

SALUD PÚBLICA Y ABORTO

Francisco Lamus*, Sandra Rocha**

RESUMEN

El giro que ha tomado este debate en Colombia, ubicándolo en el terreno de la salud pública antes de dictar sentencia respecto a la decisión que debe tomar una sociedad, cuando se enfrentan el derecho a la vida y el derecho a la libertad, obliga a hacer unas precisiones al respecto, especialmente si la evidencia utilizada para respaldar la primacía del derecho a la libertad de una sobre el derecho a la vida de otra(o) descansa en argumentos debatibles desde el terreno de la salud pública.

Hasta el año 2005, el aborto inducido se ha considerado una práctica ilegal en Colombia. Con este antecedente, es clara la posición que el Estado colombiano ha mantenido hasta el momento, conservando una postura en la que antepone el derecho a la vida de los sujetos concebidos sobre cualquier otro derecho, distinto al de la vida, que trate de privilegiarse, respecto de estos nuevos seres humanos.

PALABRAS CLAVE: aborto, salud pública, efectos postaborto, mortalidad materna, derecho a la vida.

ABSTRACT

The turn given to this debate in Colombia by placing it in the domain of public health (prior to pronouncing judgment with respect to the decision that a society should make where the right to life and the right to freedom are confronted), forces the introduction of some clarifications with respect to this matter. And, particularly, if the evidence used to support the preeminence of the right to freedom over the right to live rests on arguments that, and in the light of public health, are debatable.

Until 2005, induced/artificial abortion has been considered an illegal practice in Colombia. Based on this background, the stand of the Colombian State up to now has been very clear in maintaining a position where the right to life of [newly] conceived subjects is always put before any other intended to be privileged over it, with respect to the new human beings in their developing process.

KEY WORDS: Abortion, public health, post-abortion effects, maternal mortality

El tema del aborto es un asunto que permanentemente es reciclado en el seno de la sociedad, no solo en Colombia sino en diversas latitudes. Sin embargo, la vuelta atrás una vez este ha sido lega-

lizado es muy difícil, y solo se consiguen reconsideraciones parciales, sin que se acabe de hecho con esta práctica, que atenta contra el derecho a la vida. Como ejemplo tenemos las siguientes tendencias, que se han venido presentando en el 2005 en Estados de los Estados Unidos, donde el aborto ya ha sido legalizado:

* Médico Pediatra. Máster en Salud Pública y Máster en Ciencias de Desarrollo Social. Jefe Salud Pública y Prevención Social, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana.

E-mail: francisco.lamus@unisabana.edu.co

** Médica. Bacterióloga. Especialista en Educación Médica. C. Máster en Psicología.

FECHA DE RECEPCIÓN: 16-09-2005
FECHA DE ACEPTACIÓN: 23-09-2005

El gobernador de Texas, Rick Perry, firmó una ley requiriendo a los menores que quisieran abortar que consiguieran el consentimiento paterno. La ley también pone restricciones al aborto tras 26 semanas de embarazo.



El gobernador de Florida, Jeb Bush, firmó la legislación que da al estado una supervisión mayor de las clínicas que ofrecen abortos en el segundo trimestre de embarazo.

Una ley de Georgia fija un período de espera de 24 horas y notificación a los padres para los menores. También especifica que el doctor debe informar a la mujer de la edad del feto, de las alternativas al aborto, y de la probabilidad de que el feto sienta dolor durante el aborto.

Una ley de Indiana exige ahora que los médicos abortistas notifiquen a los pacientes que pueden ver una imagen ultrasónica y escuchar el latido del corazón del feto (1).

