



Campus Universitario del Puente del Común, Chía, mayo 12 de 2014.

H. SENADORES

ARMANDO BENEDETTI VILLANEDA
DORIS CLEMENCIA VEGA QUIROZ
JHON SUDARSKY ROSENBAUM
JUAN MANUEL GALÁN PACHÓN
LUIS CARLOS AVELLANEDA TARAZONA
ROBERTO GERLÉIN ECHEVERRÍA

Senado de la República

Carrera 7 # 8-68

Bogotá, D.C.

Referencia: “Por el cual se modifican algunos artículos de las leyes 599 de 2000, 906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión al conflicto armado, y se dictan otras disposiciones” Proyecto de Ley 37 de 2012 Cámara – 244 de 2013 Senado.

Respetados Señores Congresistas,

En mi condición de Cabildero Inscrito ante la Cámara de Representantes #071 y, desde mi cargo de Director del Programa de Humanidades en la Universidad de La Sabana, en virtud de los sendos Convenios firmados desde 2004 entre el H. Senado de la República y la H. Cámara de Representantes y nuestra Universidad, la cual de oficio y gratuitamente presta asesoría sobre los Proyectos de Ley radicados, teniendo en cuenta que por medio de Proyecto de Ley, Ustedes son ponentes de una iniciativa para **modificar algunos artículos de las leyes 599 de 2000, 906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión al conflicto armado, y se dictan otras disposiciones**, me permito enviarles unos comentarios del suscrito al respecto, que espero, de acuerdo con el **artículo 23** de la Constitución, sean contestados por Ustedes, de acuerdo con el imperativo mandato de esa norma y con la seriedad del estudio que gratuitamente les estoy remitiendo:

En aras de determinar el alcance del Artículo 43 de la Constitución Política de Colombia, que consagra una especial asistencia y protección a la mujer, durante el embarazo y después del parto, se hace necesario implementar la creación de sistemas que garanticen que este derecho constitucional sea llevado a cabo, especialmente en casos particularmente traumáticos para la madre, de manera precisa y efectiva, en aras de brindar amparo a la futura madre y al niño que está por nacer. Así mismo, el estado según el Artículo 13 Constitucional, debe promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva, dando lugar a la implantación de discriminaciones positivas, a favor de ciertos grupos, como en este caso, el de mujeres que por encontrarse en condiciones especiales, son acreedoras de toda la asistencia y protección que pueda prestarse a ellas.

Basados en estos principios, la preocupación principal de este Proyecto de Ley es la protección a mujeres embarazadas como resultado de un acceso carnal violento, de una inseminación artificial no consentida, o cuyo embrión o feto tenga posibilidades de cualquier tipo de discapacidad o enfermedad, para que tanto la madre como el no nacido



sean amparados efectivamente durante las etapas del embarazo y con posterioridad al nacimiento del niño.

Para ello, se demandan acciones concretas por parte del Estado, pues el no hacerlo, favorece prácticas abortivas ilegales por parte de las mujeres, y va en detrimento de las posibilidades que pueden tener las madres de desarrollar sus actividades propias, y del hijo de vincularse de una manera satisfactoria y adecuada dentro de la comunidad.

Responde este Proyecto, a la necesidad de ofrecer una real ayuda a las madres y los niños, como mecanismo eficaz, que permita implementar de manera clara y segura, el desarrollo constitucional de la protección a la mujer y al no nacido. Se proyecta sobre todas las mujeres que se encuentran dentro de los parámetros por ella establecidos, incluyendo adolescentes y madres adultas.

Si se protege a las madres y a los niños en sus derechos, cuando se encuentran en circunstancias que se consideran adecuadas para ambos, con mayor razón es necesario beneficiar de manera especial, a los mismos, si ellos se hallan ante una situación, que establece condiciones que afectan de manera evidente a la madre, y por consiguiente al que está por nacer. Por ello, es deber del Estado y a la vez de toda la sociedad movilizar en estos casos, los recursos necesarios para proteger de una forma constructiva, con ayuda personal y financiera, a las madres que enfrentan esta difícil realidad.

Dado que, cada vez más, la mujer es sujeto de atropellos a sus derechos, en especial los relacionados con la salud reproductiva, se hace necesario entrar a regular estos aspectos, en aras de mejorar ámbitos que hoy en día son de gran trascendencia para el desarrollo de la misma. Con este fin, favorecer por medio de mecanismos adecuados y de acciones concretas de apoyo, maternidad y adopción, a las mujeres víctimas de este tipo de circunstancias, brindándoles posibilidades convenientes, para que ellas puedan afrontar de una mejor manera el embarazo, es proteger no sólo a la mujer, sino al niño que está por nacer.

El tema tratado por Ustedes, merece una atención especial, razón por la cual adjunto un Documento elaborado por profesores de las Áreas de Salud Pública, Ginecología y Obstetricia y Pediatría, y del Departamento de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana.

ABORTO SERÍA UN DESACIERTO MUY DIFÍCIL DE RECTIFICAR

Introducción.

Por la trascendencia del tema, un grupo de profesores de Medicina de la Universidad de La Sabana, teniendo en cuenta los avances de la investigación científica más reciente sobre el tema, presenta un aporte para la reflexión sobre el proyecto de ley de la referencia, acerca de su rigor científico, responsabilidad y compromiso con los seres humanos más pequeños de la generación actual y las futuras, con sus madres y la sociedad.

