

Lima, Natacha

(Facultad de Psicología UBA – CONICET)

lima.natacha@hotmail.com

Romero, Guadalupe

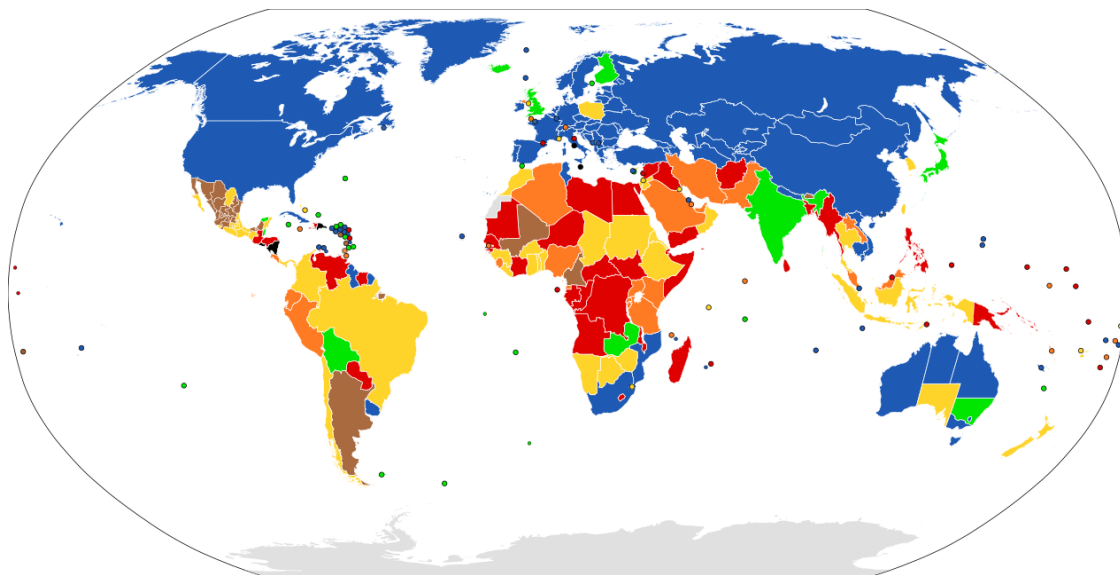
(Facultad de Psicología UBA)

guada.romero91@hotmail.com

Implicancias del aborto en distintos escenarios: tensiones y mandatos

En un escrito anterior (Lima, Ormart, Romero, 2018) trabajamos las contradicciones que despierta en el aborto en las tecnologías reproductivas sobre la base de tres ejes: a) el estatuto moral del embrión a propósito de la formulación del artículo 19 del Código Civil y Comercial de la Nación Argentina (2015); b) las controversias que surgen a partir del desarrollo de las nuevas tecnologías diagnósticas (diagnóstico genético preimplantatorio y diagnóstico prenatal); y c) los condicionamientos que enfrentan las mujeres cuando la maternidad aparece como un destino inexorable, un mandato de la especie, que deja “en menos” a todas aquellas que se atreven a desafiarlo.

La situación jurídica del aborto en el mundo es interesante para analizar la ecuación: a mayor desarrollo económico mayores garantías legales, y en países con grandes inequidades sociales se constata la labilidad de las legislaciones vigentes.



Situación jurídica del aborto alrededor del mundo.

■ Legal bajo cualquier circunstancia dentro de plazos establecidos.

■ Legal en casos de riesgo para la vida de la madre y/o de salud física o mental, violación, inviabilidad fetal y factores socioeconómicos.

■ Legal en casos de riesgo para la vida de la madre y/o de salud física o mental, violación e inviabilidad fetal.

■ Legal en casos de riesgo para la vida de la madre y/o de salud física o mental y violación.

■ Legal en casos de riesgo para la vida de la madre y/o de salud física o mental.

■ Legal en casos de riesgo para la vida de la madre.

■ Ilegal sin excepciones.

■ No hay información.

Nota: En la mayoría de los países y supuestos citados, la intervención ha de efectuarse antes de plazos establecidos.

En términos globales según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “*El aborto inseguro representa el 13% de las muertes maternas y el 20% de la mortalidad total y la carga por discapacidad debido al embarazo y al nacimiento. Casi todas las muertes y la morbilidad por aborto inseguro ocurren en países en donde el aborto está rigurosamente prohibido por la ley y en la práctica*” (Luna, 2016:7).

Es decir que la prohibición de realizar el aborto, no sólo no disminuye su ocurrencia, sino que además profundiza las desigualdades y castiga a las mujeres con la muerte. Tarducci

(2018) recuerda el impacto del lema “*el derecho al aborto como deuda de la democracia*” para mostrar cómo los derechos humanos de las mujeres son sistemáticamente violentados en pos de creencias, dogmas e ideales incapaces de servir como fundamento para las regulaciones civiles. Y si bien esta es la batalla pendiente, haber logrado instalar el debate en la agenda pública, con una masiva participación social, ha logrado visibilizar que “*hablar de aborto no solo es hablar de ello, es pensar sobre relaciones familiares e interpersonales, sobre la vida y los cuerpos, sobre la libertad y la justicia, en definitiva, sobre la sociedad en la que deseamos vivir*” (Tarducci, 2018:431).

