

EL ABORTO

Tlalmanalco Yahuitl R.¹ y Martínez Villalba A. K.¹

¹Estudiantes de la carrera de TSU en Paramédico de la Universidad Tecnológica de Izúcar de Matamoros, Prolongación Reforma 168 Barrio de Santiago Mihuacán Izúcar de Matamoros Pue. teléfono: (243) 436 38 96

Se define al aborto como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal. El momento en el cual es posible la sobrevida extrauterina no tiene una definición uniforme, la 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades recomienda que para el reporte de estadísticas vitales se considere muerte fetal o nacido vivo con peso al nacer de 500 g o más y se considere la edad gestacional de 22 semanas o una talla de 25 cm o más cuando el peso no esté disponible (Astete et al., 2014; PROSEGO, 2010 y WHO, 2010 en Donoso y Vera, 2016). El aborto se clasifica en dos grandes grupos: aborto espontáneo y aborto inducido y según la edad gestacional puede ser precoz antes de las 12 semanas y tardía posterior a las doce semanas. (Schawrcz, 1998; Guevara Ríos, 2010; MSP, 2013)

El aborto inducido es el cuarto método de regulación de la fertilidad más utilizado a nivel Latinoamérica. Las estimaciones del número de abortos inducidos realizados anualmente, hasta hace 27 años, oscilaban entre 2,7 y 7,4 millones, o entre el 10 y el 27 por ciento de todos los abortos realizados en el mundo en desarrollo. Debido a leyes restrictivas, casi todos estos abortos son clandestinos e inseguros, y sus secuelas son la principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. Uno de cada tres a cinco abortos inseguros

conduce a la hospitalización, lo que resulta en un consumo excesivo de recursos del sistema de salud escasos y costosos (Paxman et al., 1993).

A nivel mundial el aborto es considerado como problema de salud pública dado a que el 13% de las muertes maternas están relacionadas con los abortos debido a los factores de riesgo y connotaciones legales de cada país hace que su número haya aumentado junto con sus complicaciones y repercusiones sociales. Entre el 12 y 20% de los embarazos clínicamente diagnosticados terminan en aborto espontáneo (Meza, 2013). De los cinco países que prohíben el aborto, cuatro de ellos se encuentran en Latinoamérica, esto trae como consecuencia que un limitado número de mujeres tenga acceso al aborto legal y seguro, arriesgándose a las consecuencias que trae consigo la clandestinidad de esta práctica.



Figura 1. Número de mujeres con acceso a aborto legal y seguro. Fuente: distintas latitudes (2018).

El tema de la despenalización y legalización del aborto genera controversias de orden moral, religioso, filosófico y legal. Independientemente de los cargos individuales, es deber del Estado garantizar políticas públicas y leyes para todas las mujeres, sin discriminación, para que tengan la capacidad de decidir si, cuándo, con qué frecuencia y con quién quieren tener hijos. Los Estados tienen el deber de prevenir muertes evitables y secuelas de abortos inseguros. Las leyes restrictivas sobre el aborto violan los derechos humanos de las mujeres y los adolescentes, incluido el derecho a la vida, el derecho a la integridad física y psicológica, el derecho a la salud sexual y reproductiva, el derecho a la igualdad y la no discriminación, el derecho a no ser sometido a tortura y ser inhumano. y trato degradante, y el derecho a vivir una vida libre de violencia, entre otros derechos (Uberoi et al., 2012 en Galli, 2020).

Según información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (2003), el 98% de los países permite el aborto para salvar la vida de las mujeres, el 65% para salvar su salud física, 62% para salvar su salud mental, 43% en los casos por violación e incesto, 39% en los casos de malformaciones fetales, 33% en casos de problemas sociales y económicos y 27% a solicitud de la gestante. (López, 2014).

En este contexto es necesario trabajar en los siguientes aspectos: se deben establecer y fortalecer los programas y políticas que mejoren el conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos en mujeres y hombres; garantizar y mejorar la provisión de atención postaborto, deben ampliarse las causales para el aborto legal en la región para reducir la necesidad que tienen las mujeres de recurrir a procedimientos clandestinos y mayor

equidad en el acceso a la planificación familiar y a la atención postaborto (Guttmacher Institute, 2015).

REFERENCIAS

Uberoi, D., de Bruyn, M., & Galli, B. (2012). Using human rights to address consequences of criminal laws on sexuality and reproductive autonomy. *The International Journal of Human Rights*, 16(7), 1023-1039.

Galli, B. (2020). Challenges and opportunities for access to legal and safe abortion in Latin America based on the scenarios in Brazil, Argentina, and Uruguay. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00168419.

Paxman, J. M., Rizo, A., Brown, L., & Benson, J. (1993). The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America. *Studies in family planning*, 205-226.

Guttmacher Institute. (2015). Datos sobre el aborto en America Latina y el Caribe.

Recuperado de: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/IB_AWW-Latin-America-SP.pdf

Distintas latitudes. (2018). Entre avances y penalización absoluta. Comparativo de la situación del aborto en América Latina. Recuperado de:

<https://distintaslatitudes.net/explicadores/aborto-america-latina>

Astete, C. B., & Lecaros, A. (2014). Propuesta de un glosario para la discusión del aborto.

Revista médica de Chile, 142(11), 1449-1451.

PROSEGO. (2010). Protocolos asistenciales en obstetricia. Obtenido de Aborto espontáneo. En: Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, editor. Madrid: Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología.: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet

Schawrcz, S. D. (1998). Ostetricia. En En S. D. Schawrcz, Ostetricia (págs. págs. 175 - 178). Buenos Aires: El Ateneo.

Guevara-Ríos, E. (2010). Hemorragias de la primera mitad del embarazo. Revista Médica Peruana de Ginecología y Obstetricia, 10-13.

MSP, M. d. (2013). Diagnóstico y tratamiento de aborto espontáneo. Guía de Práctica Clínica, 15 - 16.

Meza, C. A. (2013). Hemorragias del primer trimestre.a. En XIX Curso de Actualización en Ginecología y Obstetrici (págs. 144 - 145).

López-Gómez, A. (2014). Aborto legal en Uruguay: el largo proceso para garantizar el acceso a la salud y los derechos reproductivos de las mujeres. Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa. Río de Janeiro: ALAP.

Donoso, E. &, & Vera PG, C. (2016). El aborto en Chile: aspectos epidemiológicos, históricos y legales. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 81(6), 534-545

World Health Organization. (2010). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Obtenido de 10th Revision:

<http://www.who.int/classifications/icd/en/>