Para dar un concepto especializado sobre el aborto es necesario, en primer lugar, responder a algunas preguntas:

I. Impacto de la despenalización del aborto en la salud pública



1. ¿Qué datos hay, recientes y confiables, sobre el impacto del aborto en la población?
2. Relación entre aborto y mortalidad materna
 - A. ¿Las tasas de mortalidad son más elevadas en el parto que en el aborto despenalizado?
 - B. ¿Hay alguna relación entre aborto y suicidio?
3. Relación entre aborto y morbilidad materna
 - A. ¿El aborto causa trastornos en la salud de la mujer?
 - B. ¿La despenalización del aborto ayuda a solucionar el problema de embarazo en adolescentes?
4. ¿Qué tan factible es para un país controlar con estricto rigor el aborto, para que solo se aplique en lo que algunos denominan “excepciones” o “circunstancias muy infrecuentes que hacen recomendable la interrupción del embarazo”?
5. ¿El número de abortos disminuye si se despenaliza esa práctica?
6. ¿En el momento actual se puede concluir, desde la Medicina basada en la evidencia, que el aborto en Colombia es un problema de salud pública?

I. Impacto de la despenalización del aborto en la salud pública

1. ¿Qué datos hay, recientes y confiables, sobre el impacto del aborto en la población?

Es fundamental que quienes están involucrados en la decisión de la despenalización del aborto en Colombia, tengan un amplio conocimiento sobre lo que se ha descubierto en los últimos años acerca del impacto negativo del aborto en la salud de la población. Un ejemplo de la negligencia en el estudio de este problema es España, país donde el aborto está despenalizado desde hace 20 años.¹

¹ Instituto de Política Familiar (IPF). Evolución del aborto en España: 1985-2005. Informe Serie monográfica No. 2. Madrid, Julio 2005. p. 14.



Causa defunción	Evolución	Acción de la administración				
		Ministerio encargado	¿Comisión interministerial?	Organismo Administración	Planes	campañas
Sida	Reducción muy importante	Ministerio de Sanidad	Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención de Sida	Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.	Plan de movilización sectorial frente Sida/ Plan nacional de Sida	Al menos una campaña anual
Drogas	Incremento muy pequeño	Ministerio de Sanidad	Grupo Interministerial Presidida por el/la Ministro/a de sanidad y Consumo	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Observatorio Nacional sobre Drogas.	Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)	Campañas de carácter anual
Accidentes Tráfico	Reducción	Ministerio del Interior		Organismo Autónomo Jefatura Central de Tráfico (Dirección General de Tráfico)		Diversas campañas anuales
Aborto	Incremento (explosión)	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Campañas indirectas que han fracasado

En Colombia tampoco hay investigaciones actuales con las que se pueda dar un concepto a la Corte Constitucional basados en la evidencia. Lo primero que habría que hacer antes de que la Corte tome una decisión de despenalizar o no el aborto, es hacer investigaciones médicas rigurosas, transparentes y sin los graves inconvenientes de la precipitación.

2. Relación entre despenalización del aborto y mortalidad materna

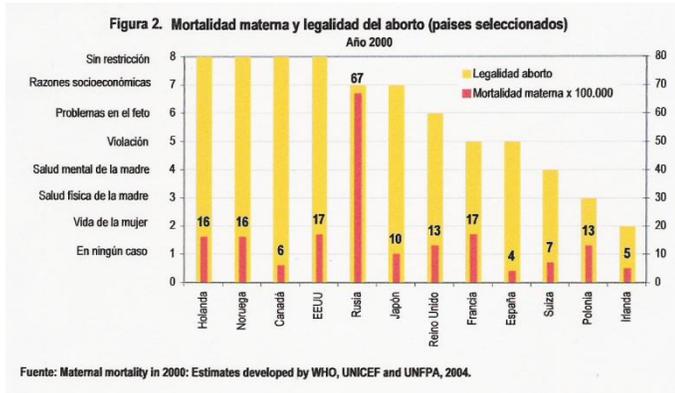
De una investigación de la Organización de las Naciones Unidas en 192 países,² se concluye que, en el contexto de similitudes regionales, sociopolíticas, económicas y culturales, los países que han despenalizado el aborto muestran un aumento en las tasas de mortalidad materna, y esta es más baja en los países donde todavía es ilegal o al menos está más restringido.

En la Federación Rusa y en Kazajistán, donde está permitido, la tasa respectiva de mortalidad materna es de 67 y 210 muertes por 100.000 nacimientos, mientras que en Polonia, que tiene una Ley más restrictiva, la tasa es de 13.

De los países incluidos en el estudio previamente mencionado, los que registran más bajo índice de mortalidad materna son Suecia (2) y Eslovaquia (3). La tasa de España y Austria es de 4, que es muy baja respecto a otros países similares donde también está despenalizado el aborto, como USA, Israel y Francia, en los que la tasa es 17, o Reino Unido con 13. Portugal, Kuwait e Irlanda, que lo tienen prohibido y son menos desarrollados que Italia, tienen el mismo índice de 5 y un índice mejor que en la gran mayoría de países más desarrollados en los que está despenalizado, como Canadá y Finlandia (6), Alemania (8) y Japón (10).³