La tendencia legislativa refleja un proceso que tiende a tratar de “humanizar” una práctica difícilmente controlable, en términos de que se ofrezcan los suficientes elementos de juicio y la capacidad de decisión que puedan llegar a tener las mujeres que acuden a que se les lleve a cabo esta práctica. Sin embargo, la sociedad organizada, una vez ha legalizado el aborto, difícilmente regresa a reflexionar sobre las implicaciones que puede haber tenido la apertura de esta alternativa social, con tan profundas consecuencias y lesiones a la salud de la población en su conjunto. Los argumentos utilizados para justificar la despenalización del aborto ubican el debate alrededor del tema en el terreno de la salud pública, antes de que las instancias llamadas a aprobarlo se pronuncien a favor o en contra del mismo. Las razones aducidas para legitimar la práctica del mismo argumentan que el aborto es competencia de las políticas de salud, ya que los países que han legalizado el aborto han mostrado un impacto muy favorable

en los indicadores de morbilidad y mortalidad materna en los cinco años que siguen a la implementación de la medida, y que en todos esos países se han reducido las prácticas del aborto (2). Esta justificación pretende apoyar los tres supuestos básicos bajo los cuales suele despenalizarse el aborto:

1. Evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada.
2. Si el embarazo es consecuencia de un hecho constitutivo de un delito de violación, previamente denunciado.
3. Presunción de graves taras físicas o psíquicas en el feto.

En este artículo se aportarán evidencias que muestran unos resultados contrarios a los argumentados para proponer la despenalización del aborto como solución a un problema de salud pública, como es el caso de la mortalidad materna. Es lo que sucede en España, en donde, tras ser legalizado el aborto en 1985, por los motivos antes expuestos, ha llegado a aumentar de manera vertiginosa, convirtiéndose en la actualidad en la principal causa de mortalidad materna de ese país. El balance refleja “una verdadera explosión de los abortos en los últimos años”, pues desde 1985 se han producido casi 850.000 (844.378) abortos:

En cinco años (1998-2003) el aborto ha crecido en casi el 50% (48,2%).

En diez años (1993-2003) el crecimiento ha sido del 75,3% (3).

También se busca demostrar cómo es un error afirmar que despenalizar el aborto disminuye la carga de la enfermedad y la muerte en la población. A continuación se presentan los argumentos que sustentan la



posición contraria de los grupos que abogan por la despenalización del aborto:

1. Se presenta la evidencia de cómo el aborto **no** favorece el continuo de salud-enfermedad de quienes lo han practicado, ni es una medida de “salud pública” conveniente para el grupo poblacional de mujeres en edad reproductiva. Se destacan los siguientes aspectos:

- Muertes maternas de mujeres que llegan al parto, respecto de mujeres vinculadas a abortos.
- Mujeres que se han practicado un aborto conservan un riesgo elevado de mortalidad después del mismo.
- Adicionalmente, resulta claro que la decisión de postergar el embarazo repercute en disminuir la protección que representa este estado, respecto al cáncer de seno.
- El aborto aumenta la posibilidad de perder el siguiente embarazo. Además, existe un mayor riesgo de sufrir complicaciones, como placenta previa, abortos espontáneos o partos prematuros, así como las dificultades propias del procedimiento abortivo, tanto en lo biológico como en los aspectos psicológicos y sexuales, que afectan a la mujer después de este procedimiento.

2. En segunda instancia, se resalta cómo la responsabilidad de la gestión de la salud de la población abarca al sujeto producto de la concepción.

3. Por último se ofrece una visión sobre el quehacer en la gestión de la salud de la población (“salud pública”), donde se ve cómo, desde diferentes ámbitos de esta disciplina, existen argumentos contundentes para afirmar que el aborto **no** es una medida conve-

niente ni prioritaria para gestionar la salud de la población de mujeres en edad reproductiva.

