angeles/Universidad del Centro Médico de California del Sur disminuyó casi un 75 % (Seward et al., 1973).

Desde el caso *Roe contra Wade*, las mujeres han obtenido abortos en una etapa más temprana del embarazo, cuando es menor el riesgo para la salud de la mujer.

- En 1973, sólo el 36 % de los abortos se practicó antes o durante la octava semana de embarazo (CDC, 1999).
- Actualmente, el 88.4 % de los abortos legales se realiza en de las primeras doce semanas de embarazo y el 62 % se practica dentro de las primeras ocho semanas de embarazo. Sólo el 1.3 % se produce después de las veinte semanas (CDC, 2009).

Las muertes por aborto han disminuido significativamente durante las dos últimas décadas.

- En 1965, cuando el aborto todavía era ilegal en todo el país, excepto en los casos en que corría peligro la vida de la mujer, por lo menos 193 mujeres murieron a causa de abortos clandestinos, y el aborto clandestino alcanzó casi el 17 % de las muertes relacionadas con el embarazo y el parto durante ese año (Gold, 1990; NCHS, 1967).
- En 1973, el riesgo de muerte por aborto fue de 3.4 muertes por cada 100,000 abortos legales. Esta cifra disminuyó a 1.3 en 1977 (Gold, 1990). Actualmente, el riesgo de muerte relacionado con el aborto aumenta con el avance del embarazo, de una muerte por cada millón de abortos por aspiración al vacío a las ocho semanas o menos, a 8.9 muertes después de 20 semanas de gestación (Boonstra et al., 2006). El riesgo de muerte a causa de un aborto inducido por medicamentos hasta los 63 días de gestación es de aproximadamente uno en 100,000 procedimientos (Grimes, 2005). Comparativamente, el riesgo de muerte por un aborto espontáneo es de aproximadamente uno en 100,000 (Saraiya et al., 1999). Y el riesgo de muerte asociado con el parto es aproximadamente 10 veces más alto que el relacionado con todos los abortos (Christiansen & Collins, 2006). Después de una gestación de 20 semanas no hay una diferencia significativa desde el punto de vista estadístico en los índices de mortalidad materna entre terminar un embarazo mediante un aborto y llevar el embarazo a término (Kochanek et al., 2004; Paul et al., 1999).

El aborto legal y seguro ha tenido un profundo impacto en las mujeres estadounidenses y sus familias.

- Las parejas con riesgo de tener hijos con trastornos genéticos severos y, a menudo, fatales han estado dispuestas a concebir porque existe la posibilidad de la amniocentesis y la de un aborto legal y seguro (Milunsky, 1989).
- A partir de la legalización del aborto, se ha registrado el mayor descenso en la tasa de

nacimientos entre las mujeres que más sufren las consecuencias sociales y de salud de una maternidad no deseada: mujeres mayores de 35 años, adolescentes y mujeres solteras (Levine et al., 1999). Actualmente, casi el 30 % de los abortos en Estados Unidos se realiza en mujeres mayores de 35 años y en adolescentes (CDC, 2009).

- Hoy en día, el aborto es uno de los procedimientos clínicos más comunes, y menos del 0.3 por ciento de las mujeres que se hacen un aborto legal tienen complicaciones serias (Boonstra et al., 2006; Henshaw, 1999).
- La mitad de los embarazos producidos cada año en Estados Unidos son no planificados y cuatro de cada diez son interrumpidos por abortos legales y seguros. En 2005, se realizaron 1,200,000 de abortos frente a la cifra estimada de 1,610,000 en 1990. De 1973 a 2005, se realizaron más de 45 millones de abortos legales (Guttmacher Institute, 2008; Jones et al., 2008).
- Si el aborto legal y seguro no existiera, más mujeres sufrirían las consecuencias de una maternidad no deseada; la maternidad no deseada es una situación que afecta a toda la familia. Las madres que llevan adelante embarazos no deseados experimentan mayores niveles de depresión y menores niveles de felicidad que aquellas que no pasan por esta situación. Estas madres golpean y abofetean a sus hijos más que otras madres, y pasan menos tiempo libre fuera de la casa con sus hijos. Una mala relación madre/hijo no sólo afecta a los niños nacidos de embarazos no deseados, sino que sufren todos los niños de la familia (Barber et al., 1999).
- La legalización del aborto además ha mejorado las condiciones de vida promedio de los niños. Debido al mayor acceso al aborto, los que nacieron después de 1973 tienen menos probabilidades de vivir en hogares de madre/padre soltera/o, de vivir en la pobreza o de recibir asistencia social que aquellos que nacieron antes de 1973. Además, experimentan menor tasa de mortalidad infantil (Gruber et al., 1999).

- En 1973, la mayoría de los abortos se realizó en hospitales. Actualmente, la mayoría de los abortos se realiza en clínicas. Este cambio de escenario ha permitido que más mujeres tengan acceso a servicios integrales de salud reproductiva, que incluyen -pero sin limitarse- a orientación en anticoncepción, servicios de planificación familiar y cuidado ginecológico (Cates et al., 2003).
- Los estados que tienen las leyes antiabortistas más estrictas son estados donde las mujeres tienen menor nivel de educación, mayor nivel de pobreza y menor promedio de ingresos con respecto a los hombres. Además, tienen un porcentaje menor de mujeres en la legislatura y menos obligación para que los proveedores de seguros cubran una estadía mínima en el hospital después del parto (Schroedel, 2000).