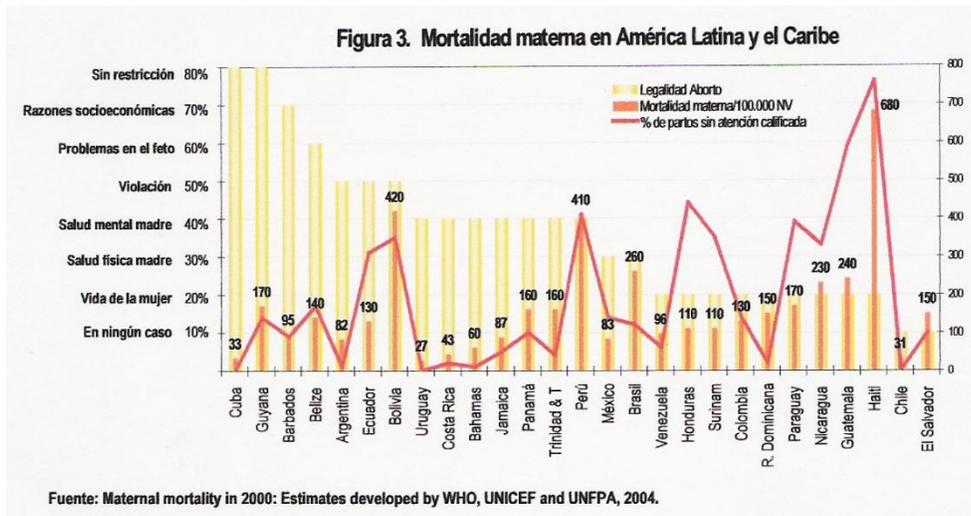
² United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Mortality Report: 2005. ST/ESA/SER/A/252

³ Idem p. 334.



En el informe de ORMALAC de 2005 se expone una posible causa de que, quienes promueven el aborto, afirmen que este aumenta al prohibirse: “Después de décadas de permitir el aborto sin restricciones y de ser asumido por la población como método de planificación familiar, en 1966 el gobierno de Rumania decidió aumentar la población de 23 a 30 millones con el fin de hacer un salto de una economía agraria a una industrial. Como las tasas de natalidad eran muy bajas, se penalizó el aborto (a excepción de los casos de violación, malformación fetal y riesgo para la salud de la mujer) y se prohibió el uso de métodos anticonceptivos. Toda mujer menor de 45 años tenía el deber patriótico de tener por lo menos 5 hijos. Los mayores de 25 años que no tuvieran hijos tenían que pagar 30% más de impuestos. Esta política en contra de la libertad de las parejas trajo como resultado una reacción adversa y un auge desmedido del mercado negro del aborto.” Citan a Elam-Evans, L. et al. Abortion Surveillance – United States 2000. Centers for Disease Control, 2003.⁴

En Latinoamérica la tasa de mortalidad materna más baja es la de Uruguay, con 27 y luego sigue la de Chile (país en el que, como ya se dijo, está penalizado) con 31; en los dos países de la región donde el aborto está permitido sin restricciones la tasa es: Cuba 33 y Guyana 170.⁵



A. ¿Las tasas de mortalidad son más elevadas en el parto que en el aborto despenalizado?

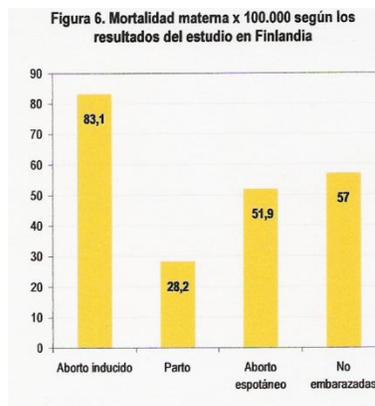
⁴ Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe. ORMALAC. Septiembre 2005. Falsas creencias sobre el aborto y su relación con la salud de la mujer. p. 6.

⁵ Idem. p. 4.

Un estudio finlandés publicado en 1997 muestra que las mujeres que abortan tienen un índice de mortalidad 252% mayor que las mujeres que dan a luz los doce meses posteriores al término del embarazo (Gissler y cols, 1997)⁶. Adicionalmente, en el proceso de registrar la mortalidad es importante resaltar la importancia de mirar más allá de la mortalidad materna, la mortalidad de mujeres en edad reproductiva, ya que solamente los estudios que contemplen todas las causas de muerte pueden identificar que el riesgo de muerte de mujeres que han abortado es mayor que el de mujeres que dan a luz, especialmente por causas relacionadas con conductas inseguras que las llevan a ser víctimas de muertes violentas o suicidios. La “mortalidad materna” no es lo mismo que la mortalidad bruta para el grupo poblacional de mujeres en edad reproductiva, sin embargo ese grupo de población sí se afecta por muertes relacionadas y derivadas de abortos provocados.

En otra investigación realizada en ese país entre 1987-2000, que incluyó a toda la población de mujeres de Finlandia entre los 15 y los 49 años, se vincularon los registros de nacimientos y abortos a los certificados de defunción para determinar los riesgos relativos de mortalidad en los 12 meses posteriores al término del embarazo y encontraron que la tasa de mortalidad materna por causa del aborto legal en ese país es 2.95 veces mayor que la del parto.

Las mujeres que dieron a luz tenían la mitad de la tasa de mortalidad de las mujeres que no estuvieron embarazadas en el año anterior a su muerte. Las mujeres que tuvieron un aborto inducido tenían 46% más probabilidades de morir que aquellas que no habían estado embarazadas, 60% más probabilidades que quienes tuvieron un aborto espontáneo y 195% más probabilidades de morir que las mujeres que dieron a luz.⁷ Así concluyeron que el embarazo beneficia la salud de la mujer.



Según el informe de ORMALAC, “Más del 50% de las muertes maternas del mundo suceden en los países que tienen las leyes menos restrictivas. En la India, por ejemplo, donde existe una legislación que permite el aborto en casi todos los casos desde 1972, es

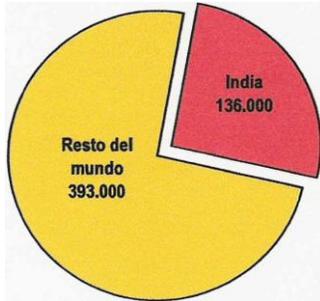
⁶ Gissler M, Kauppila R, Merilainen J, Toukomaa H, Hemminki E. "Pregnancy-associated deaths in Finland 1987-1994 -- definition problems and benefits of record linkage," *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 76:651-657 (1997). Citado en Lamus, Francisco. Rocha, Sandra. Salud pública y aborto. Persona y Bioética. Año 9, vol. 9, No. 1 (24). pp. 13-14.