1. EL ABORTO *NO* FAVORECE EL CONTINUO DE SALUD-ENFERMEDAD

Cuando se afirma que “los países que han legalizado el aborto han mostrado un impacto muy favorable en los indicadores de morbilidad y mortalidad”, vale la pena destacar la evidencia contraria, donde se ve que esta afirmación dista de la realidad que se asegura. Con la evidencia que se enumera a continuación se presentan los resultados de investigaciones en diferentes partes del mundo y en diversas publicaciones, donde se observa cómo el aborto produce los siguientes resultados adversos al continuo de salud-enfermedad de mujeres que lo han sufrido:

A. Un estudio finlandés de 1997 muestra que, doce meses después del término del embarazo, las mujeres que abortan tienen un índice de mortalidad 252% mayor que aquellas que llevan su embarazo a término (Gissler y cols., 1997) (4). Adicionalmente, en el proceso de registrar la mortalidad es importante resaltar la importancia de mirar más allá de la mortalidad materna, la de mujeres en edad reproductiva, ya que solamente los estudios que contemplen todas las causas de muerte pueden identificar que el riesgo de fallecimiento de mujeres que han abortado es mayor que el de aquellas 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.
- B. El índice de muerte materna vinculada al aborto es 2,95 veces más elevado que el de embarazos que llegan al parto, en la población de mujeres de Finlandia entre los 15 y los 49 años de edad. Esta investigación, realizada en el Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para el Bienestar y la Salud de Finlandia, concluyó que el embarazo contribuye a la salud de las mujeres (Gissler y cols., 2004) (5).
- C. Las mujeres que se habían practicado abortos tuvieron un índice de mortalidad de casi el doble respecto de las controles, en los siguientes dos años: el índice de muerte siguió elevado durante por lo menos ocho años (Reardon y cols., 2002) (6).
- D. La decisión de retrasar el embarazo tiene, como consecuencia, una pérdida de la protección que aporta este al cáncer de seno, con un riesgo neto mayor (Brind, 1996) (7). “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”. Posponer el primer nacimiento a través del aborto constituye el primer factor de riesgo independiente de cáncer de mama (8, 9, 10).
- E. El aborto provocado por aspiración produce un riesgo aumentado de pérdida del hijo en el siguiente embarazo (Sun y col., 2003) (11).
- F. Tras un aborto provocado (curetaje), el riesgo de placenta previa en el siguiente embarazo y parto prematuro, con posible aborto espontáneo, se presentó en tres de cada cuatro mujeres con historia de aborto, OR (OR = Odds Ratio = Riesgo de Disparidad) 2,9 (95% IC 1,0-8,5) (12). Esto se había probado ya anteriormente en otro estudio, de la Universidad de Medicina de New Jersey, que mostró un OR 1,7 (95% IC 1,0-2,9) (13).
- G. Las mujeres con antecedente de aborto provocado presentaron un riesgo mayor de tener un recién nacido altamente prematuro, que aquellas sin este antecedente (tres de cada cinco mujeres con historia de aborto provocado presentaron parto gravemente prematuro, OR + 1,5 (95% CI 1,1-2,0) (Moreau y cols., 2005) (14).
- H. En un estudio de revisión español se resumen las principales complicaciones que se deben 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 y la incompetencia cervical, que producen parto prematuro y riesgo de pérdida aumentada del siguiente hijo (Sánchez, 2000) (15).
- I. El aborto provocado aumenta los riesgos de alteraciones en el estado del ánimo (depresión y autolesión), enmarcadas en el síndrome postaborto (Thorp y cols., 2003) (16).
- J. 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 (Cogle y cols., 2005) (17).
- K. 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) (18).
- L. Se ha descrito cómo las relaciones sexuales y el deseo sexual pueden alterarse en mujeres que han



abortado voluntariamente (Bianchi-Demicheli F. y cols., 2002; Bielecka Z., 1988) (19, 20).