El aborto como problemática bioética, inscripta en la tradición de los dilemas que rodean el inicio de la vida, ha tenido distintos tratamientos. Actualmente aparece en el “horizonte” de las problemáticas que ha definido el Consejo *Nuffield* de Bioética al considerar que “es muy probable que el debate sobre la ley del aborto en el Reino Unido continúe en el futuro. Según el Consejo, ésta problemática polarizada tiene implicancias para áreas de la medicina como la detección prenatal. Y mientras algunos continúan la campaña para despenalizar el aborto en todo el Reino Unido, otros buscan reducir el límite máximo de tiempo para realizar el aborto en respuesta a los cambios acontecidos en los umbrales de la viabilidad fetal¹” (Nuffield, 2018).

La polarización del debate sobre el aborto es un fenómeno mundial. Llamativamente, en los países con tradición imperialista, donde suelen otorgarle mayor autonomía de la libertad –a sus ciudadanos– se ha denunciado la vulneración de los derechos de las mujeres al otorgarle al no nacido los mismos derechos que a una persona, aún cuando por ejemplo, en el caso de Estado Unidos, la Corte Suprema ratificó el derecho a realizar el aborto en el conocido caso “*Roe v. Wade*” del año 1973.

En este contexto, los principios que entran en disputa son el de la autonomía reproductiva de la mujer embarazada vs. el principio de no maleficencia, es decir no hacer el mal o impedir el desarrollo evolutivo del embrión que ha comenzado a gestarse. La posibilidad de resolver un dilema bioético, desde la perspectiva de los principios, supone

¹ Para una ampliación se puede consultar http://nuffieldbioethics.org/?da_image=horizon-bioethics

encontrar la mejor forma de “equilibrar” los derechos en disputa por medio del debate reflexivo a la luz de las normativas vigentes. Y si bien el embrión humano merece respeto y protección al tratarse de una entidad que representa el símbolo de la *vida humana futura* (ESHRE, 2001), la adquisición de esos derechos queda supeditado al nacimiento con vida, entendiendo el desarrollo de esa vida de un modo gradual.

Otra de las variables a tener en cuenta a la hora de analizar la situación jurídica del aborto en el mundo es el caso de la violación. En Argentina, el aborto está penalizado desde 1921 fecha en la que se sancionó el Código Penal. El artículo 86 del Código habla de los abortos que no son punibles en dos supuestos: si existe un peligro para la vida o la salud de la madre o “si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”. Este segundo supuesto generó muchas controversias hasta que finalmente quedó resuelto en el fallo F.A.L. (2012). A raíz de un caso de violación de una niña de 15 años, su madre recurrió a la justicia de Chubut para que pudieran realizar el aborto en el hospital público. El pedido fue rechazado en primera y segunda instancia y cuando la joven cursaba la semana 20 de embarazo intervino el Tribunal Superior de Justicia provincial encuadrando el caso bajo uno de los supuestos de aborto no punible que determina el artículo 86 del Código Penal de la Nación, lo que permitió la realización del aborto. En esa sentencia, la Corte Suprema de Justicia resolvió por unanimidad que cualquier aborto de un embarazo producto de una violación, sin importar el salud mental de la mujer, no es punible, tanto para la mujer como para el médico que practique la intervención.

A continuación vamos a tomar 5 de los puntos definidos por Tarducci (2018) para pensar las relaciones del aborto en los distintos escenarios y vicisitudes de su ocurrencia:

1) **anticoncepción y aborto no se contraponen.** Para ejemplificar este punto tomaremos un caso relatado en el seminario regional sobre salud y derechos sexuales reproductivos en la ciudad de Quito organizado por la Universidad Andina Simón Bolívar, la ONG Kimirina conjuntamente con el Ministerio de Salud pública del Ecuador y La Embajada de Francia en Ecuador, el 23 de octubre de 2018.

