

“ABORTO DE ACUERDO DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD: ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS EN EL ESTADO DE VERACRUZ”

Autor: **Venancio Matacapán Flores.**

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es analizar el aborto de acuerdo desde la perspectiva de salud: aspectos éticos y jurídicos en el estado de VERACRUZ. La presente investigación tiene un enfoque cualitativo, dada las características de la misma, que tendrá como fin esencial el cumplir con el objetivo general de la investigación. También el trabajo se basó en una investigación cuantitativa, se analizó la información extraída de los datos de estadísticas e investigaciones, leyes del tema de investigación, ya que se investigó a partir de las características e intereses. En base a las entrevistas llevadas a cabo a diez médicos con la especialidad de gineco-obstetra, se determinó que 4 de ellos no están de acuerdo en realizar la interrumpir el embarazo, los cuatro restantes llevarían a cabo la interrupción para evitar consecuencias administrativas y legales. Así mismo, ocho de los entrevistados desconocían que puede haber consecuencias legales en caso de omisión por negarse a practicar el aborto sin que haya motivo alguno para interrumpir el embarazo por decisión propia de la solicitante y no por riesgo que ponga en peligro su vida.

De la presente investigación se concluye que es necesario modificar la ley en materia penal para que en caso de que un profesional de la medicina por cuestiones de ética, principios morales, personales o religiosas se abstenga a interrumpir el embarazo a una paciente que muy a pesar de tener menos de doce semanas de gestación, decida que se le practique un aborto.

Palabras clave: ABORTO, ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS, ESTADO DE VERACRUZ

Correspondencia:

Artículo recibido: 12 de mayo de 2023. Aceptado para publicación: 29 de junio de 2023.

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

“ABORTO DE ACUERDO DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD: ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS EN EL ESTADO DE VERACRUZ”

“ABORTION AGREEMENT FROM THE HEALTH PERSPECTIVE: ETHICAL AND LEGAL ASPECTS IN THE STATE OF VERACRUZ”

ABSTRACT

The objective of this research is to analyze abortion according to the health perspective: ethical and legal aspects in the state of VERACRUZ. The present investigation has a qualitative approach, given its characteristics, which will have as its essential purpose to fulfill the general objective of the investigation. Also the work was based on a quantitative investigation, the information extracted from the data of statistics and investigations, laws of the investigation topic, since it was investigated based on the characteristics and interests, was analyzed. Based on the interviews carried out with ten doctors with the obstetrician-gynecologist specialty, it was determined that 4 of them do not agree to interrupt the pregnancy, the remaining four would carry out the interruption to avoid administrative and legal consequences. Likewise, eight of the interviewees were unaware that there may be legal consequences in case of omission for refusing to perform the abortion without any reason to terminate the pregnancy by the applicant's own decision and not because of a risk that endangers her life.

From the present investigation it is concluded that it is necessary to modify the law in criminal matters so that in the event that a medical professional for reasons of ethics, moral, personal or religious principles refrains from terminating the pregnancy of a patient who, despite If you are less than twelve weeks pregnant, decide to have an abortion.

Keywords: ABORTION, ETHICAL AND LEGAL ASPECTS, STATE OF VERACRUZ

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el aborto, es un grave problema de la salud pública, está presente en diversos contextos y que es tema motivador de varias discusiones, tanto a favor de la defensa de su legalización cuanto, a favor de la manutención, parcial o irrestricta, de su prohibición.

Pese al hecho de que la formación académica de los profesionales del área de la salud incluye diversas consideraciones acerca del asunto, la influencia de cuestiones éticas, morales, socioeconómicas, políticas, culturales y religiosas acaban por acarrear dificultades en su puesta en práctica. Como tema discutido en el campo de la llamada “bioética de las situaciones persistentes”, el aborto motiva reflexiones acerca de la autonomía de la mujer sobre su cuerpo, de la visión del profesional de la salud frente a tales decisiones, además de las implicaciones ético-políticas para el campo de la salud pública.

El tema del aborto voluntario ha sido analizado y discutido ampliamente desde diferentes ámbitos del quehacer humano: la medicina, la religión, la filosofía y el derecho en particular a mediados del siglo XX; sin embargo su práctica se remonta a los orígenes de nuestra civilización y aunque a ciencia cierta no se tiene claro el origen de su práctica se conocen pasajes en la historia que obedecía entre otras razones: en el control natal o porque el embarazo constituía un riesgo para la vida de la mujer.

Posteriormente con la aparición del cristianismo la connotación sobre el aborto voluntario cambió en el sentido de señalar como una falta grave el que una mujer tuviera un aborto provocado, evidencia de su falta de probidad siendo su castigo a esta falta que al morir su alma ardiera en las llamas del infierno para la eternidad.

La salud reproductiva de las mujeres constituyó el tema central de discusión en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), convocada en 1994 por las Naciones Unidas en El Cairo.

La importancia de la CIPD radica en que sus recomendaciones –aprobadas por 179 gobiernos, organizaciones de mujeres, agencias financieras y organismos internacionales– proporcionaron el marco de referencia necesario para reorientar las políticas de población en los países en desarrollo y abordar los problemas del campo de la SSR desde un enfoque conceptual novedoso y progresista.

Por otro lado, la CIPD fue el primer foro mundial que logró un consenso sin precedentes respecto a la importancia social y sanitaria del aborto inseguro; el Programa de Acción de esta conferencia convocó a los gobiernos a asumir su responsabilidad frente al problema y precisó las medidas a ser adoptadas: Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los

“ABORTO DE ACUERDO DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD: ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS EN EL ESTADO DE VERACRUZ”

efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública [...] Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habrá que hacer todo lo posible para eliminar la necesidad del aborto [...] En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas.

En todos los casos, las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas del aborto. Se deben ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos.

A partir de los compromisos asumidos por el gobierno mexicano en estas conferencias, la Secretaría de Salud (SSA) creó en 1994 el Programa Nacional de Salud Reproductiva, sustentado en los lineamientos de El Cairo y de la Reforma del Sector Salud del país, así como en las políticas nacionales de población y las dirigidas a mejorar la salud y la condición social de las mujeres.

En 2001, se publicó el Programa de Acción: Salud Reproductiva, cuyos principios rectores son el derecho a la información, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a los servicios de salud.

