

Aborto inseguro

Fundamentos para un diálogo constructivo

Unsafe abortion

Foundations for a constructive dialogue

Saúl Kízer¹, Ofelia Uzcátegui U², Judith Toro Merlo³, Luzardo Canache C⁴

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es estudiar el aborto inseguro como problema de salud pública y sus repercusiones en la morbilidad materna que permita la formulación de medidas de carácter preventivo que conduzcan a la disminución de la frecuencia del aborto y sus complicaciones. **Método:** Se trata de un estudio documental y descriptivo en el que se hizo una revisión y un análisis de la literatura relacionada con el aborto inseguro. El estudio incluye: consideraciones generales, evolución del aborto, aspectos religiosos, legales, complicaciones, atención posaborto y estrategias de prevención. **Conclusión:** prevenir el embarazo es mejor que abortar. Para lograr esto debe recurrirse a la educación en salud sexual y reproductiva en todos los ciclos de la vida, acceso gratuito a consultas de planificación familiar

y métodos anticonceptivos tanto para hombres como para mujeres. La anticoncepción es la mejor forma de evitar embarazos no deseados/no planificados y con ello la disminución de la tasa de abortos; y de esta manera la disminución de la morbilidad materna.

Palabras clave: Aborto inseguro, aborto peligroso, atención posaborto, embarazo no planificado.

SUMMARY

Objective: The objective of this work is to study unsafe abortion as a public health problem and its repercussions on maternal morbidity and mortality, allowing the formulation of preventive measures that lead to a decrease in the frequency of abortion and its complications. **Method:** This is a descriptive and documentary study in which a review and analysis of the literature related to unsafe abortion was made. The study includes general considerations, the evolution of abortion, religious and legal aspects,

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2021.129.3.11>

ORCID: 0000-0002-6024-2453¹

ORCID: 0000-0002-3239-400²

ORCID: 0000-0002-4104-8073³

ORCID: 0000-0002-9737-3166⁴

¹Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina Sillón XI,

Autor Correspondencia: Saúl Kízer
E-mail: saulkizer@hotmail.com

Recibido: 11 de julio 2021

Aceptado: 27 de julio 2021

²Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina Sillón XXXII.

E-mail: ofeluz35@gmail.com

³Jefe del Servicio de Obstetricia Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández". Caracas. Profesora de Clínica Obstétrica Facultad de Medicina Universidad Central de Venezuela.

E-mail: judith.toromerlo@gmail.com

⁴Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina. Puesto 40.

E-mail: lcanachec@gmail.com.

complications, post-abortion care, and prevention strategies. Conclusion: Preventing pregnancy is better than aborting. To achieve this, sexual and reproductive health education must be used in all life cycles, free access to family planning consultations and contraceptive methods for both men and women. Contraception is the best way to avoid unwanted / unplanned pregnancies and with it the decrease in the abortion rate; and thus, the decrease in maternal morbidity and mortality.

Keywords: *Unsafe abortion, post-abortion care, unplanned pregnancy.*

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro —también llamado aborto peligroso—, como la interrupción de un embarazo practicada mediante una intervención ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez (1). Esta situación cada año pone en riesgo la vida y salud de miles de mujeres en todas partes del mundo.

De modo que abordar este aspecto constituye un tema que es complejo, polémico y controversial, porque si bien el resultado final es un problema médico, su origen involucra diversos factores personales, religiosos, legales, éticos y morales, tanto de los integrantes del equipo de salud, como de la población en general, lo que genera diversidad de opiniones a su contra o en su favor.

Este trabajo investigativo, se justifica para concientizar a los médicos en general y a los ginecobstetras en especial de que el aborto inseguro es un acto indeseable en cualquier sociedad, que va en detrimento de la salud y de vida de la mujer y que puede ser prevenible con las estrategias adecuadas.

MÉTODOS

El artículo que se presenta constituye una investigación eminentemente documental sobre el aborto y su condición actual. Para garantizar el desarrollo completo y coherente de la

investigación, se siguió un riguroso procedimiento científico y sistemático de búsqueda, recopilación, organización e interpretación de información en fuentes secundarias. Por lo que la estrategia de abordaje del aspecto a investigar lo constituyó básicamente el análisis de documentos impresos tales como textos especializados, publicaciones periódicas, leyes, reglamentos, artículos en revistas especializadas e informes médicos de reciente data. La técnica empleada fue el subrayado de información, el fichaje de puntos interesantes relacionados con el tema que se estudió y luego, la realización de un análisis de la información recabada. Culminado este aspecto, se procedió, sobre la base de los documentos revisados, a delimitar el problema, contextualizarlo y clarificarlo. Además, la revisión exhaustiva de la información, permitió la organización de los datos encontrados a los fines de otorgarle unidad y coherencia al estudio. Posteriormente, se interpretó el contenido de los documentos revisados y se hizo el análisis de los mismos.

De esta manera, se logró precisar la magnitud del problema del aborto y más concretamente del aborto inseguro o peligroso. El bagaje de información obtenido contribuyó de forma sustancial a la realización de un análisis interpretativo del significado e importancia del tema que se describe en el estudio, desde sus antecedentes la evolución del aborto, los factores que inciden en su producción, las consecuencias legales, religiosas, socio-económicas, de salud mental de la mujer; así como las complicaciones derivadas del aborto inseguro, la atención posaborto y su incidencia y tratamiento del problema en diversas partes y países del mundo, hasta llegar a recomendar las posibles estrategias preventivas y curativas consideradas de mayor relevancia para el logro de la disminución de la morbilidad materna por esta causa.

1. Consideraciones generales

La palabra aborto deriva del latín *abortus*: AB = privación y ortus = nacimiento, que se traduce en este caso como, privación de nacimiento (2). La OMS define el aborto como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. Es la edad gestacional bajo la

cual la vida extrauterina es imposible. Esta entidad aclara, que el concepto puede ser cambiante de acuerdo con el progreso médico y tecnológico, estando desde 1977 hasta la actualidad alrededor de las 22 semanas de gestación. En este estudio documental se determinó que el 80 % de los abortos se producen antes de las primeras 12 semanas del embarazo (3).

Interesa destacar como información básica que, según su etiología el aborto se clasifica en dos grandes grupos: aborto espontáneo y aborto inducido.