“No iniciaré mi exposición hablando de un punto de vista teórico sobre el aborto, pero basado en mi experiencia como compañero (hace 34 años) de una mujer que decidió realizar un aborto. Al principio ya destaco que entiendo que mi papel, como marido, fue el de apoyar la decisión que ella tomó y de estar junto a ella en todos los momentos del proceso. Y sí. Fue un aborto ilegal, hecho en la clandestinidad. Ella, como yo, es médica, siendo que soy un pediatra. ¿Por qué enfatizar que soy pediatra? Porque yo elegí por vocación y por amor cuidar de los niños. Marisa, por su vez, siempre quiso tener una familia numerosa y yo diría que ella es el prototipo de la madre. Ella adoraba estar embarazada, parir, amamantar y ser madre. A los dos siempre nos gustaron los niños. ¿Y qué pasó entonces? Nuestra historia es simple. Cuando nos casamos ella tenía dos hijos, pero queríamos más, y yo también. Se quedó embarazada antes de completar 6 meses de casados porque no queríamos que hubiera una diferencia de edad muy grande entre los niños. Sin embargo, quiso el azar que ella se embarazara de los trillizos. Fue un embarazo difícil, presentando una placenta previa. Resultado: el parto ocurrió con veinticuatro semanas de gestación. No teníamos la menor idea de lo que sucedería. Esto fue en 1985, cuando muchos de los recursos que hoy tenemos en Brasil todavía no estaban disponibles ni siquiera en muchos países con mejor desarrollo económico. Continuando con nuestra historia: Dos de los niños fallecieron. El primero, Fernando, con 6 horas de vida y el segundo, Eduardo, con 7 días. Pedro sobrevivió, habiendo pasado 6 meses internado en una UTI neonatal. Después del alta, con muchas secuelas (dependiente de oxígeno, con sordera profunda e insuficiencia renal crónica de corriente de una malformación congénita) pudo finalmente conocer su casa. Tres meses después de su alta vino la sorpresa: Marisa estaba nuevamente embarazada. Alguien puede preguntar: pero ¿cómo? ¿Por qué no usaron métodos anticonceptivos? ¿Ustedes son irresponsables? ¡Aún más ustedes siendo médicos! En realidad, usábamos métodos anticonceptivos. Por lo demás, dos. Pero la planificación familiar es eso. Los métodos fallan, podemos fallar también y los embarazos fuera de hora pueden suceder, sí. No somos máquinas y ni los métodos son 100% garantizados. Pero sucede. Nosotros, sin duda queríamos tener más hijos, pero en ese momento era imposible. No podríamos dar cuenta de vivir, trabajar y cuidar no sólo de Pedro con sus dificultades especiales, como de los dos niños que ya teníamos y de

otro recién nacido. Para nosotros no fue difícil encontrar dónde hacer un aborto con seguridad, no por ser médicos sólo, sino también por nuestra inserción de clase. Teníamos mucha tranquilidad que los riesgos que corríamos eran pequeños, pues fuimos a una clínica muy bien localizada, de conocimiento de muchos, bien equipada y con profesionales desahogados disponibles. Ella sólo era cara, pero es lo que garantiza el privilegio. Pagando, siempre se consiguió el cuidado debido y necesario al aborto en Brasil. Nunca había contado esta historia en público (...) ni siquiera en mis clases de bioética, cuando los jóvenes médicos citan principios bioéticos como si fueran abstracciones de manuales de filosofía. No lo son. Hablar de autonomía es reconocer que mi papel al lado de Marisa era el de cuidar de Pedrito y de ella, y de nuestros otros hijos; era el de respetar la mejor decisión para ella. Marisa decidió por el aborto y contó con mi total apoyo y complicidad. Hablando de la justicia es ver cómo nuestra historia refleja la desigualdad en este país: queríamos ser mejores padres para Pedro, así que decidimos abortar el embarazo - Marisa recibió la atención médica, no correr riesgos para la salud, y cuando estuvimos nuevamente preparados, cinco años más tarde, se quedó embarazada de nuestra hija menor, hoy, con 28 años” (Rego, 2018).

Los principios bioéticos no flotan en el aire, su invocación en abstracto, sin contenido no permite aprehender la complejidad que habita en este tipo de situación. Los principios son encarnados, en cuerpos y en historias que merecen ser narradas justamente ahí donde la falta de autonomía profundiza los estados de vulnerabilidad.

2) “de la distinción entre despenalización y legalización, considerando que aún siendo aquella un progreso, no asegura que toda mujer pueda realizar un aborto en un hospital público en las mejores condiciones” (Tarducci, 2018:427). Para ejemplificar esta distinción y sobre todo los efectos mortíferos que ocurren en casos de legislaciones donde no se regula ningún tipo de indicación que permita realizar el aborto, ni siquiera la indicación terapéutica como es el caso de El Salvador (Feusier, 2015). El caso conocido como “caso Beatriz” ocurrió a principios del 2013 en El Salvador. Tiene por protagonista a una joven que para esa fecha tenía 22 años, de escasos recursos, que venía siendo tratada por el sistema de salud pública desde el 2011 debido a una artritis reumatoide en confluencia con Lupus Erisematoso

Sistémico (LES) con nefritis lúpica. El LES es una enfermedad autoinmune, es decir, un padecimiento en el cual el sistema inmunitario ataca por error algún tejido sano del cuerpo, no conociéndose hasta el momento una cura definitiva contra el mismo. El 2 de marzo del 2013, Beatriz ingresa al Hospital Rosales con 15 días de fiebre, eritema y úlceras infectadas en piel, sumándose a lo anterior la sospecha de un estado de gravidez. Especialistas en perinatología del referido nosocomio determinaron que Beatriz cargaba en su interior un feto de 13 semanas con anencefalia, un defecto congénito en el cual una significativa porción del cerebro no se desarrolla, por lo que el feto generalmente nace muerto o muere poco después del alumbramiento². Frente al cuadro antes mencionado, el jefe del servicio de perinatología del Hospital Nacional de Maternidad solicitó la opinión al Comité Médico de dicho nosocomio, respondiendo el comité que “la única forma de disminuir el riesgo de morbi-mortalidad materna frente a la nula probabilidad de vida extrauterina del feto con anencefalia es la interrupción del embarazo” (Sala de lo Constitucional 2013).

