



*Queremos estar del lado de las soluciones,*

*no de los problemas*

Cómo solucionar la mortalidad materna y el embarazo no deseado

## Introducción

En Argentina se discute la legalización del aborto fundamentalmente queriendo solucionar dos problemas reales que padecen las mujeres y su entorno: la mortalidad materna y el embarazo no deseado.

En este breve documento, la Universidad Austral explica su visión sobre esos dos problemas y su conexión con la práctica del aborto como solución planteada por un sector de la sociedad. Y también se describen, de manera general, cinco propuestas de soluciones a la mortalidad materna y a la situación del embarazo no deseado para no tener que llegar al aborto, puesto que, desde nuestra perspectiva, consideramos que es una tragedia tanto para la mujer que se somete a esta práctica y su entorno, como para la persona humana en desarrollo en el seno de la mujer.

### Planeo 1: Aborto legal para reducir la mortalidad materna, ¿es así?

Quienes argumentan la necesidad de legalizar el aborto, entre otras cuestiones, sostienen que sería necesario realizarlo de manera legal para reducir la mortalidad materna, ya que hacerlo de manera clandestina aumentaría el riesgo de la salud de la mujer y, por lo tanto, impactaría en la mortalidad materna. Incluso, algunos agregan el dato de que la muerte por aborto sería la principal causa de muerte materna.

En primer lugar, el aborto es la tercera causa de mortalidad materna en Argentina. Una sola muerte ya es una tragedia, pero las cifras son importantes para planificar las prioridades del sistema de salud de un país.

De acuerdo a las cifras aportadas por el Ministerio de Salud de la Nación se produjeron en 2016 (aún no se

conocen las estadísticas de 2017) 43 muertes maternas por embarazos terminados en Aborto. Pero de esas 43 muertes, 12 se produjeron por abortos espontáneos por lo que la cifra de muertes maternas por aborto provocado es de 31 muertes maternas y no de 43. Al comparar los datos con las otras causas de muerte materna vemos que las muertes por sepsis y otras infecciones y complicaciones del puerperio, ascienden a 41 y que las muertes por trastornos hipertensivos son 34, por lo que las 31 muertes maternas por aborto provocado ocupan el tercer lugar como causa de muerte materna, lo que representa el 12,6% del total [1].

Por otro lado, según la Dirección de Estadísticas de Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación, la tasa de mortalidad materna está disminuyendo en los últimos años en la Argentina, aunque la tasa de mortalidad por aborto ha disminuido de manera más acelerada. Los últimos datos que se disponen son del 2016. Mientras que entre 2016 y 2015 la mortalidad materna disminuyó el 12%, la disminución de la mortalidad materna por aborto fue del 20%. Y si retrocedemos siete años con respecto al 2016, es decir al 2009, mientras que la mortalidad materna disminuyó 38%, la mortalidad materna por aborto disminuyó 50% [2].

Claramente, la mortalidad materna en general y, fundamentalmente, la mortalidad materna por aborto está disminuyendo en la Argentina, sin que el aborto esté legalizado plenamente en el país.

Lo mismo ha sucedido en otros países en desarrollo, sin ir más lejos en Chile y Uruguay [3], países donde la mortalidad materna mejoró al margen de la legalización del aborto, puesto que se ha comprobado una importante disminución de esa tasa de mortalidad mientras el aborto no era legal.

En el caso chileno existen estudios científicos que detallan los factores que determinaron la mejora en más del 93% de la mortalidad materna llevando a que ese país tuviera el mejor indicador de mortalidad materna de Latinoamérica y el segundo del continente. Esos factores fueron:

- Aumento en el nivel educativo de las mujeres.
- Nutrición complementaria para las mujeres embarazadas y sus hijos.
- Acceso universal a mejores instalaciones de salud materna (atención prenatal temprana, parto por parteras calificadas, atención posnatal, disponibilidad de unidades obstétricas de emergencia y atención obstétrica especializada)
- Cambios en el comportamiento reproductivo de las mujeres que les permite controlar su propia fertilidad
- Mejoras en el sistema sanitario, es decir, suministro de agua limpia y acceso a red cloacal.

Que sea necesario legalizar el aborto para reducir la mortalidad materna, incluso la muerte materna por aborto, pareciera que no es tan así. Es más, si lo analizamos bien, el aborto en sí mismo es un problema que incrementa la muerte materna, es decir, si no existiera el aborto habría menos muertes maternas. Pareciera que las variables que mejoran la mortalidad materna están más asociadas al desarrollo humano de la mujer.

