



# ABORTO, SALUD Y BIENESTAR

El aborto es un asunto de salud: puede causar discapacidad o muerte y ocupa un lugar importante en la carga de enfermedad y en el presupuesto de los servicios médicos. Por ello, es tiempo de incorporar el *bienestar* como componente fundamental de la salud para ampliar los conceptos sobre salud y sobre aborto, y avanzar en la solución de este injusto, complicado y polémico problema médico y social que afecta a un enorme número de mujeres y a la sociedad en su conjunto.

## Hablar de salud

*Salud* es un término que resulta familiar: se entiende como ausencia de enfermedad. Pero en el mundo médico se ha definido técnicamente como mucho más. La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud, desde 1948, como “un estado de completo *bienestar* físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>1</sup> En poco más de medio siglo, no ha sido posible lograr que el personal de salud se desprenda de la definición coloquial e incluya el concepto de bienestar. La OMS reconoce y resalta que existen determinantes sociales que condicionan el estado de salud. Es decir que la “enfermedad” no se limita a una

serie de padecimientos físicos, y la ausencia de alguno no es suficiente para considerar que un individuo está sano. Quien vive en condiciones de pobreza, insalubridad, falta de nutrición y vivienda adecuadas, difícilmente puede considerarse una persona sana, aunque no tenga un padecimiento de los catalogados como tales.

Los seres humanos estamos conformados por el cuerpo, la mente o el intelecto, y el subconsciente. La dimensión mental fue contemplada por la OMS en su definición, pero es una de las esferas menos atendidas por el mundo médico, siendo de enorme relevancia en la génesis de muchos padecimientos y —sin duda— en el tema del aborto, ya que obligar a una mujer a continuar con un embarazo problemático constituye una forma de violencia que afectará su proyecto de vida y su bienestar emocional.

Hoy sigue prevaleciendo un enfoque primordialmente biologicista, enfocado en el cuerpo, que menosprecia los otros componentes y determinantes de la salud. La evidencia del impacto de los determinantes sociales sobre la salud, ha llevado a la OMS a establecer que la mayor parte de los problemas de salud de los individuos y las poblaciones se pueden atribuir a sus condiciones socioeconómicas. Sin embargo, en las políticas de salud predo-

minan las soluciones centradas en el tratamiento o prevención de las enfermedades, sin incorporar intervenciones sobre las “causas de las causas”. En consecuencia, los resultados obtenidos con intervenciones centradas en el individuo como mero ente biológico y con un enfoque curativo, han sido deficientes.<sup>2</sup>

### ¿Cómo medir el bienestar con indicadores de malestar?

La evidencia más clara de que no ha sido incorporado el concepto de bienestar en el sector salud, es que éste no se estudia ni se monitorea. Prácticamente todos los indicadores de salud evalúan enfermedades o malestares. Así, los indicadores que dan cuenta del estado de “salud” son las tasas de morbilidad (enfermedad), mortalidad, o los ingresos y egresos hospitalarios. ¿Cómo saber qué tan sanos están los individuos, es decir, cómo está su estado de bienestar, si lo que se mide son sus dolencias y malestares? Si la salud es bienestar, la actual forma de medirla usa herramientas equivocadas.

La expectativa de vida es el mejor indicador de salud poblacional, y uno de los pocos que reflejan un aspecto positivo de la salud. Se ha encontrado cada vez mayor evidencia de que este indicador no se modifica sólo por variables como reducir la causa de una enfermedad o un factor de riesgo entre los individuos de una población. Por ejemplo, la inequidad en una población, es decir, la brecha entre los que tienen más y los que tienen menos (en ingresos, educación, oportunidades, etcétera), es uno de los determinantes más predictivos: a mayor inequidad social, menor es la expectativa de vida de la población, independientemente del tipo de régimen político, sistema econó-

mico, o del tipo de sistema de salud con que cuente. Así, un factor que no es considerado dentro del ámbito de la salud, sino de la política económica, resulta determinante para mejorar la salud de la población.<sup>3</sup>

Para medir la salud se han propuesto recientemente algunos indicadores como la felicidad o la autoestima. La autoestima está íntimamente relacionada con la autonomía, que es una de las variables claramente asociadas al bienestar, a la salud y, muy particularmente, a la salud mental.<sup>4</sup>

La felicidad como indicador, si bien parte de un concepto subjetivo y ligado a la cultura y al grupo social, ha ido encontrando parámetros que permiten construirlo de manera estable y comparativa entre distintas culturas. Algunos de los elementos para su construcción incluyen: disponer de comida, agua y aire de buena calidad; tener acceso a información y capacitación y un trabajo que se disfrute; una vida sexual satisfactoria; evacuar diariamente; dormir bien y despertar descansado; tener acceso a la atención de la salud y la posibilidad de una muerte digna.<sup>5</sup>

Como estos aspectos no se investigan ni monitorean, todavía desconocemos cuál es su impacto sobre la salud de la población y cómo diseñar políticas que los promuevan.