A pesar de que los médicos estaban convencidos de tener la mejor solución posible para evitar futuros sufrimientos a Beatriz, no procedieron por temor a incurrir en ilícito penal. Beatriz es entonces asesorada por miembros de agrupaciones feministas y de Derechos Humanos, entre estos por representantes de la Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto Terapéutico, Ético y Eugenésico, quienes la acompañan y ayudan a presentar un proceso de amparo, en abril de ese año, ante la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. El amparo es admitido seis días después, ordenando la Sala como medida preventiva que el Hospital de Maternidad tome todas las medidas necesarias para garantizar la vida de Beatriz, sin avalar expresamente la interrupción del embarazo. El 26 de abril de 2013 se solicita al Instituto de Medicina Legal un peritaje sobre “B.C.” (como fue identificada Beatriz en el interior de este proceso), siendo hasta al siete de mayo que la referida institución

²Este era el segundo embarazo de Beatriz. Durante su primer embarazo, la misma había presentado un cuadro clínico complicado, dentro del cual a las 32 semanas de gestación presentaba inicio de labor de parto, restricción del crecimiento uterino e hipertensión grave, catalogado como preeclampsia severa sobreagregada al lupus, por razón del cual los médicos le practicaron una cesárea a efectos de preservar la vida y la salud de la referida señora y de su hijo.

emite sus conclusiones. Más adelante, el 15 de mayo de 2013, en un trámite bastante atípico del proceso de amparo, se realiza audiencia probatoria y de alegatos finales.

Luego de ello vino la decisión, en la cual, la Sala retoma toda la carga probatoria antes mencionada, reconociendo el marcado riesgo que enfrentaba la peticionaria: el que la señora B.C. se encuentre estable en este momento no implica que el riesgo implícito en su cuadro clínico —el cual ha sido catalogado como grave y excepcional— haya desaparecido, pues el comportamiento impredecible de la enfermedad de base que adolece —LES— y los cambios biológicos que su cuerpo podría experimentar durante las últimas etapas del proceso de gestación en el que se encuentra, incrementan la probabilidad de que las complicaciones médicas que la referida señora sufrió durante su primer embarazo u otras se presenten. Aunado a ello, la anencefalia del feto que se gesta en su vientre también puede ser a futuro la causa de complicaciones obstétricas (Sala de lo Constitucional 2013).

Sin embargo, en el que quizás sería el giro más sorprendente de la resolución, la Sala no reúne el valor suficiente para ordenar de forma expresa la interrupción del embarazo, sino que por el contrario, nuevamente “esquiva la bala”, declara sin lugar el amparo considerando que las dolencias de Beatriz no son “particularmente graves”, y descarga la responsabilidad de la intervención en los médicos. (...) El caso de Beatriz es, sin duda, la jerigonza circular definitiva en que puede resumirse el sistema salvadoreño de regulación al aborto: el médico sabe qué hacer, pero no lo hace pues teme incurrir en delito (un delito que ni siquiera es efectivo, como hemos visto), el médico voltea su mirada hacia los intérpretes de la ley para saber qué hacer, pero no encuentra respuesta, pues la ley no es clara ni los intérpretes contestan de forma definitiva, respondiendo que el médico sabe qué hacer, y que debe actuar según su saber. ¿A quién mirará mientras tanto la gestante afectada por el sistema?” (Feusier, 2015:63-64)³

³La hija de Beatriz nació prematuramente en la tarde del 3 de junio del 2013, y tal como anticipó la ciencia médica, murió aproximadamente cinco horas después. Aunque la odisea de Beatriz finalizó ese día, no hay ninguna duda que el sistema legal y de salud salvadoreño seguirá generando el mismo grado de incertidumbre e inseguridad a toda mujer que sufra el mismo drama.

3. Del concepto de “salud” de la OMS, no identificado exclusivamente con la idea de “ausencia de enfermedad”, sino referido al “bienestar psicofísico integral”.