⁷ Gissler et al. Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1987-2000. *Am J Ob Gyn.* 2004, 190:422-427. Citado en Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe. ORMALAC. Septiembre 2005. Falsas creencias sobre el aborto y su relación con la salud de la mujer. p. 7.



donde más muertes maternas ocurren. Cada año, se registran alrededor de 136.000 casos, equivalentes al 25% del total mundial, que para el año 2000 se calculó en 529.000.⁸

En Colombia la mortalidad materna pasó de 71,4 por 100,000 nacidos vivos en 1998 a 104,9 por cada 100,000 nacidos vivos en 2003, pero según estimativos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE y la OPS, el número de defunciones maternas por aborto disminuyó en un 37,5% en este mismo período de tiempo.⁹



Fuente: DANE - Estadísticas Vitales

Gráfico 5.1

Fuente: Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA, 2004.

En California se correlacionaron los certificados de defunción con los pagos por concepto de partos y abortos de aproximadamente 173.000 mujeres de bajos ingresos. Se halló que las mujeres que se habían practicado abortos fueron casi el doble de propensas a morir en los siguientes 2 años comparadas con aquellas que habían dado a luz, y que esta tendencia persistía durante por lo menos 8 años, 82% más por accidentes y 44% más por causas naturales.¹⁰

B. ¿Hay alguna relación entre aborto y suicidio?

En el estudio de California citado en el párrafo anterior se comprobó que las mujeres que habían abortado tenían 154% más probabilidades de morir a causa del suicidio.

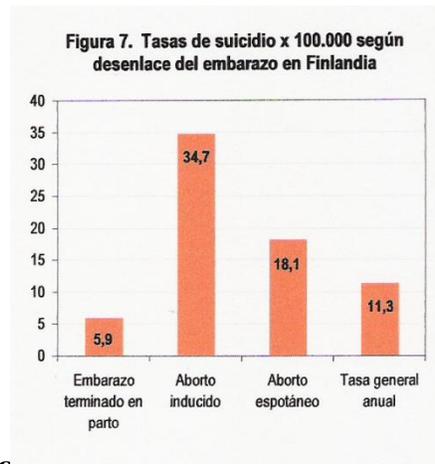
En otra investigación finlandesa se concluyó que la tasa de suicidio en el año posterior al aborto es tres veces más alta que la media femenina y siete veces más alta que la de las mujeres que parieron a sus hijos.¹¹

⁸ Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe. ORMALAC. Septiembre 2005. Falsas creencias sobre el aborto y su relación con la salud de la mujer. p. 3.

⁹ Instituto de Política Familiar (IPF) Colombia. El aborto en Colombia: informe. Bogotá, noviembre de 2005. p. 15.

¹⁰ Reardon DC, Ney PG, Scheuren FJ, Cogle JR, Coleman, PK, Strahan T. "Deaths associated with pregnancy outcome: a record linkage study of low income women." Southern Medical Journal, Agosto 2002, 95(8):834-41. Citado en Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe. ORMALAC. Septiembre 2005. Falsas creencias sobre el aborto y su relación con la salud de la mujer. p. 7.

¹¹ Gissler, Hemminki & Lonnqvist, "Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study," British Journal of Medicine 313:1431-4, 1996. Citado en Observatorio Regional para la Mujer de América



3. Relación entre aborto y morbilidad materna

A. ¿El aborto causa trastornos en la salud de la mujer?

Los siguientes datos son tomados del artículo “Salud Pública y aborto” publicado en Persona y Bioética¹²:

- La decisión de retrasar el embarazo tiene consecuentemente una pérdida de la protección que aporta éste al cáncer de seno, con un riesgo neto mayor aumentado (Brind 1996).¹³ “El llevar el primer embarazo a su completitud a temprana edad consistentemente se ha constituido como el factor protector más fuerte en contra del cáncer de mama”. El posponer el primer nacimiento vía el aborto procurado es el primer factor de riesgo independiente de cáncer de mama^{14,15,16}. (Krieger 1989), (MacMahon 1970), (Trichopoulos 1983), (Brind 1996).

- El aborto provocado por aspiración produce un riesgo aumentado de pérdida del hijo en el siguiente embarazo (Sun y col 2003).¹⁷

- Tras un aborto provocado (curetaje), el riesgo de placenta previa en el siguiente embarazo y parto prematuro, con posible aborto espontáneo, se presentó en 3 mujeres de cada 4 con historia de aborto, OR 2,9, (95% IC 1,0-8,5).¹⁸ Esto se había probado ya anteriormente en

Latina y el Caribe. ORMALAC. Septiembre 2005. Falsas creencias sobre el aborto y su relación con la salud de la mujer. p. 7.

¹² Lamus, Francisco. Rocha, Sandra. Salud pública y aborto. Persona y Bioética. Año 9, vol. 9, No. 1 (24). p. 14.

¹³ J, Chinchilli M et al. Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a comprehensive review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 10/1996; 50: 481-496.

¹⁴ Krieger y cols. Exposure, susceptibility, and breast cancer risk. *Breast Cancer Research and Treatment* 1989;13:205-223.

¹⁵ MacMahon, B.; Cole, P.; Lin, M.; Mirra, AP, et al. Age at First Birth and Breast Cancer Risk. *Bull WHO* 1970;43:209-221.

¹⁶ Trichopoulos, D.; Hsieh Cc.; MacMahon, B.; Lin T, et al. Age at any Birth and Breast Cancer Risk. *International J Cancer* 1983;31:701-704.