Sin embargo, lejos está el país de haber solucionado el problema de la mortalidad materna. En el 2000, Argentina se había comprometido a reducir la mortalidad materna a 1,3 cada 10 mil nacimientos para 2015, para cumplir con el Quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Según los últimos datos, correspondientes al 2016, nuestro país está en 3,4 cada 10 mil nacimientos [4].

El diagnóstico que vemos es que, si bien estamos mejorando en la tasa de mortalidad materna, aún nos queda mucho por trabajar. Por lo tanto, la mortalidad materna es un problema a solucionar.

## Planteo 2: Aborto como solución al embarazo no deseado, ¿es una solución?

El otro planteo es que legalizar el aborto sería necesario para que las mujeres pudieran elegir no continuar con un embarazo no deseado. Para quienes lo plantean así, el aborto no es un problema, sino que es una solución al problema del embarazo no deseado.

Según el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, en la Argentina nacen 700 mil chicos por año, 110 mil son de madres de menos de 19 años y, de esas, el 68% son no deseados, unos 75.000. De esos 75.000 embarazos, unos 3000 son de menores de 15 años y las causas son mayormente abusos no denunciados [5].

Ahora bien, ¿se soluciona de raíz un embarazo no deseado a través del aborto? Evidentemente no, porque el aborto no impide un embarazo no deseado. En este sentido el aborto es una solución tardía porque actúa sobre algo que la mujer no hubiera deseado tener. En muchos casos, el aborto solo servirá para encubrir los abusos cometidos dentro del círculo afectivo de la joven, y permitirá que estas situaciones de maltrato se consoliden en el tiempo.

Además, el aborto pasa de ser una falsa solución a un problema real, porque aumenta el riesgo de mortalidad materna y somete a la mujer a una situación traumática que ninguna quisiera vivir. En este sentido el aborto es una tragedia porque queriendo ser una solución se transforma en un problema. Pensamos que frente al problema del embarazo no deseado hay dos maneras de combatirlo: 1. Impedir que la mujer quede embarazada, si no lo desea; 2. Si el embarazo no deseado comenzó a desarrollarse, tratar de revertir la situación de crisis que vive la mujer, o bien buscar una alternativa para que la misma no ejerza una maternidad no deseada.

## Conclusión: dos problemas a solucionar

De esta manera, observamos que los verdaderos problemas a solucionar son: la mortalidad materna y el embarazo no deseado; y estamos convencidos de que no se solucionan mediante el aborto, sino que en realidad complejiza aún más la situación de la mujer.

En este sentido, observamos que las propuestas de soluciones deben apuntar directamente a solucionar estos dos problemas.

## Cinco propuestas de soluciones

Por todo lo dicho, vemos que esas soluciones integrales a los problemas de la mortalidad materna y el embarazo no deseado deben responder a necesidades de salud, educación, familia y derecho entre otras disciplinas.

### Cuadro 1

Las propuestas se presentan en forma de ideas generales que, en caso de querer detenerse en ellas habrá que desarrollarlas de manera más amplia.

#### Propuesta 1: Educación integral.

1. Existen estudios científicos que demuestran la relación entre educación y reducción de la mortalidad materna [6], [7]: Koch (2012) afirma que el aumento en el nivel de educación parece tener un impacto favorable en la tendencia descendente de la RMM, modulando otros factores clave como el acceso y la utilización de las instalaciones de salud materna, los cambios en el comportamiento reproductivo de las mujeres y las mejoras del sistema sanitario. En consecuencia, los diferentes ODM pueden actuar sinérgicamente para mejorar la salud materna. La reducción en la tasa de mortalidad materna no está relacionada con el estado legal del aborto.

2. La Organización Mundial de la Salud afirma que la educación y la salud están íntimamente unidas. Los datos que lo demuestran son abrumadores [8]. Asimismo, asevera que la educación aumenta el estatus de la mujer, favorece su salud sexual y la protege de la violencia doméstica. Alega que la educación es un arma poderosa para romper el ciclo de la pobreza, la enfermedad, la miseria y la persistencia intergeneracional del bajo nivel socioeconómico de la mujer.

