

## **El aborto en Colombia: Dinámica sociodemográfica y tensiones socioculturales**

### INTRODUCCIÓN

Este trabajo se basó en los resultados de una investigación sobre aborto que hacía parte de un programa de investigación sobre variables intervinientes en el proceso de transición demográfica, entre los cuales el aborto inducido tiene una notable significación debido a que Colombia dispone de información proveniente de la única investigación de orden poblacional de cobertura nacional urbana, con una muestra de 33.275 mujeres, representativa por región y estrato social. La investigación utilizó una técnica de diligenciamiento secreto y consignación reservada que garantiza de alguna manera la confiabilidad de las respuestas y fue realizada por la Universidad Externado de Colombia, con el apoyo del programa especial de investigación en reproducción humana de la Organización Mundial de la Salud.

Conservando el carácter de “punto de entrada” al debate de cada sesión, que tienen todas las ponencias que se presentan en este encuentro, está dividida en tres partes: en la primera se presentan los indicadores básicos de la magnitud y la evolución y tendencias del aborto en el país. En la segunda parte se señalan los grupos de riesgo

identificados y se analiza aquí sí, a partir de información secundaria, la presencia del aborto en la morbilidad materna. En la tercera identificamos algunas tensiones de orden sociocultural que se producen en el punto de encuentro entre la dinámica de orden sociodemográfico del aborto y otras esferas técnicas sociales, políticas y culturales, tensiones que, a su vez, generan problemas sociales de cierta complejidad. Finalmente aventuramos algunas líneas para el debate.

### LA DINÁMICA DEL ABORTO INDUCIDO EN COLOMBIA

Según la Organización Mundial de la Salud, América Latina es la región con más altas tasas de aborto inseguro, con 41 abortos por 1.000 mujeres. Esta cifra es casi tres veces más alta que el promedio mundial (15 por mil) y cinco veces más alta que la de los países industrializados.

Aunque la mayoría de los datos que existen en la región provienen de proyecciones a partir de registros hospitalarios, puede considerarse que Colombia es un país en posición intermedia en términos de incidencia. Sin embargo, el aborto inducido

afecta a una significativa proporción de mujeres y tiene un importante peso en el descenso de la fecundidad general.

### *Magnitud*

Cuatro indicadores nos dan una idea de la magnitud del aborto inducido en el país:

– El primero es la proporción de mujeres alguna vez embarazadas que han tenido una o más experiencias de aborto.

En Colombia, el 30.3 % de las mujeres que alguna vez han estado embarazadas, es decir, una de cada tres mujeres que alguna vez han estado embarazadas, acepta que alguna vez en su vida se ha enfrentado a la experiencia del aborto inducido<sup>1</sup>. Tomando como referencia los datos poblacionales del censo del 93, estamos hablando de casi millón y medio de mujeres. Esta proporción asciende a 44.6 % si sólo se consideran las mujeres menores de 20 años y alrededor del 39 %, si sólo se consideran las mujeres con cuatro o más embarazos.

– El segundo es la proporción de mujeres con más de un aborto.

Aunque la mayoría de las mujeres que han abortado acepta haber tenido solo un aborto (79.2 %), una quinta parte (20.8 %) ha tenido dos o más abortos, (16.2 % un segundo, 3.4 % un tercer aborto y 1.2 % cuatro o más abortos). En términos absolutos esto equivale aproximadamente a 1'200.000 mujeres con un solo aborto, 220.000 con dos, 50.000 con tres y 18.000 con cuatro abortos o más, según población 1993 proyectada a 1995.

– El tercero es el promedio de abortos por cada mujer bajo riesgo<sup>2</sup>.

El promedio de abortos por cada mujer bajo riesgo, es decir, por cada mujer que ha estado embarazada alguna vez, es de 0.29 mientras que esta proporción asciende a 1.27

entre las mujeres que han abortado alguna vez. El incremento sobre 1 es resultado de la repetición.

– Finalmente el cuarto indicador es el impacto del aborto en la reducción de la descendencia.

En Colombia el promedio de hijos por mujer en el sector urbano es de 1.9 y en todo el país es de 2.9 mientras que el promedio de abortos es de 0.29. En el momento en que se hizo el estudio, el promedio de disminución en la descendencia final de las mujeres, generado por el aborto inducido, era de 13.2 %. Sin esta reducción el promedio de hijos por mujer en el sector urbano no sería de 1.9 sino de 2.2 hijos y en el país de 3.2.

Si este cálculo se hace solamente para las mujeres que abortaron, se encuentra que el recurso del aborto redujo su descendencia en más de la tercera parte (37.7 %). En ausencia del aborto estas mujeres no tendrían en promedio 2.1 hijos sino 3,3 hijos.