Sin embargo, el enfoque de la SSR ha sido insuficientemente incorporado a los programas de las licenciaturas en medicina, lo cual refleja una escasa vinculación entre la educación médica y las políticas públicas. Además, el intenso debate sobre el aborto que se ha generado en las últimas décadas en el ámbito mundial y nacional no ha impactado la formación de los médicos, lo que adquiere especial importancia frente a las reformas que se han aprobado en México para liberalizar las leyes que lo regulan.

METODOLOGÍA

En el presente trabajo de investigación, la metodología que se utilizó es el estudio cualitativo, el cual es el método científico de observación para recopilar datos a través de entrevistas, encuestas etc., lo que se busca es recopilar datos e investigar de manera más eficaz obteniendo datos certeros los cuales nos indican el sentir de los médicos que están comprometidos a salvaguardar la vida humana, esto derivado a su profesión y el juramento de Hipócrates que en su momento hicieron.

La presente investigación se realizó en el estado de Veracruz con el objetivo de también analizar la perspectiva de género y el enfoque de derechos humanos, con la finalidad de dotar al personal de salud de herramientas para el abordaje legal en los servicios de salud sexual.

2.1. Caracterización de la zona objeto de estudio

Veracruz, oficialmente llamado Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave, es uno de los treinta y un estados que, junto con la Ciudad de México, conforman los Estados Unidos Mexicanos. Su capital y ciudad más poblada es Xalapa-Enríquez. El nombre del estado proviene del exgobernador Ignacio de la Llave.



Figura 1. Estado de Veracruz

Está ubicado en el oriente del país. Colinda al este con el golfo de México (océano Atlántico), al sureste con Tabasco y Chiapas, al sur con Oaxaca, al oeste con Puebla e Hidalgo, y al noroeste con San Luis Potosí y al norte con Tamaulipas.

Tiene un área de 71 820 km². Es el undécimo estado más extenso, con el 3.66% de la superficie de total del país.²² Veracruz comprende una larga franja de tierra de bordes irregulares delimitada por el mar y por montañas. Se divide en 212 municipios.

De acuerdo con el Conapo, en 2019 Veracruz tuvo 8 488 447 habitantes en total.

En México, la entidad ocupa el lugar 3 en densidad poblacional; es decir, 3% del total nacional.

De la población total, 4 366 584 (51%) son mujeres y 4 121 863 (49%) son hombres.

Las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) suman 2 260 711, esto es, 52% de todas las mujeres de la entidad. En este grupo, el segmento de adolescentes representa 16%.

2.2. Enfoque de la investigación

“ABORTO DE ACUERDO DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD: ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS EN EL ESTADO DE VERACRUZ”

La presente investigación tiene un enfoque cualitativo, dada las características de la misma, que tendrá como fin esencial el cumplir con el objetivo general de la investigación, es por ello que diversos autores de renombre han establecido conceptos importantes de la metodología cualitativa, uno de ellos es Kaplan, el cual afirma que: “La metodología es utilizada para referirse a una disciplina y su contenido. Concluyendo que la metodología buscaba en sí que el estudio se basará en la explicación, descripción y justificación de los métodos” (Kaplan, 1964).

Por su parte Monje, menciona que la metodología cualitativa plantea que la realidad no es exterior al sujeto que la examina, existiendo una relación estrecha entre el sujeto y el objeto de conocimiento.

La perspectiva cualitativa de la investigación muestra una mayor tendencia a examinar el sujeto en su interacción con el entorno al cual pertenece y en función de la situación de comunicación de la cual participa apoyándose en el análisis sistémico que tiene en cuenta la complejidad de las relaciones humanas y la integración de los individuos al todo social” (Monje, 2022).

Por estas características la metodología cualitativa es idónea y precisa en este trabajo de investigación porque debido a que la intención es investigar a través de cuestionamientos a los médicos ginecólogos, de manera directa sobre la decisión de realizar el procedimiento o llevar a cabo la omisión.

También el trabajo se basó en una investigación cuantitativa, se analizó la información extraída de los datos de estadísticas e investigaciones, leyes del tema de investigación, ya que se investigó a partir de las características e intereses.

2.3. Investigación bibliográfica

Esta investigación tuvo como punto de partida la documentación que es el punto primordial para la ejecución, factibilidad del presente trabajo, el mismo que estuvo sustentado mediante una investigación bibliográfica, con la ayuda de los diferentes medios que hoy en día gozamos como: la internet, libros, documentos que están de acorde con el tema propuesto.

2.4. Nivel o tipo de investigación

2.4.1. Investigación Explicativa:

La investigación es exploratoria porque su metodología fue flexible, de mayor amplitud, innovación, aplicabilidad para la incorporación y familiarización del tema objeto de estudio. Esta investigación se pudo conocer, analizar sobre la problemática del aborto.

2.4.2. Investigación Descriptiva:

El propósito que tuvo esta investigación, fue para conocer, analizar, describir las causas y efectos que tiene el problema del aborto, así como también, se llevó a cabo por medio de una entrevista (ANEXO 2) ya que fue un procedimiento de selección informal, se seleccionaron personas con casos típicos representativos de una población determinada, a los cuales se les realizó una entrevista con la finalidad de obtener información.

LA ENTREVISTA

En ese tenor, Taylor y Bogan, (1986), describe: La entrevista es un conjunto reiterado de encuentros cara a cara entre el entrevistador y sus informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que los informantes tienen respecto a sus vidas, experiencias o situaciones.

Este instrumento permite recabar los datos en forma más abierta, les permite expresar a los participantes emociones, sentimientos, con mayor apertura, "La entrevista se define como "una conversación que se propone con un fin determinado distinto al simple hecho de conversar". Es un instrumento técnico de gran utilidad en la investigación cualitativa, para recabar datos (Díaz-Bravo, 2013).

Que nos indique el sentir de estas personas que estuvieron inmiscuidas en un proceso penal en calidad de víctimas ya sea en etapa de investigación o con una carpeta judicializada, donde a través de cuestionamientos se conociera si estaban conforme con la reparación de daño obtenida u ofrecida y que si estaban conformes en la forma en que estaban siendo indemnizadas. Sampieri, R. (2006)

y dar solución a esta problemática, con la incorporación de nuevas estrategias.

Para la credibilidad a estos resultados se lo realizó a través de diferentes técnicas de la investigación como la observación, la entrevista.

2.5. Plan de recolección de la información

La presente investigación se encontró respaldada por dos técnicas fundamentales que son: investigación documental e investigación de campo, pues la recolección de información se la ha realizado de libros, tesis de grado internet que guardan estrecha relación con el tema de investigación planteada.

