

Legalizarea avortului: Chiar protejează sănătatea femeilor?

Demontarea unuia din cele mai importante argumente pentru răspândirea avortului pe glob

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) estimează că, anual, se efectuează în lume 42 de milioane de avorturi, dintre care 20 de milioane clandestine (ilegale). Conform OMS, avorturile ilegale, făcute în condiții nesigure, cauzează circa 650.000 de decese în fiecare an ^[1], dintre care 99% în țările în curs de dezvoltare. ^[2]

Chiar bazându-ne pe aceste cifre (deși ele ridică mari semne de întrebare ^[3]), grupările de lobby susțin că, prin legalizarea avortului „la cerere” numărul deceselor în rândul femeilor ar scădea, iar sănătatea femeilor ar fi protejată împotriva complicațiilor avorturilor ilegale, care sunt periculoase. „Legalizarea avorturilor și promovarea serviciilor de planificare a familiei au redus substanțial decesele cauzate de avorturi”, susține Federația Internațională a Planificării Familiale (IPPF), una din cele mai mari organizații de acest tip din lume. ^[4]

Dar această concluzie este în contradicție cu dovezile existente.

Lipsa serviciilor medicale de calitate, și nu restricționarea avortului, duce la o rată mare a mortalității materne. De fapt, accesul la avortul legal duce la un număr și mai ridicat de avorturi - iar în țările în curs de dezvoltare, unde serviciile medicale sunt de slabă calitate, acest lucru înseamnă o creștere a numărului de femei care mor sau suferă în urma unui avort.



Problema mortalității materne

Starea mamei cauzează 1,9 % dintre decesele în rândul femeilor, în toată lumea. ^[5] Mortalitatea maternă rămâne o problemă serioasă, mai ales în țările în curs de dezvoltare, acolo unde, **în multe cazuri, nu sunt disponibile nici servicii minime de sănătate, nici asistență prenatală. Nu există asistență la naștere, mediul nu este complet steril/curat, facilitățile de urgență lipsesc sau sunt inadecvate, medicii nu sunt pregătiți sau echipați, medicamentele și accesoriile de bază precum antibioticele sau mănușile sterile sunt puține sau nu există.** Această stare de pericol pentru femeia însărcinată se manifestă indiferent dacă sarcina se sfârșește cu un avort sau cu o naștere.

Soluția - îngrijire mai bună

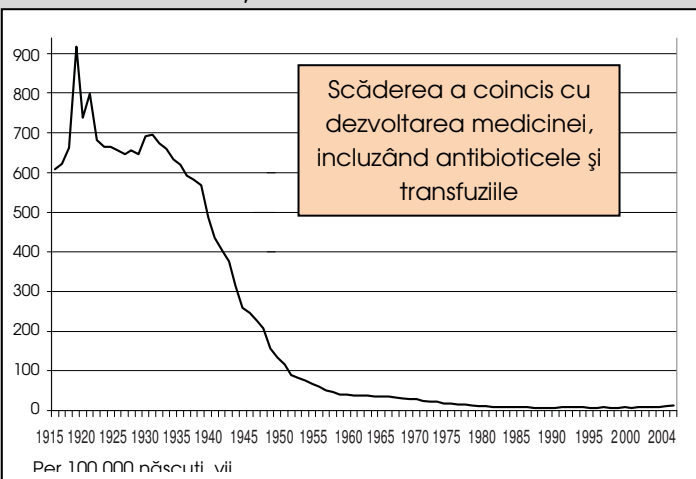
Majoritatea deceselor maternale pot fi evitate, dacă există hrană adecvată, îngrijire de bază și servicii obstetricale bune, pe toată durata sarcinii, la naștere și după.

În țările dezvoltate, declinul mortalității materne coincide cu „dezvoltarea tehnicii obstetricale și îmbunătățirea stării generale de sănătate a femeilor” (perioada 1935-1950), conform concluziei OMS. ^[6] Acest lucru era deja o realitate, mult înainte că avortul să fie liberalizat.