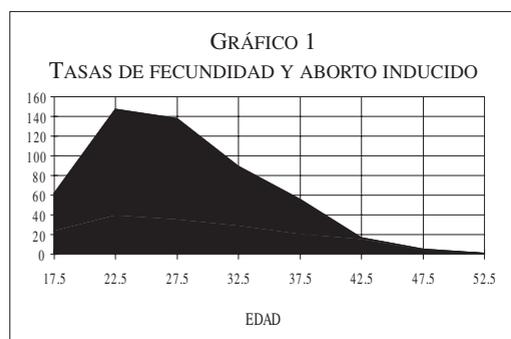
En el conjunto, el aborto aparece claramente influenciando el descenso de la fecundidad general en el país. El comportamiento de las tasas específicas de aborto, reproduce el comportamiento de las tasas de fecundidad: alcanzan un máximo de 38.8 % en el grupo de 20 a 24 años y descienden lentamente hasta 14.9 % a los 40 años. Si superponemos las tasas específicas de aborto a las de fecundidad arrojadas por la Encuesta Nacional de Demografía, Prevalencia y Salud para el período 87-90 se observa la importancia de la contribución del aborto inducido a la reducción de la fecundidad en ese período (Gráfico 1).

### *Evolución y tendencias*

En cuanto a la evolución del aborto inducido en el país, tres indicadores son útiles:

– El primero es la proporción de mujeres con experiencia de aborto en cada generación.

En este caso dos grupos son muy significativos: el de 15 a 17 años y el de 18 a 19 años. Para el primero la proporción de mujeres con experiencia de aborto se duplica entre las generaciones anteriores a 1953 y las generaciones nacidas entre 1968 y 1972, al pasar de 2.2 % a 4.18 %. Para el grupo de 18 a 19 años la proporción se cuadruplica en el mismo período al pasar de 2.04 % a 8.16 %.



– El segundo es la proporción anual promedio de mujeres que abortan.

Según el año del aborto, la proporción anual promedio de mujeres que abortan se incrementó siete veces pasando de 1.7 % a 12.3 % entre los quinquenios 52-56 y 87-91 (Cuadro 1). La proporción de mujeres con un primer aborto se incrementó seis veces pasando de 1.6 % en el primer quinquenio a 9.65 % en el segundo. Igualmente, la proporción de mujeres con segundo aborto, que eran casi inexistentes en el primer quinquenio, representan el 2.1 % en el segundo.

– El tercer indicador son las tasas específicas de aborto.

La serie de las tasas específicas de aborto calculadas para distintos períodos quinquenales, dan una idea del incremento del aborto: aumentan año tras año y lo hacen para todos los grupos de edad. Por ejemplo, el grupo que tenía entre 20 y 24 años, en el período 88-95 presenta tasas de aborto inducido ocho veces superiores a las del grupo que tenía la misma edad entre 1967-1971 (Gráfico 2).

**CUADRO 1**  
ABORTOS ANUALES POR CIENTO MUJERES EN LA POBLACIÓN PROMEDIO DEL AÑO

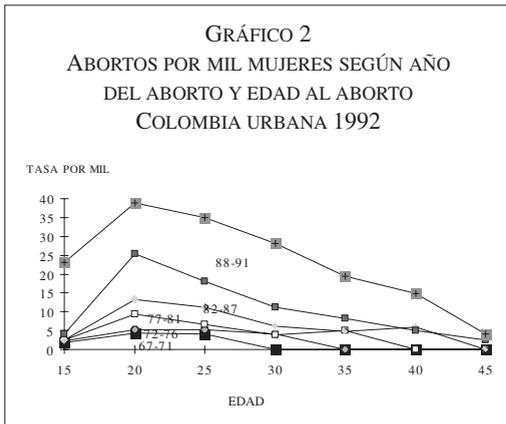
AÑO DEL ABORTO	MUJERES EN RIESGO	ABORTOS CUALQUIER ORDEN	ORDEN DEL ABORTO			
			1	2	3	4
52-56	342.336	1.70	1.63	0.07		
57-61	657.263	2.23	1.72	0.43	0.1	0.00
62-66	1'081.810	4.30	3.23	0.74	0.26	0.10
67-71	1'684.817	4.30	3.26	0.76	0.18	0.08
72-76	2'426.383	4.50	3.84	0.58	0.06	0.00
77-81	3'282.223	5.00	3.95	0.86	0.16	0.03
82-86	4'100.259	6.82	5.48	1.07	0.22	0.05
87-91	4'934.002	12.3	9.65	2.01	0.50	0.14

En el total se supone que cada mujer tiene un aborto por año o se entendería como No. de abortos por 100 mujeres.