### El aborto: un problema de salud social, de salud pública y de salud individual

El embarazo y el aborto son fenómenos biológicos que ocurren en el cuerpo de las mujeres pero sus orígenes, incidencia, formas de ocurrencia e impacto individual y social, trasciende con mucho la esfera de lo exclusivamente corporal.

Si salud y bienestar son dos conceptos indisociables, en el caso del aborto —por sus implicaciones religiosas, legales y políticas—, su investigación y tratamiento en el campo de la salud se han limitado exclusivamente a considerarlo como problema y nunca como contribuyente al bienestar de la mujer que decide interrumpir un embarazo.

Está ampliamente documentado que el aborto está ligado a determinantes como la pobreza, la inequidad, la falta de educación e información, la falta de acceso a servicios, la violencia sexual, el abandono, o la discriminación. Suele haber circunstancias críticas detrás del deseo de no embarazarse y muchas causas de que a pesar de ello ocurra un embarazo, desde la falla del método anticonceptivo —en el mejor de los casos— hasta la violación.

El aborto cumple con todos los parámetros de un problema de *salud pública*: por su magnitud; por la carga de enfermedad, discapacidad y muerte para las mujeres; por el costo que el sector salud paga para atenderlas; y por las consecuencias de la falta de acceso a servicios de prevención, métodos anticonceptivos, información, etcétera. Adicionalmente existe un serio problema de inequidad en el acceso a servicios de aborto seguro, ya que —aun tratándose de una práctica médica sencilla— generalmente son las personas con recursos económicos quienes tienen acceso a servicios adecuados, convirtiéndolo en un problema de justicia social. Desde esta perspectiva es difícil comprender que el aborto no haya sido atendido de manera más decidida, sobre todo cuando desde el punto de vista técnico es de fácil realización y altamente costo-eficiente. Si se tomase realmente en cuenta la definición de salud como un asunto de bienestar, en este caso para la población de mujeres,

los indicadores de bienestar mostrarían el beneficio del acceso al aborto seguro sobre la salud. En los países donde el aborto no está penalizado y existe fácil acceso a métodos anticonceptivos, la mortalidad, morbilidad y discapacidad por aborto se reducen dramáticamente.<sup>6</sup>

## El aborto: ¿indicador de malestar o de bienestar?

La interrupción del embarazo se ha planteado siempre como problema y sin duda lo es. Nadie puede decir que está a favor del aborto y ninguna mujer se embaraza por el gusto de abortar. Es un asunto en el que se trata de que las mujeres recuperen su bienestar, mediante el poder de decidir lo mejor para su proyecto de vida.

Cuando el embarazo no es deseado, lo que lo convierte en un serio problema es que el aborto sea un delito y, por lo tanto, se dificulte el acceso a servicios seguros. En este sentido el “problema” no es médico. El hecho de que el aborto sea ilegal es lo que impide verdaderamente contribuir al bienestar de la mujer y es por ello que en la mayoría de los países desarrollados se ha optado por despenalizarlo.

El caso de la salud mental es particularmente relevante para el aborto y es quizá donde el vínculo con el bienestar está más alejado. Las enfermedades mentales han sido motivo de enormes injusticias, estigma, dolor y discriminación para quienes las padecen. Afectan a alrededor de 400 millones de personas en el mundo y están directamente asociadas a los principales problemas de salud mundiales: alcoholismo, VIH/sida, enfermedades cardiovasculares, problemas de crecimiento y desarrollo infantil, violencia en todas sus expresiones y suicidio.<sup>7</sup> Por ello no sorprende que sea difícil convencer al per-

sonal de salud de los vínculos entre aborto y salud mental. En general no hay criterios claros establecidos para hacer el diagnóstico del riesgo psíquico que supone un embarazo, ni acceso a personal capacitado para hacerlo.<sup>8</sup> Además, uno de los argumentos más usados por los grupos que están en contra del derecho a decidir es que el aborto se vincula con la salud mental porque trastorna a las mujeres que se lo practican. Puesto que los argumentos morales y religiosos no han sido eficaces, se está librando una verdadera lucha de información “científica” sobre si negar el aborto afecta la salud mental o el practicar el aborto es lo que la altera. Las fallas metodológicas en el diseño de las investigaciones son serias, siendo la más frecuente comparar en el estudio a mujeres que abortaron con las que tuvieron partos normales y deseados, en lugar de hacerlo con las que no deseaban el embarazo y no tuvieron acceso al aborto.<sup>9</sup>

