

# Aspectos controvertidos del aborto en Colombia

JUAN GUILLERMO LONDOÑO CARDONA

---

MD. Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antioquia  
Docente vinculado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia  
Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antioquia  
Integrante del grupo NACER Centro de Salud Sexual y Reproductiva

De los 42 millones de embarazos que se terminan voluntariamente cada año en el mundo, aproximadamente 20 millones se realizan por fuera de los sistemas de salud y son, por lo general, abortos inseguros, es decir, practicados por personal no capacitado o en condiciones inadecuadas. Por esta razón, el aborto inseguro es considerado una pandemia mundial de carácter prevenible.

Son las mujeres pobres de países en desarrollo quienes pagan con su vida la carencia de condiciones y capacitación del personal de salud responsable de su atención. Las complicaciones del aborto inseguro, como son la hemorragia y la sepsis, se encuentran entre las primeras causas de mortalidad materna; en cambio, en los países industrializados, el aborto legal practicado en instituciones habilitadas y por personal idóneo es un procedimiento seguro con menos de una muerte por 100.000 procedimientos.



En los países pobres, hasta el 50% de los recursos destinados a la atención de la salud sexual y reproductiva se dedican a la atención del aborto inseguro; además, las complicaciones del mismo tienen un costo social imposible de cuantificar en dinero: la pérdida de un miembro productivo de la sociedad, en muchos casos la cabeza de la familia, un número importante de niños huérfanos expuestos a mortalidad infantil, desnutrición, analfabetismo, violencia, abuso sexual y esclavitud laboral.

Se afirma que la atención a las complicaciones del aborto inseguro ocupa el segundo lugar en el uso de los recursos para la atención obstétrica en países en desarrollo.

En el año 2001, de 193 países, 189 permitían el aborto para salvar la vida de la mujer, 83 en casos de violación, 63 por razones sociales y económicas y 52 si las mujeres lo solicitaban. Cada año, 5 millones de mujeres en el mundo son hospitalizadas por complicaciones del aborto inseguro y 220.000 niños quedan huérfanos como consecuencia del mismo.

La OMS considera que el 2% de las mujeres que se someten a un aborto inseguro quedan infértiles luego del procedimiento. De las 66.000 muertes maternas como consecuencia del aborto inseguro, 98% ocurren en países en desarrollo y 28% corresponden a mujeres de 20 a 24 años. Son muchos los actores responsables de esta situación: los entes rectores de la salud, las aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, la iglesia, los médicos y los medios de comunicación.

Casi todas las muertes por aborto inseguro son prevenibles si el procedimiento se realiza en condiciones de seguridad y por personal entrenado, con infraestructura adecuada, regulación clara, vigilancia del cumplimiento de la norma. Cuando estas condiciones están garantizadas, la mortalidad por aborto es de 1,7 por 100.000 procedimientos realizados durante el primer trimestre de la gestación.

En Colombia, el 50% de las gestaciones son no deseadas, el 24% de éstas terminan en aborto y el aborto inseguro ocupa el tercer lugar como causa de muerte materna. Por considerarlo un grave problema de salud, la Corte Constitucional, mediante la sentencia C355 del 10 de mayo de 2006, declaró que “No se incurre en delito de aborto cuando, con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produce en los siguientes casos:

- a. Cuando la continuación del embarazo constituye un grave peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico.



- b. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
- c. Cuando el embarazo sea resultado de una conducta debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentida, o de incesto.

Sin duda, esta sentencia es un gran avance para la salud pública en Colombia, donde la iglesia católica y otros sectores se han opuesto sistemáticamente al aborto en cualquier circunstancia; sin embargo, a más de dos años de emitida la sentencia, el panorama para la salud y la vida de las mujeres no es muy alentador. A junio de 2008 se habían registrado 95 abortos legales reportados por los hospitales públicos de Bogotá. Durante el año 2007 se reportaron 54 casos en Bogotá DC, y pese a que no hay estadísticas exhaustivas, las organizaciones femeninas y de derechos humanos atendieron a 30 mujeres en Bogotá y 22 en Medellín a quienes se les negó el procedimiento con las siguientes razones: objeción de conciencia de los médicos, o las mujeres habían temido denunciar oficialmente la violación, o desconocían sus derechos consagrados en la sentencia.

Sin lugar a dudas, la objeción de conciencia se ha constituido en el caballito de batalla de quienes se oponen totalmente al aborto. Muchos médicos, aseguradoras y hospitales, por ignorancia o por convicción religiosa, se han convertido en violadores sistemáticos de la ley en Colombia. La objeción de conciencia es válida para personas naturales, no para personas jurídicas. El profesional de la salud se puede oponer por razones de conciencia, fundamentadas de manera clara en principios religiosos, pero está en la obligación de remitir la mujer a otro especialista. La salud y la vida de ella, seguirán siendo su responsabilidad hasta tanto otra institución la reciba y se responsabilice de su atención.

