

Comisión de salud

SENADO

Sesión Martes 16 de agosto 2011, 12 – 14 horas

Estudio Proyecto de Ley

Despenalización de la interrupción del embarazo por razones médicas

Boletín 7373-07 (Fusionado con Boletines 6522-11 y 6591-11)

EXPOSITOR:

Elard Koch, M.Sc. Ph.D(s)

Epidemiólogo - Director de Investigación

Departamento de Medicina Familiar

Facultad de Medicina

Universidad de Chile

PREFACIO

Como jefe de investigación de la unidad académica a la que pertenezco, junto a mi equipo de investigadores, venimos desarrollando una investigación sobre salud materna en Chile en los últimos 100 años, que aborda la situación del aborto en nuestro país en el período comprendido entre 1957 – 2007. Además, realiza una evaluación del aborto en 18 países de la Unión Europea en los últimos 50 años. Este trabajo es auspiciado y financiado por la UNC Research Foundation, de la Universidad de Carolina de Norte, Chapel-Hill, EEUU. Participa como investigador alterno también el Dr. John Thorp, investigador de dicha universidad. Considero de gran relevancia que los resultados de esta investigación científica realizada con la máxima seriedad por un equipo académico idóneo y de reconocido prestigio nacional e internacional, sea tomada en cuenta en el estudio del proyecto de ley de Despenalización de la interrupción del embarazo por razones médicas. Los antecedentes que presento a continuación han sido recientemente presentados por el suscrito en Naciones Unidas, Nueva York (Septiembre 15, 2010).

Se adjunta, el siguiente material para que la Comisión de Salud tenga a la vista:

1. Acta de Comité de Ética aprobando el proyecto de investigación presentado.
2. Impreso de simposio realizado en Naciones Unidas.
3. El presente documento con el conjunto de mi presentación

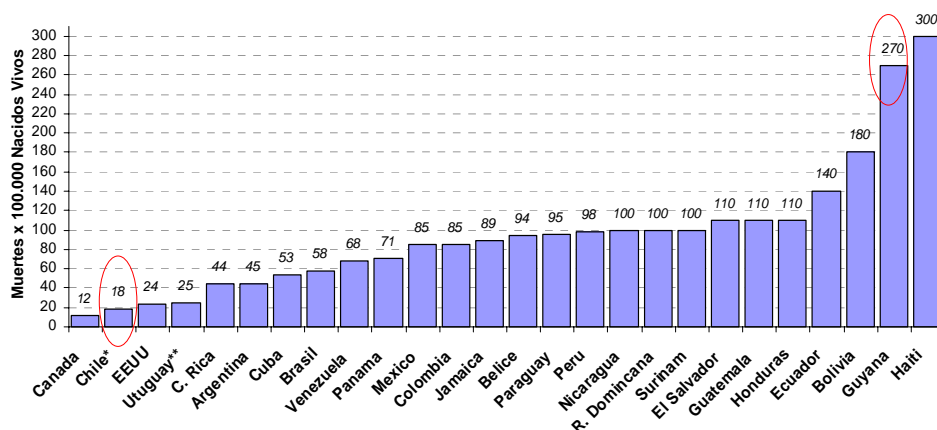
Aclaración: El documento introduce figuras y tablas tal y como se presentaron en las diapositivas durante la sesión.

Situación de la Salud Materna en Chile 1909 - 2007

Chile tiene el más alto estándar de salud materna en Latino-América y es el segundo país después de Canadá con la razón de mortalidad materna más baja, 18.8 por 100.000 Nacidos Vivos. La figura, muestra la situación actual de los países en el continente americano de acuerdo al más reciente informe de las Naciones Unidas, publicado en 2010. Chile exhibe incluso más baja mortalidad materna que EEUU, país en el que la mortalidad por causas maternas se ha duplicado en la última década.

Situación de Chile en Salud Materna y Aborto

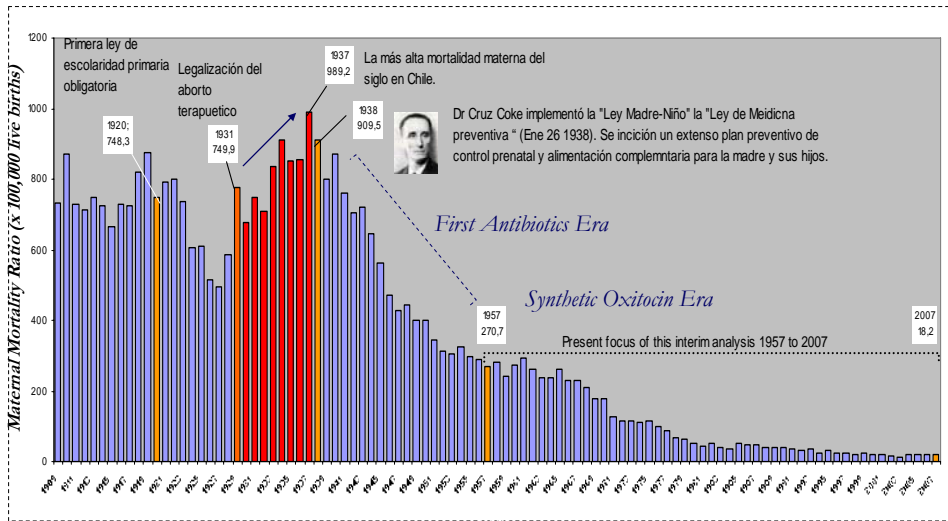
Chile ha alcanzado la menor mortalidad materna de sudamérica y es sólo superado por Canadá en todo el continente americano.



Fuentes: OMS, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Trends in Maternal Mortality: 1990 – 2008, excepto * Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de Chile. Estadísticas Vitales 2008. ** Hogan et al. The Lancet 2010.

Sin embargo, esto no siempre fue así. Nuestro alto estándar actual, que convierte a Chile en una de las naciones más seguras para el embarazo y la maternidad, ha sido logrado gracias a una serie de políticas públicas acertadas, concretamente desde 1937. En la figura siguiente, se aprecia la curva de mortalidad materna durante los últimos 100 años reconstruida a partir de la revisión exhaustiva de los registros de mortalidad oficiales del INE. La preocupación por la salud materna en Chile, si bien siempre fue un aspecto destacado, tomó especial relevancia en la década de 1930.

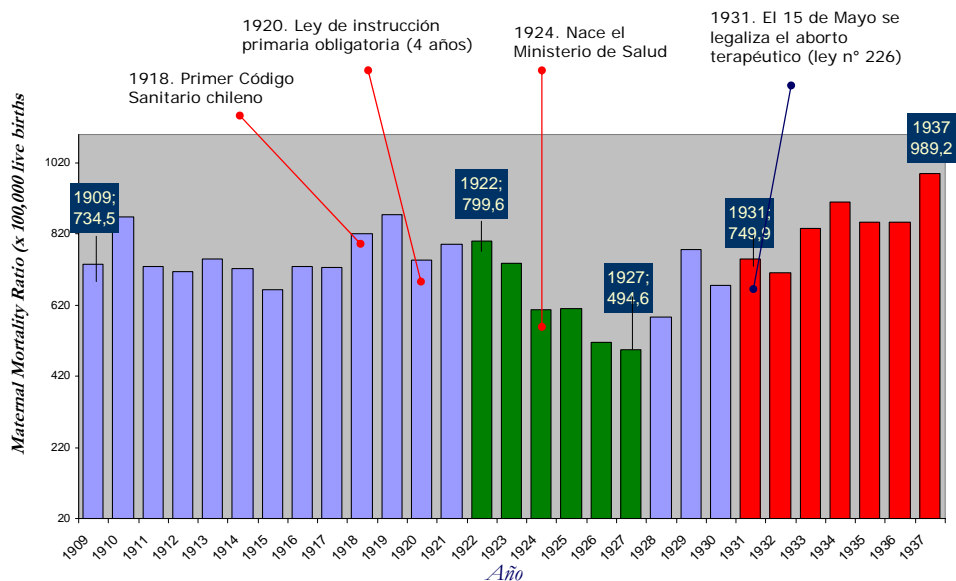
THE HISTORICAL TREND OF MATERNAL MORTALITY IN CHILE 1909 TO 2007: IDENTIFYING THE LANDMARKS EVENTS



Koch et al. *The Chilean Maternal Mortality Group Initiative – Interim Analysis (Research Project 2010 - 2012)*

En particular, después que se aprobó la ley de aborto terapéutico el 15 de mayo de 1931, con el propósito de reducir la mortalidad materna, se observó el efecto contrario, debido a complicaciones del procedimiento, principalmente sepsis y hemorragias. Las barras rojas señalan el período de los 5 años siguientes a los que se promulgó dicha ley. La mortalidad materna se incrementó hasta 989 x 100.000 nacidos vivos, para ese entonces, una de las más altas del mundo.