En Argentina, la regulación del aborto se establece en el código penal vigente que data de 1921. El Código anterior de 1887 sancionaba la práctica de interrupción del embarazo en todos los casos, castigando el acto con la pena de prisión. La incorporación de causales para la interrupción del embarazo, en aquel momento, fueron vistas como un avance en la libertad reproductiva de las mujeres; sin embargo, el concepto de salud al que se hacía referencia era al de la mujer incapaz. Luego de más de 100 años, es necesario pensar a la salud de un modo integral, incluyendo las condiciones psicofísicas y sociales determinadas por el contexto socio-económico, político y moral vigente. El concepto de salud integral es más abarcativo que la idea de salud que se tenía en 1921. Hoy incluimos dentro de la salud integral, la salud mental. Esta es definida por el Decreto Reglamentario 603/2013 52 y 53 que acompaña la Ley de salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”

La concepción que otorga a la mujer embarazada el derecho a decidir sobre la continuación o interrupción del embarazo permite pensar a la salud de un modo integral, ponderando los aspectos psíquicos como una causa legítima para la interrupción del embarazo. En línea con lo anterior, el protocolo nacional para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, publicado en el año 2015 por el Ministerio de Salud de la Nación, considera el dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima” como una causal para la interrupción del embarazo (Perrota, 2018).

4. Del criterio de que *el aborto no es un “derecho reproductivo”*, puesto que es un procedimiento que impide la reproducción.

Esta distinción es fundamental sobre todo para pensar el estatuto diferencial que adquiere el embrión producto de una técnica de reproducción asistida de un embrión que se

produce como efecto de una violación. En el contexto de la reproducción asistida el aborto es una consecuencia temida e indeseable de un embarazo deseado.

Las técnicas de reproducción asistida permitieron ampliar cada vez más las posibilidades de procreación y resultaron ser foco de diversificación de las configuraciones familiares. A su vez, su auge volvió necesario nuevas regulaciones, ya que plantearon una forma distinta de filiación, con otras reglas y escenarios diferentes a los que se desarrollan en los casos de filiación natural o la adopción, donde el eje pasa a centrarse en la voluntad procreacional y no en el material genético compartido.

Que se haya avanzado legalmente en este sentido, pero siga pendiente la aprobación de la Ley de Aborto Legal, Seguro y Gratuito, da cuenta de la valoración que reviste la maternidad y alimenta el mandato de su obligatoriedad. Las técnicas, en el marco de este debate, abrieron la pregunta sobre el estatuto del embrión, y pusieron en jaque la consideración sobre el comienzo de la persona humana, que estaba ubicado tradicionalmente en el momento de la concepción.

Algunos académicos han hecho hincapié en las diferencias entre el embrión implantado del no implantado (Herrera y Salituri Amezcua, 2018) en parte para diferenciar la problemática del aborto de aquella que tiene como protagonistas a los embriones criopreservados producto de técnicas de reproducción asistida (TRA); otros (Luna, 2016) han planteado que como el ART. 19 del nuevo Código Civil y Comercial (CCyC, 2016) no se expide claramente, deja de lado las distinciones previas y pone en cuestión varios de los derechos reproductivos adquiridos en las normativas vigentes; por ejemplo, en aquellas que han regulado la donación o criopreservación de embriones en el contexto de los tratamientos de reproducción.

Si bien la distinción entre los embriones generados in vitro y la interrupción voluntaria del embarazo supone dos contextos de derechos diferenciados, los primeros vinculados a los derechos reproductivos, y el segundo vinculado con un derecho humano, como es el resguardo de la autonomía e integridad personal, lo que se pone en jaque es el lugar que ocupa la mujer en cada escenario: la mujer-madre vs la mujer-no madre

La salud pública en materia de salud sexual se anuda a la reproducción, se establece una libertad relativa de decisión en tanto se puede elegir la cantidad y la frecuencia de los nacimientos, pero no la continuación o la interrupción del embarazo. La condición reproductora se vuelve, así, motivo de discriminación (Levin, 2018).

Recientemente, fue foco de controversias el caso de una niña jujeña de 12 años que solicitó la interrupción de un embarazo avanzado, fruto de una violación por parte de un vecino de 60⁴. La niña se supo embarazada recién a las 22/23 semanas, luego de dirigirse a una institución de salud por fuertes dolores abdominales. El Código Penal contempla la posibilidad del aborto cuando el embarazo es producto de una violación o cuando corre riesgo la salud de la madre o el bebé. Sin embargo, aunque la ley no establece plazos en estos casos, los médicos se negaron a realizar la interrupción sobre la base del tiempo de gestación, y demoraron la práctica para favorecer el desarrollo del feto. Finalmente, se decidió realizarle una cesárea en contra la voluntad de la niña, en tanto se priorizó intentar mantener con vida al feto, el cual finalmente murió después de 5 días de agonía.

Este proceder no fue solamente en contra de lo que establece la ley, sino que ignoró el deseo de la niña y la volvió objeto de reproducción. La niña fue privada de la libertad de decidir sobre su cuerpo dos veces: primero al ser violada y amenazada por su vecino, y luego al no poder acceder a la interrupción del embarazo que fue resultado de este amedrentamiento. La cesárea fue un procedimiento alternativo a lo que establece el protocolo para la Interrupción Legal del Embarazo, por lo que se concluye que su elección no fue ingenua, fue un modo de manipulación para obligar a la niña a parir.