Aborto espontáneo: Cuando la causa natural es inherente a complicaciones o situaciones ovulares, ambientales, orgánicas (infecciosas, endocrinas, enfermedades médicas, psicológicas, funcionales genéticas y malformaciones).

Aborto inducido: Cuando la interrupción del embarazo se realiza mediante el empleo de medicamentos o intervención quirúrgica después de la implantación y antes de que el producto de la concepción sea viable de manera independiente (4).

Asimismo, el aborto puede ser legal, ilegal eugenésico o terapéutico. **El legal:** Cuando la interrupción del embarazo, se efectúa por la voluntad de la mujer. Se acepta en aquellos países cuya legislación lo permite. **El ilegal:** Cuando la interrupción del embarazo ocurre en países donde está prohibido realizarla (4). Por esa misma circunstancia puede ser seguro o inseguro. El primero, es cuando la interrupción se realiza en ambientes apropiados, practicado por personal calificado y con técnicas adecuadas por ello tiene un bajo riesgo. El inseguro es cuando no se cumple con los factores anteriores y por ello tiene un alto riesgo de complicaciones maternas (4). **El eugenésico:** Es cuando el feto presenta alguna malformación, por tanto, se constituye en una causa grave para el desarrollo de una vida sana. **El terapéutico:** La interrupción ocurre cuando esté presente alguna causa que sea un grave riesgo para la vida de la mujer y de desarrollo de una vida sana (4).

2. Evolución del aborto

Luego de una revisión bibliográfica se encontró que, en la antigüedad, el padre era el jefe de la familia, y permitía el aborto, el infanticidio y la

venta de los hijos. La mujer estaba en minusvalía y su esclavitud era normal, sin derecho a opinar en temas como el aborto. En esta época, tal como lo señala Benda (5), el hombre se piensa sin la mujer; pero ella no se piensa sin el hombre. La historia de la cultura conoce en todos sus tiempos diversas formas de anticoncepción, abortos e infanticidios, que como regulación artificial de la prole humana no tiene solo una importancia médica, sino también eminentemente social.

Platón (6) justificó el aborto y el abandono de niños en virtud de los intereses demográficos del Estado. Aristóteles (7), se muestra de acuerdo con el aborto como medio de regulación de la familia sobre todo en las numerosas o muy pobres. Mientras que Gracia (8) en su análisis del Juramento Hipocrático señala que allí no está contemplado el aborto, al contrario, se señala “nunca se aconsejará a una mujer prescripciones que puedan hacerla abortar”. Sin embargo, en otra parte del *Corpus Hipocraticum* se explican las técnicas conocidas para su ejecución en aquel entonces.

En tanto que el Imperio Romano era más liberal, no acordaba protección especial a la vida, no consideraba el no nacido (*nasciturus*) como un ser humano, sino como una parte del cuerpo materno, y consideraba el aborto un acto inmoral, pero no delictivo (9). Pero las percepciones sociales sobre el feto, el aborto o la anticoncepción fueron cambiando con el auge del cristianismo. A partir del siglo II se generaliza la prohibición, con los emperadores Septimio Severo, y Antonino Caracalla. Desde los siglos III-IV, hasta comienzos del siglo XX, el cristianismo hace prevalecer dos principios: la concepción de la vida como don de Dios, y la consideración de la radical igualdad de todos los hombres: ello llevó implícito el rechazo de todo tipo de aborto. La aceptación del aborto en la sociedad mundial tuvo lugar a principios del siglo XX, apoyado en las transformaciones culturales que supusieron los fuertes cambios sociales y económicos generados en este siglo. La primera legalización en el mundo tuvo lugar en la Unión Soviética en el año 1929 y desde ese momento es cuando se origina la controversia que hasta este momento genera el tema que hoy abordamos en este trabajo de investigación documental (10).

3. El aborto y los factores que inciden en su producción

Existen importantes y variados factores que motivaron a los autores a realizar una revisión documental sobre este tema, entre ellos: **a.** El reconocimiento del aborto inseguro como un problema grave de salud pública, que hacen asociaciones médicas internacionales entre ellas la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y todas sus afiliadas, así como diversas organizaciones no gubernamentales, que señalan que este problema debe ser enfrentado con realismo, y enfocado básicamente como una acción preventiva (11,12). **b.** La lectura de dos trabajos nacionales sobre mortalidad materna, recientemente realizados que mencionan al aborto séptico y la sepsis como una causa significativa de mortalidad materna, lo cual guarda una relación directa con interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de inseguridad (13,14). **c.** La reactivación durante 2019 en algunos países latinoamericanos como Argentina y Chile, de movimientos sociales a favor de la autonomía de la mujer; que solicitan la despenalización del aborto, como medida para la disminución de la mortalidad materna por esta causa (15), inspirados quizás, en la lectura de Frankenstein, el Prometeo moderno, quien crea en su laboratorio una figura humana, que debería ser más perfecta que los ya conocidos. Sin embargo, el presunto hombre le lanza la peor acusación que una criatura le puede hacer a su creador: nadie tiene derecho a dar la vida a un ser al que no ofrece a la vez los medios para ser feliz (16). 4. La ausencia de recursos preventivos que otorguen a las parejas salud integral en la forma literal de este concepto introducido por Maimónides (17) en cuanto a la salud, quien la veía de una manera integral, al unir la salud del cuerpo con el bienestar espiritual, condiciones sociales y ambientales favorables. Concepto sirvió de base a lo que hoy preconiza la OMS, al definirla como el estado completo de bienestar físico y psicosocial de una persona, y no solo la ausencia de enfermedad (18).

Por otra parte, también las condiciones socioeconómicas de la población influyen en la toma de decisiones de interrupción voluntaria de embarazos tanto seguros como aquellos realizados en condiciones de inseguridad, lo cual es más frecuente en los países en desarrollo. En Venezuela, por ejemplo, las condiciones

socioeconómicas son poco favorecedoras; los resultados publicados en la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2019/2020 en lo relacionado con la actividad económica del último quinquenio, señala condiciones de vida adversas como por ejemplo, muestra que la tasa de asistencia escolar de la población de 3 - 24 años desde 2017 comenzó a replegarse y descender, y que se acentúa aún más en la población femenina, quienes además tienen restricciones para continuar los estudios, observándose esta particularidad tanto en la educación de gestión pública como en la de gestión privada (19).