¹⁷ [Sun Y, Che Y, Gao E, Olsen J, Zhou W](#). Induced abortion and risk of subsequent miscarriage. *Int J Epidemiol*. 2003 Jun;32(3):449-54.

¹⁸ [Johnson LG, Mueller BA, Daling JR](#). . The relationship of placenta previa and history of induced abortion. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003 May;81(2):191-8.



otro estudio en New Jersey que mostró un (OR= Odds Ratio=Riesgo de Disparidad) OR 1,7 (95% IC 1,0-2,9).¹⁹

- Las mujeres con antecedente de aborto provocado tuvieron un riesgo mayor de presentar un recién nacido altamente prematuro que aquéllas sin este antecedente (3 de cada 5 mujeres con historia de aborto provocado presentaron parto gravemente prematuro; OR + 1.5, 95% CI 1.1-2.0) (Moreaou y cols 2005).²⁰

- En un estudio español se resumen las principales complicaciones de las que hay que informar a las mujeres en la interrupción voluntaria del embarazo de primer trimestre. Las complicaciones inmediatas son desgarros cervicales, perforación uterina, sangrado y persistencia de restos del embrión dentro del útero. Las complicaciones tardías son las adherencias o sinequias uterinas, las cicatrices e incompetencia cervical, que producen parto prematuro y riesgo de pérdida aumentada del siguiente hijo (Sánchez 2000).²¹

- El aborto provocado aumenta los riesgos de alteraciones en el estado del ánimo (depresión y autolesión), enmarcadas en el síndrome post-aborto (Thorp y cols 2003).²²

- Las mujeres que han sufrido un aborto provocado padecen un síndrome de estrés generalizado con un 30% más de probabilidad que las que han llevado adelante su embarazo no deseado (Cougles y cols 2005).²³

- El aborto provocado por malformación fetal tiene secuelas igual de graves que la pérdida de un hijo sano, y la interrupción voluntaria del embarazo en este supuesto causa aislamiento social y depresión (Schutt y cols 2001).²⁴

- Está descrito como las relaciones sexuales y el deseo sexual puede alterarse en mujeres que han abortado voluntariamente (Bianchi-Demicheli F y cols 2002), (Bielecka Z 1988)²⁵
²⁶

B. ¿La despenalización del aborto ayuda a solucionar el problema de embarazo en adolescentes?

En la investigación española publicada en el año 2005, ya mencionada, se expone que durante el año 2002, 1 de cada 7 abortos (13.7%, 10.957 en total) se produjo en

¹⁹ [Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM.](#) The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 1997 Nov;177(5):1071-8.

²⁰ [Moreau C, Kaminski M, Ancel PY, Bouyer J, Escande B, Thiriez G, Boulot P, Fresson J, Arnaud C, Subtil D, Marpeau L, Roze JC, Maillard F, Larroque B; EPIPAGE Group.](#) Previous induced abortions and the risk of very preterm delivery: results of the EPIPAGE study. BJOG. 2005 Apr;112(4):430-7.

²¹ Sánchez Durán MA. JANO EMC. Viernes 9 Junio 2000. Volumen 59 - Número 1349 p. 47 – 50.

²² [Thorp JM Jr, Hartmann KE, Shadigian E.](#) Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: review of the evidence. Obstet Gynecol Surv. 2003 Jan;58(1):67-79. Review.

²³ [Cougles JR, Reardon DC, Coleman PK.](#) Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. J Anxiety Disord. 2005;19(1):137-42.

²⁴ [Schutt K, Kersting A, Ohrmann P, Reutemann M, Wesselmann U, Arolt V.](#) Termination of pregnancy for fetal abnormality--a traumatic experience? Zentralbl Gynakol. 2001 Jan;123(1):37-41. Review. German.

²⁵ [Bianchi-Demicheli F, Perrin E, Ludicke F, Bianchi PG, Chatton D, Campana A.](#) Termination of pregnancy and women's sexuality. Gynecol Obstet Invest. 2002;53(1):48-53.

²⁶ [Bielecka Z.](#) The role of the midwife in decreasing the number of abortions. Pieleg Polozna. 1988;(5):7-9 contd. Polish.



adolescentes menores de 19 años, ocupando el tercer lugar en la clasificación por edades²⁷; en 1991 ocupaba el quinto lugar. En los últimos 10 años se duplicó el porcentaje de aborto en menores de 18 años.²⁸ La siguiente gráfica ilustra el cambio de distribución de abortos por edad en España.



4. ¿Qué tan factible es para un país controlar con estricto rigor el aborto, para que solo se aplique en lo que algunos denominan “excepciones” o “circunstancias muy infrecuentes que hacen recomendable la interrupción del embarazo”?

En el texto que la Academia Nacional de Medicina envió a la Corte Constitucional, se lee: “existen circunstancias -por cierto, muy infrecuentes- que hacen recomendable la interrupción del embarazo, siempre y cuando se lleve a cabo con el consentimiento de la mujer grávida.

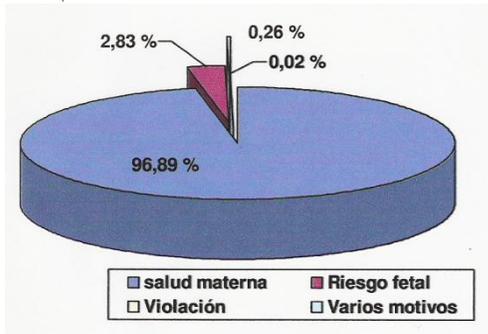
Las circunstancias a que se hace mención han sido tenidas en cuenta en las legislaciones de un número grande de países, con el respectivo aval de sus organizaciones sanitarias. (...) Previo y riguroso análisis ético-médico, son tres las circunstancias que justifican dicho proceder: a) Cuando el embarazo, *per se*, pone en riesgo evidente la vida de la madre o cuando se asocia a patologías pre-existentes, cuyo agravamiento se constituye en una amenaza mortal. b) Cuando se diagnostican con certeza malformaciones embrionarias o fetales que riñen con la supervivencia extrauterina, y c) cuando el embarazo es producto de violación o procedimientos violentos, incluyendo prácticas de fertilización asistida no consentidas.”