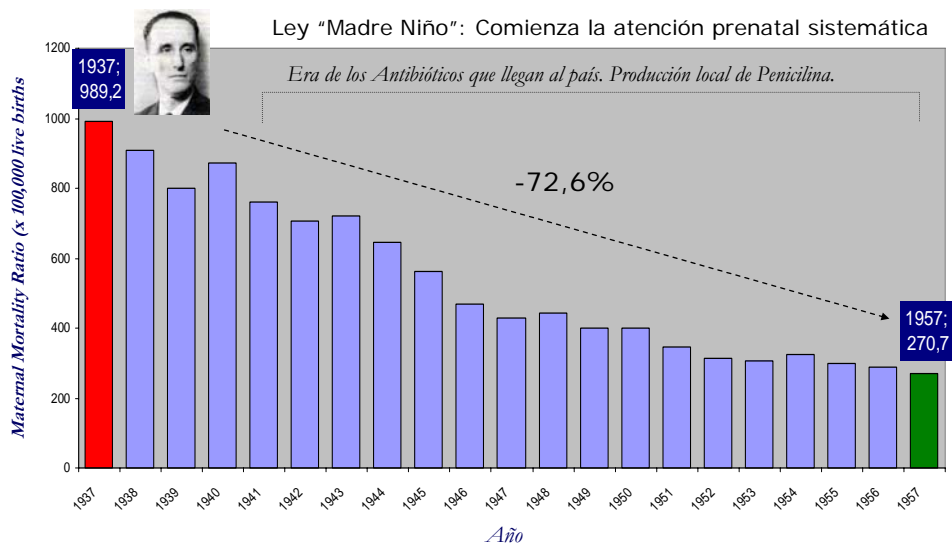
PRIMER PERIODO HISTORICO: 1909 A 1937, EL PEOR DEL SIGLO



Koch et al. *The Chilean Maternal Mortality Group Initiative – Interim Analysis (Research Project 2010 to 2012)*

La situación tomó un giro radical con la llegada del Dr. Cruz-Coke para hacerse cargo de la ministratura de salud en 1937. Brevemente, el Dr Cruz-Coke dictó la “Ley Madre-Niño”, que marca el comienzo del control prenatal y la alimentación complementaria sistemática en nuestro país. La entrega de leche y el control prenatal a las mujeres beneficiarias de la caja del seguro obrero y de empleados, tuvo un efecto inmediato incrementando la atención profesional del parto e iniciando una pendiente continua y acelerada de reducción de la mortalidad materna en Chile hasta 1957, con la reducción más rápida observada en el período de 100 años que estamos investigando.

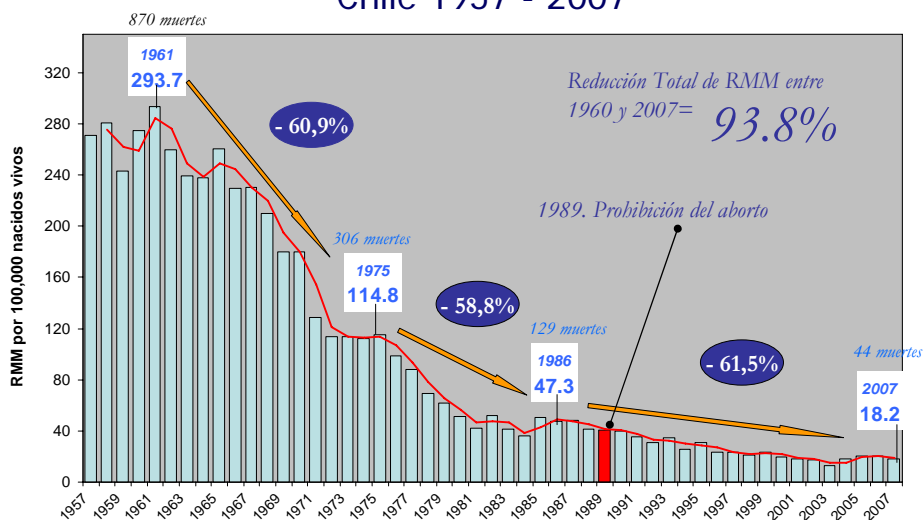
PERIODO 1937 A 1957: EL LEGADO DEL DR EDUARDO CRUZ-COKE



Koch et al. *The Chilean Maternal Mortality Group Initiative – Interim Analysis (Research Project 2010 to 2012)*

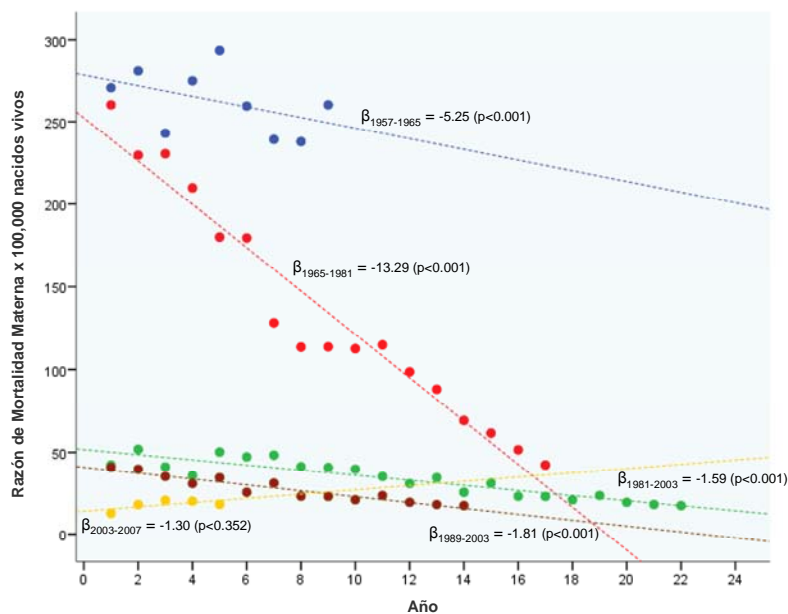
La situación cambió nuevamente en 1957, año en el que se produce una desaceleración en esta baja. En la figura, podemos observar la curva completa entre 1957 y 2007.

Razón de Mortalidad Materna, Chile 1957 - 2007



Cuando descomponemos las pendientes, notamos dos quiebres importantes, una etapa de descenso rápido y otra lenta. En la figura abajo, notamos primero un punto de inflexión en 1965 (roja), con una baja acelerada hasta 1981. Aquí alcanzamos una mortalidad materna de 50 por 100.000 nacidos vivos. Luego, un descenso más lento entre 1981 y 2003 en el que alcanzamos 12 por 100.000 nacidos vivos (verde)

Koch et al. WP260211



Factores que explican el descenso entre 1957 - 2007

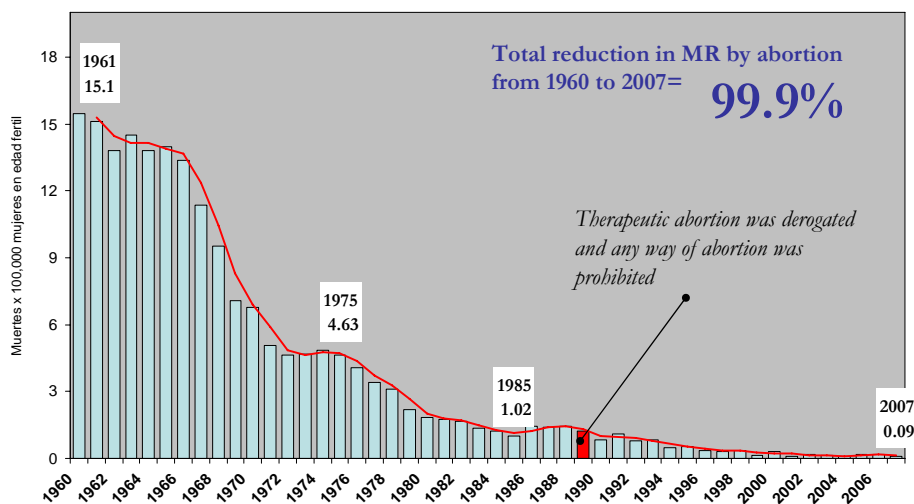
Nuestro siguiente paso ha sido estudiar los factores que influyeron en el descenso de las diferentes causas de mortalidad materna. Primero, consideramos varias políticas públicas. El año 1965 marca el inicio de importantes políticas:

1. Ley de instrucción primaria obligatoria de 8 años
2. Fortalecimiento del programa de salud materno-infantil: repartición de leche en la red de atención primaria y pesquisa temprana de embarazo antes de las 12 semanas.
3. Inicó de un plan de anticoncepción preferencialmente dirigido a mujeres post-aborto clandestino (estudios de Dr. Benjamin Viel)
4. Obras sanitarias: expansión de agua potable y red de alcantarillado

Consideramos también el año 1989 con la prohibición definitiva del aborto terapéutico durante el régimen militar. Aquí nos interesó evaluar si esta prohibición tuvo algún impacto, especialmente, porque se piensa habitualmente que la prohibición del aborto incrementa la mortalidad materna por esta causa.