En la encuesta citada, se visualiza que el ítem alimentación, el 89,4 % consideró que el ingreso familiar no es suficiente para la adquisición de alimentos y el 79,8 % ha comido menos, porque no había suficiente comida en el hogar. Asimismo, en 2018 la pobreza por escasos ingresos es de 87 %. En el ítem, salud, señala que para 2017, 15 000 mujeres tuvieron un control prenatal inadecuado y el peor desempeño fue en la mortalidad materna (19). De manera que estos factores socioeconómicos influyen en el deterioro de la salud sexual y reproductiva de la población.

Asimismo, la salud sexual y reproductiva, dentro del marco de la salud tal y como la define la OMS, aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos cuando se desee. Esta concepción de la salud sexual y reproductiva supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables (20).

La inexistencia de servicios de salud sexual y reproductiva eficientes es uno de los factores determinantes en mortalidad materna, y ha dado lugar a un aumento de situaciones que pueden ser previsibles, tales como infecciones de transmisión sexual, violencia contra la mujer y abortos en condiciones de inseguridad.

El objetivo del presente trabajo es analizar el aborto inseguro como problema de salud pública y sus repercusiones en la morbilidad materna que permita la formulación de planteamientos y la toma de medidas de carácter preventivo que conduzcan a la disminución de la frecuencia

del aborto y sus complicaciones. Los autores consideran importante destacar que el estudio no constituye en modo alguno una apología a la interrupción voluntaria del embarazo.

4. El aborto y la religión

A nivel mundial y en términos generales, casi todas las personas profesan una determinada religión, que ejerce una gran influencia sobre sus actuaciones. Esto tiene una importante relevancia cuando se trata del aborto; sin embargo, es difícil establecer la opinión de las diferentes religiones pues estas se basan en diversos factores tales como períodos de la historia, distintas reflexiones, variadas corrientes de pensamiento en una misma religión.

a. Religión católica

El catolicismo es una de las religiones más estrictas en lo que se refiere a la interrupción voluntaria del embarazo; se opone a la práctica del aborto en cualquier circunstancia, aunque el diagnóstico prenatal muestre malformaciones en el feto o el embarazo suponga un peligro para la salud de la mujer. En un principio, dos de los teólogos más importantes del cristianismo, San Agustín (354-430 d.C) y Santo Tomás de Aquino (1225-1274), defendieron en sus tratados que el embrión no poseía alma hasta que tuviera forma humana, lo que fue interpretado por algunos como una posibilidad para autorizar la interrupción del embarazo. Sin embargo, en 1869, durante el papado de Pío IX (1846-1878), se decretó que los embriones poseían alma desde el mismo momento de su creación. Unas décadas más tarde, en 1930, el Papa Pío XI dictaminó que la vida de la madre y la del feto son sagradas por igual y que nadie tiene autoridad para eliminarlas (4).

A partir de entonces, los sucesivos jefes de la Iglesia Católica han adoptado y defendido la misma posición. Esta postura se basa en que el cigoto, embrión o feto es un ser humano desde el momento de la fecundación y no existe justificación para terminar con una vida inocente. El actual Papa, Francisco I, realizó en 2020 unas declaraciones en las que comparaba la interrupción voluntaria del embarazo con un asesinato (21,22).

Hasta el presente, la Iglesia Católica prohíbe el aborto; sin embargo, esto no es un dogma, es una enseñanza solemne que, al menos en teoría, podría ser cambiada. Las palabras de Juan Pablo II (23) contenidas en la carta que en 1988 dedicara al Reverendo George V. Coyne, S.J. director del Observatorio Vaticano resultan relevantes en este tema:

Para ser más específico, tanto la religión como la ciencia deben preservar su autonomía y su peculiaridad. La religión no está basada en la ciencia, ni la ciencia es una extensión de la religión. Cada una debe poseer sus propios principios, sus modos de proceder, sus diversidades interpretativas y sus propias conclusiones. El cristianismo posee su fuente de justificación dentro de sí mismo, y no espera que la ciencia constituya su principal apologética. La ciencia debe atestiguar su propia valía. Mientras cada una puede y debe apoyar a la otra como dimensiones distintas de una cultura humana común, ninguna debe suponer que constituye una premisa necesaria para la otra. La oportunidad sin precedentes que tenemos hoy es la de lograr una relación interactiva común, en la que cada disciplina conserve su integridad y, sin embargo, esté radicalmente abierta a los descubrimientos y concepciones de la otra (Juan Pablo II) (23).

b. Religión judía

En el judaísmo, no se acepta que la vida comienza con la concepción. En esta religión, se reconoce al feto como un ser humano y con derechos propios cuando emerge del canal del parto. A pesar de esto, en términos generales se rechaza la práctica libre del aborto. Dentro de esta religión hay varias tendencias que van desde la ortodoxia, que es la más conservadora, hasta la reformista que es la más liberal y ello puede influir en la aceptación o no de la interrupción del embarazo. Sin embargo, aun los rabinos más ortodoxos aceptan la indicación de un aborto, cuando la vida de la madre está en peligro y extienden este principio para los casos de deformidad severa del feto (24,25).

Según los más liberales, una mujer debe tener el derecho de hacer lo que quiere con su cuerpo, por tanto, se les permite abortar, se basan en el concepto de que quien causa el aborto de un feto no se considera un asesino, porque el feto no es

una vida humana. Asimismo, permiten el aborto si la madre sufre un problema mental, o si el embarazo es producto de una violación.