În Statele Unite, avortul în cazuri de urgență medicală, așa-numitul „avort terapeutic”, era o procedură relativ sigură cu mult înainte să devină legal „avortul la cerere”, în 1973 (Fig. 1 și 2). Dr. Mary Calderone, fost director la IPPF susținea în 1960 că „avortul, fie cel terapeutic fie cel făcut ilegal, nu mai este, în general, periculos, deoarece este făcut corect de medici”. ^[7]

Dr. Bernand Nathanson, fost avorționist și co-fondator al organizației pro-avort americane NARAL, scria, în 1979, că posibilitatea ca femeile să moară din cauza avorturilor ilegale sau periculoase în Statele Unite era, de-acum, depășită, deoarece „antibioticele și alte tehnici avansate au scăzut dramatic rata deceselor cauzate de avorturi”. ^[8]

Rata mortalității materne în SUA - 1915-2004



Legalizarea avortului la nivel național în 1973 a avut efect neglijabil
Sursa: U.S. Center for Disease Control and Prevention

În Anglia și Țara Galilor, mortalitatea maternă a scăzut de la peste 550 (decese maternale per 100.000 nașteri vii) în 1931, la mai puțin de 50 în 1960. Acest lucru este direct legat de accesul la antibiotice, transfuzii de sânge și în general de o mult mai bună gestionare a problemelor apărute în sarcină. ^[9]

În conformitate cu *Raportul privind Dezvoltarea Mondială în 2006*, realizat de Banca Mondială, Malaiezia și Sri Lanka, state în care avortul este puternic restricționat, au redus semnificativ mortalitatea maternă prin școlarizarea de moașe și asistente pentru zona rurală, furnizând constant medicamente și echipament, îmbunătățind comunicarea, transportul și serviciile de sprijin. În Sri Lanka, rata mortalității materne (RMM) a scăzut de la 2.136 (decese maternale per 100.000 nașteri vii) în 1930 până la doar 24 în 1996. În Malaiezia RMM a coborât de la 1.088 în 1993 până la 19 în 1997. ^[10]

Dr. Neelam Dhingra de la Organizația Mondială a Sănătății a confirmat că 44% din decesele maternale în Africa sunt provocate de sângerările severe și că foarte multe pot fi evitate prin simplul acces la sânge pentru transfuzii. ^[11] **Medicina modernă și servicii de îngrijire mai bune – iată cheia pentru protecția vieții și a sănătății femeilor.**

„Legal” nu înseamnă „sigur”

Contrar afirmațiilor IPPF sau altor grupuri care susțin avortul „la cerere”, nu există o relație directă între permisivitatea legilor față de avort și rata mortalității materne. Legalizarea avortului nu rezolvă problema îngrijirii medicale de slabă calitate în țările în curs de dezvoltare.

Conform Diviziei pentru Populație a ONU (UNPD), **nu a existat o scădere sensibilă a mortalității materne sau infantile după Conferința Internațională asupra Populației și Dezvoltării din 1994 de la Cairo și nici după cea de A Patra Conferință Mondială asupra Situației Femeilor, care a avut loc la Beijing în 1995, deși, în perioada scursă de atunci, mai multe femei ca oricând au putut avea acces în mod legal la avortul „la cerere”. ^[12]**

Mortalitatea provocată de avort, SUA, 1940 - 2004

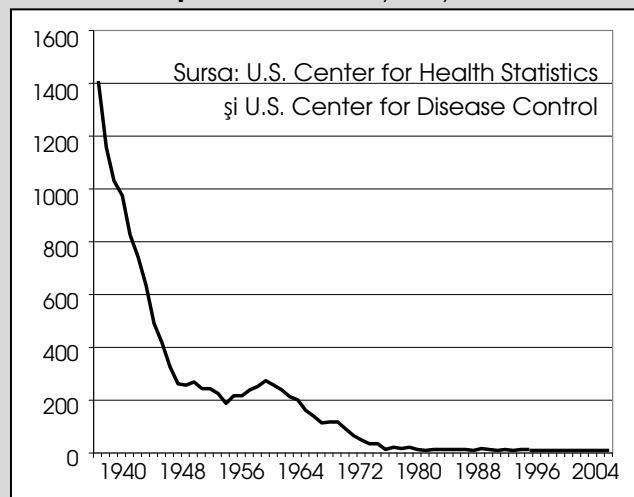


Fig 2.