En la figura abajo, se aprecia la evolución de la mortalidad materna por aborto en 50 años, demostrándose una reducción notable. Incluso, luego de la prohibición del aborto, la mortalidad materna por cualquier tipo de aborto se redujo a un mínimo, haciéndose prácticamente nula. Actualmente, el riesgo de morir por aborto es de 1 mujer en 2.000.000 de mujeres en edad fértil, y no se debe al aborto clandestino, sino a complicaciones de abortos espontáneos o embarazo ectópico.

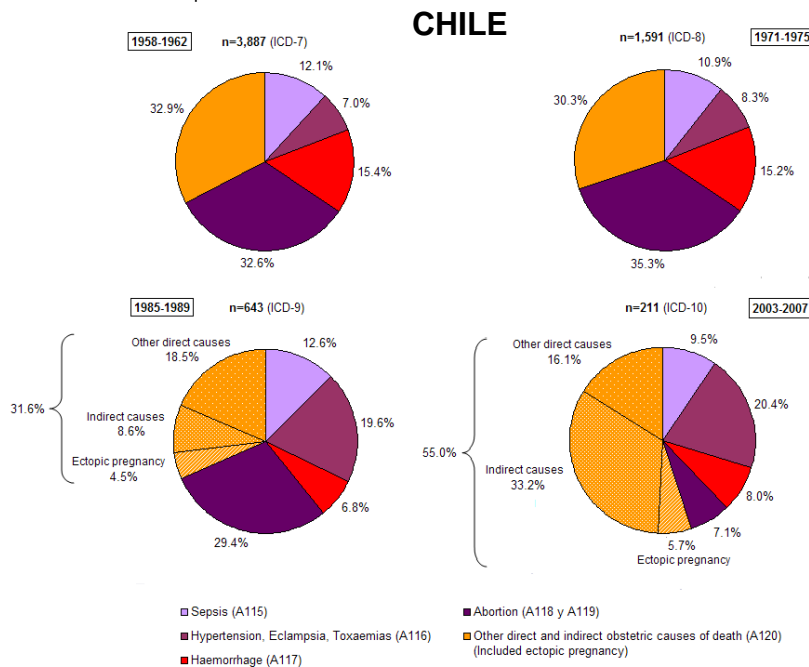
Mortalidad por aborto en Chile (tasa por 100,000 mujeres en edad fértil) Chile 1960 to 2007



Es notable el cambio en el perfil de mortalidad. En la figura siguiente, se puede apreciar la proporción de causas de muerte en distintos períodos cada 5 años. Lo primero que cambió, fue la mortalidad por hemorragia que se redujo a finales de la

década de los 70. A partir de 1981, se incrementan las causas de muerte por hipertensión, eclampsia y toxemias. Esto significa que cuando al país alcanzó el "umbral" de 50 muertes por 100.000 nacidos vivos, apareció un perfil de causas más difíciles de manejar, lo que explica la desaceleración de la curva que vimos anteriormente. Esto requirió del desarrollo de unidades de emergencia en las maternidades y sobre todo de atención obstétrica especializada para embarazos de alto riesgo.

Koch et al. WP251210 a partir de anuarios de Estadísticas Vitales del INE.



También podemos apreciar en el último período un cambio notable. Las causas indirectas son las dominantes. El aborto, que había sido la causa dominante en las décadas previas, se reduce sustancialmente y como dije, hoy es prácticamente cero.

En el cuadro siguiente se aprecian las causas oficiales de las 41 muertes maternas en Chile, ocurridas el año 2008. Como se aprecia, ninguna de estas causas podría haber sido evitada por la existencia de una ley de aborto terapéutico. Por ejemplo, el embarazo ectópico, la eclampsia y otras toxemias son urgencias obstétricas en las que se requiere el acto médico-quirúrgico inmediato. El médico aquí actúa amparado en la ética y no requiere de una ley que le obligue a actuar, ni mucho menos buscar la autorización de tres médicos para proceder, sino que debe ser orientado por la necesidad y el peligro en el que se encuentra la paciente. Las muertes se producen por la gravedad de estos casos o por complicaciones durante el procedimiento médico-quirúrgico, como puede ocurrir en cualquier situación de emergencia con compromiso vital.

Causas de muerte materna 2008 (n = 41)

- **Urgencias obstétricas (actuación médica inmediata)**
 - Embarazo ectópico (complicación quirúrgica) = 3.
 - Complicaciones del aborto espontáneo no especificado = 2
 - Hipertensión, Eclampsia y Toxemias = 11
 - Vómitos excesivos = 1
 - Toxemia por trastorno líquido amniótico y membranas = 2
 - Embolia obstétrica = 2} **n = 21**

- **Causas obstétricas directas, trabajo de parto y puerperio**
 - Complicaciones Trabajo de Parto = 3
 - Hemorragia durante el parto = 1
 - Complicaciones Anestesia = 1
 - Complicaciones Puerperio = 2} **n = 7**

- **Casos Indirectas**
 - Enfermedades no relacionadas con el embarazo = 11
 - Complicación de Diabetes Mellitus = 2} **n = 13**

Fuente: INE. Estadísticas Vitales 2008

En suma, hoy mueren alrededor de 40 a 45 mujeres anualmente durante el embarazo, la mitad por causas indirectas no relacionadas con el embarazo y la otra mitad por causas obstétricas complejas de difícil manejo como la eclampsia por ejemplo. La mortalidad por aborto ha desaparecido y el aborto en sí mismo no está relacionado al perfil de morbilidad obstétrica actual que causa mortalidad. Una legislación de aborto terapéutico o su despenalización no hubiera evitado ninguna de las muertes maternas de hoy y la actual legislación que prohíbe el aborto, no limita ni prohíbe en la práctica el actuar médico en las causas de emergencia obstétrica, ya que se trata de un acto regulado por la ética médica del doble efecto y por el sentido común. Más aún, una ley en la que se obligue la firma de dos o tres médicos por ejemplo frente a un embarazo ectópico, sería inoperante, impráctica y de suyo entorpecería el acto médico-quirúrgico requerido en forma urgente.

¿Qué explica la reducción?

Investigamos varios factores adicionales para explicar este enorme progreso en salud materna. Como dijimos, la prohibición no sólo no provoca un incremento de la mortalidad materna, sino que después de eso se redujo sustancialmente.

Analizamos series de tiempo paralelas de educación, fertilidad, ingreso, agua potable, etc. Todos estos indicadores se modificaron en paralelo con la reducción de la mortalidad materna. En la tabla siguiente, se puede apreciar el análisis de series de tiempo paralelas demostrando que el incremento de la educación, la cobertura de atención médica del parto (que hoy es 100% y refleja el impacto de los programas de salud materna como un todo), el incremento del agua potable y la red de alcantarillado, y cambios en la conducta reproductiva son todos factores asociados a la disminución

de la mortalidad materna. Mas aún, como la educación promedio de la mujer en edad fértil (15-45 años) se incremento desde 3.5 años a casi 12 años, esto influyó sinérgicamente en el efecto positivo de otras variables.