2. LA SALUD DE LA POBLACIÓN ABARCA AL SUJETO PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN

Es importante señalar el peligro que encierra una visión parcial y discriminatoria de la salud pública, como puede ser la que está promulgando el funcionario del Ministerio de la Protección Social, que emite la “corrección” a la posición inicial. Esto debido a que si miramos cuál es el propósito de la gestión en salud de la población, como responsabilidad de la sociedad organizada en su conjunto, vemos que es un deber de la colectividad mejorar las condiciones y situación de salud de la población general, sin discriminación a favor de unos grupos y en detrimento de otros. Menos aún discriminando y abriendo la puerta a medidas eugenésicas, al aceptar la pena de muerte como “una medida de salud pública” que condena a los más vulnerables, en este caso los sujetos producto de la concepción, cualquiera que sea el mecanismo que los haya engendrado. Aceptar el aborto condena a muerte a sujetos vivos, como ha sido expuesto por autoridades cercanas, por su oficio, al inicio de la vida.

El doctor Landrum Shettles, llamado por muchos “padre de la fertilización *in vitro*”, comenta: “La concepción confiere vida, y esa vida es de un solo tipo: humana”. **“Negar la verdad (sobre cuándo comienza la vida humana) no da las bases para legalizar el aborto”**.

El doctor Alfred Bongiovanni, Escuela de Medicina de la Universidad de Pennsylvania: “Yo no estoy

más preparado para decir que esa temprana etapa de la fecundación representa un ser humano incompleto, que para afirmar que un niño, antes de los dramáticos efectos de la pubertad, no es un ser humano”.

El doctor Hymie Gordon Chairman, Departamento de Genética de la Clínica Mayo en EE. UU.: “Basado en todos los criterios de la biología molecular, la vida está presente en el momento de la concepción”.

Por lo tanto, aceptar el aborto de cualquier manera sería admitir que es lícito cometer un crimen a nombre de la sociedad organizada, debido a que esta ha aceptado que es “válido” discriminar el derecho a la vida y a la libertad que tiene un grupo poblacional sobre otro. Se hace referencia al soporte legal que se pretende dar a las madres que decidan abortar a sus hijos, por ser los productos de embarazos “no deseables”, porque han sido producto de una violación o porque ponen en peligro su salud o sus vidas, o porque sus hijos padecen enfermedades congénitas incompatibles con la vida extrauterina. Esta propuesta, que negaría que el derecho a la vida es inviolable para todos los individuos humanos, es inaceptable para muchos de los que trabajamos en el sector de la salud y participamos de la organización social, preocupada por cuidar, proteger, defender y abogar por los derechos de todos los miembros de la familia humana, sujetos de la sociedad sin excepción, independientemente de sus características biológicas y de si son “deseables” o no por otros sujetos o por la sociedad. Por eso, independientemente de si el funcionario del Ministerio Público considera que el pronunciamiento emitido por la colega que lo precedió fue uno regido por consideraciones “éticas, religiosas o

jurídicas”, vale la pena aclararle que se ampara aún más en la esencia misma de la razón de ser de la disciplina que dice practicar, infortunadamente para la sociedad, promoviendo la discriminación y condena a muerte de unos seres vivos (los productos de la concepción durante sus primeros nueve meses de vida) y a favor de otros, que no se sabe bajo qué criterio considera él más importantes (las mujeres que abortan) y con mayor derecho a la vida sobre aquellos más vulnerables.

La disciplina de la salud pública, para un amplio sector de los que nos involucramos con ella, procura trabajar por mantener la vida, recuperar la salud y el bienestar, dentro del continuo de salud-enfermedad en que nos movemos los seres humanos y las colectividades. Sería inequitativo, discriminatorio y perverso pretender aceptar la condena a muerte de unos sujetos como una herramienta de salud pública, solo porque, dadas unas circunstancias, se acepta que los derechos de las madres que abortan predominan sobre los derechos de los hijos que ya han sido concebidos.

3. LA VISIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN

Si se analiza la visión de la salud de la población en sus diferentes objetos y niveles de análisis, como lo plantea Julio Frenck, vemos cómo, en diferentes campos ajenos a este análisis, hay argumentos que subrayan la impertinencia y el peligro que representa para la salud de la sociedad aceptar el aborto, como una medida que la sociedad esgrima como “favorecedora” de sus condiciones de salud y bienestar.