“ABORTO DE ACUERDO DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD: ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS EN EL ESTADO DE VERACRUZ”

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS PARTICIPANTES

Se abordó a aquellas personas que acuden a las fiscalías y juzgados de control de Minatitlán, y Coatzacoalcos, Veracruz, haciéndosele tres preguntas (ANEXO 2), personas que estaban participando en una investigación ministerial o proceso penal en calidad de víctimas directas e indirectas por algún tipo de delito por lesiones u homicidio culposo, y a la cuales se les ha indemnizado o están en proceso de, en dichos cuestionamientos se le pregunta si están conformes que les haya reparado bien el daño causado a través de la indemnización otorgada u ofrecida, y si inclusive estuvo bien el actuar del fiscal y en su caso si está conforme con lo establecido en la ley en lo relativo a las indemnizaciones que les corresponde o debería existir mejores mecanismos legales para indemnizar de forma más integral o justa.

Mismos que se les entrego un formato de previo consentimiento informado el cual firmaron, por lo que con este las victimas autorizaron que se le realizara la entrevista (anexo 1).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Diagnóstico

Durante 2021, en todos los hospitales de la Secretaría de Salud de Veracruz, 59 565 mujeres recibieron atención obstétrica. El número de egresos hospitalarios por causa materna tuvo una disminución frente a 2020 de 13% (68 681).

La mayor proporción de los egresos registrados corresponde a la categoría de parto único espontáneo, con 31 450 casos (53%). La categoría de abortos está en segundo lugar con 5 146 casos (9%); después se encuentran la enfermedad hipertensiva del embarazo con 4 284 casos (7%) y la hemorragia con 1 445 casos (2%).

De acuerdo con las atenciones hospitalarias por tipo de atención obstétrica (parto o aborto), realizadas en la Secretaría de Salud, se observa que, del total de mujeres que egresaron por parto en 2021, 1% no especificó el tipo de método anticonceptivo y 15% egresó sin ninguno. Esta proporción disminuyó 4% frente a la de 2020 (19%).

Egresos obstétricos en mujeres menores de 20 años

En 2021, en los hospitales de la Secretaría de Salud de Veracruz, hubo 15 636 egresos de mujeres menores de 20 años, lo que conformó 26% del total de egresos obstétricos (59 565). Dicho porcentaje se incrementó 1% frente a 2020 (27%).

La mayor proporción de los egresos registrados corresponde a la categoría de parto único espontáneo, con 8 853 casos (57%). La categoría de abortos está en segundo lugar con 1 125 casos (7%); después se encuentran la enfermedad hipertensiva del embarazo con 961 casos (6%) y la hemorragia con 331 casos (2%).

En las atenciones hospitalarias por tipo de atención obstétrica (parto o aborto) realizadas en la Secretaría de Salud, se observa que, del total de mujeres que egresaron por parto en 2021, 1% no especificó el tipo de método anticonceptivo y 14% egresó sin un método. Esta proporción se redujo 4% con respecto a 2020. Por otra parte, 85% de las mujeres egresó con un método para 2021 (67% en el país). Dicho porcentaje se incrementó 3% frente a 2020 (82%).

Entre las aceptantes, los métodos más utilizados fueron los hormonales: el DIU (44%), el implante subdérmico (35%), y la OTB (3%). Otros métodos como el preservativo femenino, el masculino y el parche dérmico— obtuvieron un porcentaje de 1%.

Hubo un descenso de 6% en el uso del DIU con respecto a 2020 (50%), así como un incremento de 7% en el uso de implante subdérmico en comparación con el periodo anterior (28%).

Para el postaborto, la proporción de mujeres que egresó sin un método fue de 29%, mientras que en 10% de los casos no se especificó cuál se empleaba. En este tipo de atención, 61% de las mujeres recibió algún método anticonceptivo (49% en el país); esta proporción se mantiene con respecto a 2020. Entre las aceptantes, los métodos utilizados fueron los hormonales: el implante subdérmico (30%) y el DIU (23%), mientras que el uso de OTB asciende a solo 0.4%.

El uso del implante subdérmico disminuyó 9% en comparación con 32% de 2020. Otros métodos tuvieron un porcentaje de 1%.

Morbilidad por aborto (2002-2021)

En cuanto a las muertes por aborto, entre 2002 y 2021, se registraron en Veracruz 88 defunciones en mujeres de todas las edades (cinco defunciones por año, en promedio). En la población adolescente se registraron 12 muertes en ese periodo, es decir, 14% del total de las causadas por aborto, lo que supera el promedio nacional (10%) en este grupo etario. Este porcentaje final aumentó 1% frente a 13% de 2020.

La morbilidad asociada al aborto se refiere, en este documento, a las mujeres atendidas en hospitales públicos por embarazo terminado en aborto (de acuerdo con la definición de la Clasificación Internacional de Enfermedades) específicamente en la Secretaría de Salud, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), régimen ordinario; en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en el IMSS Oportunidades. Los datos corresponden a egresos hospitalarios, es decir al registro de la salida de una usuaria del servicio de hospitalización con uso de una cama censable.

Las cifras aquí presentadas no incluyen a las mujeres atendidas en el área de urgencias de los hospitales del sector público ni a las que se atendieron en el sector privado. Tampoco se considera a las mujeres que se atienden en el hogar, con personal no médico, o que no tienen acceso a atención hospitalaria.

“ABORTO DE ACUERDO DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD: ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS EN EL ESTADO DE VERACRUZ”

Entre 2000 y 2021, se ha registrado una tendencia variable en la atención hospitalaria por aborto en el estado. Al principio del periodo, se registraron 8 221 egresos por aborto; durante 2021 se registraron 5 180 egresos hospitalarios por abortos, con variaciones importantes. Desde 2006 hubo un ascenso considerable hasta 2012, para luego, presentar una tendencia al descenso hasta 2020.

En 2021 se presentó un leve aumento. Debe considerarse que en este periodo hay informes de años con datos incompletos, por lo que es difícil determinar la tendencia real. Este comportamiento se desarrolló a expensas de un aumento en los registros de la Secretaría de Salud, de 4 107 en 2000 a 4 552 en 2021.

Marco legal de la atención al aborto seguro en el estado de Veracruz

En México y en el estado de Veracruz zona objeto de estudio, la atención al aborto seguro es un servicio prioritario de salud sexual y reproductiva de acuerdo con las obligaciones de derechos humanos contenidas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales que México ha firmado y ratificado. La atención de calidad, basada en evidencia científica, las mejores prácticas, guías y recomendaciones internacionales, en un país laico, tiene como finalidad preservar la salud integral y la vida de las mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad de gestar.