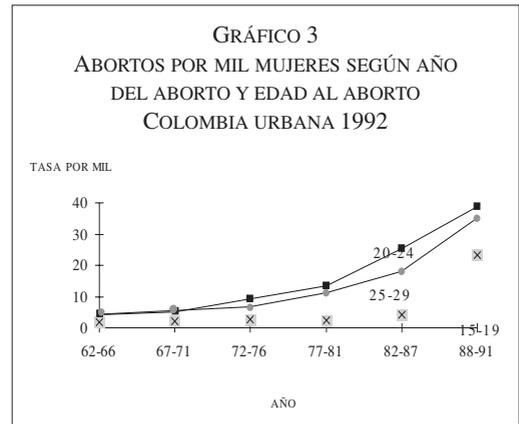
FUENTE: El aborto en Colombia.

Finalmente, el incremento en las tasas de aborto antes de los 25 años es evidente. El grupo de 20 a 24 años que venía presentando las tasas más altas desde 1972-1976 acelera su crecimiento a partir de 1975. El grupo de 15 a 19 años que tenía tasas inferiores al 5 % se multiplica por cinco

en los cinco años. Las cifras sugieren una elevación rápida de las tasas de aborto, sobre todo entre las mujeres más jóvenes. Esta elevación de las tasas específicas de aborto indica que el problema del aborto inducido, como problema de salud pública, se profundiza en el país (Gráfico 3).



FUENTE: El aborto en Colombia.



FUENTE: El aborto en Colombia.

GRUPOS DE RIESGO Y MORBIMORTALIDAD

Una mirada a la concentración del aborto en mujeres con determinadas condiciones y a la concentración de la morbilidad materna nos da otros elementos de la dinámica del aborto en el país.

Los grupos de más alto riesgo

En el conjunto se destacan dos grupos de riesgo. El primero es el de las jóvenes menores de 20 años, seguidas de las de 20 a 25 años.

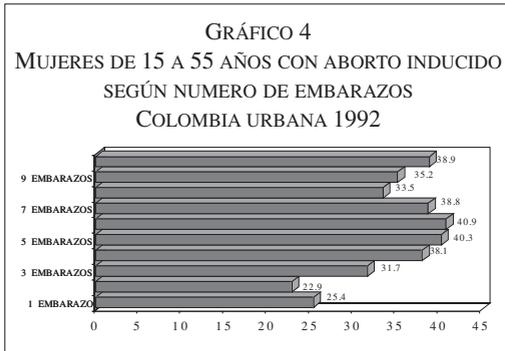
El 26.5% de menores de 20 años ya ha tenido un embarazo y de éstas el 44.6 % se ha practicado un aborto (Gráfico 4). En el grupo siguiente, el de 20 a 24 años, el 32.4

% –que también es una proporción muy alta– ha tenido un aborto. Si consideramos el incremento ya señalado del aborto en estas edades en los últimos 10 años, es claro que el grupo de menores de 20 años es un grupo especial de riesgo.

El segundo grupo de riesgo es el de las mujeres, de cualquier edad, con más de tres hijos y cuatro embarazos.

Entre las mujeres con dos embarazos el porcentaje de mujeres que han recurrido al aborto es de 22.9 %, pero este porcentaje se duplica para las mujeres con 5 y 6 embarazos (40.3 % y 40.9 %). Después del sexto embarazo la proporción descende un poco, pero de todas formas se mantiene alrededor del 34 %, proporción que es muy alta (Gráfico 4). En promedio por cada embarazo adicional, la proporción de

mujeres que abortan se incrementa en 4 %, de manera que entre el primero y el sexto embarazo la diferencia es de 15.5 %. Las diferencias por número de hijos no son notorias, mientras que sí lo son según el número de embarazos.



FUENTE: El aborto en Colombia.

Aunque en el imaginario colectivo el aborto es un recurso para mujeres solteras en su primer embarazo, en Colombia los datos no lo confirman: el 54.6 % de las mujeres estaban casadas o tenían una unión estable y otros hijos en el momento del aborto.

Otros grupos de riesgo son las mujeres que vuelven a quedar embarazadas en el período post-parto, sobre todo en los seis primeros meses después del nacimiento del último hijo, y las mujeres que están descontinuada algún método anticonceptivo o que están en el proceso de transición al uso de otro.

#### *La morbilidad por aborto inducido*

En América Latina y el Caribe se calcula que la probabilidad de que una mujer muera por causa materna durante su vida es de 1/79: esta probabilidad es de 1/289 en Colombia<sup>3</sup>.