Según lo planteado por Frenck, los objetos de análisis de la salud de la población son las condiciones de salud

de esta, la respuesta social organizada y los resultados obtenidos dada esa respuesta social. Por otro lado, los niveles de análisis que corresponden al estudio de la salud pública tienen relación tanto con los del nivel individual como el poblacional (ver tabla 1). Si cruzamos objetos y niveles de análisis, encontramos una matriz que permite obtener una mirada analítica de cualquier problema de salud que se trate de abordar, como se hará en este caso con el evento del aborto.

1. Aspectos biomoleculares: La evidencia clínica manifiesta la relación de causalidad existente entre el embarazo temprano llevado a término y el efecto protector para el cáncer de mama que este genera. Numerosos estudios buscan dilucidar la causa molecular de este factor de protección que tiene el embarazo (axiomático para mujeres con embarazos antes de los 30 años). Hasta el momento se han encontrado hechos tales como:

- Durante el embarazo se generan altos niveles de alfa-fetoproteína, proteína que tiene la capacidad de inhibir el crecimiento de células estrógeno-sensibles, como las implicadas en el cáncer de mama, lo cual resulta en una incidencia total baja para cáncer de mama y una incidencia reducida para tumores grandes de la misma (enfermedad agresiva), en mujeres en gestación con altos niveles de la proteína (asociación particularmente fuerte para mujeres que dan a luz a una edad menor o igual a los 29 años) (Mads, 2000) (22).
- Un estudio realizado en roedores demostró que la interrupción del embarazo (aborto) hace perder el factor protector que dan el embarazo y la lactancia contra carcinógenos de cáncer de mama, ya que el embarazo llevado a término

Tabla 1

NIVELES	OBJETOS DE ANÁLISIS		
	Condiciones	Respuesta social organizada	Resultados
Individual	1 Aspectos biomoleculares	2 Aspectos clínico-terapéuticos	3 Resultados obtenidos
	4 Aspectos epidemiológicos	5 Aspectos de servicios y sistemas de salud	6 Resultados obtenidos

Fuente: Frenck, Julio. *La nueva salud pública* (21), Instituto Nacional de Salud de México, 1997.

(con lactancia o sin ella) elimina el DNA-LI de los conductos terminales intralobulillares y reduce el DNA-LI de los conductos terminales y los alvéolos lobulillares de la glándula mamaria. El DNA LI se encuentra presente en células mal diferenciadas constitutivas de tumores (Russo, 1980) (23).

- Se ha observado que durante el proceso de involución que deben sufrir el útero y la glándula mamaria después del parto, estos órganos producen niveles considerables de una proteína de fase aguda que ha sido llamada “uterocalina” (SIP24/24p3), y se sugiere que uno de los efectos de la proteína es disminuir la actividad oxidativa y carcinógena en la glándula, produciendo un menor índice de mutación, con una probabilidad más baja del cáncer en la mama (Marit, 2003) (24).

2. Aspectos clínico-terapéuticos: Como se anotó anteriormente, el hecho de someter a una mujer a un proceso abortivo hace que aumenten los riesgos

que tiene de padecer acontecimientos iatrogénicos que terminen en perforaciones uterinas o trombosis de las venas ováricas. Además, hay evidencia de cómo los efectos psicológicos que padece la mujer que se somete a un aborto, después del evento, tienen implicaciones sobre su estabilidad emocional y funcional, y además una mayor probabilidad de poner en riesgo sus embarazos futuros (25).

3. Resultados obtenidos: Se ha expuesto cómo el aborto, además de acabar con la vida de un ser en proceso de gestación, va en detrimento de la salud de la madre que ha abortado. Hay evidencia que prueba cómo en ella puede aumentar el riesgo de enfermar, por entidades como el cáncer de mama, al restar el efecto protector que tienen los embarazos llevados a término (McMahon, 1970; Krieger, 1989).