Predictors	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5	
	β	<i>p-value</i>	β	<i>p-value</i>	β	<i>p-value</i>	β	<i>p-value</i>	β	<i>p-value</i>
Average of schooling years	-32.20	0.001	--	--	--	--	--	--	-29.31	0.001
TFR	40.53	0.001	8.04	0.328	7.94	0.344	-0.33	0.961	-1.36	0.873
Primiparous (%)	-10.01	0.001	-2.27	0.139	-3.32	0.037	0.52	0.734	0.49	0.802
Primiparous \geq 29 years	8.09	0.447	28.29	0.001	30.09	0.001	4.30	0.438	7.34	0.314
Delivery by skilled attendants (%)	2.41	0.135	-2.41	0.003	-4.58	0.001	0.29	0.758	0.16	0.887
GDI per capita (PPP)	2.02	0.729	4.04	0.237	5.12	0.145	-1.03	0.706	-1.69	0.586
Clean Water (%)	-2.32	0.002	-1.98	0.001	-2.78	0.001	0.24	0.765	-0.03	0.974
Sanitary Sewer (%)	-1.57	0.196	-0.73	0.319	-2.16	0.001	0.17	0.726	0.45	0.528
Initial slope from 1957	-5.25	0.001	0.34	0.724	-1.76	0.576	-1.36	0.348	-1.78	0.685
Joint point 1965	25.79	0.092	4.15	0.657	--	--	5.28	0.461	5.93	0.494
Slope from 1965	0.87	0.878	2.22	0.516	--	--	-2.87	0.086	-4.89	0.215
Joint point 1981	-8.60	0.475	-22.11	0.001	-16.12	0.014	--	--	-15.26	0.067
Slope from 1981	9.21	0.001	5.82	0.001	7.13	0.001	--	--	8.27	0.011

La situación de la Anancefalia

Uno de los casos que ha llamado la atención de la opinión pública dice relación con la anancefalia y otras malformaciones congénitas severas que comprometen seriamente la expectativa de vida. En especial, hemos conocido casos dramáticos en los medios de comunicación. Es de notar, que estas madres no reciben un apoyo adecuado y oportuno del estado, lo que revela un vacío en nuestros programas de salud materna y protección de la infancia, que puede forzar a que algunas mujeres vean el aborto como única solución al problema.

La situación de la anancefalia se ilustra en el siguiente cuadro. Como se aprecia, esta malformación (una de las más severas del tubo neural, con agenesia de encéfalo) representa poco mas del 0.02% de los nacidos vivos, vale decir hoy, se esperan entre 50 y 65 casos al año.

Anencefalia

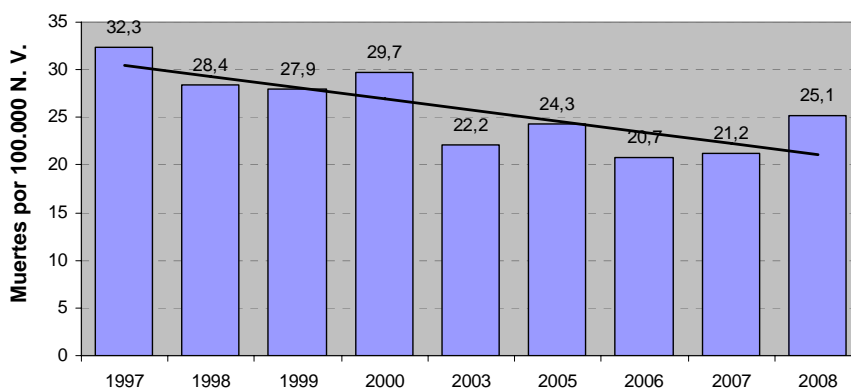
- En Chile el año 2008 llegaron a nacer 62 niños con anencefalia (0.025% de los nacidos vivos)
 - 57 murieron antes de los 7 días
 - 3 murieron murieron entre los 7 y 27 días
 - 2 murieron entre 28 días y 11 meses
- El año 1997 llegaron a nacer 84 niños con anencefalia (0.032% de los nacidos vivos)
 - 80 murieron antes de los 7 días de nacido
 - 3 murieron entre los 7 y 27 días
 - 1 murieron entre 28 días y 11 meses de nacido

Fuente: INE, Estadísticas Vitales 1997 y 1998

En la siguiente figura, se aprecia además que esta patología congénita va con tendencia a la disminución en la última década. Expertos atribuyen esta baja a la suplementación de ácido fólico en el programa de salud materna y a la fortificación de la harina con folatos.

Tendencia de la Anencefalia

La tendencia de la anencefalia en los últimos 10 años es a la baja. Se ha atribuido principalmente a la fortificación de ácido fólico en la harina y a la suplementación en las primeras semanas del embarazo.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas. Bases de datos de Mortalidad para cada año.

En suma, en términos epidemiológicos, la anencefalia es infrecuente y con tendencia a la baja. La sobrevivencia más allá de los 7 días es un evento raro, y los casos de mayor sobrevivencia son excepcionales. El bajo número de casos amerita la creación de un

programa de apoyo concreto para estas madres que se ven enfrentadas a este tipo de embarazos, así como otras patologías congénitas de muy baja incidencia como la haloprosencefalia por ejemplo.

Situación del aborto clandestino

No es raro que en 1960 el aborto haya sido la principal causa de mortalidad materna. La baja educación y pobreza fue la causa central: 150 madres por cada mil nacidos vivos eran completamente analfabetas. Estas mujeres se hacían abortos con procedimientos como lavado vaginal. En zonas rurales era frecuente la introducción de objetos filantes o puntiagudos. La introducción de la anticoncepción en estas mujeres post curetaje disminuyó el aborto clandestino, como acreditan los estudios de la época dirigidos por el Dr Benjamin Viel. Actualmente, estas formas de aborto han prácticamente desaparecido.

Lógicamente, si la mortalidad por aborto a disminuido a valores nulos, muy probablemente también en paralelo se ha producido una disminución de los abortos clandestinos.

La estimación del número de abortos ha sido un tema muy controversial en Chile. Se han mencionado cifras de 150.000, de 100.000 o de 60.000 en diversos medios. Científicamente hablando no podemos saber con exactitud cuantos abortos clandestinos ocurren, pero existen algunos métodos de aproximación.

1. MODELO DE EGRESOS HOSPITALARIOS CON FACTORES DE EXPANSION.

Estos modelos utilizan la estadística del número de egresos hospitalarios y luego lo multiplican por un factor de expansión que se calcula entrevistando a 10 o 15 personas del sistema de salud pública. Por ejemplo, en el caso de Chile usando este método se estimaron poco más de 150.000 abortos en la década del 90. En general el factor de expansión varía entre 4 y 9 y no tiene como ser validado, por eso se le denomina "subjetivo".

30.000 egresos hospitalarios x 5 = 150.000

30.000 egresos hospitalarios x 4 = 120.000 etc.

Sus mayores desventajas son:

1. Factor de expansión "brujo"
2. No considera datos objetivos como la fertilidad, el índice de reproducción ni las probabilidades biológicas de concebir, aborto espontáneo o un embarazo de término en nacido vivo, que hoy son bien conocidas.
3. Utiliza los egresos hospitalarios, que en Chile esta formado hoy en su mayor parte por perdidas espontáneas.