La atención del aborto seguro con enfoque de derechos humanos

La aplicación de los derechos humanos y consiste en preferir y priorizar la norma o disposición jurídica que proteja a la persona de la manera más amplia, o bien, la que menos restrinja el goce de sus derechos. Este principio debe ser ejecutado por las autoridades en el ámbito de sus competencias, cuando elijan el instrumento legal aplicable a un determinado caso, sin importar su jerarquía, sea si se trata de la Constitución, de un Tratado Internacional, de una Ley, Norma Oficial, etc.

Bajo esta lógica, la protección de los derechos humanos no se encuentra limitada a lo prescrito en las legislaciones locales, sino que son aplicables todas aquellas normas que protejan en mayor medida a las personas.

Este principio fue integrado en nuestra legislación nacional a través de la reforma constitucional en materia de derechos humanos, publicada el 10 de junio de 2011 y quedó plasmado en el segundo párrafo del artículo 1o de la Constitución: “Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia”.

Aborto seguro como una intervención para la protección de la salud integral

La salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio y disfrute de otros derechos y debe ser entendida, no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social.

La atención del aborto es una intervención terapéutica indicada para preservar o restaurar la salud integral de mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad de gestar, que incluye la protección a un estado de bienestar físico, mental y social.

En términos del principio por persona, esta atención se configura como el cumplimiento y garantía efectiva de los derechos a estar libre de discriminación, a gozar de una vida digna, a la libertad y a estar libre de injerencias arbitrarias en la vida privada. Estos derechos, interrelacionados con el derecho a la salud, implican que las mujeres y personas con capacidad para gestar accedan, sin distinciones arbitrarias, a los servicios de salud que sólo ellas necesitan.

Desde la protección a la salud integral, se reconoce a las niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestar como sujetas de derechos, capaces de tomar decisiones de acuerdo con su propia percepción del riesgo.

El concepto de riesgo no se refiere a la configuración efectiva de un daño, sino a la posibilidad de que ocurra; basta la presencia de uno o varios factores de riesgo, para considerarlo como existente, y con ello, que resulte posible una afectación de la salud en cualquiera de sus dimensiones.

- c) Aborto seguro como derecho de las víctimas de violencia sexual
- d) Interrupción Legal del Embarazo (ILE)
- e) Las causales en los códigos penales desde un enfoque de derechos humanos
- f) Consideraciones jurídicas en la atención a niñas y adolescentes

Entre los factores socio-demográficos y económicos que tuvieron relación con aborto, pero sin fuerza de asociación y debida al azar, figura la edad, ya que en bibliografía internacional sobresale que el grupo menores de 15 años son un grupo vulnerable, así mismo, aquellas que proceden de áreas rurales, contrastando este grupo de entrevistadas que en su mayoría proviene de áreas urbanas.

Aunque a esta edad la adolescente debe emplear su tiempo en los estudios primarios o secundarios, estas adolescentes buscan empleos para mitigar la mala situación de las familias, por lo tanto, las adolescentes pueden satisfacer algunas necesidades básicas, pero la pobreza es inminente en este grupo.

En cambio, el factor escolaridad si representa un factor de riesgo de aborto en la adolescencia, ya que el analfabetismo y la primaria incompleta no le permite a la adolescente la instrucción necesaria sobre temas de sexualidad y planificación familiar y se enfrenta a un embarazo como consecuencia del desuso o mal uso de los métodos de planificación familiar.

Entre los antecedentes gineco-obstétricos que tuvieron relación con aborto, encontramos la edad de la menarquia con una relación protectora, pero debida al azar y

“ABORTO DE ACUERDO DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD: ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS EN EL ESTADO DE VERACRUZ”

sin fuerza de asociación, al igual que el inicio de la vida sexual a temprana edad, el número de compañeros sexuales y haber sufrido

complicaciones durante el embarazo, que según literatura encontrada pueden representar un riesgo de que a edades tempranas se produzcan abortos en las adolescentes.

El desuso o mal uso de métodos de planificación familiar representa un ligero riesgo, debido que las adolescentes tienen malas prácticas en el uso de ellos.

Así mismo, el tener antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, no representan verdaderos factores de riesgo.

El tener hijos vivos en la adolescencia les crea a las adolescentes el criterio de que cada niño en el vientre es un ser humano y que merece vivir, por lo que en vez de resultar un factor de riesgo es un factor protector en contra del aborto, difiriendo de lo que se pensaría que ya al tener hijos vivos que mantener, la adolescente se someta al aborto por la elevada carga económica que significaría otra boca más que alimentar.

La adolescente que ya ha abortado y que no ha experimentado el ser madre, continuamente recurre al aborto evitando de esta forma rechazo familiar y social por nuevos embarazos, lo que significa que haber tenido abortos previos es un factor de riesgo de aborto en la adolescencia.

Entre los factores de toma de decisiones para abortar, cuando la adolescente desea continuar sus estudios puede proteger del aborto, pero este hecho contrasta con que la mayoría de este grupo de adolescentes trabaja para ayudar en lo posible a sus familias, por lo tanto, esta relación es debida al azar y sin fuerza de asociación. De la misma manera, el profesar religiones católica o evangélica las puede proteger, pero en estas adolescentes las invade el sentimiento del posible rechazo de la sociedad al presentar embarazos en la adolescencia.

El hecho de que una adolescente se encuentre sola o soltera es un factor de riesgo, ya que la falta del varón en la familia es vital para ellas, sumado a la manutención del bebé y la carga económica que ello representa.

Para la adolescente es vital que la pareja con la cual procreó el bebé esté de acuerdo con el embarazo, de suceder lo contrario, se predispone fuertemente a un aborto.

Algunos de los motivos que la adolescente consideró al momento de realizarse el aborto son: embarazo no planeado (principal motivo en este grupo de adolescentes), rechazo de la familia, mala situación económica, el hijo impedía su superación personal, abandono de la pareja y mala salud. Aquí se demuestra que en la adolescencia la mayoría de los embarazos son no planeados por la pareja, puede ser que la adolescente quiera al bebé, pero la pareja no se hará responsable.

Algunos de los motivos para que la adolescente tenga a su bebé fueron: embarazo planeado, relación de pareja estable, decisión personal de tener al bebé. Cuando la pareja planea tener un bebé y tienen estabilidad no hay riesgo de un aborto y el embarazo llega a buen término.