En este sentido, los estándares internacionales establecen que el aborto es parte de los servicios integrales de salud reproductiva a los que deben poder acceder las mujeres, donde lo que prevalece es el derecho a la vida, a la salud, a la intimidad (Levin, 2018). Todos derechos que fueron vulnerados en el caso de la niña. Se le puso un nombre a la criatura, se especuló con darla en adopción sin tener en cuenta la voluntad de la madre. A su vez, la difusión

⁴Tras la muerte de la beba que nació por cesárea de la nena violada en Jujuy piden la renuncia del ministro de Salud. (23 de enero de 2019) TN. Recuperado de: <https://bit.ly/2StBCGo>

mediática que tuvo el caso profundizó el avasallamiento: se develaron múltiples datos respecto a su persona, su diagnóstico, su estado de salud. El Estado negó el acceso a los servicios necesarios para que se llevara a cabo un procedimiento que respetara y no comprometiera su condición de persona, su dignidad y su integridad personal.

En el marco de la discusión sobre la Ley de Aborto legal, seguro y gratuito, esta clase de resoluciones pone al descubierto que continúa rigiendo la moral cristiana en la regulación de las relaciones sociales. El catolicismo conservador entrelaza la sexualidad y la reproducción y legitima así un orden binario y patriarcal, donde las mujeres pierden su carácter de persona para ser objetivadas en lo reproductivo:

“...Dios no le dona a ella la libertad, sino que la retiene con un interés social religioso: la maternidad es una obligación, como condición para la trascendencia y reproducción de la especie. La mujer es la única beneficiada por la naturaleza para consagrar la vida. Por ello, la mujer procreadora es tan sagrada como la vida misma, porque cada vez que da vida hace “renacer” a Dios. Cuando se preserva a la mujer procreadora, el orden católico preserva su propia existencia como cosmovisión del mundo. Es despojada del interés propio sobre su cuerpo y sometida al interés religioso de otros” (Levin, 2018, p. 381).

La aprobación de una Ley de aborto legal, al entregarles libertad sobre su propio cuerpo a las personas gestantes, aporta en la construcción de estas como sujetos políticos de pleno derecho. En este sentido representa un peligro, en tanto pone en jaque el statu quo que releva a las mujeres de su obligación para con la especie. Es decir, ubica en el ámbito de los intereses personales aquello que supone un mandato de interés social-religioso.

5. Del combate contra la tan difundida idea—aun entre quienes lo apoyan como opción—de que el aborto supone un **“trauma”** con severas consecuencias psicológicas (Tarducci, 2018:428)

Los autores que argumentan que “el aborto es siempre un trauma psíquico”(Leal Herrero, 2009) son quienes sostienen y adscriben a la maternidad como un destino inexorable para la mujer, fundamento de “su proyecto vital” y del “deseo universal de ser madre”.

Fernández y Tajer (2006) discuten con esta posición en tanto consideran que el trauma (y señalan que no siempre ocurre) es resultado del marco de clandestinidad en el que la práctica del aborto se lleva a cabo: “*clandestinidad que actúa como base sobre la cual se construyen las significaciones imaginarias en cada mujer que aborta*”. A su vez, estas significaciones no son las mismas en todas las clases sociales ni en todos los grupos etarios, pero en todos los casos se constituye como una estrategia de fragilización de las mujeres.

Colette Soler (1998) sostiene que hay que abandonar la postura determinista que delimita traumas estándares. El trauma se plantea como algo que se impone, que irrumpe y no es posible de simbolizar, lo que genera sufrimiento en el sujeto. Este se siente arrasado, aplastado por esta irrupción: no se implica en lo sucedido, no se considera parte. Se presenta como una estructura de forclusión, en tanto no encuentra correspondencia en la memoria que le permita ubicarse.

Soler habla del lugar del discurso en el trauma, de cómo influye en que esto se perciba como tal. El discurso ofrece un orden, un modo de significar los hechos y valorizarlos; protege de algún modo al sujeto de lo que llamamos lo real. De esta manera, cada sociedad y cada época dispondrá de interpretaciones diferentes para los mismos eventos. Para Soler, un discurso consistente es capaz de suavizar el encuentro con el real más espantoso.

En este sentido, podría pensarse que los discursos que circulan sobre el aborto influyen la manera como es vivido, atravesado, sentido, lo que profundiza la necesidad de desarmar los mandatos que sostienen la maternidad como obligatoria y apoya la hipótesis de que la clandestinidad puede ser un factor importante en el modo en que las personas se ven afectadas por esta circunstancia.

Por otra parte, que un hecho se vuelva traumático depende también de los recursos del sujeto para afrontarlo. El desamparo se produce cuando la cantidad de excitación que confronta al sujeto es mayor a su fuerza para enfrentarse y hacer algo con ella (Soler, 1998). Según esta definición, el sujeto sí estaría implicado, y las diferencias de predisposición entre los individuos generarían la imposibilidad de estandarizar los efectos.

Existen, entonces, dos elementos para que haya trauma: un golpe inesperado, una irrupción que no encuentra correlato en el psiquismo para significarse, donde el sujeto no

tiene participación. Luego, las secuelas, que se trata de las repercusiones subjetivas, implica el modo en que se lee lo sucedido.