El artículo 5 del Decreto 4444 de 2006 estableció que la objeción de conciencia es personal y no institucional, y si el médico alega esta figura, tiene la obligación de remitir la paciente a otro profesional de la empresa prestadora de salud, EPS, o de medicina prepagada, entidades que deben contar, en su red de atención, con personal capacitado y dispuesto a practicar los abortos que contempla la ley.

Lamentablemente, los médicos desconocen las obligaciones éticas, legales y constitucionales que trajo consigo la sentencia C355 de mayo de 2006. Estos profesionales sólo se pueden oponer a la terminación



voluntaria del embarazo mediante la figura de la objeción de conciencia, es decir, cuando la práctica del aborto vaya en contravía de las convicciones religiosas que hacen parte de su formación personal y su conciencia.

La Corte Constitucional, en la sentencia T209 del 28 de febrero de 2008, señala parámetros claros al respecto:

¿Qué es objeción de conciencia? “Es el derecho constitucional en cuya virtud un ciudadano puede negarse a cumplir un mandato o norma jurídica cuando entra en conflicto con las propias convicciones de conciencia. No se trata de una desobediencia a la ley, sino del ejercicio de un derecho amparado por la propia Constitución y reconocido como tal por abundante jurisprudencia del Tribunal Constitucional”.

La Constitución Política de Colombia garantiza a todas las personas el respeto a sus convicciones o creencias y a no ser obligados a actuar en contra de ellas.

La objeción de conciencia sólo pueden presentarla personas naturales, pues está restringida a convicciones personales de carácter religioso y no procede en el caso de personas jurídicas, instituciones o gremios. Se debe realizar por escrito, idealmente separada de la historia clínica, sin formatos preestablecidos, y la convicción religiosa con base en la cual el profesional se siente imposibilitado para realizar el procedimiento, debe estar claramente fundamentada.

La objeción debe obedecer exclusivamente a la contradicción del procedimiento con las convicciones religiosas del médico, debidamente fundamentadas, y se debe presentar inmediatamente una vez se solicite el procedimiento al personal de salud. La institución prestadora sólo cuenta con cinco días para garantizar la prestación del servicio.

No se requiere la intervención de un abogado, ya que esta figura nace de la relación médico-paciente, y es la materialización del derecho a la libertad de conciencia consagrado en nuestra Constitución.

La Corte Constitucional Colombiana, en su sentencia T209 de 2008, estableció que las empresas prestadoras de servicios de salud, públicas o privadas, deben garantizar un número adecuado de proveedores habilitados y capacitados para prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y es obligación de estas instituciones disponer y hacer conocer a sus afiliados la lista de los proveedores y las instituciones donde se encuentran.



Si el profesional que presenta la objeción de conciencia no remite a la paciente de manera oportuna y adecuada, es responsable de la vulneración de los derechos fundamentales de la mujer como son: el libre desarrollo de la personalidad, la dignidad humana y la autonomía. Es obligación de los profesionales dejar constancia en la historia clínica de las diligencias adelantadas para garantizar la remisión oportuna de la paciente.

Según la Corte Constitucional, corresponde a los Tribunales de Ética Médica determinar la procedencia y pertinencia de la objeción de conciencia.

Además de la objeción de conciencia, como mecanismo para oponerse al aborto por parte de los diferentes actores del sistema de salud, especialmente los médicos, existen en Colombia otras razones por las cuales la sentencia C355 no ha surtido el efecto esperado en cuanto a la atención oportuna y adecuada a las mujeres incluidas en la misma. Estas son:

La oposición de la iglesia católica colombiana, institución que no ha aceptado la separación de poderes entre la Iglesia y el Estado, consignados en la Constitución de 1991, tampoco acepta el hecho de que en Colombia, además de la religión católica, existen otros cultos religiosos o personas no creyentes a quienes se les debe respetar su autonomía.

El 7 de octubre de 2008, el diario *El Espectador* publicó un artículo titulado “Cadena perpetua para el aborto”. En este artículo monseñor Libardo Ramírez Gómez, considera el aborto como el asesinato de un niño que está en el vientre materno, y por ello pide que sea castigado con la mayor severidad y propone a los promotores de la cadena perpetua para asesinos y violadores de niños, que consideren el aborto como un crimen contra un niño que aún no ha nacido. Esta iniciativa cuenta con el apoyo de legisladores de los partidos políticos tradicionales de Colombia, muchos de los cuales no están de acuerdo con la despenalización del aborto en las tres circunstancias especiales que establece la sentencia de la Corte.