3. El Dr. Tedros [9] afirma que “si las mujeres están marginadas y su potencial sin explotar, hoy en día nuestras sociedades son más débiles. Del mismo modo, si descuidamos las necesidades de salud y desarrollo de nuestros niños, nuestras sociedades están destinadas a ser más débiles mañana. No podemos permitirnos perder el hoy y el mañana por no invertir en las mujeres y los niños.”

4. La Educación Integral es la forma más sincera de ocuparse de las problemáticas existentes en nuestra sociedad, que afectan a niños, niñas y adolescentes. Es una forma concreta y real de prevenir situaciones que afectan a los más vulnerables y de construir una sociedad e igualitaria.

5. La Convención sobre los Derechos del Niño afirma que “el niño debe estar plenamente preparado para una vida independiente en sociedad, y ser educado en el espíritu de los ideales proclamados en la Carta de las Naciones Unidas y, en particular, en un espíritu de paz, dignidad, tolerancia, libertad, igualdad y solidaridad (...)”. [10]

Un objetivo de este tipo no podrá conquistarse sin la puesta en marcha de una educación integral que, a la par de la alfabetización, logre el desarrollo de aquellas cualidades indispensables para la convivencia social y el desarrollo armónico de cada uno de sus miembros.

6. En octubre de 2006 se sancionó en Argentina la Ley Nacional de Educación Sexual Integral (ESI) 26.150.

El Consejo Federal de Educación promulgó en 2008 los lineamientos curriculares elaborados por el Ministerio de Educación (ME) y a partir de los cuales cada provincia debería realizar las adecuaciones necesarias. A pesar del tiempo transcurrido, no se ha presentado una evaluación a nivel nacional de los alcances y resultados obtenidos en todas las provincias.

7. La educación integral debe contemplar a todas las dimensiones de la persona, evitando reduccionismos que impidan un desarrollo armónico de todo su potencial y su persona.

8. Un plan de educación integral debe considerar:

- El desarrollo de un plan estratégico que pueda garantizar la adecuada implementación de la ley de Educación Sexual Integral 26.150, asegurándose de esta forma que esta educación sea recibida por todos los niños, niñas y adolescentes de la República Argentina.
- El diseño de un sistema de evaluación de los resultados, para determinar la pertinencia y eficacia de las estrategias planteadas, a fin de lograr impactos reales.
- La propuesta debe estar destinada a todos los centros educativos del país, de todos los sectores sociales y localidades de la República Argentina, con el adecuado respeto al derecho internacionalmente reconocido de los padres de educar a sus hijos según sus propias convicciones [11], como así también de los centros educativos a educar según su ideario [12].
- Una visión personalista de la educación, que transmita el valor único de cada persona y el consiguiente respeto que ésta merece. La educación personalista desde una temprana edad actúa, no solamente como prevención de embarazos no deseados y conductas sexuales de riesgo, sino que, a su vez, es un factor protector

de diversas conductas de riesgo y situaciones de vulnerabilidad en la que se encuentran niños, niñas y adolescentes en la actualidad y que representan un problema para el Estado y para toda la sociedad.

- Un plan de inserción de los estudiantes en el mundo laboral, ya sea a través de estudios superiores o a través de oficios. La construcción de un proyecto de vida es un favor protector de diversas conductas de riesgo y contribuye, a su vez, en la edificación de una sociedad más organizada y armónica.
- Un equipo especializado que se encargue de la capacitación docente, indispensable para que la educación integral sea posible.

## Propuesta 2: Contención de la mujer y su contexto traumático

Ante la inminencia de un embarazo no deseado, no se puede exponer a la mujer a una arbitrariedad despótica, sino que se deben generar espacios de asistencia, acompañamiento y contención aun en las circunstancias más traumáticas, respondiendo a las necesidades particulares de cada situación (discapacidad mental, abuso sexual, violencia familiar, etc.).

En el caso de la mujer violada siempre es una víctima de quien por la fuerza la oprime y la expone a cargar del dolor que duramente esto supone, como mujer. Ante un embarazo no deseado como producto de esa violación, el aborto puede no resultar la mejor salida, ya que en muchos casos significaría la agudización del trauma y de la afectación de la dignidad de la mujer.

Diversos estudios realizados en la materia señalan las consecuencias del aborto en la mujer [13], y de acuerdo al grado de impacto psicológico producir síntomas que incluyen: inestabilidad emocional, sentimientos de culpa, angustia, ansiedad, depresión, agresividad, incapacidad para establecer vínculos afectivos duraderos, problemas como: anorexia, bulimia, adicciones, altas tasas de suicidio, etc.