4. En cuanto a la epidemiología, es decir, las condiciones de salud en el nivel poblacional, es definitivo analizar el indicador de mortalidad materna dentro de los demás indicadores de mortalidad de mujeres en edad reproductiva, donde la relevancia de la mortalidad por el aborto, como factor determinante, disminuye su importancia respecto a otras entidades, que inciden de manera más significativa en el estado de salud de la mujer que ha decidido abortar (Gissler, 1997). Adicionalmente, en Colombia el aborto como causa de mortalidad materna está ampliamente superado por otros motivos, que bien pueden justificar acciones prioritarias por parte de las agencias encargadas de coordinar, controlar y modular la respuesta social organizada para atender el binomio madre-hijo, antes que sentenciarlos a muerte mediante medidas como la despenalización del aborto, como se ve en la tabla 2.

5. Servicios y sistemas de salud: La tabla 2 también permite observar que con el factor relativo a servicios y sistemas de salud, antes que fortalecer una respuesta social organizada para el binomio madre-hijo, mediante la garantía de acceso a servicios de salud, como el de control prenatal y consejería durante el embarazo, se pretende legitimar una acción que claramente va en detrimento del derecho a la vida de un nuevo ciudadano o ciudadana, antes que obligar a la sociedad a asumir su responsabilidad para con él o ella. Una situación similar se presenta cuando la sociedad decide que: “para acabar con los pobres hay que acabar con ellos antes que con la pobreza”. En este caso se está llevando a la sociedad a pensar que: para acabar con los embarazos “no deseados” hay que acabar con los individuos humanos en su etapa intrauterina de crecimiento y desarrollo, mucho antes de que, como individuos, puedan abogar por sus propios derechos.

Tampoco se debe desconocer que con la despenalización del aborto se abre camino a una industria que involucra a los fabricantes de medios para la realización de la técnica.

Llaman la atención titulares como: “Las clínicas de aborto españolas facturaron en 2002 más de seis mil millones de pesetas”, seguidos de textos como: “El 98 por ciento de las mujeres que decide acabar con su embarazo opta por un centro privado. El aborto se ha convertido en un auténtico negocio en España. Alrededor de 78.000 mujeres decidieron terminar con su embarazo en el 2002, lo que supone una facturación de más de cuarenta millones de

Tabla 2 Defunciones maternas por grupos de edad, según departamento de residencia, y lista de causas agrupadas, 6/67 CIE-10 (basada en la lista 6/66 de OPS), año 2003. Cifras preliminares.

Departamento de residencia y grupos de causas		Total
Total nacional	Total	534
	Embarazo terminado en aborto (O00-O08)	45
	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (O10-O16)	138
	Otros trastornos relacionados principalmente con el embarazo (O20-O29)	10
	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto (O30-O48)	32
	Complicaciones del trabajo de parto y del parto (O60-O75)	102
	Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (O85-O92)	42
	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (O95-O99)	149
	Causas especificadas en otros capítulos (A34X, B200-B24X, C58X, D392, E230, F530-F539, M830)	16

euros (seis mil millones de pesetas) en clínicas abortistas. Un aborto practicado en un centro privado suele costar entre 400 a 3.000 euros, en función de lo avanzado que esté el proceso de gestación del feto. Las intervenciones suelen durar media hora. Un negocio que crece cada año. Según el Instituto de Política Familiar, cada siete minutos y medio se produce un aborto en España” (26). Y no deja de ser llamativo que se encuentren vía internet varias páginas de asociaciones de víctimas del aborto, o de centros profesionales de apoyo y tratamiento para mujeres (y sus familiares) que han recurrido al aborto procurado. Si la oferta es proporcional a la

demanda, es este un punto digno de honda reflexión y análisis, previo a cualquier medida adoptada con respecto a la legalización del aborto.