En el mundo el aborto es una de las cinco primeras causas de muerte materna. En la Región Andina está entre las tres primeras causas, con extremos en Bolivia y Perú<sup>4</sup>.

En lo que corresponde a Colombia la tasa de mortalidad materna ha variado poco en los últimos diez años. Según el informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas de 1995, «El aborto inducido definitivamente juega un papel importante en el lento cambio de la mortalidad materna»<sup>5</sup>. A su vez, el informe de Colombia a la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (septiembre de 1995) corrobora esta afirmación de Naciones Unidas resaltando el peso del incremento asociado con el aborto en el mantenimiento de las tasas de mortalidad materna en el país<sup>6</sup>.

Entre 1980 y 1990 el aborto inducido aparece como segunda causa de mortalidad materna aportando el 23.0 % de las muertes maternas. Entre 1986 y 1990 fue la tercera causa de egreso hospitalario y para 1991 fue la cuarta causa de egreso hospitalario en el grupo de 15 a 19 años y la quinta para el grupo de 20 a 24 años<sup>7</sup>. En 1994, mantenía el segundo lugar, con 16 % después de la toxemia que representaba el 38 % y seguida de la hemorragia con 5 %<sup>8</sup>.

Se estima que en Colombia de cada 100 mujeres que se practican un aborto, el 29 % sufre complicaciones y el 18 % llega al hospital con complicaciones<sup>9</sup>.

Así la morbilidad por aborto sigue siendo un componente muy importante de la morbilidad femenina. Aunque en el país no se han calculado ni el impacto económico del aborto sobre los presupuestos hospitalarios ni los costos económicos generales y sobre todo sociales de esta mortalidad materna, es evidente que éstos son muy altos si se tiene en cuenta que los dos grupos de más alto riesgo son las mujeres muy jóvenes y las madres con un número elevado de hijos y embarazos.

En lo que respecta a los servicios hay una clara segregación social del mercado de servicios de aborto. Parece casi increíble que aún en ciudades como Bogotá y Cali, en donde se ofrece una amplia gama de servicios, en donde se ha generalizado el uso de técnicas de bajo riesgo, y en donde la información es casi masiva permanezca el uso de la sonda, las estrategias de autoiniciación violenta, las mezclas empíricas de medicamentos (el Cytotec, por ejemplo), bebedizos e inyecciones, etc.

Por eso el drama de la morbilidad materna por aborto es selectivo: se concentra en los sectores más pobres y en las mujeres muy jóvenes.

Igualmente la mortalidad en los dos primeros años de vida es selectiva: se concentra en los niños de los estratos 1 y 2.

#### EL ABORTO INDUCIDO: EJE DE TENSIONES SOCIOCULTURALES

En el punto de encuentro de esta realidad del aborto inducido con diversas esferas técnicas, culturales, ideológicas y políticas, se producen tensiones de cierta complejidad y fuerte impacto social, a algunas de las cuales quisiera referirme:

1. La tensión entre la normatividad que penaliza el aborto y el desarrollo tecnológico que pone a disposición de la clínica técnicas y medicamentos de muy bajo riesgo (la técnica de aspiración o la RU 486, por ejemplo).

Esta tensión se produce en el marco de una situación evidente de desigualdad social. En este contexto de desigualdad, son las mujeres más pobres o con débiles o inexistentes redes de información las que concentran la morbilidad por aborto, por dos razones básicas: en primer lugar porque tienen que recurrir a servicios clan-

destinos de muy alto riesgo por su calidad técnico-higiénica y en segundo lugar: por que, al tener dificultades para acceder al servicio a tiempo, se ven enfrentadas a los altos riesgos de un aborto tardío.

Así en el punto de encuentro entre la disponibilidad técnica y la penalización del aborto se produce una situación de inequidad: La morbilidad por aborto se concentra en las mujeres más pobres y más vulnerables por edad o condiciones económicas y socioculturales.

2. También el desarrollo tecnológico produce otras tensiones. Por ejemplo, las tensiones entre el ejercicio del derecho y la mediación de la ciencia y la técnica en la configuración de lo público y lo privado.

En la práctica, el aborto se vuelve un asunto penalizable por la mediación de un tercero que practica el aborto y lo convierte en público. O por la evidencia física que deja la técnica utilizada. Es, en cierta forma, un problema de las técnicas mecánicas. Pero cuando se pasa de la mecánica a la química, o de ésta a la física o a la psicofísica, la penalización se vuelve absolutamente inoperante, a menos que se utilice la tortura como mecanismo de convencimiento para la confesión. Medicamentos como la RU 486, así como la dosis de “anticoncepción de emergencia” tienden a hacer del aborto un asunto privado que la mujer decidirá en conciencia. En igual dirección iría, por ejemplo, el conocimiento de puntos específicos de acupuntura que producen el aborto o el conocimiento de otras técnicas psicofísicas. Así el desarrollo técnico empieza a redefinir el carácter público sobre el cual se basa la configuración del delito y la legislación respectiva. Si la penalización se mantuviera, otra vez cobijaría sólo a aquellas mujeres para las cuales los adelantos técnicos no son accesibles.