Si siguiendo esta línea, clasificar el aborto como un disparador de un trauma psíquico en todos los casos sería, entonces, desacertado. Diferentes son los motivos que llevan a una persona gestante a realizar una interrupción de un embarazo, y cómo lo interpreta y contextualiza.

Otro caso reciente y similar al anteriormente analizado es el de una niña tucumana de 11 años, cuyo embarazo fue producto de la violación de la pareja de su abuela⁵. A las 16 semanas, pidió la interrupción legal del embarazo y esta fue denegada: fue obligada a parir en la semana 23. En una entrevista con una psicóloga del hospital, expresó: “Quiero que me saquen esto que me puso adentro el viejo”. De este modo, el trauma aquí se relaciona con aquello sobre lo que ella no puede simbolizar. El embarazo, el feto que se desarrolla no ha sido libidinizado por ella, no es considerada un hijo: es prácticamente un objeto que fue introducido en contra de su deseo y que se liga a un evento que sí se le dificulta transitar.

Fernández y Tajer (2006) recomiendan también una postura no determinista a la hora de analizar la problemática del aborto: desnaturalizar la culpa, separar las garantías que debe ofrecer el Estado al constituir un tema de salud pública, del dilema ético que puede enfrentar cada mujer en particular y contextualizar la problemática, no referirla directamente a un evento intrapsíquico, ya que se encuentra atravesada por los discursos sociales que la significan.

Consideraciones finales

Comenzamos este trabajo analizando la situación jurídica del aborto en los distintos países del mundo, encontrando que en muchos de ellos el aborto es legal bajo cualquier circunstancia dentro de plazos establecidos; en otros países el aborto es legal en casos de riesgo para la vida de la madre y/o la salud física o mental, en casos de violación, en casos de inviabilidad fetal, y en menor medida sólo en pocos países es ilegal. Planteamos que es interesante la relación a mayor desarrollo socio-económico, mayores garantías y derechos para los ciudadanos, y a

⁵ Carbajal, M. (21 de febrero de 2019). La niña llora. Página 12. Recuperado de: <https://bit.ly/2EoKHfJ>

menor desarrollo encontramos leyes más prohibitivas, que como señala la OMS: “*los riesgos asociados con el parto no pueden eliminarse completamente, sólo las muertes debidas al aborto inseguro son completamente prevenibles.*” El aborto como problema bioético aparece en el “horizonte” de los países desarrollados por las implicancias que presenta para el desarrollo de la medicina reproductiva, y los test prenatales. El gran desarrollo tecnocientífico ha interrogado el límite de la viabilidad fetal, impulsando nuevas controversias en torno a los límites antaño establecidos.

Otra de las variables que analizamos a la hora de reflexionar sobre la situación jurídica del aborto fue el caso de la violación. A partir de dos casos que tomaron estado público recientemente presentamos la sistemática vulneración de los derechos de dos niñas a las que se les negó la posibilidad de interrumpir el embarazo producto de una violación, que es una de las causales que habilita la realización de la práctica, desde la sentencia del fallo F.A.L del año 2012. Además de esta negación, que va en contra de lo que estipula la legislación nacional, se procedió en ambos casos a realizar una cesárea avasallando la integridad psicofísica de las niñas, con total impunidad de los funcionarios públicos que llevaron adelante estos procedimientos.

Decidimos luego, tomar distintos casos y contextos de aborto para problematizar los cinco puntos que enumera Tarducci (2018). Para el primer punto que sostiene que *anticoncepción y aborto no se contraponen*, tomamos el relato de una pareja de médicos y las circunstancias excepcionales que los llevan a tomar esta decisión, incluso en un contexto de inequidad y clandestinidad.

El segundo punto ubicaba la *distinción entre despenalización y legalización*. Como ejemplo paradigmático seleccionamos un caso de El Salvador que es uno de los pocos países del mundo donde el aborto es ilegal, para mostrar como la ausencia de una ley genera un efecto deletéreo sobre todas las personas que se ven involucradas en la toma de las decisiones, hasta el punto que esta se torna imposible. Los médicos, que deben accionar, no encuentran garantías legales y temen la represalia, mientras que los intérpretes de la ley no se atreven a desafiar un sistema que hunde sus raíces en el dogmatismo más acérrimo.

El tercer punto, volvía sobre la consideración respecto del término “salud”, no identificado exclusivamente con la idea de “ausencia de enfermedad”, sino referido al “*bienestar psicofísico integral*”. El cuarto punto señalaba que *el aborto no es un “derecho reproductivo”*. La *concepción* como momento cronológicamente anterior al aborto permite ubicar una diferencia entre la concepción “natural” o espontánea y el embarazo producto de una técnica de reproducción asistida. Mientras que en el primer caso la problemática se moraliza y la posibilidad del aborto se torna contrahegemónica al separar feminidad de maternidad; en el segundo caso el aborto se medicaliza: puede aparecer como pérdidas espontáneas y/o reiteradas a lo largo de los ciclos de tratamiento; como *reducción embrionaria* en embarazos múltiples; como aborto *eugenésico*, cuando el feto presenta alteraciones genéticas o congénitas; o *terapéutico*, cuando la continuación del embarazo supone un peligro para la vida de la mujer embarazada. Puede decirse que estas prácticas, al promover una interpretación médica, generan el efecto de positivizar, es decir, de despenalizar la intervención.