CONCLUSIÓN

Si bien es cierto que las tasas de mortalidad materna e infantil son dinámicos indicadores del nivel de desarrollo de un país, y son una preocupación constante para quienes trabajamos en el sector salud, como agentes gubernamentales, agentes no gubernamentales o profesionales del área, se debe actuar con cautela al momento de seleccionar las acciones encaminadas a reducir la mortalidad materna, pues se corre el riesgo de sustituir un problema por otro, como ocurre al plantear la despenalización del aborto como medida de protección para la salud y los derechos de la mujer.

Apartándonos de la implicación moral que carga el implementar la eliminación de un ser humano, como lo es un individuo en gestación, y observando el resultado del análisis del riesgo y las implicaciones que tiene la práctica del aborto en todos los aspectos relacionados con la salud pública, se destaca el hecho de que hay suficiente evidencia que muestra cómo los indicadores para valorar el efecto final en la mortalidad de mujeres en edad reproductiva deben considerar índices que contemplen fórmulas que abarquen rangos más amplios de tiempo que los que incluye la mortalidad materna como se analiza actualmente. Este aspecto es definitivo para desenmascarar los efectos adversos que tiene el aborto en la supervivencia de mujeres que han optado por tener una práctica abortiva. Antes de tomar cualquier decisión de esta índole, Colombia debería investigar activamente, en

su territorio y con su población, lo que ya ha sido descrito en Finlandia por el grupo de Gissler y colaboradores desde 1997. Por otra parte, si bien hay controversia sobre el efecto deletéreo que pueden tener los abortos al aumentar el riesgo de cáncer de seno en la mujer, sí es claro que decae la protección frente a esta entidad, respecto a embarazos llevados hasta el término. También son evidentes los efectos psicosociales que conlleva esta entidad sobre la salud integral de las mujeres, hasta mucho tiempo después de haber sufrido una experiencia abortiva. En resumen, este artículo pretende dejar planteada la necesidad de reorientar las alternativas para responder a la salud de mujeres en edad reproductiva, mediante la apertura a propuestas encaminadas a corregir las causas verdaderamente prioritarias y determinantes de la mortalidad de mujeres en edad reproductiva, que pueden ser o que hayan sido gestantes.

También se pretende alertar sobre el riesgo que tiene el Estado colombiano de convertirse en cómplice de atentar contra el derecho a la vida de una parte de la población, la más indefensa, así como desfavorecer la salud de las mujeres que toman la decisión de abortar, sin recibir, por parte del personal de salud, la información completa sobre los riesgos y las consecuencias, no solo para ellas, sino también para sus futuros hijos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Artículo del 19 de julio en el Washington Post, donde se analizaba un informe publicado por el Instituto Alan Guttmacher. El informe "Estimaciones de la incidencia de abortos en Estados Unidos en 2001 y 2002" fue hecho público el 19 de mayo.