Para la mayoría de estas adolescentes, casos y controles, el hecho de embarazarse de nuevo lo enfrentarían teniendo al bebé y haciéndose responsables de él, ya que las adolescentes toman conciencia de las consecuencias que arrastra el realizarse un aborto.

Con respecto a los factores relacionados a los servicios de salud sexual y reproductiva, el hecho de no haber recibido consejerías sobre sexualidad, sobre métodos de planificación familiar, y de enfermedades de transmisión sexual, no representa un riesgo a realizarse un aborto ya que la mayoría de estas adolescentes tenía nociones del tema.

El problema del embarazo a temprana edad en este grupo de adolescentes puede deberse a malas prácticas en el uso de métodos anticonceptivos, ya que ellas conocían los métodos, pero no los usaban de forma correcta o no los usaban del todo, prevaleciendo la cultura machista de esta sociedad.

Con relación a la Atención prenatal, en el grupo de casos se observó que no recibieron los controles prenatales necesarios, no así en los controles en donde todas las adolescentes recibieron sus correspondientes controles.

La mayoría de los partos fueron atendidos por personal médico, en hospitales de especialidad gineco-obstétrica, en menor proporción por enfermera y por partera, ya que la mayoría de las adolescentes entrevistadas eran de procedencia urbana y se inclinan a ser atendidas por profesionales.

La mayor parte de los abortos fueron realizados en lugares especializados y por personal profesional, lo que indica que estas adolescentes decidieron realizarse abortos en manos de personal calificado.

En su mayoría para casos y controles, se les brindó consejería de métodos de planificación familiar post-aborto y post-parto, como parte de los servicios que se brindan en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva.

El no recibir consejerías sobre las consecuencias de un aborto en un centro especializado no es un riesgo, ya que, en este grupo de adolescentes, tanto casos y controles, la mayoría ya ha recibido dichas charlas en el colegio o por amistades.

Según hipótesis planteada: "Reproductiva no resultaron de riesgo para las adolescentes en incidir en abortos, demostrando claramente que la adolescente en esta etapa de cambios en su vida, necesita de una relación de pareja estable, que la pareja la apoye al momento de tomar decisiones y que le brinde un verdadero núcleo familiar fuera del núcleo paterno o materno.

“ABORTO DE ACUERDO DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD: ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS EN EL ESTADO DE VERACRUZ”

En el cual ellos se desarrollaron, de esta forma, tomarán decisiones fuertes que los mantendrán unidos y los convertirán en una pareja sólida a largo plazo, lo cual depende del tiempo en que estos adolescentes se conozcan, excluyendo relaciones fortuitas o pasajeras, que a lo sumo son las que provocan este alto número de embarazos no deseados y por lo tanto una alta incidencia de abortos en la adolescencia.

Aspectos éticos

Quiero destacar un rasgo más: que la actitud de respeto a la vida de todo ser humano no sólo implica una dimensión ética: es también una invitación a no retractarse de una convicción científica.

Con el mismo orgullo contenido, con la misma coherencia con que Galileo afirmaba ante quienes le juzgaban que, a pesar de su poder político y su autoridad moral, el sol se mueve, con esa misma entereza el médico que haya estudiado embriología y haya reflexionado sobre la ontogénesis del hombre no podrá abjurar de los datos que proporciona la observación de nuestra historia prenatal. Ni podrá dejar de sentir en su interior que en el embrión que se hace niño está contenido todo un destino humano.

La decisión de tratar la enfermedad de la mujer sin recurrir a la destrucción del ser humano no nacido representa una actitud profundamente profesional, superior científica y éticamente a su contraria. Ante la diada madre-feto, el buen médico se debe por igual a sus dos pacientes: a la mujer embarazada y al hijo por nacer.

Hoy, dados los formidables avances en la asistencia clínica de las enfermedades que pueden poner en grave riesgo vital a la mujer gestante, ya ningún médico verdaderamente competente se ve obligado, por criterios científicos, a aceptar que el aborto sea el tratamiento de elección de ninguna enfermedad de la madre, es decir, que sea una intervención tan superior y ventajosa en comparación de las otras alternativas terapéuticas que no

practicarlo significaría infligir un daño deliberado a la gestante, y quebrantar así gravemente el precepto médico de no dañar. Sin necesidad de invocar la objeción moral, el médico, basado en el arte médico del momento, puede rechazar el llamado aborto terapéutico sobre bases estrictamente científicas, ya que puede ofrecer alternativas válidas de tratamiento que respetan también la vida del no nacido.

En recientes monografías sobre el tratamiento de las enfermedades médicas de la mujer gestante o de las situaciones obstétricas críticas, o bien no aparece referencia alguna al aborto terapéutico o se cita como posible alternativa para una única y excepcional circunstancia: la amenaza de ruptura del aneurisma disecante de aorta en el síndrome de Marfan, la cual puede prevenirse mediante el adecuado tratamiento en las fases iniciales del embarazo.

La negativa del médico al aborto de fetos con malformaciones o taras que perturban gravemente su ulterior desarrollo físico o mental se justifica en el respeto específicamente médico a la vida deficiente. El Código de Ética y Deontología Médica, en su artículo 25.2, confiere al no-nacido enfermo la plena condición de paciente.

El aborto queda excluido como tratamiento del feto enfermo, porque es extraña a la Medicina la idea eugenista de que los seres humanos han de estar libres de imperfecciones. El médico no puede ser agente de la "tiranía de la normalidad": para él, todas las vidas son igualmente dignas de respeto. El hombre enfermo, antes o después de nacer, se le presenta como alguien que muy plagado que esté de enfermedades, es digno siempre de su aprecio y sus cuidados. Sus pacientes no son organismos biológicos perfectos, que irradian una floreciente calidad de vida, sino seres de carne y hueso, sellados a la vez por la dignidad y la flaqueza.

Más allá de la dimensión ética de toda actitud objetante, por la que el objetor quiere defender su identidad como persona moral, la objeción de conciencia sanitaria expresa una toma de posición sobre el carácter intrínsecamente ético de las profesiones de la salud. Afirma que, en el profesional íntegro, existe un vínculo indisoluble que entrelaza su habilidad técnica con sus convicciones morales.