2. MODELO DE EGRESOS HOSPITALARIOS BASADO EN PROBABILIDADES BIOLÓGICAS DE ABORTO ESPONTÁNEO.

Este modelo utiliza sólo datos reales disponibles en las estadísticas vitales y aplica las probabilidades biológicas de concepción, pérdida temprana espontánea antes de las 6 semanas y el aborto espontáneo clínico propiamente tal:

- Numero de egresos hospitalarios por aborto (32.000)
- Mujeres en edad fértil susceptibles de un embarazo (Pob. fértil x *log* de la tasa de fertilidad que es 0.19 en el caso de Chile)
- Probabilidad biológica máxima de concepción viable (0.33 Willcox *et al N Eng J Med 1995;333:1517-21*)
- Probabilidad biológica de pérdida temprana antes de 6 semanas (0.25)
- Probabilidad de aborto espontáneo clínico (0.08)
- Probabilidad de complicación (aborto incompleto o hemorragia) del método abortivo más prevalente (En el caso de Chile, podemos usar el misoprostol, cuya probabilidad de aborto incompleto u otra complicación mínima es 10%)

El cálculo es bastante simple, pues se calcula un residuo entre el número de egresos hospitalarios esperados para un año y el observado:

Residuo = Egresos hospitalarios por abortos observados – esperados

La diferencia positiva es un “exceso” de abortos que se sospecha son egresos por complicaciones de abortos inducidos (*e.g.* aborto químico con misoprostol). Según nº de nacidos vivos el número de egresos hospitalarios esperados por abortos espontáneos clínicos, de acuerdo con las probabilidades biológicas de concepción son:

Para 250.000 nacidos vivos = 30.302 egresos por aborto espontáneo

Para 240.000 nacidos vivos = 29.090 egresos por aborto espontáneo

Para 230.000 nacidos vivos = 27.878 egresos por aborto espontáneo

En el caso de Chile para un año teórico:

Egresos por aborto observados = 32.000

Nacidos vivos observados = 250.000

Concepciones esperadas = 378.787

Perdidas tempranas imperceptibles = 94.696

Egresos por aborto espontáneo clínico esperados = 30.302

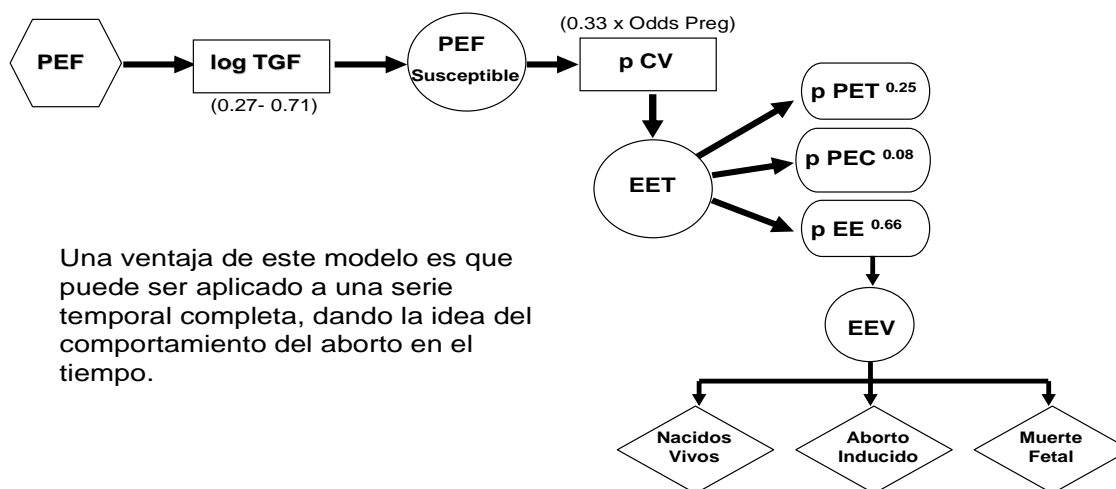
Residuo = 1.698

Abortos clandestinos totales = 16.980

Su desventaja es que descansa aún en los egresos hospitalarios que puede ser una estadística incompleta dependiendo del país y requiere saber cual es el método abortivo utilizado o más prevalente, lo que aún se mantiene a nivel especulativo.

3. MODELO DE EMBARAZOS ESPERADOS. Este modelo también utiliza datos objetivos tomados de las estadísticas vitales (e.g. fertilidad) y las probabilidades biológicas descritas por Wilcox *et al* (*N Eng J Med* 1995;333:1517-21). Es más complejo y sus parámetros de cálculo se ilustran en la figura. En el fondo calcula cual la cantidad de nacidos vivos que se esperan para una población en edad fértil (PEF) susceptible estimada a partir de la tasa global de fertilidad ($pTGF$) a partir de la probabilidad de concepción viable (pCV) y las probabilidades de pérdida espontánea temprana ($pPET$) y clínica ($pPEC$) y la probabilidad de embarazo terminado en nacido vivo (pEE). La diferencia entre los nacidos esperados y los niños nacidos observados incluyendo las muertes fetales puede indicar que los que faltan fueron abortados.

3. MODELO DE EMBARAZOS ESPERADOS BASADO EN LAS ESTADISTICAS VITALES Y LAS PROBABILIDADES BIOLÓGICAS DE CONCEPCION.



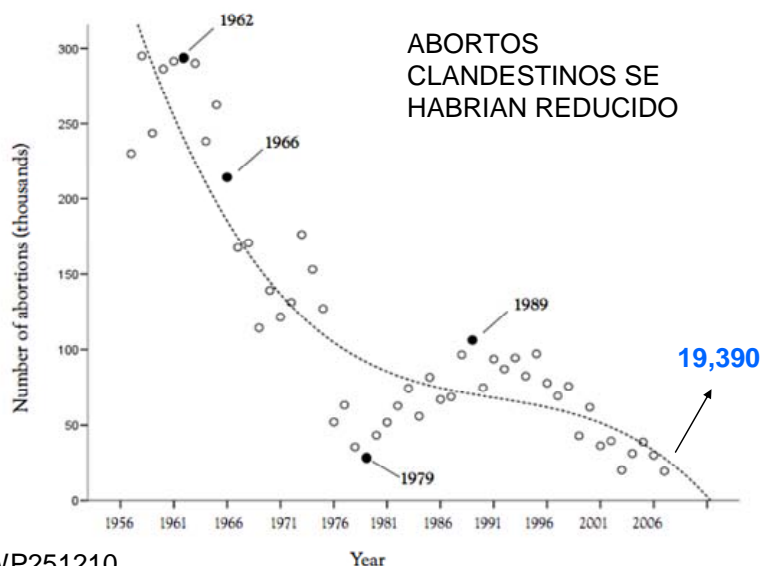
Una ventaja de este modelo es que puede ser aplicado a una serie temporal completa, dando la idea del comportamiento del aborto en el tiempo.

Una ventaja de este modelo, es que si se cuenta con los datos de población y la tasa global de fertilidad, puede ser aplicado a una serie temporal completa, dando la idea del comportamiento del aborto en el tiempo. Su desventaja es que tiende a sobrestimar el número de abortos a valores muy altos (>4) y a subestimar a valores muy bajos (< 1.6) del índice de fertilidad. Como Chile se encuentra actualmente en 1.88 el modelo parece apropiado actualmente, pero posiblemente la cifra de abortos pueda estar algo abultada en las décadas en que el país tuvo una fertilidad de 5. Un alternativa de corrección es usar el índice de reproducción.

Utilizando este modelo, hemos calculado la tendencia teórica del aborto clandestino en Chile entre 1957 y 2007. En la figura siguiente se aprecia esta tendencia, que es a la baja. Entre 1957 y 1966, el modelo estimó sobre 200.000 abortos y actualmente, estima una cifra de 19.390 abortos clandestinos totales (ver figura abajo)

Aplicado a la serie de tiempo Chilena

$$\text{No. abortions} = \beta_1(t) + \beta_2(t)^2 + \beta_3(t)^3 - \beta_0$$



Koch et al. WP251210

En suma, decir que en Chile ocurren 150.000 abortos, 100.000 o 60.000 parece exagerado y basado en modelos subjetivos de estimación de dudosa validez científica. Dada las estadísticas vitales que actualmente tenemos y los modelos más objetivos mencionados, una cifra plausible es que el número de abortos clandestinos se mueva actualmente entre 15.000 a 20.000 abortos al año. La mayoría, ocurriría a través del uso misoprostol, hablando a escala especulativa.