- 2 Declaración Jefe de Salud Pública, Ministerio de Protección Social. Periódico El Tiempo, sábado 3 de septiembre de 2005.
- 3 Documento *Informe sobre la evolución de los abortos en España: 1985-2005*. Informe Serie Monográfica número 2. Instituto de Política familiar (IPF), 2005.
- 4 Gissler, M.; Kauppila, R.; Merilainen, J.; Toukoma 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.
- 5 Gissler, M.; Berg, C.; Bouvier-Colle, M. H.; Buekens, P. "Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1987-2000", *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 190 (2): 422-7, Feb. 2004.
- 6 Reardon, D. C., y cols. "Deaths associated with pregnancy outcome: a record linkage study of low income women", *South Med. J.*, 95: 834-41, 2002.
- 7 Brind, 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*, 50: 481-496, 10/1996.
- 8 Krieger y cols. "Exposure, susceptibility, and breast cancer risk", *Breast Cancer Research and Treatment*, 13: 205-223, 1989.
- 9 MacMahon, B.; Cole, P.; Lin, M.; Mirra, A. P., et al. "Age at First Birth and Breast Cancer Risk", *Bull WHO*, 43: 209-221, 1970.
- 10 Trichopolous, D.; Hsieh C.; MacMahon, B.; Lin T., et al. "Age at any Birth and Breast Cancer Risk", *International J. Cancer*, 31: 701-704, 1983.
- 11 Sun, Y.; Che, Y.; Gao, E.; Olsen, J.; Zhou, W. "Induced abortion and risk of subsequent miscarriage", *Int. J. Epidemiol.*, 32 (3): 449-54, Jun. 2003.
- 12 Johnson, L. G.; Mueller, B. A.; Daling, J. R. "The relationship of placenta previa and history of induced abortion", *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 81 (2): 191-8, May 2003.
- 13 Ananth, C. V.; Smulian, J. C.; Vintzileos, A. M. "The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis", *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 177 (5): 1071-8, Nov. 1997.
- 14 Moreau, C.; Kaminski, M.; Ancel, P. Y.; Bouyer, J.; Escande, B.; Thiriez, G.; Boulot, P.; Fresson, J.; Arnaud, C.; Subtil, D.; Marpeau, L.; Roze, J. C.; Maillard, F.; Larroque, B.; EPIPAGE Group. "Previous induced abortions and the risk of very pre-term delivery: results of the EPIPAGE study", *BJOG*, 112 (4): 430-7, Apr. 2005.
- 15 Sánchez Durán, M. A. JANO EMC. Viernes 9 de junio de 2000, vol. 59, N° 1349, pp. 47-50.
- 16 Thorp, J. M., Jr.; Hartmann, K. E.; Shadigian, E. "Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: review of the evidence", *Obstet. Gynecol. Surv.*, 58 (1): 67-79, Jan. 2003. Review.
- 17 Cougle, J. R.; Reardon, D. C.; Coleman, P. K. "Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth", *J. Anxiety Disord.*, 19 (1): 137-42, 2005.
- 18 Schutt, K.; Kersting, A.; Ohrmann, P.; Reutemann, M.; Wesselmann U.; Arolt, V. "Termination of pregnancy for fetal abnormality-a traumatic experience?", *Zentralbl Gynakol.*, 123 (1): 37-41, Jan. 2001. Review. German.
- 19 Bianchi-Demicheli, F.; Perrin, E.; Ludicke, F.; Bianchi, P. G.; Chatton, D.; Campana, A. "Termination of pregnancy and women's sexuality", *Gynecol. Obstet. Invest.*, 53 (1): 48-53, 2002.
- 20 Bielecka, Z. "The role of the midwife in decreasing the number of abortions", *Pieleg Polozna*, 1988;(5):7-9 contd, 1988. Polish.
- 21 Frenc, Julio. *La nueva salud pública*, Instituto Nacional de Salud de México, 1997.
- 22 Mads, M., y col. "-Fetoprotein Levels in Maternal Serum During Pregnancy and Maternal Breast Cancer Incidence", *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 92, N° 12: 1001-1005, June 21, 2000.
- 23 Russo, J.; Russo, I. H. "Susceptibility of the mammary gland to carcinogenesis. II. Pregnancy interruption as a risk factor in tumor incidence", *American Journal of Pathology*, vol. 100: 497-512, 1980.
- 24 Marit, Nilsen^a; Quansheng, Liu^b; Pierig, Lepont^c. "Tissue Involution and the Acute Phase Response", *Annals of the New York Academy of Sciences*, 995: 94-108, 2003.
- 25 Ring-Cassidy, Elizabeth; Gentles, Ian. *Women's Health after Abortion: The Medical and Psychological Evidence* (Second Edition), de Veber Institute (April, 2003).
- 26 *Bioética en la Red*. <http://www.bioeticaweb.com/>