Exemplele Rusiei, Statelor Unite, Irlandei și Poloniei demonstrează că națiunile care restricționează puternic avortul au mai puține decese materne față de țările care permit avortul la cerere. Informațiile din Fig. 3 sunt preluate din Raportul despre Mortalitatea Mondială din 2005, publicat de UNPD.^[13]

În India, avortul este legal și practicat la scară largă, însă decesele materne sunt comune, din cauza condițiilor medicale precare. Conform documentului „Politicele avortului: o perspectivă globală” realizat de UNPD, „În ciuda liberalizării avortului, intervențiile efectuate în condiții precare au contribuit la cifra ridicată a mortalității materne în India - 570 decese la 100.000 nașteri, în 1990”.^[14]

În schimb, rata mortalității materne în Paraguay este mult mai scăzută, deși în această țară avortul este interzis (cu excepții) și deși „avorturile clandestine sunt o procedură comună”. Rata mortalității materne a scăzut chiar – „de la 300 decese (la 100.000 nașteri vii) în 1986, la 190, conform estimărilor din 1995”.^[15]

Aceste date demonstrează că mortalitatea este influențată într-o mult mai mare măsură de calitatea serviciilor medicale decât de statutul legal al avortului. Complicațiile cauzate de avorturi nu depind de legalitatea procedurii, ci de condițiile medicale generale din țara respectivă.

Legalizarea avortului va genera și mai multe avorturi

Legalizarea avorturilor nu doar nu înseamnă că procedura în sine devine mai puțin riscantă, dar are și o consecință nefastă: duce la creșterea numărului de avorturi. În Statele Unite, totalul acestor intervenții a „explodat” de la 98.000 pe an, la un maxim de 1,6 milioane, ca urmare a legalizării totale în 1973.^[16] Stanley Henshaw de la Institutul Guttmacher (organizație pro-avort) explică: „În majoritatea țărilor, este comun ca numărul de avorturi să crească mult, pe o perioadă de câțiva ani, după ce procedura devine legală, ca apoi numărul acestora să se stabilizeze, așa cum s-a întâmplat în Statele Unite”.^[17]

În Africa de Sud, de exemplu, numărul întreruperilor de sarcină a crescut de la 1600 în 1996, imediat înainte de liberalizarea avortului, la 85.621 în 2005. La polul opus,

când Polonia a interzis majoritatea avorturilor, după decenii de avorturi la cerere, subvenționate de guvern, studiile arată că numărul total de avorturi (legale și ilegale) a scăzut dramatic.^[19]

În concluzie, ținând cont de creșterea substanțială a numărului total al avorturilor, ca urmare a legalizării acestora, numărul (sau chiar rata) deceselor materne cauzate de complicațiile procedurii crește, în loc să descrească.

Avortul legal reprezintă o amenințare gravă

În țările în curs de dezvoltare, pericolul reprezentat de legalizarea avortului este foarte mare. Jeanne E. Head, Reprezentant al Comitetului Național pentru Dreptul la Viață – organizație pro-life din SUA, explică: „Femeile expuse riscurilor din lipsă de acces la servicii medicale moderne înainte de legalizarea avortului vor avea aceleași probleme și după legalizarea avortului. Iar dacă legalizarea atrage

un număr crescut de avorturi, așa cum se întâmplă de obicei, presiunea asupra aceluiași resurse insuficiente va fi încă și mai puternică”.^[20]

Chiar și în Statele Unite, lider în medicina modernă, aproape 400 de femei au decedat în urmă unor avorturi legale, de când procedura a fost liberalizată, în 1973. [21]

Avortul nu este niciodată o intervenție complet sigură. **În țările în curs de dezvoltare, fără un sistem de sănătate bine pus la punct, creșterea întreruperilor de sarcină ca urmare a legalizării acestora nu numai că duce la o creștere a mortalității materne, dar are efecte distructive asupra vieții și sănătății femeilor.**

Legile împotriva avorturilor sunt necesare pentru a proteja nu doar copiii nenăscuți, ci și mamele acestora. Femeile au nevoie de îngrijire și susținere, nu de avort.