La salud y el bienestar de las mujeres y los hijos se ven afectados en estados que tienen rigurosas leyes antiabortistas.

- Comparados con los estados que promueven la libertad de decidir, los estados antiabortistas gastan mucho menos dinero por niño en servicios de padres sustitutos, educación, asistencia social y adopción de niños que tienen incapacidad mental o física (Schroedel, 2000).

En resumen, ninguna polémica sobre el aborto puede negar la evidencia de que las mujeres, los hombres y los niños de Estados Unidos, al igual que las familias norteamericanas han obtenido mayores beneficios en su salud física, mental y social a partir de la decisión histórica de la Corte Suprema en el caso *Roe contra Wade*. Cualquier menoscabo del derecho de una mujer y del acceso a un aborto legal y seguro pone en peligro la salud de las mujeres, sus familias y toda la nación.

-

Referencias citadas

- Barber, Jennifer S., et al. (1999). "Unwanted Childbearing, Health, and Mother-Child Relationships." *Journal of Health and Social Behavior*, 40(September), 231–57.
- Boonstra, Heather D., et al. (2006). *Abortion In Women's Lives*. New York: Guttmacher Institute.
- Cates Jr., Williard, et al. (2003). "The Public Health Impact of Legal Abortion: 30 Years Later." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(1), 25-8.
- CDC — Centers for Disease Control and Prevention. (2009, November 27). "Abortion Surveillance — United States, 2005." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 58 (SS-8).
- Christiansen, L.R. & K.A. Collins. (2006). "Pregnancy-Associated Deaths: A 15-Year Retrospective Study and Overall Review of Maternal Pathophysiology." *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 27, 11--9.
- Gold, Rachel Benson. (1990). *Abortion and Women's Health: A Turning Point for America?* New York: The Alan Guttmacher Institute.
- Grimes, D.A. (2005). "Risks of Mifepristone Abortion in Context." *Contraception*, 71, 161.
- Gruber, Jonathan, et al. (1999). "Abortion Legalization and Child Living Circumstances: Who Is the "Marginal Child"?" *The Quarterly Journal of Economics*, 114(1), 263–91.
- Guttmacher Institute. (2008, accessed 2009, July 28). *Facts on Induced Abortion in the United States*. [Online]. http://guttacher.org/pubs/fb_induced_abortion.htm.#15
- Henshaw, Stanley K. (1999). "Unintended Pregnancy and Abortion: A Public Health Perspective." Pp. 11–22 in Maureen Paul, et al., eds., *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*. New York: Churchill Livingstone.
- Institute of Medicine. (1975). *Legalized Abortion and the Public Health*. Washington, DC: National Academy of Sciences.
- Joffe, Carole. (1995). *Doctors of Conscience: The Struggle to Provide Abortion Before and After Roe v. Wade*. Boston: Beacon Press.
- Jones, Rachel, et al. (2008). "Abortion in the United States: Incidence and Access to Services, 2005." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40 (1), 6–16.
- Kochanek, Kenneth D., et al. (2004, October 12). "Deaths: Final Data for 2002." *National Vital Statistics Reports*, 53(5). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Levine, Phillip, et al. (1999). "Roe v Wade and American Fertility." *American Journal of Public Health*, 89(2), 199–203.
- Milunsky, Aubrey. (1989). *Choices, Not Chances: An Essential Guide to Your Heredity and Health*. Boston: Little, Brown and Company.
- NCHS — National Center for Health Statistics. (1967). *Vital Statistics of the United States, 1965: Vol. 11 — Mortality, Part A*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office (GPO).
- Paul, Maureen, et al. (1999). *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*. New York: Churchill Livingstone.
- Rock, John A. & Howard W. Jones III. (2003). *TeLinde's Operative Gynecology — Ninth Edition*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saraiya, M., et al. (1999). "Spontaneous Abortion-Related Deaths Among Women in the United States, 1981-1991." *Obstetrics and Gynecology*, 94(2), 172–6.

Schroedel, Jean Reith. (2000). *Is the Fetus a Person? A Comparison of Policies across the Fifty States*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Seward, Paul N., et al. (1973). "The Effect of Legal Abortion on the Rate of Septic Abortion at a Large County Hospital." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 115(335), 335–8.

Tietze, Christopher & Stanley K. Henshaw. (1986). *Induced Abortion: A World Review, 1986*. New York: The Alan Guttmacher Institute.

Autora principal — Susanne Pichler
Revisado por — Jennie Correia
Traducción — Susana Petit y Judith Cohen

© 2006 Planned Parenthood® Federation of America, Inc. Todos los derechos reservados. Planned Parenthood®, PPFA®, y el logo de las "P" superpuestas son marcas de servicio registradas de PPFA.

Contactos con los medios de comunicación — New York: 212-261-4650 /
Washington, DC: 202-973-4882
Contacto de política pública — Washington, DC: 202-973-4848