Para evitar este tipo de cuadros y no victimizar más a la mujer se sugiere elaborar un Programa de atención a la víctima de abuso y violación, que incluya:

1. Un equipo interdisciplinario que trabaje en el acompañamiento y seguimiento personalizado de cada una de las mujeres que requieran atención
2. Acompañamiento médico necesario para preservar su salud y curar heridas tras la violación, pero también para acompañarla, si corresponde, durante el embarazo y el parto.
3. Acompañamiento psicológico y psiquiátrico para el abordaje de estas situaciones traumáticas, a fin de lograr la elaboración y superación del proceso del duelo propio de este tipo de situaciones.
4. Acompañamiento legal para asegurar la denuncia y persecución del abusador o violador, a fin de demostrar que tal crimen contra la integridad de la persona no puede quedar impune.
5. Si la violación o abuso se produce en el círculo íntimo (familia, familia ampliada, parejas, amigos de los padres, etc.) el programa deberá prever la contención y sistemas de apoyo propios para ofrecer a la víctima un nuevo espacio vital donde pueda sentirse segura y contenida.
6. Estructuración de un sistema de apoyo que permita contener a la víctima abandonada, sola, sin familia, en hogares dónde faciliten su cuidado, atención y guía hasta tanto pueda volver a tener, o a validar, su propio proyecto vital

7. En este entorno, y siempre que no sea el deseo de la mujer ejercer su maternidad, ofrecer una alternativa al aborto del concebido a raíz de la violación, a través de la entrega en adopción del menor, salvando a otra inocente víctima de la violación.

Algunas consideraciones a tener en cuenta:

- Este programa de atención a la víctima deberá estar disponible para el acompañamiento a la mujer abusada o violada, incluso cuando no haya un embarazo de por medio, porque lo que se intenta preservar es la dignidad de la persona abusada y ofrecer un sistema integral de apoyo y contención.
- El acceso a tal sistema deberá ser simple y contar con una amplia red de articulación de manera que quien lo requiera no deba atravesar un sinnúmero de cuestiones burocráticas. Para ello se sugiere establecer políticas comunes de abordaje entre los Ministerios de Salud, Acción Social, Educación y Deportes, Justicia, etc. de manera que el equipo se encuentre preparado para salir al encuentro de quienes lo necesitan y no tengan conciencia o capacidad personal para pedir ayuda.
- Esta propuesta se integra en forma sistémica con otras políticas aquí mencionadas para asegurar un abordaje integral de la problemática.
- Elementos de este Programa podrían incluirse en el PLAN NACIONAL DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN, ASISTENCIA Y ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES 2017–2019 - LEY 26.485, que contempla las situaciones de violencia sexual y obstétrica. Para ello, y de acuerdo a esta propuesta debiera modificarse la medida nro. 3 en cuanto a la incorporación del Protocolo ILE (Interrupción Legal del Embarazo) en los planes de estudio de las carreras de medicina e incorporar un programa de desarrollo humano que promueva la ayuda a las víctimas y no su revictimización; y adoptarse las medidas concernientes a la atención integral de víctimas de abuso y violación.
- Este Plan Nacional ya cuenta con espacios de atención y detección temprana de situaciones de violencia, Hogares de Protección Integral, centros de atención en todo el país, etc. que se encuentran planificados y en vías de concreción. Esto agilizaría los procesos administrativos de atención y divulgación del plan.

### Propuesta 3: Protección del embarazo y del parto seguros

Creación de un Programa Nacional para un Embarazo y Parto Seguro que llegue a toda nuestra población cuya finalidad sea disminuir en forma drástica la penosa cifra de 35 embarazadas muertas cada 100.000 nacimientos vivos para llevarnos a menos de 10 cada 100.000, que son cifras de países como Irlanda

Puntos del Programa:

1. Promover el abordaje integral de la mujer en edad fértil (15 a 45), que contemple la creación de unidades de atención dentro de centros existentes, con abordaje integral, longitudinal e interdisciplinario. El equipo, que debe funcionar en cada hospital, debe garantizar el acceso a los cuidados en salud que aborde las necesidades y problemas específicos de la mujer vulnerable desde la adolescencia, detectando determinantes sociales y económicos que puedan vulnerar su salud y su realización personal. De manera concreta, este abordaje integrado de médicos familiares, tocoginecólogos, psicólogos, enfermeras especializadas, etc. permite un abordaje para esta población de situaciones de vulnerabilidad tales como infecciones, ansiedad, estrés, depresión, abuso de sustancias, falta de educación, embarazo adolescente, falta de acceso a cuidados del embarazo, pobreza, abandono, violencia, etc.
2. El Programa debe acoplarse al subsidio por embarazo, de tal manera que su cobro esté ligado al cumplimiento de los controles médicos periódicos de su embarazo que quedarán registrados en una base de datos de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).

