Legalizarea avortului: Chiar protejează sănătatea femeilor?

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

Organizaţia Mondială a Sănătăţii (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 condiţii nesigure, cauzează circa 650.000 de decese în fiecare an [1], dintre care 99% în ţările în curs de dezvoltare. [2]



Chiar bazându-ne pe aceste cifre (deşi ele ridică mari semne de întrebare [3]), grupările de lobby susţin că, prin legalizarea avortului „la cerere” numărul deceselor în rândul femeilor ar scădea, iar sănătatea femeilor ar fi protejată împotriva complicaţiilor avorturilor ilegale, care sunt periculoase. „Legalizarea avorturilor şi promovarea serviciilor de planificare a familiei au redus substanţial decesele cauzate de avorturi”, susţine Federaţia Internaţională a Planificării Familiale (IPPF), una din cele mai mari organizaţii de acest tip din lume.[4]

Dar această concluzie este în contradicţie cu dovezile existente.

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

Problema mortalităţii materne

Starea mamei cauzează 1,9 % dintre decesele în rândul femeilor, în toată lumea. [5] Mortalitatea maternă rămâne o problemă serioasă, mai ales în ţările în curs de dezvoltare, acolo unde, **în multe cazuri, nu sunt disponibile nici servicii minime de sănătate, nici asistenţă prenatală. Nu există asistenţă la naştere, mediul nu este complet steril/curat, facilităţile de urgenţă lipsesc sau sunt inadecvate, medicii nu sunt pregătiţi sau echipaţi, medicamentele şi accesoriile de bază precum antibioticele sau mănuşile sterile sunt puţine sau nu există.** Această stare de pericol pentru femeia însărcinată se manifestă indiferent dacă sarcina se sfârşeşte cu un avort sau cu o naştere.

Soluţia – îngrijire mai bună

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

**În ţările dezvoltate, declinul mortalităţii materne coincide cu „dezvoltarea tehnicii obstetricale şi îmbunătăţirea 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 urgenţă medicală, aşa-numitul „avort terapeutic”, era o procedură relativ sigură cu mult înainte să devină legal „avortul la cerere”, în 1973 (Fig. 1 şi 2). Dr. Mary Calderone, fost director la IPPF susţinea 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 avorţionist şi co-fondator al organizaţiei 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, depăşită, deoarece „antibioticele şi alte tehnici avansate au scăzut dramatic rata deceselor cauzate de avorturi”. [8]**

Fig 1.

În Anglia şi Ţara Galilor, mortalitatea maternă a scăzut de la peste 550 (decese materne per 100.000 naşteri vii) în 1931, la mai puţin de 50 în 1960. Acest lucru este direct legat de accesul la antibiotice, transfuzii de sânge şi în general de o mult mai bună gestionăre a problemelor apărute în sarcină. [9]

În conformitate cu *Raportul privind Dezvoltarea Mondială în 2006*, realizat de Banca Mondială, Malaezia şi Sri Lanka, state în care avortul este puternic resticţionat, au redus semnificativ mortalitatea maternă prin şcolarizarea de moaşe şi asistente pentru zona rurală, furnizând constant medicamente şi echipament, îmbunătăţind comunicarea, transportul şi serviciile de sprijin. În Sri Lanka, rata mortalităţii materne (RMM) a scăzut de la 2.136 (decese materne per 100.000 naşteri 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 Organizaţia Mondială a Sănătăţii a confirmat că 44% din decesele materne în Africa sunt provocate de sângerările severe şi că foarte multe pot fi evitate prin simplul acces la sânge pentru transfuzii. [11] **Medicina modernă şi servicii de îngrijire mai bune – iată cheia pentru protecţia vieţii şi a sănătăţii femeilor.**

**Avorturi legale nu înseamna avorturi sigure**

Contrar afirmaţiilor IPPF sau altor grupuri care susţin avortul „la cerere”, nu există o relaţie directă între permisivitatea legilor faţă de avort şi rata mortalităţii materne. Legalizarea avortului nu rezolvă problema îngrijirii medicale de slabă calitate în ţările în curs de dezvoltare.

Conform Diviziei pentru Populaţie a ONU (UNPD**), nu a existat o scădere sensibilă a mortalităţii materne sau infantile după Conferinţa Internaţională asupra Populaţiei şi Dezvoltării din 1994 de la Cairo şi nici după cea de A Patra Conferinţă Mondială asupra Situaţiei Femeilor, care a avut loc la Beijing în 1995, deşi, în perioada scursă de atunci, mai multe femei ca oricând au putut avea acces în mod legal la avortul „la cerere”. [12]**

per 100.000 născuţi vii

Legalizarea avortului la nivel naţional în 1973 a avut efect neglijabil

1915 1920 1925 1930 1935 1940 1945 1950 1955 1960 1965 1970 1975 1980 1985 1990 1995 2000 2004

900

800

700

600

500

400

300

200

100

0

Căderea a coincis cu dezvoltarea medicală, incluzând penicilina, antibioticele şi transfuziile de sânge

Rata mortalităţii materne în SUA – 1915-2004

Sursa: U.S. Center for Disease Control and Prevention

Exemplele Rusiei, Statelor Unite, Irlandei şi Poloniei demonstrează că **naţiunile care restricţionează puternic avortul au mai puţine decese materne faţă de ţările care permit avortul la cerere.** Informaţiile din Fig. 3 sunt preluate din *Raportul despre Mortalitatea Mondială din 2005*, publicat de UNPD. [13]

Fig 2.