Chile en comparación con países Europeos con aborto legal

La tabla siguiente (extracto) ilustra un estudio de países europeos con aborto legal y cuando fue aprobada la primera ley. En casi todos los casos se comenzó por una ley de aborto terapéutico pero se terminó en una ley de aborto a petición. Como han afirmado algunos promotores de esta ley en Chile, incluyendo académicos de mi universidad, en un seminario realizado el Lunes 8 del presente, el aborto terapéutico es un primer paso, una estrategia para discutir más adelante la despenalización del aborto. Esto no es sorprendente, pues la experiencia internacional en general muestra una transición desde el aborto terapéutico al aborto a petición (ver esquema)

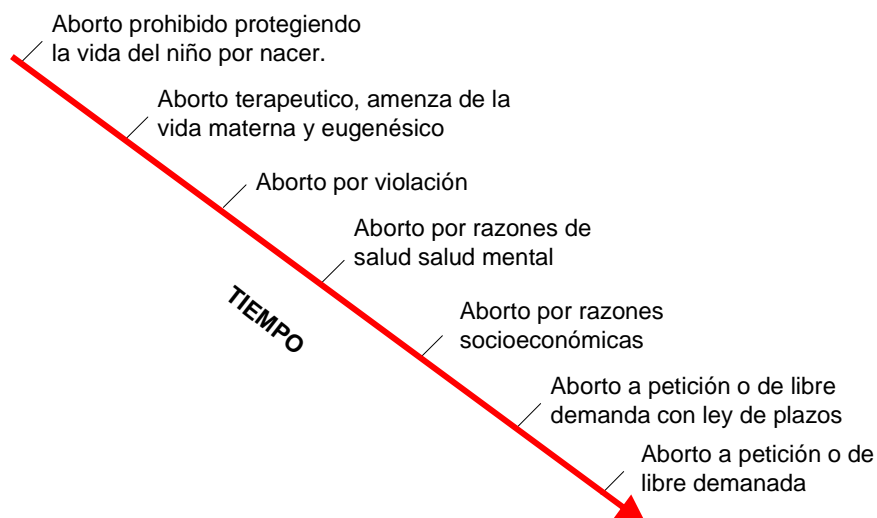
Evolución de la situación legal en Europa

COUNTRY	Nº Abortions (2008)	Δ in yearly abortions 1998-2008	Legal status	Year of current law	Features	Year of first law
SPAIN	115,812	+61,945 (+115%)	Legal	2010	To save the life of the woman; To preserve physical/mental health of the woman; Rape or incest; Fetal Impairments; Social or economic reasons; Available on request.	1985
UK	215,975	+16,088 (+8%)	Cause Needed	1990	To save the life of the woman; To preserve physical/mental health of the woman; Fetal Impairments; Social or economic reasons.	1967
SWEDEN	38,049	+7,041 (+22%)	Legal	1995	To save the life of the woman; To preserve physical/mental health of the woman; Rape or incest; Fetal Impairments; Social or economic reasons; Available on request.	1938
BELGIUM	18,033	+6,034 (+50%)	Cause Needed	1990	To save the life of the woman; To preserve physical/mental health of the woman; Rape or incest; Fetal Impairments; Social or economic reasons; Available on request.	1990
GREECE	16,495	+4,657 (+39%)	Legal	1986	To save the life of the woman; To preserve physical/mental health of the woman; Rape or incest; Fetal Impairments; Social or economic reasons; Available on request.	1978
IRELAND	28,330	+4,189 (+17%)	Cause Needed	1984	To save the life of the woman; To preserve physical/mental health of the woman; Rape or incest; Fetal Impairments; Social or economic reasons; Available on request.	1984
AUSTRIA	18,403	+1,743 (+11%)	Legal	1974	To save the life of the woman; To preserve physical/mental health of the woman; Rape or incest; Fetal Impairments; Social or economic reasons; Available on request.	1974
FRANCE	209,913	+1,534 (+1%)	Cause Needed	2001	To save the life of the woman; To preserve physical/mental health of the woman; Rape or incest; Fetal Impairments; Social or economic reasons; Available on request.	1975
FINLAND	10,230	-514 (-5%)	Cause Needed	2001	To save the life of the woman; To preserve physical/mental health of the woman; Rape or incest; Fetal Impairments; Social or economic reasons.	1950
DENMARK	14,984	-1,608 (-10%)	Legal	1999	To save the life of the woman; To preserve physical/mental health of the woman; Rape or incest; Fetal Impairments; Social or economic reasons; Available on request.	1939
ROMANIA	4,946	-4,170 (-46%)	Legal	1992	To save the life of the woman; To preserve physical/mental health of the woman; Rape or incest; Fetal Impairments; Social or economic reasons; Available on request.	1977
LITHUANIA	8,409	-7,389 (-47%)	Legal	2004	To save the life of the woman; To preserve physical/mental health of the woman; Rape or incest; Fetal Impairments; Social or economic reasons; Available on request.	1955
SLOVAKIA	13,394	-7,715 (-37%)	Cause Needed	1991	To save the life of the woman; To preserve physical/mental health of the woman; Rape or incest; Fetal Impairments; Social or economic reasons; Available on request.	1957

Fuente: Naciones Unidas. Situación del aborto en países de la Unión Europea

Evolución de la situación legal en Europa

Historicamente el aborto ha evolucionado desde la absoluta restricción hasta la libre demanda en el curso de los últimos 60 años



La tabla siguiente, muestra que ocurre con el cociente o razón nacidos vivos por aborto (QLBA, que se lee como "un aborto por tantos nacidos vivos". Vale decir, un cociente QLBA con valor de 1, significa que ocurre un aborto por cada nacido vivo o lo que es lo

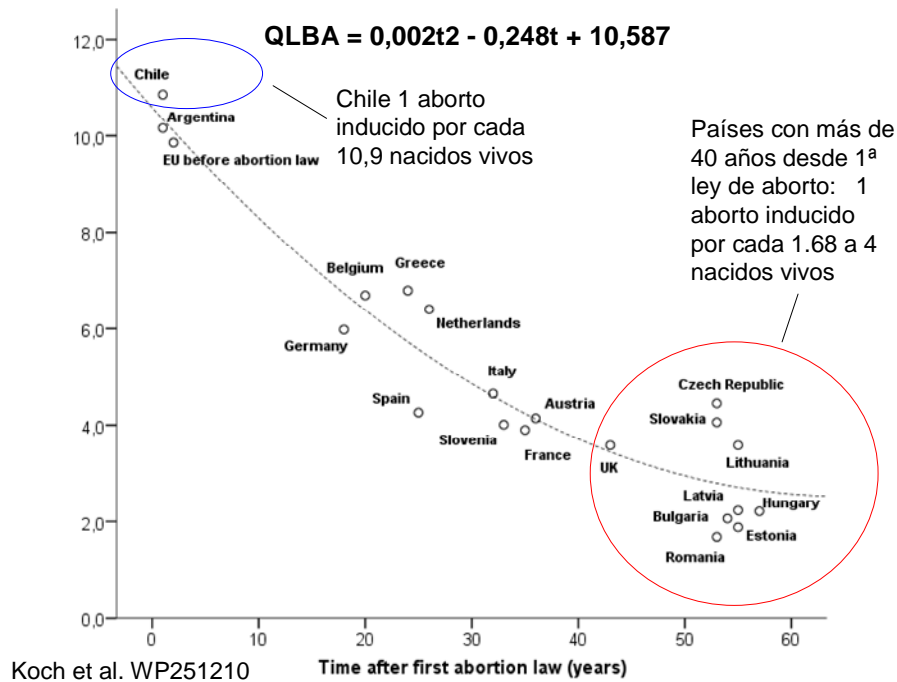
mismo, una razón de 1:1) Mientras menor es este cuociente, mayor el número de abortos. Por ejemplo, en Rumania, después de casi 50 años desde la primera ley de aborto terapéutico, se realiza un aborto por cada 1.68 nacidos vivos, en España, luego de 25 años desde la primera ley de aborto terapéutico se realiza un aborto por cada 4,26 nacidos vivos.

Country	Time* (years after)	CAR†	AAR ‡	QLBA**	Projected No. of abortions		
					Chile		
					x CAR	x AAR	x QLBA
Spain	25	10.24	70.15	4.26	45,549	84,235	56,781
United Kingdom	43	14.72	52.95	3.58	65,458	63,575	67,696
Sweden	72	18.57	67.78	2.82	82,597	81,391	85,737
Belgium	20	7.25	27.89	6.69	32,254	33,494	36,175
Greece	24	6.16	41.32	6.79	27,378	49,611	35,673
Netherlands	26	7.27	30.95	6.40	32,344	37,162	37,816
Austria	36	9.00	64.77	4.14	40,036	77,768	58,420
France	35	14.01	47.34	3.90	62,322	56,848	61,994
Finland	60	9.77	22.20	5.74	38,786	39,970	42,163
Denmark	7	QLBA= Nacidos vivos			53,817	55,040	56,598
Slovenia	3	Abortos			44,496	86,431	60,394
Estonia	55	12.70	110.00	1.00	110,116	140,242	129,029
Slovakia	53	9.38	97.74	4.06	41,726	117,356	59,571
Latvia	55	17.76	119.20	2.23	78,988	143,133	108,427
Lithuania	55	10.21	78.55	3.58	45,415	94,324	67,581
Italy	32	8.73	64.18	4.65	38,816	77,062	52,110
Czech Republic	53	10.24	64.82	4.45	45,543	77,827	54,394
Germany	18	5.92	43.52	5.98	26,319	52,252	40,463
Hungary	57	18.24	152.02	2.21	81,127	182,536	109,329
Bulgaria	54	19.76	129.99	2.06	87,867	156,079	117,553
Romania	53	23.17	205.04	1.68	103,039	246,199	144,184

Fuente de los datos Europeos: Naciones Unidas y Eurostat

También se puede ver el número proyectado de abortos calculado para la población chilena asumiendo el caso de cada país europeo con aborto legal actualmente, basado en la tasa cruda de abortos por mujer en edad fértil (CAR), la tasa de abortos ajustada por población fértil susceptible de embarazo (AAR) y calculada a partir del QLBA. Si exhibiéramos los valores actuales de Rumania, utilizando el QLBA actual de este país, Chile tendría 144.184 abortos provocados legales. Si tuviéramos los valores actuales de España, tendríamos 56.781 abortos. El valor más alto, se estima con la AAR, pues este es calculado utilizando la tasa global de fertilidad. Como la fertilidad de España y Rumania es mucho más baja que la chilena, la multiplicación de las tasas de estos países por la población fértil susceptible chilena arroja valores absolutos de abortos más altos.