3. La tensión entre las limitaciones técnico-científicas de los anticonceptivos para grupos etareos vulnerables como son las adolescentes y las mujeres mayores de 40 años, y la presión social derivada del discurso sobre los peligros físicos y/o culturales de un embarazo a esas edades. Por ejemplo, las mujeres de edades cercanas a los 40 años son sometidas al examen de amniosentésis. Pero si este examen sale positivo y ella no puede emocionalmente asumir este resultado, ¿qué alternativa tiene?

Igualmente, son reconocidas las limitaciones del uso de anticonceptivos seguros para las adolescentes. Si una adolescente queda embarazada, con todo el impacto físico y sociocultural que esto implica para una mujer muy joven, ¿qué debe hacer?

4. La tensión entre los límites culturales de acceso a una anticoncepción segura y la legislación vigente sobre el aborto y el crecimiento del desempleo, el deterioro de los salarios, las situaciones discriminatorias contra las mujeres embarazadas, la ausencia de las más mínimas condiciones de apoyo a embarazadas y madres y la presión social hacia familias de más de tres hijos hasta el punto de señalarlas como socialmente irresponsables porque tienen más de tres hijos, Esta tensión es, tal vez, la fuente de los mayores sufrimientos físicos y emocionales para las mujeres pobres.

5. La tensión entre la dinámica de la situación y la capacidad del Estado para hacer efectivas las sanciones que la norma anuncia. Como ya se anotó, tomando como población de referencia la del censo de 1993, en Colombia estamos hablando de cerca de millón y medio de mujeres de ciudades de más de 100.000 habitantes, que declaran que han violado la ley una o más veces; de más de millón y medio de personas que les han practicado el aborto (a veces se practica por dos personas); y de cerca de 500.000

hombres, cifra que corresponde al 30 % de maridos o compañeros que presionaron a sus cónyuges o compañeras para que se practicaran el aborto. Un total de cerca de tres millones y medio de personas que, según la norma en Colombia, deberían haber cumplido entre 4 y 36 meses de arresto<sup>10</sup>. Esta incapacidad, que es realmente una imposibilidad física, configura un mensaje muy ambiguo: una mujer tiene que estar muy de malas para que le “apliquen la ley”, pero puede ocurrir, y de hecho ocurre de vez en cuando para recordar que la norma existe. La sensación de zozobra que produce este mensaje ambiguo es inversamente proporcional al origen social de las personas. En los relatos de las mujeres de los sectores medios y altos, que habían utilizado servicios privados de buena calidad técnica, esta zozobra frente a lo legal jamás fue sentida. La idea de que ellas están a salvo de cualquier sanción es muy clara y la confianza en los servicios que utilizan es muy alta. Lo legal no está presente en la configuración de sus temores. En cambio, entre las mujeres de sectores pobres este sentimiento de zozobra aparece más frecuentemente. Ellas saben que son más vulnerables porque el servicio que tienen que utilizar es muy vulnerable también.

Aunque inicialmente pensamos que esta incapacidad de aplicar las sanciones que implica la norma reforzaba el sentido de impunidad, esto no resultó ser verdad, sencillamente porque el sentido de impunidad requiere del reconocimiento subjetivo del carácter delictivo de la conducta, cosa que no ocurre en el caso del aborto. Con excepción de las mujeres cuyo embarazo fue producto de una violación por parte de un hombre a quien no les ligaba ningún vínculo afectivo, para todas las mujeres la decisión fue muy dolorosa y muy conflictiva, y muchas veces

fue tomada en contra de sus sentimientos y sus afectos, pero todas identifican razones profundamente personales o presiones sociales, afectivas, económicas o culturales, lo suficientemente poderosas como para justificar la decisión. Evaluando retrospectivamente la experiencia, cerca del 90 % de las mujeres cree que en ese momento de sus vidas, y en esas circunstancias, fue una decisión adecuada, aunque haya sido dolorosa. Tampoco las personas cercanas a las mujeres que han tenido la experiencia de un aborto inducido asumen el carácter delictivo de la conducta. En general hay un sentimiento contradictorio que se mueve entre un cierto sentimiento de duda sobre lo justo y lo inadecuado de la norma y el deseo de control social; y este sentimiento contradictorio de un comportamiento que se considera reprochable se expresa en un comportamiento individual y colectivo muy ambiguo.