De acuerdo con esta religión, el aborto debe ser permitido por razones muy bien fundamentadas y no solo por autonomía de la mujer (25).

c. Religión musulmana

En la religión musulmana, se afirma que el desarrollo fetal es progresivo y el feto se convierte en una persona completa cuando el ángel le insufla el espíritu, lo que ocurre a los 120 días del embarazo. Este concepto explica las enseñanzas coránicas, que imparten los eruditos y casi todas las escuelas musulmanas que permiten el aborto antes de los 120 días. En esta religión también se acepta el aborto por encima de esta edad gestacional, si la vida de la embarazada está en peligro o si feto tiene graves malformaciones (26).

d. Religión hindú

El hinduismo se considera más como una confederación de religiones que como un sistema unificado por un dogma. En esta se dice que el alma se incorpora al individuo desde el comienzo mismo de la vida embrionaria, por tanto, esta religión rechaza el aborto. Sin embargo, mantiene que cuando la mujer corre el riesgo de grandes lesiones o de muerte si el embarazo continúa, tiene mayor peso la vida de la mujer que la del feto e igualmente admite el aborto cuando el feto tiene defectos o malformaciones incompatibles con la vida. A pesar de toda esta concepción religiosa, el gobierno de la India liberó el aborto mediante una ley en el año 1971, y este hecho no suscitó ninguna oposición religiosa (4).

e. Religión budista

El budismo deriva del hinduismo y muchos de sus basamentos, derivan de él. Las escrituras sagradas budistas no hablan del aborto, pero en el contexto de su filosofía podría suponerse una actitud de desaprobación, dado el énfasis en la no violencia y en la continuidad de la vida. Esta religión preconiza que "...el camino medio

es recomendable, con moderación en todas las actividades...”, quizás en ello basan la decisión de autorizar el aborto cuando la vida o la salud de la mujer están en peligro o ha habido una violación. En Japón el aborto no se considera como un asesinato, porque el feto no tiene un espíritu hasta el momento del parto (4).

f. Religiones chinas

Las tres principales religiones chinas, —confucianismo, taoísmo y el budismo—, contribuyeron al desarrollo del concepto de la armonía universal. Este es un factor de considerable importancia para explicar la aceptación general de las medidas gubernamentales, destinadas a controlar el crecimiento demográfico mediante las prácticas anticonceptivas y el aborto. El aborto se empleaba en China, desde tiempos remotos, cuando este era resultado de prostitución, incesto, violación, o si había riesgo en la vida de la mujer. Las religiones chinas, siempre han dado prioridad a la familia y a los valores sociales y, cualquier conducta que beneficie a la familia y a la sociedad, es razonable hacerla, en esta categoría engloban al aborto (4).

5. El aborto y sus consecuencias legales

El aborto está sujeto a las diferentes legislaciones de los 194 países del mundo. Según la legislación de cada uno, el aborto puede ser calificado como un delito, penalizado en cualquier circunstancia, o, por el contrario, considerarse un derecho que tiene la mujer de practicárselo. En algunos países, aun siendo un delito se despenaliza en ciertos casos siempre que medie el consentimiento materno. De acuerdo con este planteamiento los países se agrupan en seis categorías tal como se puede ver en el Cuadro 1 (27).

6. El aborto en Venezuela

En Venezuela hay un amplio marco legal que contempla la protección de los derechos sexuales y reproductivos de los individuos y la familia, en particular, la mujer. La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999,

ABORTO INSEGURO

Cuadro 1

Situación de legalidad del aborto en el mundo (27)

Tipos de aborto	Continente	Países	Descripción/argumentación
Legal sin restricciones	Europa	Alemania; Austria; Bélgica; Bioelorrusia; Azerbaiyán; Bosnia y Herzegovina; Bulgaria; Croacia, Dinamarca, España; Eslovaquia; Estonia; Francia; Georgia; Grecia; Hungría; Letonia; Lituania; Italia; Irlanda; Noruega; Moldavia; Países Bajos, Portugal; República Checa; República de Macedonia; Rumania; Rusia, Serbia; Suecia; Suiza; Turquía; Ucrania	El aborto se permite bajo cualquier circunstancia
	América	Barbados; Belice; Canadá; Cuba; Estados Unidos, Guyana; Puerto Rico; Uruguay	
	África	Montenegro	
	Asia	Barein; Camboya; China; Kazajistán; Kirguistán; Nepal; Singapur; Turkmenistán; Uzbekistán	
	Oceanía	Australia	
Para salvar la vida de la mujer	América	Antigua y Barbuda; Argentina; Bahamas; Bolivia; Brasil; Chile; Colombia; Costa Rica; Dominica; Ecuador; Granada; Guatemala; Jamaica; México, Panamá; Paraguay; Venezuela	
Para proteger la salud mental y física de la mujer	América	Argentina; Bahamas; Barbados; Bolivia; Colombia; Costa Rica; Ecuador, Granada; México; Panamá; Paraguay; Perú.	Las leyes de esos países permiten que existan variaciones para preservar la salud física y mental de la mujer, por lo que la forma de implementarse puede cambiar de acuerdo con cada caso en particular.
	África	Burkina; Faso; Burundí; Camerún; Etiopía; Ghana; Guinea; Jordania; Liberia, Marruecos, Nigeria, Ruanda, India	
	Oceanía	Nueva Zelanda;	
Por razones socioeconómicas	Europa	Portugal, Reino Unido	Estos países lo permiten solo cuando se ha demostrado que la mujer tiene evidentes problemas sociales y económicos que no puede superar.
	Asia	Islandia; Japón; Belice; Chipre; Finlandia; India; I	
	África	Cabo Verde, Zambia; Taiwan	
Ilegal sin excepciones	América	El Salvador; Haití; Honduras; Nicaragua; República Dominicana; San Marino	El aborto no está permitido bajo ningún concepto, por tanto no existen excepciones para realizarlo, ni siquiera si peligra la vida de la madre, o si hay malformaciones fetales o en caso de violación.
	África	Surinam	

incluye una visión de género que se expresa desde el preámbulo hasta las disposiciones finales. El artículo 21 contiene el Principio de Igualdad; mientras que, en el Capítulo V De los Derechos Sociales y de las Familias el artículo 76 destaca que el "...Estado garantizará asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio, y asegurará servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos..." (28).

En la Ley para la protección de las familias, la maternidad y la paternidad (29) en el Artículo 19 del Capítulo III: De la Protección a la Maternidad y la Paternidad, contempla que el Estado a través de sus redes hospitalarias públicas y privadas, debe garantizar el derecho de las mujeres a un parto seguro, con la debida asistencia posparto, así como las políticas que erradiquen o disminuyan el embarazo no deseado y desarrollen programas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos, dirigidos tanto a hombres como a mujeres en todas las etapas del ciclo vital. Sin embargo, debe destacarse que en ninguno de estos referentes legales se contempla el aborto.