El último punto, y tal vez el más específico para nuestra disciplina es aquel que intenta combatir la tan difundida idea de que el aborto supone un “*trauma*” con severas consecuencias psicológicas. En este caso, hemos partido de analizar el lugar de la mujer y los mandatos heredados que pesan sobre ellas y condicionan las prácticas y los posicionamientos acerca de la maternidad. Pero también el contexto de clandestinidad que rodea la práctica del aborto lo contribuye a la creación de significaciones imaginarias que se hace preciso indagar para no fomentar “traumas estándares”. Siguiendo a Collete Soler ubicamos que existen dos elementos centrales para la conformación del trauma, un golpe inesperado, es decir una irrupción, un quantum que no encuentra correlato en el psiquismo para significarse, donde el sujeto queda inerte frente a la afectación. Pero luego, las secuelas, es decir las repercusiones subjetivas de ese afecto desmedido implican una elaboración que depende de los recursos psíquicos del sujeto para su afrontamiento.

Este recorrido nos ha permitido ubicar que lejos de resolverse la problemática del aborto se complejiza tanto en los contextos con legislaciones desfavorables como es el caso de nuestro país, como en países donde se ha legalizado, pero el desarrollo científico plantea

nuevos retos y desafíos. El contexto es clave para analizar las diferencias. Desde la particularidad de los casos analizados se percibe la impotencia y el avasallamiento de la integridad psicofísica de las protagonistas de estas historias, mujeres y niñas que fueron despojadas de su autonomía, y pasaron a formar parte de un engranaje de opresión, de un yugo que, que enarblando el ideal de la defensa aséptica de “la vida” arrasa con cualquier forma de subjetivación posible.

Bibliografía

Barrancos, D. (2018). La ley abortada: Notas sobre el debate de la interrupción voluntaria del embarazo. *Salud Colectiva*, Vol. 14, Núm. 3, pp. 373-376.

Soler, C. (1998). El trauma. En: *¿Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista?* Buenos Aires: Letra Viva.

ESHRE (Sociedad Europea de Medicina Reproductiva) Task Force on Ethics and Law. (2001). I. “The moral status of the pre-implantation embryo”. *Human Reproduction*, 16(5), 1046-1048.

Fernández AM, Tajer D. (2006) "Los Abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres" En *Entre el Derecho y la Necesidad: Realidades y Coyunturas del Aborto* Checa S (comp.) Edit Paidós, 2006, ISBN 950-12-4537-3

Feusier, Oswaldo. 2015. “Desde el dogmatismo hacia la exclusión: Apuntes sobre el delito de aborto en El Salvador”. *Revista Redbioética / UNESCO* 6 (2): 46-69.

Levín S. ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?: El conflicto por el aborto en Argentina. *Salud Colectiva*. 2018;14(3):377-389. doi: 10.18294/sc.2018.2011.

Lima, NS, Ormart, E. y Romero, G. (2018). El aborto en la reproducción asistida. Ponencia en el XIV Jornadas Nacionales de historia de las mujeres. IX Congreso Iberoamericano de estudios de género. Mar del Plata 2019.

Luna, F. (2016). Entre el tabú y el doble estándar: aborto, derechos de las personas LGBT y técnicas de reproducción asistida en Argentina. *Revista de bioética y derecho*, (36), 5-22. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n36/perspectivas.pdf>

Rego, S. (2018) Aborto y ética. Trabajo leído en el seminario regional sobre Salud y Derechos Sexuales Reproductivos (DSSR) en la ciudad de Quito, organizado por la Universidad Andina Simón Bolívar, la ONG Kimirina conjuntamente con el Ministerio de Salud pública del Ecuador y La Embajada de Francia en Ecuador, en 23 de octubre de 2018.

Tarducci, M. (2018). Escenas claves de la lucha por el derecho al aborto en Argentina. Salud Colectiva, Vol. 14, Núm. 3, pp. 425-432, doi: 10.18294/sc.2018.2036

Artículos periodísticos

Carbajal, M. (21 de febrero de 2019). La niña llora. Página 12. Recuperado de: <https://bit.ly/2EoKHfJ>

Declaró la nena de 12 años violada que había pedido un aborto legal y le hicieron una cesárea. (28 de enero de 2019). Clarín. Recuperado de: <https://bit.ly/2BWSGyT>

Tras la muerte de la beba que nació por cesárea de la nena violada en Jujuy piden la renuncia del ministro de Salud. (23 de enero de 2019) TN. Recuperado de: <https://bit.ly/2StBCGo>