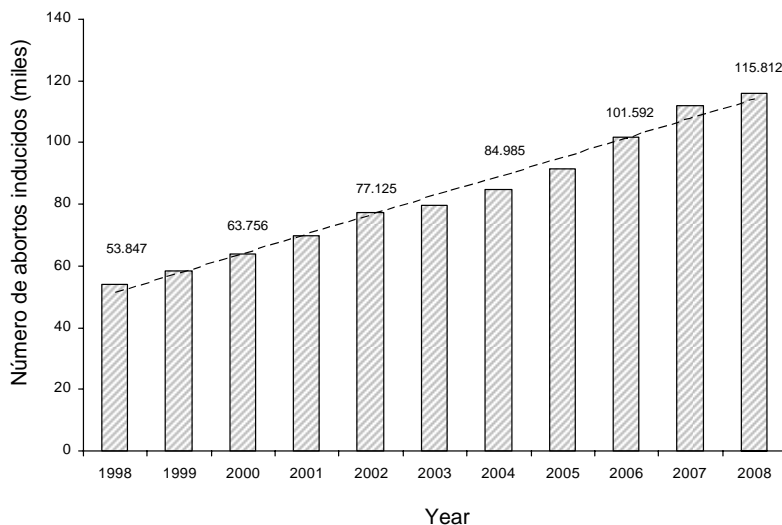
La tabla anterior, nos pueda dar una idea de lo que ocurriría en Chile si tuviéramos un escenario similar al que exhiben los 21 países europeos de la lista. Claramente, la cifra de abortos clandestinos que hemos estimado para Chile con los modelos ya descritos, sería inferior a cualquiera de las cifras que exhibiríamos en cualquiera de esos escenarios en los que el aborto está disponible a libre demanda, con o sin ley de plazos.



Arriba en la curva de la figura se encuentra la razón aborto / nacidos vivos (QLBA) de la Unión Europea antes de la primera ley de aborto, además de Chile y Argentina y el valor actual que exhiben 18 países europeos. El aborto sería comparativamente menor actualmente en Chile, 1 aborto por cada 10,9 nacidos vivos en comparación con los países Europeos con aborto legal. Esta curva demuestra además que el aborto se incrementa luego de su legalización al menos durante los primeros 50 años y sugiere que su prohibición es capaz de mantenerlo a raya, situación contraria a la observada en Europa. Obsérvese en el gráfico, que los países del ex bloque soviético (Lituania, Estonia, Rumania, etc) con 50 años o más desde la primera ley de aborto, poseen el mas bajo cuociente (QLBA), 1 aborto por cada 2,5 nacidos vivos en promedio.

En la figura siguiente vemos el caso de España en los últimos 10 años. Claramente se puede observar un incremento sostenido del aborto inducido legal.

El aborto en España

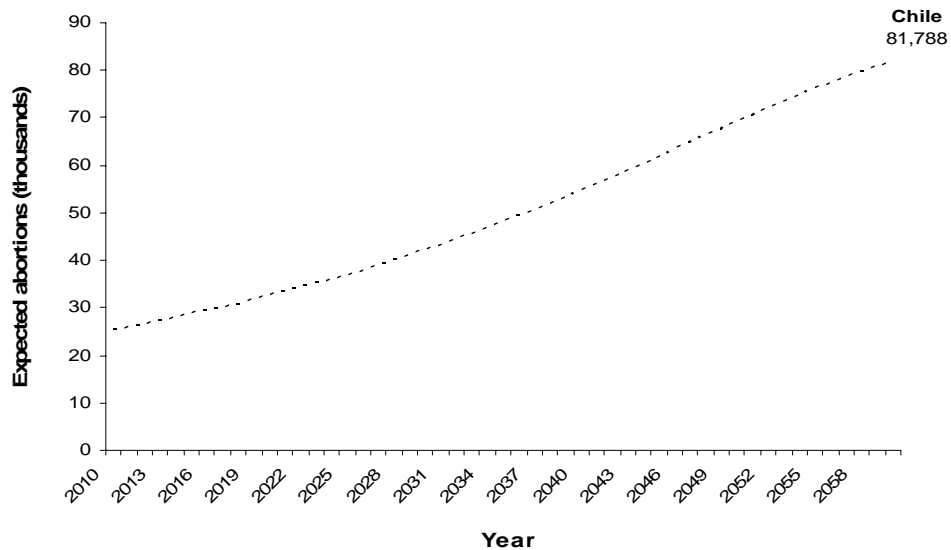


Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, España

Proyección de abortos si fuera despenalizado en Chile

Basado en la curva Europea para 50 años, podemos extrapolar lo que ocurriría en Chile si el aborto fuera despenalizado. Podemos ver en la figura siguiente una curva ascendente situándonos en 81.788 abortos.

Proyección de abortos a 50 años en Chile si es despenalizado (utilizando la curva promedio Europea en 50 años)



Si utilizamos las tasas observadas en España, en 10 años llegaríamos a 45.311 abortos, vale decir, aumentaríamos el problema, no le reduciríamos (Figura abajo)

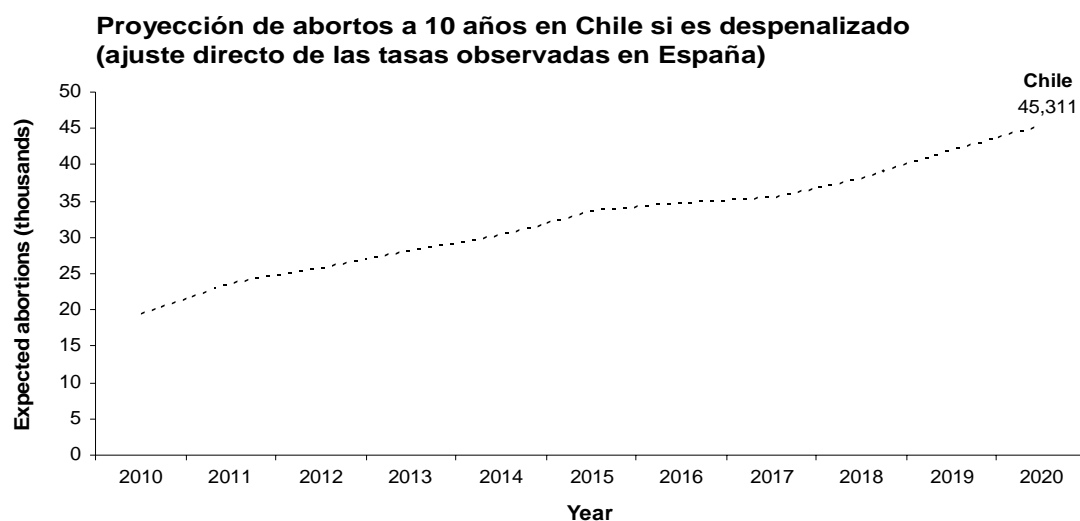


Figure 10. Expected number of elective abortions for Chile after a hypothetic decriminalization of abortion, based in direct adjustment by the rate observed in Spain from 1998 to 2008 (number of abortions per 1000 women aged 25 to 44 years). The year 2010 is the point immediately before abortion law and the number of abortions represents the current number of illegal abortions estimated through expected pregnancies model applied to official vital statistic records in this country.