La objeción exterioriza contenidos ético-profesionales emblemáticos, tales como el respeto máximo a la vida de la tradición deontológica, el área de la legítima libertad de prescripción, la independencia individual ante las modas gregarias, y la resistencia al consumismo sanitario. La objeción de conciencia es, pues, algo más que un mecanismo de supervivencia en una sociedad éticamente fracturada: pone de relieve muchos valores ético-profesionales positivos, obliga a desarrollar y a afinar nuevas actitudes críticas, nuevos mecanismos de negociación, descubre el riesgo de corrupción comercialista específico de la práctica privada.

Por su parte, los objetores están obligados a ofrecer una imagen profesional de la objeción de conciencia que sea concordante con su dignidad ética. Jamás la instrumentalizarán en ventaja propia. No buscarán privilegios, pero, aun a sabiendas de que nunca se verán libres de las molestias de nadar contra corriente, tampoco deberán resignarse a ser víctimas. Tratarán con delicadeza y respeto a los colegas que profesan opiniones contrarias, y jamás usarán de la violencia física o moral para imponer sus ideas.

En la sociedad permisiva, la objeción de conciencia se erige en defensora de los derechos fundamentales frente a las leyes tolerantes de la criminalidad controlada. El médico objetor al aborto es, a pesar de los dicterios de intolerancia e insolidaridad que algunos le lanzan, un ciudadano de pleno derecho, que defiende lealmente el derecho a la vida del no nacido, consagrado por la Constitución. Su testimonio sereno pero explícito impide la narcotización silenciosa y complaciente de la conciencia profesional y social.

Objeción de conciencia a la práctica del aborto

“ABORTO DE ACUERDO DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD: ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS EN EL ESTADO DE VERACRUZ”

Antes de entrar en la consideración de la objeción de conciencia al aborto, me gustaría hacer unas breves consideraciones generales sobre la objeción de conciencia, para tratar después más en concreto de la objeción de conciencia al aborto y a la velada amenaza que para ella se contiene en el proyecto de ley.

Me gusta afirmar que la conquista más significativa de la Ética médica de hoy ha consistido en colocar a pacientes y médicos en el mismo plano de dignidad humana, en asignarles el papel de agentes morales conscientes, libres y responsables, como tales se respetan mutuamente. Y lo propio de un agente moral maduro es hacer las cosas a conciencia, con conocimiento y libertad, con competencia y deliberación, de acuerdo con ciertos principios racionalmente fundados y profundamente sentidos.

Por fortuna médicos y pacientes suelen estar de acuerdo en lo que conviene hacer para proteger y recuperar la salud. La relación médico-paciente es una relación pacífica, amistosa, basada en la confianza. Por otro lado, a todos nos gusta convivir en sociedad, obedecer las leyes justas y contribuir al bien común.

Pero sucede en ocasiones que, en razón del pluralismo ético cada vez más marcado en la sociedad de hoy, disentimos unos de otros en algunos asuntos de mayor o menor importancia. Eso no tiene porqué provocar conflictos serios o situaciones dilemáticas, si nos ponemos de acuerdo en que no estar de acuerdo es algo que añade interés y variedad a la vida. Cuando el desacuerdo versa sobre cuestiones negociables, siempre es posible llegar, haciendo las concesiones o adaptaciones oportunas, a una decisión que, aunque menos que óptima para todos, puede ser por todos aceptada. Nadie se ve obligado entonces a renunciar a convicciones éticas intangibles o a traicionar razones científicas fundadas.

Pero ocurre otras veces, especialmente cuando están en juego relaciones de autoridad-subordinación, que alguien puede rehusar la orden o exigencia de otro (de la autoridad pública, del superior jerárquico) o negarse a cumplir una conducta admitida o imperada por la ley, porque siente hacia esas órdenes o hacia esa conducta una repugnancia ética invencible, de modo que someterse a lo que se le ordena o exige equivale a traicionar o destruir la propia conciencia, a perder la autoestima o la dignidad, a desdibujar su identidad como ser moral.

El rechazo, por razones morales, personales o religiosas, de lo ordenado por la autoridad o la ley es rasgo común a varias actitudes de disidencia social, como son, por ejemplo, la desobediencia civil, la objeción de conciencia o la insumisión evasiva. Lo que caracteriza a la objeción de conciencia es su carácter pacífico y no violento; su fundamento ético más que político; y, aunque no siempre, su intención de testimoniar contra conductas que, aunque socialmente permitidas, son tenidas por el objetor por inadmisibles o positivamente perversas.

El objetor no pretende con su acción, y de modo inmediato, subvertir o cambiar la situación política, legal o social reinante, como hacen con sus manifestaciones exteriores los activistas de la desobediencia civil, o con sus espectaculares acciones de

protesta los propagandistas de la insumisión. El objetor trata de eximirse pacíficamente de ciertas acciones, sin sufrir a consecuencia de ello discriminaciones o pérdida de derechos, pero simultáneamente, sin sacar de su objeción ninguna ventaja o privilegio.

La objeción de conciencia al aborto despenalizado es la forma paradigmática de la objeción de conciencia sanitaria y, a pesar de ello, objeto de debate permanente, tanto en el interior de las profesiones, como en las instancias políticas y entre el gran público. Está todavía lejos de ser una posesión pacífica o un derecho definitivamente reconocido y especificado. En muchos sitios, los objetores sufren, y seguirán sufriendo, el acoso insistente de algunos burócratas, de compañeros también.

La opinión pública está dividida en torno a la objeción de conciencia al aborto. Hay un debate permanente entre quienes piensan que, una vez despenalizado, es injusto que el médico lo deniegue a quien lo solicita, pues consideran que médicos y enfermeras son meros técnicos, cuyos valores morales han de someterse al dinamismo legal, y quienes sostienen, por el contrario, que, en una sociedad de hombres libres y responsables, nadie puede ser obligado a ejecutar una acción que repugna seriamente a su conciencia moral o profesional.

Propuestas de estrategias

A partir de los antecedentes e investigaciones y las técnicas de investigación acción utilizada en la investigación se pudo identificar los principales problemas que inciden en el aborto en el estado de Veracruz los que se anuncian a continuación:

- El inicio de la vida sexual a temprana edad
- El tener antecedentes de enfermedades de transmisión sexual tiene relación con el aborto en la adolescencia.
- El haber sufrido de complicaciones en el embarazo como infecciones renales, vaginales, pre-eclampsia, o traumas se comportan como factores protectores ante la incidencia de aborto.
- Cuando la adolescente tiene un proyecto de vida en el que desea continuar con estudios secundarios y universitarios existe una relación de protección con el aborto adolescente
- El hecho de que una adolescente se encuentre soltera o sola es un factor de riesgo del aborto adolescente.
- El hecho de que el varón opine no tener al bebé es un factor de riesgo del aborto en la adolescencia
- El hecho de ser católica o evangélica es un factor de protección ante el aborto.
- No haber recibido consejerías de sexualidad en la adolescencia resultó ser un factor protector de aborto en la adolescencia.