Sin embargo, aunque esto no refuerza el sentido de impunidad, sí constituye un punto de fisura en el sentido individual y colectivo de la legalidad. La normatividad sobre el aborto parece ser una de esas áreas predispuestas, más pronto o más tarde, a la fisura, porque se concentran en aspectos sobre los cuales no están claros, ni los límites entre la responsabilidad individual y la responsabilidad social, ni los límites entre lo público y lo privado. Por eso en estos espacios el ejercicio de la justicia es ambiguo y el sentimiento individual de haber cometido un delito, producto del reconocimiento del carácter delictivo de la conducta, no se configura claramente. Muchas veces la gente justifica su conducta como respuesta a las situaciones de inequidad que vive y esto tiene su correlato en el imaginario colectivo. Pero el problema está en lo que esto implica socialmente. Desde tiempos antiguos se ha reconocido

que esta distancia entre la norma y el comportamiento que la hace inaplicable contribuye de manera notoria al debilitamiento del sentido general de la legalidad<sup>11</sup>. En la medida en que este sentido de la legalidad, cuando es considerado por la gente como socialmente justo o adecuado, es un punto importante en el desarrollo de los procesos de cohesión social, su debilitamiento contribuye al deterioro de los mecanismos estructurales de cohesión social.

6. La tensión entre el discurso público y la acción privada, que generalmente aparece como un asunto de “doble moral” cuando lo público y lo privado se representa en la conciencia de la gente como dos mundos aparte, pero que se revela como un problema de “anclaje” de la norma —en el sentido de Moscovici— cuando la pregunta se hace desde el horizonte de la apropiación subjetiva de la norma, única garantía de realización de su función de orientadora de la conducta de la gente.

Lo que encontramos es que no se da ese “anclaje” de la norma en la conciencia de la gente. Hay, en el caso del aborto, un desencuentro entre los códigos que rigen la conducta femenina, su sentido de riesgo y de inequidad, su concepción del cuerpo y de su relación con la maternidad, la valoración de sus condiciones y sus momentos de vida, su sentido de vulnerabilidad, con los códigos implícitos en la norma; y ese desencuentro de códigos impide el anclaje de la norma y, por tanto, su apropiación subjetiva. Por ejemplo, para las mujeres es más importante, y la angustia más, la calidad de vida que tendrán sus hijos, que la vida meramente biológica. Muchas mujeres se preguntan por qué la vida en abstracto importa tanto, mientras la vida concreta de sus hijos va a parar a las cárceles o no encuentra un sitio ni en el trabajo ni en la escuela.

7. La tensión entre dos instancias de regulación social –El Estado y la Iglesia– que confunden sus niveles de pertinencia obstaculizándose mutuamente y creando una situación de estancamiento social del asunto que, por efecto de bumerán debilita, a su vez, su propia capacidad de regulación social.

La tarea de las Iglesias es extender su discurso entre sus fieles. Para las Iglesias es perfectamente legítimo que llamen a sus fieles a la abstinencia sexual prematrimonial, o que llamen a la conciencia de las mujeres para que éstas no aborten. Al fin y al cabo, el logro de sus objetivos, implicaría una forma muy eficaz de control natal y seguramente de disminución de las tasas de aborto. Pero esto no puede obstaculizar la tarea del Estado que es, en este caso, tomar las medidas necesarias para enfrentar el problema de salud pública que implica el aborto, corregir las situaciones que crean condiciones de inequidad social y ofrecer condiciones de acceso físico y cultural a los métodos y técnicas necesarias para prevenir, en lo posible, el embarazo indeseado, origen del aborto inducido.

La falta de independencia de estas dos instancias de regulación social, que se expresa en todos los debates, profundiza las consecuencias sociales del aborto inducido y coloca al Estado en un debate bizantino y repetitivo entre corrientes de opinión, que impide el reconocimiento de la dinámica de la situación y la toma de las medidas pertinentes para intervenir en ella. La separación entre la Iglesia y el Estado, quizá porque entre nosotros es tan reciente, no parece tener su correlato en la cotidianidad política, en la cual las dos instancias se interfieren mutuamente. La separación formal de poderes y la separación real tienen temporalidades diferentes, y por eso la transición, del debate en el mismo

nivel, a la intervención en los niveles que corresponden a cada uno, se está dando de manera desesperadamente lenta.

#### A MANERA DE LINEAS DE REFLEXIÓN

– Parece necesario analizar, desde distintos horizontes, el sentido de la permanencia de la norma que penaliza el aborto.