En España donde el aborto fue despenalizado hace 20 años, por los motivos que aduce la Academia Nacional de Medicina, en el año 2003 la distribución por causas de aborto fue: 96,89% salud materna, 2,83% riesgo fetal, 0,26% varios motivos y 0,02% violación.²⁹

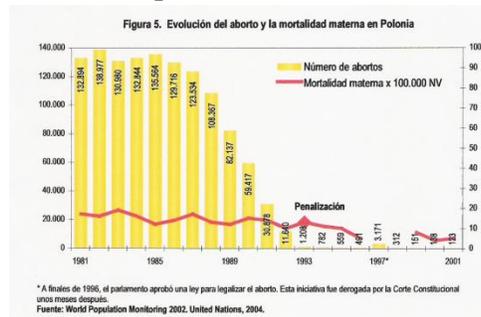
²⁷ Instituto de Política Familiar (IPF). Evolución del aborto en España: 1985-2005. Informe Serie monográfica No. 2. Madrid, Julio 2005. p.10.

²⁸ Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe. ORMALAC. Septiembre 2005. Falsas creencias sobre el aborto y su relación con la salud de la mujer. p. 7.

²⁹ Instituto de Política Familiar (IPF). Evolución del aborto en España: 1985-2005. Informe Serie monográfica No. 2. Madrid, Julio 2005. p.11.



Yendo contra la generalización del aborto, comprobada en los países en que se despenaliza con esos tres argumento “excepcionales”, Polonia restringió legalmente su práctica logrando reducirlo en un 99.8%, de 59.417 en 1990 a 138 en 2000, y redujo la mortalidad materna en un 73.3%, pasando de 15 por 100.000 NV en 1990 a 4 por 100.000 NV en 2000.³⁰



5. ¿El número de abortos disminuye si se despenaliza esa práctica?

Que la medicina avance hasta lograr un mínimo de muertes maternas como en Suecia, no significa que haya menos muertes de los individuos de la especie humana que se destruyen por medio del aborto. En 1939 ese país legalizó el aborto “terapéutico” y los abortos continuaron en aumento: de 0.4/1000 mujeres durante el período 1939-43, a 3.7 en 1953 y a 20.4 en 1994.³¹

En su investigación publicada en noviembre del año pasado, el IPF sostiene que, según la Organización Mundial de la Salud, la tasa de fatalidad estimada (muertes por cada 100 abortos inseguros) es del 0,1% para la región de Latinoamérica y el Caribe. Considerando que según cifras oficiales del DANE en Colombia el número de muertes maternas por aborto en promedio para los años de 2000 a 2002 ha sido de 60, y que de éstas las resultantes de abortos inducidos ocupan en promedio el 67% (es decir unas 48 defunciones maternas por abortos inducidos, aproximadamente), se tiene que se practicarían aproximadamente y como máximo unos *40,000 abortos inducidos al año*. Esta cifra es bastante inferior a las que se están repitiendo con frecuencia en nuestro medio (300,000 o 400,000 abortos inducidos).³²

³⁰ Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe. ORMALAC. Septiembre 2005. Falsas creencias sobre el aborto y su relación con la salud de la mujer. p. 5.

³¹ CHORRO VIZCAÍNO, Paloma y Letizia Grita, “Lenguaje y antilenguaje en algunos textos jurídicos europeos relativos a la reglamentación del aborto”, en Medicina y Ética, Marzo de 1996, p. 258

³² Instituto de Política Familiar (IPF) Colombia. El aborto en Colombia: informe. Bogotá, noviembre de 2005. p. 14. Hace referencia a World Health Organization (2004) *Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, Fourth Edition.

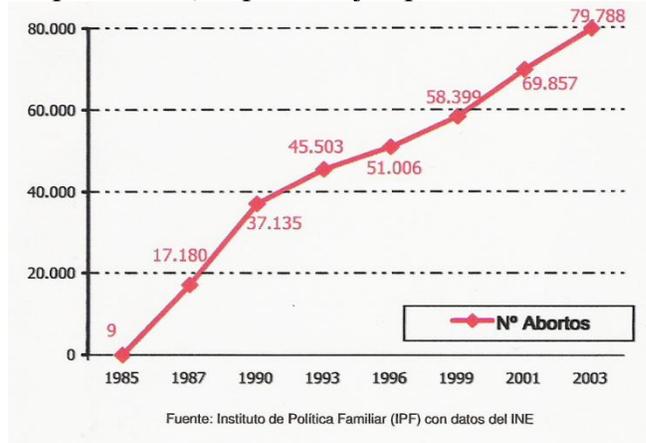


Estas cifras, en un país en vías de desarrollo, presentan un fuerte contraste con España, donde está despenalizado desde hace 20 años y las mujeres, en su mayoría de clase media, tienen acceso a esta práctica pagada por el Estado, en condiciones asépticas, igual que en USA y en Inglaterra.³³

En 1973 la Corte Suprema de los Estados Unidos legalizó el aborto en todo el país. Diez años después la cifra de abortos había crecido en un 112%. En 1990 era 2.3 veces mayor, alcanzando un pico de 1.5 millones de abortos anuales. Desde entonces el número de abortos ha ido en descenso pero dista mucho de un porcentaje inferior al que había antes de que se despenalizara.