Por su parte en el Código Penal Venezolano, publicado en la Gaceta Oficial N° 5.494 Extraordinario de fecha 20 de octubre de 2000 (30), los artículos 432, 433 y 435 contemplan relación con el aborto cuando señalan que:

Artículo 432. La mujer que intencionalmente abortare, valiéndose para ello de medios empleados por ella misma, o por un tercero, con su consentimiento, será castigada con prisión de seis meses a dos años.

Artículo 433. El que hubiere provocado el aborto de una mujer, con el consentimiento de esta, será castigado con prisión de doce a treinta meses.

Artículo 435. No incurrirá en pena alguna el facultativo que provoque el aborto como medio indispensable para salvar la vida de la parturienta.

Lo que quiere decir que la prohibición del aborto queda tipificada en los artículos 432 y 433, esto es, en Venezuela solo se permite el aborto para salvar la vida de la parturienta. No obstante, la letra y el espíritu de la Ley, estos tienen detractores pues se producen argumento

a favor y argumentos en contra. Este punto de vista tiene sus partidarios y detractores.

a. Argumentos favorables

Las personas que defienden la despenalización del aborto argumentan la autonomía e intimidad de la mujer, los derechos humanos y más específicamente los derechos sexuales y reproductivos que incluyen la decisión personal sobre el número de hijos y el momento para tenerlos, el proyecto de vida de la mujer, la morbimortalidad del aborto inseguro que puede llevar incluso a la mortalidad materna. De otra parte, un sector aboga una despenalización parcial que abarque el aborto en casos de violación o incesto, así como en los casos de malformaciones congénitas incompatibles con la vida (31,32). Otro sector de la sociedad promueve la aceptación del aborto voluntario, si este se realiza antes de que finalice el tercer mes de gestación, pues en el segundo trimestre del embarazo el sistema nervioso central fetal ya es funcional y el feto tiene la capacidad de desarrollar experiencias auditivas, visuales, olfativas, de placer y de dolor, razón por la cual el aborto tardío es más difícil de justificar (33,34).

b. Argumentos en contra

Entre los argumentos que se esgrimen para rechazar la despenalización del aborto se citan: la santidad y protección de la vida, el respeto y la dignidad a la persona desde el comienzo de la vida, entendiendo que la vida humana comienza desde la fecundación; que los seres humanos no tienen derecho a quitarle la vida a otro ser humano; el respeto de los derechos de los *nasciturus* (35,36).

Esto genera controversia pues no existe acuerdo en la definición del término persona, que ha sido variable desde la antigüedad según con el enfoque que se le dé: filosófico, jurídico, biológico; así como con cada autor y sus puntos de vista. Para algunos se constituye desde que el óvulo y el espermatozoide se unen y para otros solo cuando el feto tenga viabilidad o tenga desarrollada la mayoría de sus sensaciones, o haya nacido (34-37).

En Venezuela, la primera vez que se propuso el

aborto libre, fue en el Proyecto de Modificación del Código Penal del Tribunal Supremo de Justicia (TSJ), que fue aprobado por unanimidad en la Sala Penal; se le presentó a la Asamblea General Legislativa, a cuya sede lo llevó la Junta Directiva del TSJ, el cual en el Artículo 243, contenía: “Artículo 243. Aborto libre. No será delito el practicar médicamente el aborto a una mujer que así lo solicite y siempre que la gestación no pase de tres meses”.

Esta modificación no fue aprobada y fue devuelta al TSJ, por considerar que la vida de ser humano debe estar protegida desde la concepción hasta la muerte. Arteaga Sánchez, abogado constitucionalista, realizó alegatos de censura al Proyecto por haber propuesto el aborto y lo definió como abominable” (38). Hasta la presente fecha, en el Código Penal de 2020, la letra del Artículo 243 se mantiene sin modificaciones.

7. Aspectos médicos y la magnitud del problema

Los abortos que se practican en situación de riesgo se consideran un problema de salud pública. En primer lugar, por la cantidad de mujeres a las que afecta, por la duración de este problema en el tiempo, y también por la implicación que tiene en la salud sexual y reproductiva de las mujeres afectadas y que, a su vez, tiene consecuencias en la salud de toda la sociedad. Por consiguiente, es esencial que el personal sanitario esté preparado para remitir pacientes y disponer lo necesario para su traslado a un centro en el que se pueda realizar un diagnóstico definitivo y dispensarles rápidamente la atención que necesiten. Conocer las cifras sensibiliza a los integrantes del equipo de salud y permite ver el problema con mayor objetividad (39).

Bearak y col. (40), en 2020 señalan que entre 2015 y 2019 hubo en el mundo un promedio anual de 73,3 millones de abortos provocados (en condiciones de seguridad o sin estas), con una tasa de aborto provocado de 39 abortos/1 000 mujeres entre 15 y 49 años. Por su parte Ganatra y col. (41) reportan que en el período 2010-2014, cerca del 45 % de los abortos se practicaron en condiciones de inseguridad, con un alto porcentaje en los países en desarrollo.

El aborto, es considerado legal cuando se refiere a aquel que la mujer se practica por voluntad

propia, en países en los cuales su legislación lo permite. En este caso, se realiza en condiciones seguras, las complicaciones son mínimas y las que se presentan son propias del método. El ilegal es aquel que se realiza clandestinamente, en países con leyes restrictivas. Este, a su vez, puede ser seguro cuando es realizado por un personal médico y ejecutado en establecimientos de salud adecuados o bien se califica de inseguro cuando no cumple con las condiciones anteriores, pues la vida de la mujer corre un alto riesgo de complicaciones maternas (4,42).

8. Complicaciones derivadas del aborto inseguro

Las complicaciones se pueden presentar en cualquier tipo de aborto o durante su resolución; sin embargo, son más frecuentes en el aborto inseguro. El aborto inseguro y sus complicaciones es una cuestión de inequidad, pues las mujeres con mayores recursos económicos, tienen acceso al aborto seguro en la mayoría de las sociedades a pesar de que dicha intervención esté limitada por la ley; mientras que las que no cuentan con ingresos, aceptables u holgados, recurren a los servicios de personas no profesionales que utilizan métodos peligrosos y antihigiénicos, en ambientes no adecuados que contribuyen de manera significativa a presentar diversas afecciones con serias consecuencias para su salud e inclusive algunas llegan a auto administrarse los métodos.