– También parece pertinente analizar el costo sociocultural y humano de mantener la penalización y las ganancias comparativas de concentrar el debate y la atención, en los asuntos de la prevención que no son sólo técnico-médicos, sino también profundamente subjetivos y socio-culturales.

– También parece necesario delimitar el campo del debate sobre el aborto inducido. Quizá ya sea tiempo de sacar este debate del campo de las corrientes de opinión (en el cual el debate no ha variado mucho en los últimos treinta años) y colocarlo en el campo del análisis de la situación, en la cual se plantea un problema de salud pública, un problema de inequidad social, un problema de desgaste de la función de la norma y una profundización de la distancia entre la norma y la conciencia de la gente, y por lo tanto, un proceso de debilitamiento de la función de la norma como orientadora de la conducta de los individuos y como factor de cohesión social.

– Parece también necesario explicitar el horizonte de referencia desde el cual se legisla: ¿se trata del concepto de castigo?, ¿del concepto de rehabilitación? ¿del concepto de prevención? En cualquier caso es necesario evaluar la efectividad de la normatividad vigente y obrar en consecuencia.

– Parece también necesario delimitar el campo de acción de regulación entre la Iglesia y el Estado, para que cada cual

pueda hacer eficazmente lo que debe hacer y en los niveles en que hacerlo tiene la legitimidad social necesaria.

– Igualmente parece necesario delimitar un campo de investigación en las fronteras entre las Ciencias Jurídicas y las Ciencias Sociales, a partir del cual se indague sobre los mecanismos de apropiación subjetiva de la norma, sobre los códigos que orientan la producción de la norma y sobre los mecanismos sociales que orientan su proceso de anclaje.

– Finalmente, en el campo de la opinión pública, parece necesario aclarar el sentido de los “sobreentendidos” del debate. Una cosa es preguntar si se está de acuerdo con la penalización del aborto, con encarcelar a la mujer que aborta y a quien le ayuda. Y otra cosa es preguntar si se está de acuerdo con el aborto. Claro que nadie puede estar de acuerdo con el aborto y menos las mujeres que lo sufren como realidad o como posibilidad. Así, de esta última pregunta no se puede derivar la respuesta a la primera, porque son asuntos de sentido muy distinto. Si estos sentidos se confunden, el debate, como ha ocurrido, se empantana.

Gracias por su atención. Yo espero que el debate que ustedes van a iniciar sea estimulante y fructífero.

LUCERO ZAMUDIO

Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social  
Universidad Externado de Colombia

#### BIBLIOGRAFÍA

ASCOFAME. 1969. *Estudio de aborto hospitalario*. Bogotá, julio, 1968-1969.  
AZTARAYN, N., A. CACOPARDO y P. GONZÁLEZ. *El aborto clandestino en las mujeres pobres* (mimeo), Buenos Aires: V Jornadas de Atención Primaria, 1991.

FREJKA, T., L. ATKIN y O. TORO. “Programa de Investigación del aborto inducido en condiciones riesgosas y sus consecuencias adversas en América Latina y el Caribe”. *The Population Council*. Documento de Trabajo N° 23. México, 1989.  
FREJKA, T. y L. ATKIN. “The role of Induced abortion in the fertility transition in Latin América”, monografía presentada en el Seminario sobre la Transición de la Fecundidad en América Latina, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Buenos Aires, 3 al 6 de abril, 1990; y entrevistas con profesionales en el tema.  
GASLON DE SAINS, S. “Investigation sobre aborto en América Latina”. *Estudios de Población*, ACEP, Vol. I, N° 8, 1976, pp. 439-449.  
GÓMEZ, P. I. y J. C. PULIDO. *Mortalidad Materna en el Hospital Materno Infantil, 1985-1986*, Bogotá: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, febrero, 1988.  
INSTITUTO ALAN GUTTMACHER. *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*. Nueva York, 1994.  
INTERNATIONAL FERTILITY RESEARCH PROGRAM-IFRP. *El aborto en América Latina*. Research Triangle Park, USA. Cenpafal 0048L, 1980.  
LÓPEZ ESCOBAR, G., G. RIAÑO GAMBOA y N. LENIS NICHOLLS. *Aborto*. Bogotá: Corporation Centro Regional de Población, 1978.  
LISKIN, L. S. “Complication of abortion in developpeng Countries”. *Population Reports*, 7 Ser. E., 1980.  
LLOVET, J. J. y S. RAMOS. “La práctica del aborto en mujeres de sectores populares”. *Documento CEDES*, N° 4. Buenos Aires: CEDES, 1988.  
MUMFORD, S. D. y E. KESSEL. “Role of abortion in global population control”. En: *CLIN. Obset. Gynecol.* 13/1, 27, 1986.  
PABÓN RODRÍGUEZ, A. *Aborto Inducido y Espontáneo*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud, abril, 1993.  
PARDO, F. y G. URIZA. “Estudio de Morbilidad y Motalidad por aborto en 36 instituciones de Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela”. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 42 (1991) pp. 287 y 297.  
PAXMAN, J. et al. “La Epidemia Clandestina: La práctica del aborto ilegal en América Latina”. *Perspectivas Internacionales en Planificacion Familiar*, número especial, 1993, pp. 9-15.