3. La recomendación de la Organización Mundial de la Salud es que haya un mínimo de ocho controles médicos durante el embarazo.

Por ello, en el Programa el primer control debiera ser antes de la semana 10 y luego en las semanas 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40. La embarazada tendrá en su poder un registro de sus controles con las observaciones de importancia halladas y firmada por el médico actuante.

4. Los controles ayudarán a reducir drásticamente la morbimortalidad materna y fetal no solo por la posibilidad de detectar problemas o enfermedades, sino también porque las consultas deberán incluir información sobre la correcta alimentación y nutrición durante la gestación, recomendaciones sobre planificación familiar y apoyo para mujeres que han sido víctimas de violencia de género.

5. El Programa contemplará la provisión gratuita de todo medicamento y suplemento alimentario necesario, articulándolo con el programa Remediar.

6. Toda embarazada en la República Argentina tendrá asegurado el fácil acceso al sistema de salud. Se dispondrá de un 0800 con el que podrá obtener turno con una demora no superior a 4 días desde su llamado siendo derivada al Centro de Atención dependientes de maternidades que cumplan con la Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) más próximo a su hogar.

7. Para asegurar un parto seguro las maternidades deberán tener las CONE. Estas incluyen las siguientes condiciones: Procedimientos quirúrgicos obstétricos; Procedimientos anestésicos; Transfusión de sangre segura; Asistencia neonatal inmediata; Evaluación del riesgo materno y neonatal y Tratamientos médicos de patologías asociadas al embarazo.

8. La ley debe exigir el cumplimiento efectivo de la exigencia de la Organización Mundial de la Salud de cumplir con las CONE en todos los servicios que asisten partos, y que ya generó la resolución 348 del año 2003 del Ministerio de Salud de la Nación (MS) en tal sentido y que nunca fue cumplida en su totalidad.

9. Se deberá actualizar la Resolución N° 641/12 (M.S.) que aprobó Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Cuidados Neonatales y los Servicios de Maternidad.

10. Será responsabilidad del Consejo Federal de Salud articular los distintos Programas Materno Infantiles provinciales para evitar mecanismos paralelos, superposición de acciones y desaprovechamiento de mecanismos regulares del sistema de salud que debilitan la óptima llegada de los programas a los diferentes niveles de atención.

11. Después del parto y, su posterior alta, toda embarazada deberá ser controlada médicamente en la 1ra semana y, si todo es normal, al mes. Debiendo el bebé ser controlado por el pediatra en la 1ra semana y, si todo es normal, en los meses 1, 2 ,4 ,6 ,9 y 12 quedando registrado en la base de datos de la ANSES para poder así cobrar el subsidio por nacimiento.

12. El Programa proveerá de los suplementos alimentarios y medicamentos necesarios, tanto para ella madre como para el bebé durante el 1er año de vida.

13. “Centros obstétricos de emergencia y mejores cuidados de salud materna hasta el año de vida del bebé”.

### Propuesta 4: Apoyo a la mujer embarazada en un contexto vulnerable

Hay mujeres que, aunque no hayan deseado quedar embarazadas, ante el hecho consumado desean ser madres,

pero se enfrentan a la limitación de recursos tanto afectivos como económicos para poder cuidar debidamente de su propia vida y la de su hijo.

Es por ello, que urge asegurar las condiciones materiales de la mujer que no puede afrontar un embarazo por encontrarse en una situación de vulnerabilidad económica. Cabe considerar que, aun así, la ayuda material resulta insuficiente.