No puede haber salud sin salud mental, como no puede haber bienestar sin salud mental. Hay estudios bien realizados que muestran que impedir la interrupción de un embarazo no deseado puede tener consecuencias en la salud mental de la mujer, en el caso de que el embarazo llegue a término o se practique un aborto de manera clandestina, poniendo en riesgo no solo su salud mental y física, sino incluso su vida.<sup>10</sup> También se han demostrado efectos positivos a largo plazo del aborto en los índices de bienestar emocional y psicológico, tanto en adolescentes, como en mujeres adultas que en algún momento de su vida han optado por interrumpir un embarazo.<sup>11</sup>

El beneficio psicológico de la mujer se ha puesto en primer plano en muchos países que han despenalizado el aborto. En la mayoría de estas naciones, la legis-

lación reconoce explícitamente las bases de la salud mental para el aborto. En España, una de las tres causales permitidas para un aborto legal es la del riesgo para la salud psíquica de la mujer de continuar el embarazo, y es la que hoy aducen la mayoría de las españolas que abortan.<sup>12</sup>

En México, sólo 11 entidades federativas admiten la causal de salud para una interrupción legal del embarazo (ILE). En este caso, y específicamente en el de salud mental, el criterio del médico es fundamental. Si bien en el DF, por ejemplo, la Secretaría de Salud explicita en sus lineamientos<sup>13</sup> el riesgo para la “salud física o psíquica de la embarazada”, en la práctica la ILE por dicha causa se ve obstaculizada por la dificultad de definir qué es “salud psíquica” y cuándo ésta está en riesgo. Por ello habría que abundar en el estudio de este asunto, dar recursos a los médicos para acogerse a esta causal, abogar por su explícita inclusión en el código penal, y defender el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo y su bienestar.

Los vínculos entre bienestar, autonomía, autoestima, salud emocional y aborto son muy relevantes. Por ello, hacer del bienestar un imperativo social y político implicaría una congruencia mínima con las definiciones de salud aceptadas internacionalmente. El derecho a decidir interrumpir un embarazo no deseado contribuiría de manera fundamental a alcanzar esta meta y podría cambiar millones de vidas.

La interrupción del embarazo se permite a más de la mitad de la población mundial, y en los lugares donde se permite las mujeres no mueren, ni sufren secuelas, puesto que los abortos se practican en forma segura, con calidad y calidez y respetando la decisión de la mujer.<sup>14</sup>

¿Por qué entonces a pesar de las evidencias del impacto positivo que tiene el aborto seguro sobre la salud, y existiendo los recursos humanos y técnicos para enfrentar el problema, no se soluciona? Para el caso del aborto voluntario, el que se criminalice un procedimiento médico seguro —que solo necesitan las mujeres—, plantea incógnitas para las que no hay respuestas, simplemente porque no se quieren exponer seriamente las preguntas.<sup>15</sup>

### Los derechos humanos: un compromiso del Gobierno mexicano

Un ingrediente adicional para ampliar los conceptos de salud y aborto es el que proporciona el marco de los derechos humanos, alternativa fundamental para lograr mejorar las condiciones de vida de las personas. Los derechos humanos son una de las escasas herramientas que pueden utilizarse de manera legal para hacer valer los derechos de las mujeres en las políticas públicas. Sin embargo, buena parte del personal de salud lo ignora, por ser un marco relativamente nuevo, por no haberse difundido, y por no estar incluido dentro de su formación académica. La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 fue el primer documento internacional que sentó las bases para hacer valer este conjunto de garantías y libertades para todos los seres humanos sin distinción alguna. Desde entonces, han evolucionado y se han ido precisando en una serie de pactos, tratados y convenciones internacionales, que han sido firmados y ratificados por México, por lo que el Gobierno mexicano está obligado a cumplirlos. Los derechos sexuales y reproductivos están

incluidos en estos documentos internacionales que, en su conjunto, proporcionan una plataforma firme para ejercerlos y promoverlos, a pesar de no estar todavía plenamente traducidos en las leyes mexicanas. En particular la falta de acceso al aborto seguro y legal pone en juego la violación de varios derechos humanos especificados en algunos de estos instrumentos.<sup>16</sup>

Las leyes, las políticas o los programas facilitan o inhiben la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud, y pueden generar situaciones sociales o económicas que determinan desigualdad. Por el bienestar integral de las mujeres, es necesario ampliar los conceptos de salud y salud mental, desarrollar indicadores que permitan caracterizar el bienestar y monitorearlo, y reconocer derechos e incorporar su respeto y promoción en la práctica médica. Para ello también es necesario reformar las leyes, las políticas y los programas que obstruyan directa o indirectamente la disponibilidad o el acceso a servicios de aborto legal.