En este sentido, los métodos más utilizados en el aborto clandestino son el uso de infusiones por vía oral, lavados vaginales con sustancias cáusticas o la introducción de objetos punzantes (palos, alambres, agujas de tejer); algunos profesionales de la salud sin experiencia o con poca experiencia, practican legrado uterino en ambientes inadecuados. En otros casos, se recurre a la administración de uterotónicos, mal dosificados o en gestaciones avanzadas con los consecuentes compromisos de la salud materna. En esta situación se produce un amplio espectro de complicaciones que pueden llevar hasta el fallecimiento de la embarazada (43).

En los países en desarrollo, cada año alrededor de 7 millones de mujeres son hospitalizadas a consecuencia de un aborto sin condiciones de seguridad. Entre un 4,7 % y un 13,2 % de la

mortalidad materna anual puede atribuirse a los abortos inseguros (44).

Entre las complicaciones derivadas de los abortos inseguros, podemos citar las tempranas tales como aborto incompleto, hemorragias, perforaciones uterinas y/o de órganos vecinos como intestino y vejiga; sepsis y shock séptico, quemaduras y traumatismos vaginales, cualquiera de ellas no tratada, pueden conducir a la muerte (45).

Las tardías se producen como secuela de las anteriores e incluyen enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, extirpación de órganos pélvicos y afectaciones psicosociales e hijos abandonados (46).

Las alteraciones psicológicas muchas veces pasan desapercibidas; Zolse y Blacker (47) señalan que los trastornos psicológicos o psiquiátricos ocurren en asociación con todos los abortos inducidos (sean seguros e inseguros). Pero son más relevantes o persistentes en aquellos en los que la embarazada no participó en la toma de decisión de interrumpir el embarazo y que pueden llegar hasta al 10 % de los casos, los más frecuentes incluyen principalmente la depresión y la ansiedad.

9. La atención posaborto

El concepto de atención posaborto (APA), se refiere a los cuidados que debe recibir una mujer en un establecimiento de salud, después de haber tenido un aborto, sea este espontáneo o inducido, tanto como si presenta o no complicaciones. Es importante para reducir de forma efectiva la morbilidad y la mortalidad que se deriva del aborto inseguro y debe implementarse independientemente de la restricción legal que exista en la localidad. En ocasiones, muchas mujeres posponen la consulta médica por temor a ser denunciadas y enfrentar problemas legales. En otras, el personal de salud discrimina y maltrata a las mujeres de quienes sospechan tuvo un aborto clandestino; estas situaciones retrasan los tratamientos y pueden precipitar la muerte materna (48,49).

Todo establecimiento de salud con atención obstétrica de emergencia debe contar con recursos materiales y profesionales para la prestación de servicios y el tratamiento inmediato de las

complicaciones que pudieran derivarse de la realización de un aborto inseguro.

La APA abarca los siguientes puntos: a. Tratamiento curativo para el aborto incompleto y sus posibles complicaciones como hemorragia y sepsis. También en el tratamiento curativo el manejo dependerá de las complicaciones del aborto, de la gravedad y de los síntomas de la mujer y de la edad gestacional en el momento de producirse el aborto. b. Tratamiento preventivo al proporcionar servicios de planificación familiar para abordar las necesidades insatisfechas para la anticoncepción y reducir los embarazos no deseados y los abortos repetidos.

Por otra parte, existen varios países que tienen normatizada la APA (50,51). Por ejemplo, en Venezuela, los Protocolos de atención, cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia (52) contemplan la atención posaborto. En estas se consideran varias fases como las que se citan a continuación.

Fase 1. Diagnóstico. **Fase 2.** Identificación de riesgo. En esta fase se decide de acuerdo con las condiciones, el nivel de atención sanitaria en la que debe ser atendida la paciente, las medidas terapéuticas básicas y los criterios de referencia y traslado. **Fase 3.** Elaboración del plan terapéutico. Aquí se incluyen el tratamiento médico (misoprostol) o quirúrgico (aspiración manual endouterina (AMEU)) del aborto incompleto, tratamiento individualizado de las complicaciones, y el asesoramiento final. En términos generales la atención se puede hacer en forma ambulatoria. Pero tienen indicación de hospitalización aquellos pacientes con: a. Criterios clínicos y paraclínicos de infección; b. Hemorragia con criterios clínicos y paraclínicos de anemia aguda descompensada; c. Patologías médicas concomitantes que pongan en riesgo la salud de la mujer; d. Complicaciones inmediatas postratamientos quirúrgicos; y, e. Abortos que ocurren en una gestación mayor de 12 semanas. **Fase 4.** Egreso y asesoramiento. Siempre se debe explicar a la paciente los signos de alarma, ante los cuales siempre debe consultar al centro hospitalario en el que fue atendida.

Asimismo, a todas las mujeres que han presentado un aborto, incluidas las adolescentes, se les debe informar que la fertilidad se reestablece aproximadamente a los quince días después del

aborto. Por ello es importante ofrecer consejería anticonceptiva e informar la variedad de métodos para elegir. La consejería anticonceptiva debe ayudar a cada mujer a evaluar su propia situación y necesidades y que sea ella la que decida el método a utilizar, siempre teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad de la OMS (53). El uso de anticonceptivos es más eficaz cuando se informa a la mujer sobre las ventajas, los riesgos, los efectos secundarios y la probabilidad de eficacia de cada una de las opciones, y ella participa en la elección. Lo ideal es proveer el método elegido antes de su egreso.

Los métodos anticonceptivos a recomendar incluyen (54):

- Métodos de barrera, como los condones masculinos y femeninos, los espermicidas, el diafragma y el capuchón cervical.
- Métodos hormonales tales como anticonceptivos combinados (orales, inyectables, parches, anillo vaginal); progestágenos solo (oral, inyectable, implante subdérmico).
- Dispositivo intrauterino con cobre (DIU-Cu) o con levonorgestrel (DIU-LNG) que pueden ser insertados inmediatamente después de la resolución del aborto, siempre y cuando no haya signos de infección en cuyo caso habrá que esperar 6 meses.
- Métodos basados en el conocimiento del ciclo de la fertilidad, como la temperatura corporal basal y el método del calendario; solo deben comenzarse tras haberse reanudado la menstruación.
- Anticoncepción de emergencia, la cual debe usarse en un plazo de cinco días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección e incluye un régimen específico de píldoras solo progestágenos, anticonceptivos combinados a altas dosis o la inserción de un dispositivo intrauterino. Se debe insistir en que tal como su nombre lo indica esta modalidad no debe ser utilizada como método anticonceptivo rutinario.
- Esterilización quirúrgica en aquellas mujeres que consideren haber satisfecho sus deseos de maternidad.