La practica de abortos electivos durante el período de aborto terapéutico legal

En nuestra investigación y revisión de la literatura histórica, pudimos dar cuenta que la ley de aborto terapéutico que operó entre 1931 y 1989, fue interpretada de formas diversas, incluyendo su utilización para abortos electivos. Esta documentado por ejemplo en un artículo publicado en 1965 por Armijo, Monteral y cols., que la desigual morbilidad y mortalidad por aborto en algunas regiones como Concepción y Santiago fue en parte debida a la diferente interpretación del aborto terapéutico que lo extendía o restringía respectivamente. El caso más claro de este fenómeno, que logramos documentar, ocurrió en 1973 en el hospital Barros Luco, antes del golpe militar, lugar en que por acuerdo de los médicos, se realizaron abortos a petición. Aquí, se utilizó un aparato de vacío, especialmente diseñado para el aborto por aspiración (llamados reguladores menstruales; una de estos aparatos, por supuesto fuera de uso, esta en el campus norte de la U. de Chile). Testimonios de los actores de esta práctica fueron publicados en una crónica The Clinic en agosto del año 2003 por Piero Montebruno y Alejandra Delgado. En alrededor de 6 meses se llegaron a practicar cerca de 3000 abortos. Aquí extraigo parte del texto:

“Durante los últimos seis meses de la Unidad Popular, un equipo del Barros Luco realizó 3 mil abortos gratuitos y perfectamente legales. Su éxito fue tal que se pensó en extender el modelo al resto del país.

Por Piero Montebruno y Alejandra Delgado”

““La Máquina” es uno de los capítulos más olvidados de la Unidad Popular. Aquel en que se permitió a todas las mujeres del sector sur de Santiago y con tres meses de embarazo, abortar gratis, sin burlar la ley y con supervisión médica.

Entre marzo y septiembre de 1973, en el Barros Luco, el aborto fue, en la práctica, legal”

"-Desde que empezamos con "La Máquina", las mujeres no pararon de llegar. Cada día venían más. Venían de todo Chile. Simulaban vivir en la zona sur, y listo... Nosotros no podíamos negarnos a atenderlas. Venían hasta señoritas que se notaba tenían estudios o eran de situación-, describe la auxiliar María Elena Flores."

"La solución fue usar el aborto terapéutico en su sentido más amplio. Al punto que si una mujer manifestaba claramente no desear su embarazo, se consideraba terapéutico interrumpirlo."

"El doctor Aníbal Faúndes fue de los puntales de esta nueva forma de enfrentar el aborto. Para él el punto de inflexión resultó ser la asamblea de marzo de 1973 en la que participó todo el personal médico del área de abortos del Barros Luco. Allí se decidió que los únicos requisitos para abortar eran vivir en el sector sur de Santiago y tener menos de tres meses de embarazo."

Extraído de "La vía chilena hacia el aborto". The Clinic 2003. Available <http://alejandradelgado.blogspot.com/2006/10/la-via-chilena-hacia-el-aborto.html>

Al parecer la práctica fue seriamente restringida en los hospitales públicos chilenos en el régimen militar, después del golpe de estado.

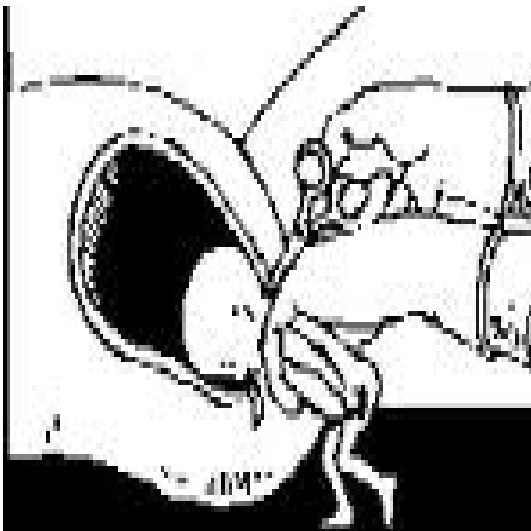
Consideraciones finales en el marco de los actuales proyectos de ley

Los tres proyectos presentados (Boletines N° 7373-07, 6522-11 y 6591-11) plantean la despenalización del aborto a discreción médica, vale decir, el médico decide si es o no "terapéutico". Uno de ellos, plantea el aborto por violación, eugenesia y razones ético-sociales, más cerca del aborto a petición.

1. El progreso en la salud materna en Chile se ha experimentado con políticas públicas exitosas no relacionadas con el aborto, sino relacionadas con la protección de la maternidad y la infancia, velando siempre por el binomio madre-niño como una unidad. El más notable ejemplo histórico son las políticas públicas instauradas con la ley madre-niño en 1937. El país, habría logrado una cifra endémicamente baja de abortos (1 x cada 10,9 nacidos vivos), mucho menor a la que registran países con aborto legal (1, x cada 3,5 nacidos vivos en promedio). Un eventual legalización acrecentará el problema.

2. Nuestra investigación muestra que la ley de aborto terapéutico que operó en Chile entre 1931 y 1989 no representa ningún correlato beneficioso para la salud materna. Más aún, después que se promulgó hubo un aumento explosivo de la mortalidad materna. Luego de su prohibición, se observó un notable avance adicional gracias a las estrategias de protección de la maternidad y la infancia.

3. Una apertura al aborto terapéutico sería un claro retroceso al avance logrado luego de tantos años gracias a políticas públicas que han puesto el acento siempre en el binomio Madre-Niño.



4. Los tres proyectos dejan un vacío enorme pues no establecen ningún plazo dejando abierta la posibilidad de infanticidio (ejm: aborto quirúrgico >22 semanas). La terminología es confusa y sujeta a una amplia interpretación subjetiva. Por ejemplo ¿Qué debemos entender por *razones ético- sociales*? ¿Razones socioeconómicas por ejemplo? Esta ambigüedad permitiría extender la práctica del aborto inducido electivo.

5. Los proyectos tienen serios reparos además en su planteamiento, dejando abierta una peligrosa y diversa interpretación del aborto en torno a los conceptos de "*riesgo para la vida de la madre*" e "*inviabilidad fetal*" ambos inexactos, de consideración variable que quedará al arbitrio de los médicos, que serán en definitiva quienes firman.

6. Como demuestra la experiencia pasada con la ley derogada en 1989, esta ley puede ser utilizada para realizar y justificar abortos a petición en forma legal.

7. Como ha revisado el Dr. Carlos Valenzuela (*Valenzuela CY. Scientific ethics of therapeutic abortion. Rev Med Chil 2003;131:562-8*), los problemas obstétricos de riesgo para la vida de la madre durante el embarazo, que a su vez son de baja frecuencia, son resueltos a través de la ética médica del doble efecto. En estos proyectos de ley, aún pensando se refieren *bona fide* en términos generales a casos médicos, reemplazaría en la práctica la ética médica actual del doble efecto que regula los casos en los que está en peligro la vida de la madre, sentando un precedente para justificar el aborto a petición y una *praxis* perniciosa basada en la interpretación de los conceptos ya discutidos.

8. Ninguno de los casos de muerte materna actuales se habría evitado con la existencia de esta ley (ejm: embarazo ectópico y otras urgencias que requieren el acto médico-quirúrgico inmediato). Por tanto, una ley de aborto terapéutico es de suyo innecesaria e incluso contraproducente en el actual escenario del país: la ley puede entorpecer el acto médico en situación de urgencia obstetricia en la que se requiere una decisión rápida para proceder.

9. El sustento de estos proyectos se basa en casos ciertamente dolorosos, presentados a los medios y que nos mueven a todos a la compasión y solidaridad. Pero en términos epidemiológicos son eventos de muy baja frecuencia actualmente en el país, como es el caso de la anencefalia (alrededor de 50 a 65 casos al año, con tendencia a la baja y representando poco más de 0.02% del total de nacidos vivos) y otras anomalías congénitas severas.

10. Otras estrategias, en sintonía con la larga tradición de protección de la maternidad y la infancia deben ser implementadas para estos casos, destinadas a apoyar concretamente a madres que enfrentan un embarazo con un niño seriamente discapacitado por malformaciones congénitas y cuya esperanza de vida es pobre e incierta.

Sin más que agregar, saluda a la distinguida comisión de salud

Elard Koch