### Notas

\* GIRE agradece la colaboración de Blanca Rico, consultora independiente.

<sup>1</sup> Cfr. <<http://www.who.int/about/es/index.html>> [consulta: 19/02/07].

<sup>2</sup> OMS, *¿Por qué es necesario centrarse en los determinantes sociales de la salud?*, 2005. Disponible en <[http://www.who.int/social\\_determinants/strategy/QandAs/es/](http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/)> [consulta: 19/02/07].

<sup>3</sup> Bezruchka, S., “Societal hierarchy and the health Olympics”, en *Canadian Medical Association Journal*, V. 164, núm. 12, 12 de junio de 2001, pp. 1701-1703. Pickard, M., “Precaución: la globalización puede ser peligrosa para su salud”, en *Boletines de CIEPAC*, Chiapas, núm. 323, 22 de noviembre de 2002.

<sup>4</sup> Marmot, M., “Self esteem and health. Autonomy, self esteem, and health are linked together”, en

*British Medical Journal (BMJ)*, núm. 327, 13 de septiembre de 2003, pp. 574-575.

<sup>5</sup> Bracho, F., “Happiness as the greatest human wealth”, contribución al *International Seminar on Operationalizing Gross National Happiness*, Bután, 18 al 20 de febrero de 2004. Disponible en <<http://www.iigov.org/eg/attachment.drt?art=113832>> [consulta: 27/02/07].

<sup>6</sup> Grimes, D.A. et al., “Unsafe abortion: the preventable pandemic”, en *The Lancet*, V. 368, núm. 9550, 25 de noviembre de 2006, pp. 1908-1919. Disponible en <<http://www.thelancet.com>> [consulta: 27/02/07].

<sup>7</sup> Patel, V. et al., “Beyond evidence: the moral case for international mental health”, Editorial en *American Journal of Psychiatry*, V. 163, núm. 8, agosto 2006, pp. 1312-1315.

<sup>8</sup> Cook, R.J. et al., “Legal abortion for mental health indications”, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, V. 95, 2006, pp. 185-190.

<sup>9</sup> Major, B., “Psychological implications of abortion — highly charged and rife with misleading research”, en *Canadian Medical Association Journal*, V. 168, núm. 10, 13 de mayo de 2003, pp. 1257-1258. Lee, E., “The mental health ‘risks’ of abortion”, en *Abortion Review*, bpas, 31 de octubre de 2006. Disponible en <<http://www.abortionreview.org/index.php/site/article/91/>> [consulta: 26/02/07].

<sup>10</sup> Boonstra, H. et al., *Abortion in Women's Lives*, Nueva York, Guttmacher Institute, 2006.

<sup>11</sup> Schwab Zabin, L. et al., “When urban adolescents choose abortion: effects on education, psychological status and subsequent pregnancy”, en *Family Planning Perspectives*, V. 21, núm. 6, noviembre-diciembre 1989, pp. 248-255. Russo, N.F. y K.L. Zierk, “Abortion, childbearing, and women's well-being”, en *Professional Psychology: Research and Practice*, V. 23, núm. 4, agosto 1992, pp. 269-280.

<sup>12</sup> Lamas, M., “Nuevos horizontes de la interrupción legal del embarazo”, en *Desacatos*, CIESAS, núm. 17, enero-abril 2005, pp. 57-76.

<sup>13</sup> “Circular/GDF-SSDF/01/06. Lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud relacionados con la interrupción del embarazo en el Distrito Federal”, en *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, México, 16ª época, núm. 135, 15 de noviembre de 2006, pp. 4-8. Disponible en <[http://www.gire.org.mx/publica2/CircularSS\\_DF\\_151106.pdf](http://www.gire.org.mx/publica2/CircularSS_DF_151106.pdf)> [consulta: 19/02/07].

<sup>14</sup> OMS, *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, Ginebra, 2003. Center for Reproductive Rights, *The World's Abortion Laws 2005*, Nueva York, 2005, [cartel].

<sup>15</sup> Cook, R.J., “Gender, health and human rights”, en *Health and Human Rights: An International Journal*, V. 1, núm. 4, 1995, pp. 350-366.

<sup>16</sup> Human Rights Watch, *Derecho internacional de los derechos humanos y aborto en América Latina*, julio 2005. Disponible en <<http://hrw.org/spanish/informes/2006/wrd0106/wrd0106sp.pdf>> [consulta: 27/02/07].