Ante ello deberá trabajarse en programas orientados a superar la pobreza multidimensional, y específicamente, en la mejora del sistema de planes sociales que acompañan a la mujer embarazada. Atendiendo no solo a proveer una suma de dinero mensual, sino más bien en estructurar un plan que permita salir de la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra esa mujer y el bebé por nacer. Para ello se propone una Plan de desarrollo y formación personal que abarque áreas como:

1. Educación formal que promueva la inserción social.
2. Formación para el empleo y el desarrollo profesional o de oficios.
3. Mentoreo para el desarrollo de proyecto de vida personal, de acuerdo a las capacidades, habilidades e intereses de cada mentoreada.
4. Acompañamiento en la contención del niño en horas hábiles (guarderías y salas maternas), que permita la formación escolar, académica y/o profesional de la madre, y su posterior inserción en el mercado laboral.
5. Asesoramiento y orientación durante el embarazo y el primer año de vida del niño a fin de fortalecer el vínculo materno-filial [14]. Es recomendable que se pueda ampliar a quienes pueden ser su red de apoyo (padre, abuela, tía, hermana) [15].
6. Desarrollo de microemprendimientos, a través de la promoción de microcréditos para el desarrollo profesional de la mujer y de su entorno.

Es importante señalar que la vulnerabilidad no solo viene de la mano de la pobreza.

En todos los casos, el embarazo en el desarrollo vital de la mujer significa una situación de crisis en la que los cambios bio-psico-afectivos (sea el niño deseado o no), implica la necesidad de acomodación y asimilación a una nueva situación.

En general, si la mujer o su pareja se encuentran confundidos, recurrirán a su contexto familiar y social para resolver la situación. De la respuesta del entorno dependerá la promoción del vínculo materno-filial y la contención a la mujer embarazada.

Este último factor resulta terminante. Recordemos que, en España [16], sobre una encuesta a 3.000 mujeres, el 87% dijo que la causa que las había llevado al aborto fue el abandono afectivo. Si tomamos este dato en cuenta y agregamos el último informe de la OMS sobre los suicidios en el mundo, descubriremos que la Argentina es el tercer país de la región con mayor índice de decesos por esta causa (14.2 cada 100.000 habitantes). De acuerdo con el Ministerio de Salud Argentino en el año 2015 se suicidaron 625 mujeres y en 2016 otras 585 (de las cuales 157 fueron jóvenes entre 15 y 24 años). Es evidente que el contexto familiar y social resultan determinantes para que la mujer continúe con la propia vida, y con la vida del niño que gesta.

Por eso la propuesta es constituir en cada municipio o barrio (según el número de habitantes) Centros de Orientación Familiar, que aborden de una manera multidimensional la problemática de la vulnerabilidad en relación

a la persona y sus vínculos. De esta manera podrán ofrecerse recursos desde el Estado para acompañar a la mujer con un embarazo inesperado de acuerdo con sus necesidades concretas: embarazo adolescente, mujeres abandonadas, etc. Entre los servicios a prestar se incluirán:

1. Servicios de ayuda, acompañamiento y promoción de la mujer, con abordaje interdisciplinario y seguimiento personalizado, durante el periodo de gestación y crianza del niño.
2. Talleres de gestación para embarazadas.
3. Talleres de crianza para mamás con bebés de 0 a 3 años (primera infancia).
4. Talleres de Promoción para el desarrollo integral de la mamá.
5. Seguimiento médico integral (clínica, obstetricia, nutrición, pediatría, psicología, etc)
6. Estructuración de un sistema de apoyo que permita contener a mujer sola, o sin familia capaz de albergarla afectivamente, en hogares o casas comunes donde se facilite su cuidado, atención y guía hasta tanto pueda volver a tener, o a validar, su propio proyecto vital; mientras se las hace responsables del cuidado de la casa común.

Programas como los mencionados ya se están llevando adelante a través de Organizaciones de la Comunidad que no reciben subsidios oficiales (como Grávida, CAM, u otros) que tienen centros de atención y contención en todo el país. El programa podría fácilmente articularse a través de estas instituciones u otras que se creen a tal fin, de manera de aunar esfuerzos de toda la comunidad para la protección social de toda mujer vulnerable.

### Propuesta 5: Mejorar el sistema de adopción

Comprendemos perfectamente que haya mujeres que no desean ejercer su maternidad, por lo cual creemos necesario mejorar el actual sistema de adopción.

El Registro Único de Adoptantes a Guarda con fines Adoptivos (RUA) informa en el reporte de mayo 2018, que continua vigente la tendencia de matrimonios, parejas o personas solas que buscan adoptar a niños menores de un año (el 90% de los inscriptos en el RUA) Es por ello que acudir a la adopción de niños durante el embarazo es un camino posible y efectivo para conciliar ambos intereses sociales.