10. Estrategias de prevención

Tomada conciencia de esta realidad, se deben fijar estrategias multidisciplinarias dentro del marco legal, ético y moral que involucre a todos los actores sociales que puedan aportar soluciones al problema. Por tanto, se proponen estrategias como las que se citan a continuación:

- Educación integral para la sexualidad. Diseño de programas de educación sexual y sanitaria que contemplen la promoción de la salud, la utilización de anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual. En los programas de educación y formación sexual se deberían integrar los niños y adolescentes, así como padres, docentes, personal de salud, trabajadores sociales, de forma tal que todos hablen el mismo lenguaje.
- Acceso a información y a servicios de anticoncepción, para todas las personas, pero con atención diferenciada a los adolescentes, como uno de los grupos más vulnerables.
- Atención integral no discriminatoria, a las mujeres que consulten por aborto incompleto o sus complicaciones, con implementación de APA en todos los establecimientos de salud que atienden emergencias obstétricas.
- Acceso a la nueva tecnología y el entrenamiento de los profesionales de la medicina en el uso del AMEU y el tratamiento farmacológico del aborto incompleto, lo cual permite la atención de un mayor número de pacientes y minimiza las complicaciones inherentes al tratamiento de este tipo de aborto incompleto.
- Consejería y anticoncepción posaborto para prevenir abortos repetidos.

CONCLUSIÓN

La prevención del embarazo, además de una necesidad, es mejor que abortar. Para lograr esto existen métodos anticonceptivos tanto para hombres como para mujeres, que además aseguran una vida sexual sana. Asimismo, también se encuentran en casi todas las ciudades del mundo instituciones que ofrecen los anticonceptivos de manera gratuita o a precios solidarios. La anticoncepción es la mejor forma de evitar

embarazos no deseados/no planificados y con ello la disminución de la tasa de abortos; y de esta manera la disminución de la morbilidad materna.

REFERENCIAS

- Ganatra B, Tunçalp O, Johnston HB, Johnson BR Jr, Gülmezoglu AM, Temmerman M. From concept to measurement: Operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bull World Health Organ.* 2014;92(3):155.
- Faúndes A, Zaidi S. Prevention of unsafe abortion: Analysis of the current situation and the task ahead. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010;110(Suppl): S38-S42.
- Zaidi S, Hassan EO, Hodorocea S, Leke RJ, Távara L, Padilla de Gil M. International organizations and NGOs: An example of international collaboration to improve women's health by preventing unsafe abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010;110(Suppl):S30-S33.
- Faundes A, Barzelatto J. El drama del aborto, en busca de un consenso. Santiago de Chile: LOM Ediciones; 2007.
- Benda J. Citado por Beauvoir S. Obras completas Tomo III. Madrid: Aguilar ediciones; 1981:15-35.
- Platón. La República Libro V. Madrid: Aguilar ediciones; 1992:219-278.
- Da Costa Leiva M. El problema del aborto y el infanticidio en los filósofos griegos. *Rev Latinoam Bioet.* 2011;11(1):90-101.
- Gracia D. El compromiso terapéutico del asclepiada hipocrático. Las cláusulas morales. En: Gracia D, editor. *Fundamentos de bioética.* 3ª edición. Madrid: Editorial Triacastela; 2008.p.63.
- González Gutiérrez P. La concepción del feto en la legislación romana: entre la esperanza y la herencia. *Gerión.* 2017;35(1):101-118.
- Asociación Navarra para la Defensa de la Vida (ANDEVI). Un poco de historia sobre el aborto. Disponible https://andevi.org/wp-content/uploads/2017/02/F_Un_poco_de_historia_sobre_el_aborto.pdf.
- Faúndes A, Zaidi S. Prevention of unsafe abortion: Analysis of the current situation and the task ahead. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010;110(Suppl):S38-S42.
- Zaidi S, Hassan EO, Hodorocea S, Leke RJ, Távara L, Padilla de Gil M. International organizations and NGOs: An example of international collaboration to improve women's health by preventing unsafe abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010;110(Suppl):S30-S33.
- Kizer Yorniski S. Factores preventivos de la mortalidad materna. En: Díaz Bruzual A, López Loyo ES, editores. *Trabajos de Incorporación y Discursos en la Academia Nacional de Medicina.* Tomo XXII. Caracas: Editorial Ateproca; 2018.p.181-227.
- Cabrera C, Gómez J, Faneite P, Uzcátegui O, Domínguez R. Maternal mortality by sepsis. Avoidable tragedy Maternity "Concepción Palacios". 1939-2019. *Gac Méd Caracas.* 2021;129(2):323-336.
- Marcarian A DW. Made for minds. 19 de febrero 2019 Nuevas manifestaciones en Argentina a favor del aborto. <https://www.dw.com/es/nuevas-manifestaciones-en-argentina-a-favor-del-aborto/a-47594629>.
- Shelly P. Reconocer y estimar lo que vale por sí mismo. En: Cortina A, editor. ¿Para qué sirve realmente la ética? 2ª edición. Barcelona, España: Editorial Paidós; 2013.p.115-128.
- Kizer S. Maimonides sabio de la relación médico paciente. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2010;70(3):145-147.
- Alcántara Moreno G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Rev Univers Invest.* 2008;9(1):93-107.
- Universidad Católica Andrés Bello. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida ENCOVI 2019-2020. [citado 21 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.proyectoencovi.com/informe-interactivo-2019>.
- Organización Mundial de la Salud. Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva. [Internet]. [citado 21 de mayo 2021]. 2008. Ginebra. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69885/WHO_RHR_07.7_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Maganer X. La iglesia católica contra el aborto. La Vanguardia Junior Report. [Internet] [citado 29 de mayo 2021]. Disponible en <https://www.lavanguardia.com/vida/junior-report/20200311/474048934167/iglesia-aborto-papa-francisco-argentina-legalizacion.html>
- Gardel L. Los católicos ante el aborto. ACI Prensa [Internet]. [citado 29 de mayo 2021]. Disponible en: <https://chequeado.com/verificacionfb/aci-prensa-que-lo-sepa-todo-el-mundo-el-aborto-siempre-es-un-crimen-afirma-el-papa-francisco/>.
- Juan Pablo II. Carta al Reverendo George V. Coyne SJ. Director del Observatorio Vaticano 1988 [Internet]. [citado 29 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.comillas.edu/images/catedras/CTR/CARTAJUANPABLI.pdf>.
- Robinson G. Essential Judaism. A complete Guide to Beliefs, Customs, and Rituals. Chapter 3 Birth to death: A Jewish life cycle. New York: Editorial Pockets Book; 2001:142-143.
- Telushkin J. The book of Jewish Values. Chapter Is