Otro de los enemigos de la vida y la salud de las mujeres, son los llamados médicos azules, quienes aseguran que “la sentencia distorsiona el derecho a la libertad de conciencia”, y olvidan el derecho a la autonomía y la vida de mujeres jóvenes, muchas de ellas cabeza de familia, bajo cuya responsabilidad está la vida, la salud y la educación de cientos



de niños, cuya suerte se ve gravemente comprometida por la muerte de sus madres.

Las EPSs tienen también responsabilidad en este panorama, poco alentador para las mujeres. Luego de emitidas las sentencias C355 y T209, no existe en Colombia una lista disponible de proveedores calificados para los médicos y los pacientes, garantice el derecho a una atención oportuna, incluso, la EPS Susalud, instauró una demanda en contra del Ministerio de la Protección Social solicitando nulidad del Acuerdo 350 de 2006, argumentando que para la inclusión de la aspiración manual endouterina AMEU, no se realizó ningún estudio que respaldara dicha decisión, ni se realizó el ajuste correspondiente a la unidad de pago por capitación UPC.

Todo lo anterior, a pesar de que los costos del AMEU para la IVE son menores que los del legrado uterino, y que el Ministerio de la Protección Social afirma que adelantará las evaluaciones relacionadas con el equilibrio financiero de la UPC y que, en principio, no se visualiza impacto negativo, si se tiene en cuenta que el aumento de la frecuencia de la IVE se contrarrestaría con la disminución de partos y complicaciones por la práctica del aborto seguro.

Para tratar de salirle al paso a los opositores de la despenalización, la Corte Constitucional avala demandas hechas a quienes se niegan a practicar abortos y dio vía libre a las mujeres que cumplen con los requisitos para que se les practique un aborto, para que demanden a clínicas, hospitales y médicos que se nieguen a hacerlo.

En resumen, parece una paradoja que en Colombia, una ley que busca proteger la vida, la salud de las mujeres y el futuro de sus hijos evitándoles el lastre de la orfandad, tenga como opositores a médicos, hospitales, EPSs y a la iglesia católica, instituciones y personas que dicen y juran defender la vida y la salud.

Por último, si el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres, es una barrera que dificulta el acceso oportuno a servicios calificados de IVE, es una obligación y una prioridad adelantar programas de carácter educativo que garanticen su conocimiento por parte de ellas y para lograrlo es necesaria una intervención de carácter multi-institucional por parte de los sectores educativo, salud, laboral y mediático, pues la salud pública es responsabilidad de todos.



Al final de la década de los sesenta los Estados empezaron a liberalizar las leyes sobre el aborto y una nueva era se inició para la salud femenina. Los centros para el control y prevención de enfermedades, CDC, establecieron un sistema de vigilancia para el aborto voluntario que proporciona información amplia sobre el número y las características de las mujeres que se someten a IVE.

Los estudios sobre aborto realizados por los CDC, revelan que la aspiración es más segura que el curetaje; y además, que la anestesia local es más segura que la general, que las clínicas ambulatorias son más seguras que los hospitales y que la dilatación y evacuación del embarazo en el segundo trimestre es más segura que la inducción del trabajo de parto. Esta evidencia, que contradice conocimientos médicos tradicionales, cambió la práctica del aborto en Estados Unidos; además, los CDC han establecido la vigilancia para las muertes por aborto e igualmente se ha demostrado la mejoría en la seguridad del aborto. Hoy se conoce más de la epidemiología del aborto que de otros procedimientos en la historia de la medicina.

La vigilancia del aborto ha ayudado a establecer normas jurídicas, acciones legislativas y reportes médicos que han permitido el establecimiento de opciones más seguras para la mujer en edad reproductiva. Se espera que cuando los historiadores de la medicina se interroguen por el aumento en la disponibilidad y seguridad del aborto, a comienzos del siglo XXI, encontrarán que el aborto legalmente reconocido será un logro de la salud pública.

## BIBLIOGRAFÍA

Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C355 del 10 de mayo de 2006, M.P. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández.

Referencias bibliográficas

Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T209 del 28 de febrero de 2008, M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

Colombia. Ministerio de Protección Social, Decreto 4444 de 2006.

Grimes D, Benson J, Singh S, Romero M, *et al.* Unsafe abortion: preventable pandemic. *The Lancet: Sexual and Reproductive Health Series*, Oct 2006.

WHU. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. 5a ed. EEUU: WHU; 2007a.