Para ello es importante señalar ciertos antecedentes:

- Ya existe legislación en ciertas provincias que permiten dar al niño en adopción durante el embarazo [17], debiendo la mujer ratificar su decisión cuarenta días después de haber superado el estado puerperal. Esto agilizaría enormemente los tiempos de espera de la adopción y se podría dar respuesta al 90% de las familias en espera.
- Habilitar lo que en Europa se llama “baby box”, que consiste en la entrega voluntaria y anónima de los niños por parte de sus mujeres para entregarlos en adopción. En Europa hay varios países que tienen baby boxes, donde se presentan casos de mujeres que entregan a los niños, muchas veces por conflicto étnico, que son dados en adopción inmediatamente. En Argentina hemos tenido un antecedente similar con el sistema de “Casa Cuna” (Hospital Pedro de Elizalde), lugar en donde los niños eran dejados a los pies de la capilla y recogidos por las monjas que atendían los hospitales.
- Actualmente hay un proyecto de ley presentado por Jorge Enríquez sobre el sistema de parto anónimo, hoy

vigente en Francia. Debería analizarse en profundidad su posibilidad de instrumentación.

- También se encuentra en estudio un proyecto de ley encabezado por la Diputada Cornelia Schmidt Lieberman, sobre un protocolo de adopción precoz para las mujeres que deciden no abortar y dar a luz a sus hijos para entregarlos en adopción.

En función de ello, se propone:

1. Revisar la legislación sobre adopción en el Código Civil y Comercial y en la ley del niño, niña y adolescente, para reducir la cantidad de partes intervinientes (ahora puede haber hasta cinco partes en el proceso de adopción, lo que lo entorpece mucho), y revisar la implementación de las medidas de protección y excepcionales, que puedan tomarse con suma celeridad por parte del juez interviniente.
2. Enmarcar el proceso de adopción durante el embarazo en las mismas exigencias que se disponen hoy para evitar las entregas directas y la venta de niños. Es decir, los aspirantes deberán inscribirse en el registro respectivo (RUA) con centros de atención en casi todo el país y su selección deberá ser evaluada por los equipos técnicos de cada juzgado o jurisdicción para asegurar el bienestar del menor dado en adopción.
3. Crearse un protocolo de actuación de los organismos administrativos de la infancia.
4. Crear campañas públicas de difusión y sensibilización con la adopción.
5. Prever, para el sistema de adopción en general, un acompañamiento pre y post-adoptivo para los adoptantes. Sabemos que hoy esta tarea se ha delegado en los equipos técnicos de los juzgados (en los que existe un equipo interdisciplinario), o en los mismos miembros del poder judicial. En uno y en otro caso la atención no siempre es la esperada debido a la falta de personal y recursos para atender la demanda de los distintos casos que recaen sobre estos profesionales.
6. Por lo cual, se propone crear en los Centros de Orientación Familiar (ver propuesta 4) un espacio de atención y seguimiento de casos de adopción. La orientación familiar podrá fortalecer al matrimonio, pareja o persona adoptante, contribuyendo a la adaptación de la nueva realidad familiar, a la creación o fortalecimiento de vínculos, a la prevención de conflictos y disfunciones. Al funcionar como equipo interdisciplinario podrán atenderse a situaciones más complejas que requieran la intervención de especialistas de la salud física y mental.
7. Finalmente, el proyecto de ley no puede perder de vista a las mujeres que dan a los niños en adopción. Aquí debe reforzarse las ayudas y el acompañamiento desde los Centros de Orientación Familiar a través del equipo interdisciplinario para poder atender a las necesidades que se presenten en los distintos casos.

## Conclusión final

La Universidad Austral entiende que el aborto es una falsa solución a dos problemas reales que padecen las mujeres y su entorno: la mortalidad materna y el embarazo no deseado.

Nuestra contribución es abordar esos dos problemas mediante las cinco propuestas desarrolladas desde una perspectiva conceptual y apuntando directamente a las causas.

En ese sentido, el aborto además de ser una falsa solución, se transforma en un nuevo problema, puesto que: por un lado, somete a la mujer a una práctica por sí misma traumática y, por otro lado, desorienta a la búsqueda de las verdaderas soluciones a los problemas planteados.