“ABORTO DE ACUERDO DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD: ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS EN EL ESTADO DE VERACRUZ”

- El hecho de no recibir consejería sobre métodos de planificación familiar no tiene relación con el aborto en la adolescente.

A continuación, se proponen un conjunto de acciones estratégicas

El inicio de la vida sexual a temprana edad

Estrategias de Educación sexual

En muchas escuelas se imparte educación sexual, pero no cuentes solo con la capacitación en el aula. La educación sexual también debe impartirse en casa.

Romper el hielo

El sexo es un tema de todos los días en las noticias, el mundo del entretenimiento y en la publicidad. Suele ser difícil evitar este tema, tan presente en todas partes. Pero cuando es necesario que los padres conversen con sus hijos adolescentes, no siempre es tan sencillo. Si esperas al momento perfecto, es posible que dejes pasar las mejores oportunidades. Es mejor pensar en la educación sexual como una conversación en curso.

Sé honesto. Si te sientes incómodo, dilo (pero aclara que es importante seguir conversando). Si no sabes cómo responder las preguntas que te hace tu hijo adolescente, ofrécele averiguar la respuesta o buscarla juntos.

Sé directo. Expresa claramente lo que sientes sobre temas específicos, como el sexo oral o el coito. Presenta los riesgos de manera objetiva, tales como el dolor emocional, las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no planeados. Explícale que el sexo oral no es una alternativa libre de riesgos al coito.

Considera la perspectiva de tu hijo adolescente. No le des una clase a tu hijo adolescente ni recurras a la táctica del miedo para desalentarlo de tener actividad sexual. Por el contrario, escúchalo atentamente. Entiende las presiones, los desafíos y las preocupaciones de tu hijo adolescente.

No te concentres solo en los hechos. Tu hijo necesita información exacta sobre el sexo (pero es igualmente importante hablar sobre sentimientos, actitudes y valores). Analiza la ética y la responsabilidad en el contexto de tus creencias personales o religiosas.

Sugiere seguir la conversación. Hazle saber a tu hijo adolescente que está bien hablar contigo sobre sexo cada vez que tenga una pregunta o una inquietud. Destaca que ha hecho bien en hacerte una pregunta; puedes decirle "Me alegro que hayas acudido a mí".

El tener antecedentes de enfermedades de transmisión sexual tiene relación con el aborto en la adolescencia

Las infecciones de transmisión sexual (ETS) son infecciones que se contagian por contacto sexual.

Las bacterias o los virus causan las ETS. Cualquier persona que tiene sexo con otra persona se puede contagiar. Mientras que los síntomas de ETS pueden ir desde una leve irritación y malestar a un dolor severo, muchas veces es posible que no haya ningún síntoma. La ETS conocida como clamidia, por ejemplo, generalmente no muestra síntomas y ocasiona solamente síntomas leves. El diagnóstico posiblemente no se hará hasta que se presenten complicaciones.

Los adolescentes y jóvenes adultos tienen mayores tasas de ETS que cualquier otro grupo de edad. Una de las razones principales es que con frecuencia tienen sexo sin protección. También tienen más probabilidades biológicamente de desarrollar una infección. Además, tienen menos probabilidades de acudir a los servicios de atención médica que les pueden dar información sobre cómo protegerse contra las ETS.

Acciones

Uso correcto de preservativos

Aunque posiblemente usted ha hablado claramente con su adolescente sobre las ventajas de esperar para tener sexo, debe hablarle sobre los anticonceptivos. Para prevenir la transmisión de ETS, se debe enseñar a los adolescentes cómo usar los preservativos de manera efectiva. El preservativo debe estar hecho de látex. Los estudios de laboratorio han demostrado que el VIH y otros virus pueden pasar a través de los preservativos de membrana natural o de piel de cordero. Recuerde a su adolescente que otras formas de control anticonceptivo, incluyendo píldoras anticonceptivas, inyecciones como Depo-Provera y los implantes como Norplant, no previenen las ETS. Solo los preservativos de látex ofrecen esta protección.

Uso correcto de preservativos masculinos con su adolescente:

Se debe usar un nuevo preservativo cada vez que su adolescente tiene sexo.

Los preservativos se deben manipular con cuidado para evitar que se rompan o corarlos con las uñas, los dientes o instrumentos afilados.

Un preservativo se debe colocar en el pene después de que está erecto y antes de cualquier contacto genital.

Se debe usar suficiente lubricación durante las relaciones sexuales con un preservativo. Si se usa un lubricante en la parte externa del preservativo, debe ser un producto a base de agua como K-Y Jelly, Astroglide o Aqua-Lube. Los lubricantes a base de aceite como la vaselina o las lociones corporales pueden debilitar el material látex.

Al retirarlo, el preservativo se debe sostener firmemente contra la base del pene para evitar que se deslice. El retiro se debe hacer con el pene aún erecto.

“ABORTO DE ACUERDO DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD: ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS EN EL ESTADO DE VERACRUZ”

Un preservativo femenino, hecho como una funda de poliuretano lubricado y llamado Reality, también está disponible. Siga las instrucciones en el empaque del producto para usarlo correctamente.

Estrategia de Prevención de un aborto espontáneo

Para la prevención de un aborto espontáneo hay que tener en cuenta los siguientes puntos:

Muchos de los abortos espontáneos que son causados por enfermedades maternas (diabetes, lupus, síndrome antifosfolípido), podrían prevenirse por medio de la detección temprana (antes de la concepción) y el tratamiento de la enfermedad de origen.

La disminución de los riesgos de aborto espontáneo se ha atribuido al cuidado prenatal temprano completo y al evitar la exposición a las amenazas ambientales (como los rayos X y las enfermedades infecciosas). Por ello, si crees que puedes estar embarazada, o en caso de duda, consulta con tu médico, antes de someterte a un control de rayos X, o ante cualquier síntoma de infección o enfermedad.

Muchos de los defectos congénitos se han atribuido al defecto de ácido fólico, por lo que su administración de forma preventiva, previa y en las primeras fases del embarazo, pueden contribuir a la disminución de dichos defectos.