O problemă de justiție socială

Drept ar fi ca legea să respecte demnitatea și drepturile fiecărui membru al familiei umane, inclusiv ale copiilor nenăscuți și ale mamelor lor. Argumentul „scăderii mortalității materne” (folosit pentru a justifica legalizarea avortului) este complet eronat – avortul legal duce la mai multe avorturi și ca rezultat, la mai multe complicații pentru femei, cauzate de avorturi. Îngrijirea mai bună, nu avorturile, este soluția pentru a reduce decesele materne.

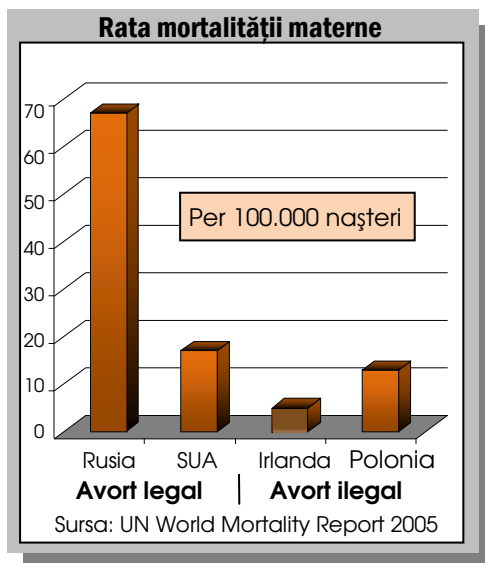


Fig 3.

Cum putem reduce mortalitatea maternă?

- Separarea mamei de copil, prin naștere sau avort, este un procedeu mai periculos în țările în curs de dezvoltare decât în țările dezvoltate, din cauza condițiilor medicale precare - mai ales lipsa de antibiotice, anti-hemoragice și mediu spitalicesc curat.
- Dacă ne preocupăm cu adevărat situația generală a femeilor, trebuie să ne folosim resursele pentru a acoperi toate nevoile de îngrijire medicală ale femeilor și nu să legalizăm avortul promovând o agendă a „controlului populației”.
- O mai bună stare de sănătate atât pentru mamă cât și pentru copil poate fi atinsă prin accesul la același standarde medicale disponibile pentru femeile din țările civilizate, de decenii.

Documente ONU care recunosc drepturile copilului nenăscut

„Copilul, din cauza imaturității sale mentale și fizice, are nevoie de grijă și protecție specială, inclusiv protecție legală adecvată, înainte precum și după naștere”.

(Declarația Drepturilor Copilului)

„Recunoașterea demnității inerente precum și a drepturilor egale și inalienabile ale tuturor membrilor familiei umane stă la baza libertății, justiției și a păcii în lume”.

(Declarația Universală a Drepturilor Omului)