Desde su despenalización, en el Reino Unido el número de abortos se ha incrementado en un 272%. En los últimos 10 años aumentó 17%. Sólo en Inglaterra y Gales se llevaron a cabo 185.415 abortos inducidos: en el 2004 un 2.1% más que el año anterior. Según ORMALAC, “En el 2004, la tasa de aborto más alta se presentó entre las jóvenes de 18 a 24 años. Entre las adolescentes menores de 16 hubo un incremento del 6% con respecto al 2003. El 95% de los abortos se produjo argumentando problemas para la salud física o mental de la mujer. Cerca del 1% se llevaron a cabo por razones eugenésicas, de éstos, la tercera parte eran fetos con Síndrome de Down.³⁴

Las gráficas muestran la evolución del aborto en España, país en el que 1 de cada 6 embarazos termina en aborto (es la principal causa de muerte de individuos de la especie humana en ese país).³⁵ En los demás países tampoco ha disminuido el aborto después de despenalizado; se pone el ejemplo de EE.UU. e Inglaterra.³⁶



³³ Instituto de Política Familiar (IPF). Evolución del aborto en España: 1985-2005. Informe Serie monográfica No. 2. Madrid, Julio 2005. p. 3.

³⁴ Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe. ORMALAC. Septiembre 2005. Falsas creencias sobre el aborto y su relación con la salud de la mujer. p. 14

³⁵ Instituto de Política Familiar (IPF). Evolución del aborto en España: 1985-2005. Informe Serie monográfica No. 2. Madrid, Julio 2005. p. 6.

³⁶ Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe. ORMALAC. Septiembre 2005. Falsas creencias sobre el aborto y su relación con la salud de la mujer. pp. 13-14.

Figura 8. Evolución del aborto legal en Estados Unidos



Fuente: Abortion Surveillance – United States 2000. Centers for Disease Control, 2003

Figura 10. Evolución del aborto legal en Inglaterra y Gales



Fuente: Abortion Statistics: England and Wales 2004.

6. ¿En el momento actual se puede concluir, desde la Medicina basada en la evidencia, que el aborto en Colombia es un problema de salud pública?

En el caso de Colombia, desde el año 2000 las defunciones por aborto se aproximan al 0,03% sobre el total nacional de defunciones. En el 2003 el DANE reportó 45 defunciones por aborto, es decir, menos de una semanal.³⁷ Esto contrasta con los individuos humanos abortados registrados en ese mismo año en España: uno cada 6.6 minutos.³⁸ En el 2001 las muertes por aborto en Colombia, según el DANE, representaron solo el 0,22% del total de individuos humanos destruidos.³⁹

También según el DANE, “las defunciones maternas por aborto en promedio para los años 2000 a 2003, están muy por debajo de las defunciones por enfermedad en estos mismos años, representando el 0,07%.”⁴⁰ El Instituto concluye; “Según estas estadísticas del DANE, el aborto es la cuarta causa de muerte materna después de: edema, proitenuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (27%); otras afecciones obstétricas (26,9%); y complicaciones del trabajo de parto y del parto (19,2%), causas que en promedio representan juntas el 73,1% del total nacional para estos años. El aborto representa tan sólo en promedio el 8,4% de las muertes maternas en nuestro país durante los años 2001-2003, cifra que va en descenso y que además resulta poco significativa para que el aborto sea considerado como un “problema de salud pública” tal como argumentan algunas organizaciones tanto públicas como privadas y, principalmente aquellos interesados en que se despenalice el aborto en el país.”⁴¹

Conclusiones

1. El aborto es una práctica contraria al fin de la medicina, que es procurar lo saludable y lo reabilitador para cada individuo humano, acogerlo y acompañarlo respetando las diferencias biológicas y al enfermo débil, en todas las etapas de su ciclo vital y en todas las circunstancias de su existencia, sin discriminación alguna y sin ceder a las presiones de terceros.
2. Con el principio del voluntario indirecto⁴², el médico no necesita ni tiene derecho a atender directamente contra la vida de ningún individuo humano.

³⁷ p. 12.

³⁸ Instituto de Política Familiar (IPF). Evolución del aborto en España: 1985-2005. Informe Serie monográfica No. 2. Madrid, Julio 2005. p. 5.

³⁹ Instituto de Política Familiar (IPF) Colombia. El aborto en Colombia: informe. Bogotá, noviembre de 2005. p. 11.

⁴⁰ Idem p. 10

⁴¹ Idem pp. 13-14

⁴² Principio de voluntario indirecto o causa de doble efecto: Es éticamente aceptable realizar una acción en sí misma buena o indiferente que tenga un efecto bueno y uno malo, sí: a) La acción en sí misma, es decir, sin



En caso de violación, la sociedad y la medicina tienen recursos suficientes para ayudar a los tres sin necesidad de condenar a muerte a la víctima más indefensa ni añadir al trauma de la violación, otro que no lo remedia y que, como queda comprobado, es peor: el del aborto.