- abortion murder? New York: Editorial Bell Tower; 2000:257-259.
26. BBC News Religión musulmana. [Internet]. [citado 29 de mayo 2021]. Disponible en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-45161474>.
 27. Verneti L. Legislación del aborto en el mundo VIX [Internet] [citado el 20 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.vix.com/es/mundo/197546/en-que-paises-del-mundo-es-legal-el-aborto-y-cuales-son-las-excepciones>
 28. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela Publicada en Gaceta Oficial N 36.860 en fecha 30 de diciembre de 1999. [Internet] [citado 29 de mayo 2021]. Disponible en http://www.uc.edu.ve/archivos/pdf_pers_adm_obr/constitucion.PDF.
 29. Ley para la protección de las familias, la maternidad y la paternidad. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Caracas, jueves 20 de septiembre de 2007 N° 38.773. [Internet] [citado 29 de mayo 2021]. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/Ley_proteccion_familia_maternidad_paternidad_Venezuela.pdf.
 30. Código Penal Venezolano. Gaceta Oficial N° 5.494 Extraordinario de fecha 20 de octubre de 2000. [Internet] [citado 29 de mayo 2021]. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3_ven_anexo6.pdf.
 31. Abel F. Diagnóstico prenatal y aborto selectivo. La decisión ética. En: Nezer de Landaeta I, Velásquez G, Piña de Vásquez E, editores. Ética en medicina. Reproducción y genética. Módulo 4. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2006.p.275-296.
 32. Luna F, Salles AL. Bioética: nuevas reflexiones. El aborto. Buenos Aires: Fondo de cultura económica; 2008:247-279.
 33. Warren MA. Abortion. En: Singer P, editor. Companion to Ethics. Editorial Blackwell Publishing; 2010.p.301-314.
 34. Castillo Valery A. Bioética. Caracas: Editorial Disilimed; 2006;69.
 35. Uzcátegui U-O. Derechos del no nacido. Rev Obstet Ginecol Venez. 2013;73:77-79.
 36. Calvo MA. El *nasciturus* como sujeto de derecho. Concepto constitucional de persona frente al concepto pandecista civilista. Cuad Bioét. 2004; 2:283-297.
 37. Kaczor C. The ethics of abortion. Women's Rights and Human Life and the Question of Justice. New York: Routledge; 2015.
 38. Angulo Fontiveros A. El aborto. Rev Der Def Púb. 2016;2:127-182.
 39. Organización Mundial de la salud. El aborto peligroso. Ficha Técnica 25 de septiembre de 2020 [Internet] [citado 26 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
 40. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp O, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: Estimates From a Comprehensive Mod. 2020;8(9):e1152-e1161.
 41. Ganatra B, Gerdtts C, Rossier C, Johnson Jr BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: Estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet. 2017;390:2372-2381.
 42. Roberts SC, Upadhyay UD, Liu G, Kerns JL, Ba D, Beam N. Association of facility type with procedural-related morbidities and adverse events among patients undergoing induced abortions. JAMA. 2018;319(24):2497-2506.
 43. Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok L, Onda T. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. New York: Guttmacher Institute; 2018:43.
 44. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. Lancet. Glob Health. 2014;2:e323-e333.
 45. Calvert C, Owolabi O, Yeung F, Pittrof R, Ganatra B, Tunçalp O, et al. The magnitude and severity of abortion-related morbidity in settings with limited access to abortion services: A systematic review and meta-regression. BMJ Glob Health. 2018;29;3(3):1-12.
 46. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams Obstetricia. 25ª edición. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2019.
 47. Zolse G, Blacker CVR. The psychological complications of therapeutic abortion. BJ Psychiatry. 1992;160:742-749.
 48. Turner KL, Huber A. La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia. 2ª edición. Carolina del Norte: Ipas. 2014 Disponible en: <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/06/PACREFS14-LaAtencionPostabortoCentradaenlaMujerManualdeReferencia.pdf>
 49. Mayi-Tsonga S, Oksana L, Ndombi I, Diallo T, de Sousa MH, Faúndes A. Delay in the provision of adequate care to women who died from abortion-related complications in the principal maternity hospital of Gabon. Reprod Health Matters. 2009;17(34):65-70.
 50. IPAS México AC. Elementos clave para la atención a mujeres en situación de aborto. México 2019. [citado 26 de mayo 2021]. Disponible en: file:///C:/Users/Judith%20Toro%20Merlo/Desktop/Del%20trabajo%20de%20K%C3%ADzer/Elementos-clave-para-la-atenci%C3%B3n-a-mujeres-en-situaci%C3%B3n-de-aborto_2019.pdf
 51. Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo

- de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) de Colombia. Atención Post Aborto (APA) y sus complicaciones. [citado 26 de mayo 2021]. Disponible en <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SM-IVE-DT-Atencion-postaborto.pdf>
52. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. Caracas: Impresos Nuevo Mundo CA; 2014:37-44.
53. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th edition. Ginebra 2015. Consultado el 1 de septiembre de 2019. Disponible en https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/#.
54. Uzcátegui-U O, Kízer S, Toro Merlo J, Canache CL. La planificación familiar como acción preventiva frente al aborto. Gac Méd Caracas. 2021;129(1):192-202.