## Referentes de las propuestas, en [austral.edu.ar/](http://austral.edu.ar/)

### *Propuesta 1: Educación integral de la mujer*

- Mag. Carolina Sánchez Agostini, Profesora de la Escuela de Educación y de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral.
- Mag. Ma. Dolores Dimier de Vicente, Secretaria Académica del Instituto de Ciencias para la Familia de la Universidad Austral.

### *Propuesta 2: Contención de la mujer y su contexto traumático*

- Mag. Lorena Bolzon, Decana del Instituto de Ciencias para la Familia de la Universidad Austral.
- Mag. Ma. Dolores Dimier de Vicente, Secretaria Académica del Instituto de Ciencias para la Familia de la Universidad Austral.

### *Propuesta 3: Protección del embarazo y del parto seguros*

- Dr. Ernesto Beruti, jefe de Obstetricia del Hospital Universitario Austral.

### *Propuesta 4: Apoyo a la mujer embarazada en un contexto vulnerable*

- Mag. Lorena Bolzon, Decana del Instituto de Ciencias para la Familia de la Universidad Austral.
- Mag. Ma. Dolores Dimier de Vicente, Secretaria Académica del Instituto de Ciencias para la Familia.

### *Propuesta 5: Mejorar el sistema de adopción*

- Dra. Úrsula Basset, Directora del Centro Austral de Derecho de las Personas, la Familia y las Sucesiones de la Facultad de Derecho de la Universidad Austral.
- Mag. Loren

## Notas:

1. Dirección de Estadísticas de Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación: Mortalidad Materna, año 2016: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/09/2016-Tabla42.html> / <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/09/2016-Tabla40.html> La Nación  
15/03/2018: <https://www.lanacion.com.ar/2117103-antes-de-empezar-el-debate-el-gobierno-dio-cifras-sobre-el-aborto> Infobae  
24/04/2018 <https://www.infobae.com/sociedad/2018/04/24/el-ministerio-de-salud-admite-que-el-aborto-no-es-la-primera-causa-de-muerte-materna/>
2. Dirección de Estadísticas de Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación: Mortalidad Materna, desde 2007 a 2016: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales/>

# Cinco propuestas para abordar la tragedia del aborto de una manera integral

Publicado: Lunes, 20 Diciembre 2021 09:43  
Escrito por Varios autores en austral.edu

---

3. International Journal of Gynecology and Obstetrics 134 (2016) S20–S23. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141\\_eng?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng?sequence=1)
4. Idem referencia 2.
5. La Nación  
26/04/2018: <https://www.lanacion.com.ar/2129265-el-gobierno-instrumentara-medidas-para-reducir-la-cifra-de-embarazos-no-deseados>
6. Koch E, Thorp J, Bravo M, Gatica S, Romero CX, et al. (2012) Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007. PLOS ONE 7(5): e36613. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036613>
7. McAlister C, Baskett TF (2006) Female education and maternal mortality: a worldwide survey. J Obstet Gynaecol Can 28: 983–990.
8. Chan, M. (2010) La educación y la salud están íntimamente unidas. Disponible en: [http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth\\_20100920/es/](http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/)
9. Director de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/dg/priorities/women-children/es/>
10. Convención sobre los Derechos del Niño: adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, recuperado del sitio: <https://www.unicef.org/argentina/spanish/7.-Convencionsobrelosderechos.pdf>
11. Declaración Universal de Derechos Humanos: art. 26.3, Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica): art. 12.4, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: art. 13.3, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos: art. 18.4, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer: art. 16. e), Convención sobre los Derechos del Niño: art. 14.2, Ley 24.195: art. 4; 44.
12. Ley Nacional de Educación 26206 art 63 inca.
13. Pavia, Carolina, Vida y ética, UCA: Instituto de Ética, Año 1, N° 0, Dic. 2000, p. 45-47. La autora se basa en los estudios de Cassadey, Ney, Rue-Speckhard, Ney-Wickett.
14. Programa PROVIDE. Programa Nueve Lunas. Secretaria de Acción social y Salud. Municipalidad de Daireaux.
15. Programa Mil días, Municipalidad de San Miguel. <http://www.msm.gov.ar/prensa/jaime-mendez-visito-una-familia-del-programa-mil-dias/>
16. [El abandono y la falta de alternativas, principales causas del aborto en España.](#)
17. Protocolo para abordaje de madres en crisis con la maternidad - Tribunal Superior de Justicia, Registro de Adopción, Provincia de Neuquén.