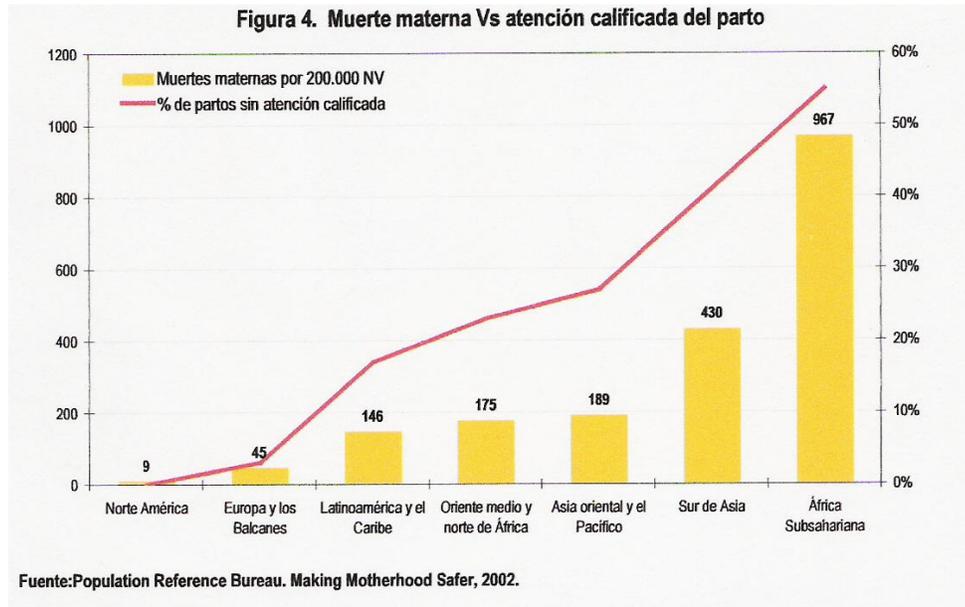
3. Teniendo en cuenta los efectos de las mismas, y su contraste con los efectos positivos de las legislaciones que prohíben el aborto para la morbi-mortalidad de la mujer y de sus hijos, se concluye que no se hallan argumentos científicos para afirmar que con la despenalización del aborto se logre una disminución de la morbi-mortalidad materna. En cambio, sí los hay para demostrar que al despenalizar el aborto aumenta la morbi-mortalidad.
4. Con base en la primera función esencial de salud pública, que busca seguir, evaluar y analizar la situación de salud, se puede concluir que la evidencia proveniente de países donde el aborto se ha legalizado permite observar que no necesariamente el auge de la política internacional obedece a la pertinencia de la misma. Al contrario se ve que en el péndulo de las políticas públicas hay países que ya vienen de regreso tras haber cometido el desacierto de legalizar el aborto. En ese sentido valdría la pena resaltar el acierto que como nación se ha tenido al sostenerse en una política “impopular” cuando es evidente que el péndulo en términos de las políticas públicas en salud internacionales puede moverse de nuevo en este sentido, como ha sido el caso de Polonia.
5. De la morbi-mortalidad materna que es efecto del aborto, estudiada por múltiples grupos científicos, se deduce que debe ponerse todos los medios lícitos para evitar el aborto.
6. Desde la medicina basada en la evidencia, no hay suficientes datos para demostrar que el aborto sea un problema de salud pública en Colombia. Por el contrario, teniendo en cuenta las tendencias en los países que lo han despenalizado, se puede concluir que despenalizar el aborto genera un problema de salud pública al incrementar la morbi-mortalidad materna y la mortalidad prenatal.
7. Del informe “World Mortality Report: 2005” de Naciones Unidas se deduce que, desde la perspectiva de la salud pública, lo más acertado para evitar el aborto en un país es mantenerlo penalizado, junto con otras medidas como la educación a toda la población en el respeto incondicional a todo individuo humano y capacitar mejor al personal de salud para que preste una atención realmente calificada durante el embarazo, parto y puerperio.
8. Desde el punto de vista educativo, para promover mayor rigor científico en el abordaje de los problemas de salud, el Gobierno Nacional debería delegar, con recursos proporcionados, la investigación sobre aborto y otros temas relacionados con el respeto incondicional al derecho fundamental a la vida que tiene cada individuo de la especie humana –en este respeto se fundamenta la medicina-, para

tener en cuenta las circunstancias, es buena o indiferente; b) La intención es lograr el efecto bueno; c) El efecto bueno se da al menos con igual inmediatez que el malo, no mediante el efecto malo; d) Debe haber una razón urgente para actuar. e) El bien que se busca debe superar el mal que se permite. No es ético conseguir un bien menor a costa de un mal mayor; f) Si el efecto bueno pudiera obtenerse por otro medio, no es ético hacerlo por un medio que implique un efecto malo.



que sean las universidades las que, con sus investigaciones científicas conjuntas, faciliten datos realmente basados en la evidencia. Las universidades son propiamente centros de investigación y difusión del conocimiento.

9. Con los estudios de la ONU se concluye que la solución al aborto no es despenalizarlo, sino mejorar la atención a la gestante y a sus hijos.



10. Con los recientes hallazgos de la ONU, sus comités de monitoreo de algunos tratados internacionales, como el Comité de la CEDAW y el Comité de Derechos Humanos, que venían recomendando la despenalización del aborto a nuestros países latinoamericanos y en otras partes del mundo, ya no deben afirmar que exista el supuesto “derecho al aborto” y menos que este deba ser garantizado por las leyes nacionales e internacionales por supuestos motivos de salud pública. Si les interesa tener en cuenta los hallazgos de la Medicina basada en la evidencia, tendrán que recomendar a los países que se sancione la práctica del aborto, para evitar la morbi-mortalidad materna por esta causa. De este modo, por fin, pondrán los medios para evitar la muerte de individuos de la especie humana en su etapa de desarrollo embrionaria y fetal.

En espera de haber podido colaborar en el debate de su proyecto y con la esperanza del **23 constitucional** de contar con el favor de su respuesta dando acuse de recibo del presente, se suscribe de Usted, muy cordialmente,

Hernán Alejandro Olano García
Director del Programa de Humanidades
Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas
Universidad de La Sabana
Km. 7 Autopista Norte, costado occidental
Chía, Cundinamarca, teléfono 8616666, ext. 2805. @HernanOlano