Note

- [1]. Fifty-Seventh World Health Assembly, Report by the Secretariat on Reproductive Health, A57/13 (15 April 2004).
- [2]. World Health Organization, Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003, 5th ed. (Geneva: World Health Organization, 2007).
- [3]. În raportul privind avortul în condiții nesigure din 2007, OMS recunoaște că “Acolo unde avortul provocat este restricționat, sau legal dar dificil de obținut, sunt disponibile puține informații despre procedură. În atari circumstanțe, e dificil de clasificat și apreciat cantitativ avortul. Informația disponibilă este în mod inevitabil incertă.” Divizia ONU pentru Populație numește estimările “relativ speculative, din moment ce multe date importante lipsesc pentru majoritatea țărilor.” United Nations, World Population Monitoring 2002 (New York: United Nations, 2004), Sales No. E.02.XIII.14. Jeanne E. Head, R.N., sumarizează “Datele OMS sunt în mare parte construite prin estimări statistice bazate pe date inconsistente și aserțiuni slab susținute.” Jeanne E. Head and Laura Hussey, “Does Abortion Access Protect Women’s Health?” *The World & I*, June 2004, 52-57.
- [4]. “Abortion,” International Planned Parenthood Federation, <<http://www.ippf.org/en/What-we-do/Abortion/default.htm>> (20 April 2009).
- [5]. World Health Organization, World Health Report 2002 (Geneva: World Health Organization, 2002).
- [6]. World Health Organization, Maternal Mortality: A Global Factbook (Geneva: World Health Organization, 1991).
- [7]. Mary S. Calderone, “Illegal Abortion as a Public Health Problem,” *American Journal of Public Health* 50 (July 1960): 949.
- [8]. Bernard N. Nathanson and Richard N. Ostling, *Aborting America* (New York: Doubleday, 1979), 194.
- [9]. World Health Organization, Maternal Mortality: A Global Factbook.
- [10]. The World Bank, World Development Report 2006 (July 2004).
- [11]. Representative Smith (NJ), “Reducing Maternal Mortality Both at Home and Abroad,” *Congressional Record* 154: 82 (19 May 2008), H4125.
- [12]. United Nations, World Mortality Report 2005 (New York: United Nations, 2006), Sales No. E.06.XIII.3.
- [13]. Ibid.
- [14]. United Nations, *Abortion Policies: A Global Review* (New York: United Nations, 2002), Sales No. E.01.XIII.18, 56-58.
- [15]. United Nations, *Abortion Policies: A Global Review* (New York: United Nations, 2002), Sales No. E.02.XIII.5, 29-31.
- [16]. O echipă de cercetători a utilizat în 1981 un model matematic solid pentru a estima o medie de 98.000 de avorturi clandestine per an în 32 de ani care au precedat legalizarea. Barbara J. Syska, Thomas W. Hilgers, M.D., and Dennis O’Hare, “An Objective Model for Estimating Criminal Abortions and Its Implications for Public Policy,” in *New Perspectives on Human Abortion*, ed. Thomas W. Hilgers, M.D., Dennis J. Horan and David Mall (Frederick, MD: University Publications of America, 1981).
- [17]. Stanley Henshaw, Guttmacher Institute (16 June 1994), Press release.
- [18]. Wm. Robert Johnston, “Historical abortion statistics, South Africa,” Johnston’s Archive, 26 October 2008, <<http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-southafrica.html>> (22 April 2009).
- [19]. Wm. Robert Johnston, “Data on abortion decrease in Poland,” Johnston’s Archive, 26 May 2008, <<http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/polandlaw.html>> (22 April 2009).
- [20]. Jeanne E. Head and Laura Hussey, 56.
- [21]. Centers for Disease Control and Prevention, “Abortion Surveillance—United States, 2005,” *Morbidity and Mortality Weekly Report* 57, no. SS-13 (28 November 2008).

Material realizat de

MCCLGO!
GLOBAL OUTREACH

**Minnesota Citizens Concerned for Life Global
Outreach**

4249 Nicollet Avenue, Minneapolis MN 55409
USA, 612.825.6831, Fax 612.825.5527,
MCCL@mccl.org, www.mccl.org

și

National Right to Life Educational Trust Fund

211 East 43rd Street, Suite 905, New York, NY
10017 USA, 212.947.2692,
NRLC@nrlc.org, www.nrlc.org

Versiunea în limba română de

**Asociația Pro-vita pentru născuți și
Nenăscuți, Filiala București**

OP 1 – CP 410, București
tel. 0728 673 673, fax 031 815 27 80
provitabucuresti@yahoo.com
www.provitabucuresti.ro