- PROFAMILIA-INSTITUTO PARA EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS MACRO/INTERNACIONALES. *Encuesta de prevalencia, demografía y salud-1990* (1991).
- SÁNCHEZ TORRES. "Mortalidad Materna en el Instituto Materno Infantil de Bogotá". *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* (noviembre 1974).
- SING, S. y D. WULF. "Cálculo de los niveles de Aborto en el Brasil, Colombia y el Perú a base de datos Hospitalarios y de Encuestas de Fecundidad". *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, Número especial, 1991, pp. 14-19-823.
- SING, S. y D. WULF. *Niveles de estimación del aborto inducido en seis países latinoamericanos*, 20 (1, 1994), pp. 4-13.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE-AGI. *Aborto Clandestino: Una Realidad Latinoamérica*, Nueva York, 1994.
- VÉLEZ RAMÍREZ. "1.229 Casos de Aborto en el Hospital Universitario de Caldas". *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* (marzo-abril 1970).
- VILADRICH, A. "El aborto en distintos sectores sociales". *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario: CESS, 1990.
- WEISNER, M. y S. HOROWITZ. "Fecundidad y aborto provocado en mujeres chilenas de sectores populares desde la perspectiva de la antropología médica". *Enfoques*, N° 3 (1988).
- WEISNER, M. "Las prácticas del aborto en las mujeres de sectores populares". En: M. Requena, Ed., *El aborto inducido en Chile*. Santiago: Sociedad Chilena de Salud Pública, 1990.
1. LUCERO ZAMUDIO, NORMA RUBIANO y LUCY WARTENBERG. *El aborto en Colombia: Condiciones demográficas y socioculturales*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, Organización Mundial de la Salud, Programa Especial de Investigación en Reproducción Humana, 1992. La información fue obtenida a través de un registro de diligenciamiento secreto y consignación reservada aplicada a una muestra de 33.275 mujeres representativa por región y estrato social, en 22 ciudades del país así como a través de historias de vida y relatos temáticos. No están incluidas en el estudio las mujeres analfabetas que corresponden el 6.5 % de la población urbana. Los datos sobre aborto en Colombia, utilizados en esta ponencia, provienen, básicamente, de este estudio.
2. Las mujeres estrictamente bajo riesgo son aquellas que alguna vez han estado embarazadas.
3. Boletín Epidemiológico Distrital /SDS Vol. 2, N° 4, febrero de 1997.
4. Informe Conferencia Andina sobre Maternidad sin Riesgos.
5. FNUAP. Revisión del Programa e Informe del Desarrollo de Estrategias, Colombia, 1995.
6. CONFERENCIA MUNDIAL PARA LA POLÍTICA SOCIAL-PNUD. Informe Nacional de Colombia preparado para la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, China, 1995, p. 27.
7. CONSEJERÍA PRESIDENCIAL PARA LA JUVENTUD LA MUJER Y LA FAMILIA. Segundo y tercer informe periódico de Colombia presentado al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer. Bogotá, enero de 1994, p. 55.
8. MINISTERIO DE SALUD. Morbimortalidad Materna. Colombia, agosto de 1996.
9. THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. "Aborto clandestino: una realidad latinoamericana", 1994.
10. De acuerdo a las figuras referidas en el artículo 343 del Código Penal Colombiano, sin considerar los casos especiales de causar aborto sin consentimiento o causar aborto a menores de 14 años (que conlleva a una pena de 3 a 10 años).
11. Hasta en Roma, una cultura inclinada a establecer normas feroces para cualquier transgresión, el tabú que separa a la mujer del vino no se encomienda a la ley, y su quebrantamiento sólo puede ser castigado –si así lo desea– el *pater familias*. Esto se deriva de una clara distinción entre derecho y moral: si la moral quisiera apoyarse en sanciones legales fomentaría hábitos hipócritas y si el derecho quisiera sancionar una moral se hará sectario, fomentando el desprecio a sus leyes. ANTONIO ESCOHOTADO. *Las drogas de los orígenes a la prohibición*. Madrid: Alianza, 1994, p. 26.