Sursa: U.S. Center for Health Statistics şi U.S. Center for Disease Control

1600

1400

1200

1000

800

600

400

200

0

1940 1948 1956 1964 1972 1980 1988 1996 2004

Mortalitatea provocată de avort în SUA – 1940 - 2004

În India, avortul este legal şi practicat la scară largă, însă decesele materne sunt comune, din cauza condiţiilor medicale precare. Conform documentului *"Politicile avortului: o perspectivă globală"* realizat de UNPD, **"În ciuda liberalizării avortului, intervenţiile efectuate în condiţii precare au contribuit la cifra ridicată a mortalităţii materne în India - 570 decese la 100.000 naşteri, în 1990". [14]**

Rata mortalităţii materne



Per 100.000 naşteri

70

60

50

40

30

20

10

0

**Avort legal Avort ilegal**

Sursa: UN World Mortality Report 2005

Fig 3.

Rusia SUA Irlanda Polonia

În schimb, rata mortalităţii materne în Paraguay este mult mai scăzută, deşi în această ţară avortul este interzis (cu excepţii) şi deşi "avorturile clandestine sunt o procedură comună". Rata mortalităţii materne a scăzut chiar - de la 300 decese (la 100.000 naşteri vii) în 1986, la 190, conform estimărilor din 1995". [15]

Aceste date demonstrează că **mortalitatea este influenţată într-o mult mai mare măsură de calitatea serviciilor medicale decât de statutul legal al avortului. Complicaţiile cauzate de avorturi nu depind de legalitatea procedurii, ci de condiţiile medicale generale din ţara respectivă.**

Cum putem reduce mortalitatea maternă?

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

**Legalizarea avortului va genera şi mai multe avorturi**

Legalizarea avorturilor nu doar nu înseamnă că procedura în sine devine mai puţin riscantă, dar are şi o consecinţă nefastă: duce la creşterea numărului de avorturi. În Statele Unite, totalul acestor intervenţii 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 (organziatie pro-avort) explică: **"În majoritatea ţărilor, este comun ca numărul de avorturi să crească mult, pe o perioadă de câţiva ani, după ce procedura devine legală, ca apoi numărul acestora să se stabilizeze, aşa 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, subvenţionate de guvern, studiile arată că numărul total de avorturi (legale şi ilegale) a scăzut dramatic. [19]

**În concluzie, ţinând cont de creşterea substanţială a numărului total al avorturilor, ca urmare a legalizării acestora, numărul (sau chiar rata) deceselor materne cauzate de complicaţiile procedurii *creşte*, în loc să descrească.**

**Avortul legal reprezintă o ameninţare gravă**

În ţările în curs de dezvoltare, pericolul reprezentat de legalizarea avortului este foarte mare. Jeanne E. Head, Reprezentant al Comitetului Naţional pentru Dreptul la Viaţă – organizaţie pro-life din SUA, explică: **„Femeile expuse riscurilor din lipsă de acces la servicii medicale moderne înainte de legalizarea avortului vor avea aceleaşi probleme şi după legalizarea avortului. Iar dacă legalizarea atrage un număr crescut de avorturi, aşa cum se întâmplă de obicei, presiunea asupra aceloraşi resurse insuficiente va fi încă şi mai puternică”. [20]**

Chiar şi 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 intervenţie complet sigură. **În ţările în curs de dezvoltare, fără un sistem de sănătate bine pus la punct, creşterea numărului întreruperilor de sarcină ca urmare a legalizării acestora nu numai că duce la o creştere a mortalităţii materne, dar are efecte distructive asupra vieţii şi sănătăţii femeilor.**

Legile împotriva avorturilor sunt necesare pentru a proteja nu doar copiii nenăscuţi, ci şi mamele acestora. Femeile au nevoie de îngrijire şi susţinere, nu de avort.

**O chestiune de justiţie socială**

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

**Note**

Documente ONU care recunosc drepturile copilului nenăscut

"Copilul, din cauza imaturităţii sale mentale şi fizice, are nevoie de grijă şi protecţie speciale, inclusiv protecţie legală adecvată, înainte precum şi după naştere".

**(Declaraţia Drepturilor Copilului)**

"Recunoaşterea demnităţii inerente precum şi a drepturilor egale şi inalienabile ale tuturor membrilor familiei umane stă la baza libertăţii, justiţiei şi a păcii în lume".

**(Declaraţia Universală a Drepturilor Omului)**

[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 condiţii nesigure din 2007, OMS recunoaşte că “Acolo unde avortul provocat este restricţionat, sau legal dar dificil de obţinut, sunt disponibile puţine informaţii despre procedură. În atari circumstanţe, e dificil de clasificat şi apreciat cantitativ avortul. Informaţia disponibilă este în mod inevitabil incertă.” Divizia ONU pentru Populaţie numeşte estimările “relativ speculative, din moment ce multe date importante lipsesc pentru majoritatea ţărilor.” 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 şi aserţiuni slab susţinute.” 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).

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**

şi

**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

**Asociaţia Pro-vita pentru născuţi şi Nenăscuţi, Filiala Bucureşti**

OP 1 – CP 410, tel. 0728 673 673, fax 031 815 27 80

provitabucuresti@yahoo.com

**www.provitabucuresti.ro**



[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).