Estrategia de Prevención del aborto inducido

Para la prevención del aborto inducido conviene destacar los siguientes hechos a tener en cuenta:

Procurar el acceso a la atención de salud reproductiva y a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos (incluyendo la anticoncepción de emergencia, métodos que pueden prevenir el embarazo no deseado en los primeros días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección) se salva la vida de muchas mujeres al reducirse el número de embarazos no deseados y la posible necesidad de un aborto inducido.

Aun cuando la anticoncepción está al alcance, algunas mujeres quedarán embarazadas sin desearlo y algunas de ellas buscarán poner fin al embarazo. En lugares donde el aborto es legal, deberían estar disponibles los servicios de aborto seguros.

En todos los casos, cada mujer debería tener acceso al cuidado y tratamiento de las complicaciones del aborto, junto con orientación psicológica antes y después del mismo, y anticoncepción para evitar que se repitan los abortos.

CONCLUSIONES

En base a las entrevistas llevadas a cabo a diez médicos con la especialidad de gineco-obstetra, se determinó que 4 de ellos no están de acuerdo en realizar la interrumpir el embarazo, los cuatro restantes llevarían a cabo la interrupción para evitar consecuencias administrativas y legales.

Así mismo, ocho de los entrevistados desconocían que puede haber consecuencias legales en caso de omisión por negarse a practicar el aborto sin que haya motivo alguno para interrumpir el embarazo por decisión propia de la solicitante y no por riesgo que ponga en peligro su vida.

De la presente investigación se concluye que es necesario modificar la ley en materia penal para que en caso de que un profesional de la medicina por cuestiones de ética, principios morales, personales o religiosas se abstenga a interrumpir el embarazo a una paciente que muy a pesar de tener menos de doce semanas de gestación, decida que se le practique un aborto, que por ello el medico pueden ser sujeto de sanciones administrativas y legales, esto es que por tal omisión, no pueda ser sancionado, ya que su actuar está justificado por contravenir el juramento de Hipócrates, cuyo fin esencial es salvaguardar y conservar la vidas de las personas, por lo que debería ser una causa excluyente de delito, porque tal decisión de una manera u otra violentan sus derechos humanos a libre desarrollo de su personalidad y su libre albedrio.

Mientras tanto la población adolescente requiere mayor información para tomar decisiones reproductivas.

Hay un porcentaje muy bajo de prevalencia anticonceptiva, lo cual se relaciona con la falta de orientación en los servicios de salud. Por lo anterior, es urgente prevenir el embarazo no deseado y atender el significativo aumento de la fecundidad entre adolescentes, con políticas efectivas que garanticen una cobertura anticonceptiva universal, oportuna y adecuada a sus necesidades.

- El aborto inducido es, a menudo, la respuesta a la necesidad insatisfecha de anticoncepción, a las fallas anticonceptivas, a los embarazos no deseados y a la violencia sexual. El aborto inseguro y sus complicaciones consumen recursos esenciales del sistema de salud, ya que uno de cada diez eventos hospitalarios en las mujeres se debe a esta causa.

“ABORTO DE ACUERDO DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD: ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS EN EL ESTADO DE VERACRUZ”

- Aunque es evidente que la criminalización del aborto no reduce su incidencia y, en cambio, aumenta el riesgo de muerte y de complicaciones para las mujeres, vale la pena destacar que particularmente en Veracruz las defunciones por aborto aumentaron en adolescentes en 2019 respecto al periodo anterior, y superan el promedio nacional.
- El aborto legal y el acceso a servicios seguros, con tecnología moderna y segura — como la aspiración manual Endo uterina (AMEU) o medicamentos— se traducen en una disminución de la mortalidad materna, en la reducción de hospitalizaciones, en ahorros para el sistema de salud, y en descriminalización; así como en equidad social y en la reducción del estigma. Para ello solo se requieren recursos humanos capacitados, presupuestos institucionales, sistemas de distribución de insumos eficientes y costo efectivos, asistencia técnica (normas y guías) y voluntad política.

Aunque Veracruz esté implementando medidas en salud sexual y reproductiva para llegar a gran número de usuarias, es preciso dar una orientación de calidad con la información necesaria de acuerdo con el contexto particular del estado para que conozcan el uso de estos métodos.

LISTA DE REFERENCIAS

Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Sentencia de la Acción de Inconstitucionalidad 148/2017. Diario Oficial de la Federación, 19 de enero del 2022. Disponible en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5640922&fecha=19/01/2022.

Ley General de Víctimas. Diario Oficial de la Federación, última reforma 28 de abril del 2022. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf>

Ipas CAM. Encuesta Internacional de Personas Proveedoras y Acompañantes de Aborto [Internet]. 2020:1-14. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasCAM-2021-ResultadosEncuestaResumenEjec.Pdf>

pas CAM. Encuesta Internacional de Personas Proveedoras y Acompañantes de Aborto [Internet]. 2020:1-14. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasCAM-2021-ResultadosEncuestaResumenEjec.pdf>

Butanda, V. L. (2012). Aborto. Hospital Beneficencia Española de Puebla, 3 - dominicana, M. d. (2015). Protocolo de manejo del aborto. Protocolo de manejo del aborto, 7 - 18.

Gilda Sedgh, A. B. (2013). Niveles y tendencias del aborto legal por edad de la mujer al momento de la terminación del embarazo. Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, 8 - 9.

Ginecología, S. d. (2014). Aborto. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento, 1 2. Gómez, M. I. (2014). Aborto terapéutico en América Latina especial mención en Perú. Universidad San Martín de Porres, 1.

Guevara-Ríos, E. (2010). Hemorragias de la primera mitad del embarazo.

Revista Médica Peruana de Ginecología y Obstetricia, 10 - 13.

Guttmacher. (2016). Aborto en America Latina y el Caribe. Guttmacher Institute, 1-2. INEC, I. N. (11 de 09 de 2016).

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. Obtenido de INEC. Lauren S. Calvo-Betancourt, A. B.-M.-G. (2014). Aborto Recurrente de Etiología Autoinmune. Revista Médica Risaralda, 107 - 111.

Lupión, E. M. (2009). El aborto: perspectivas y realidades. Aborto espontáneo e interrupción voluntaria del embarazo. 52 - 56.

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

Michelena, M. I. (2007). Estudio cromosómico en el aborto espontáneo y su aplicación clínica. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 124 - 127.

“ABORTO DE ACUERDO DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD: ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS EN EL ESTADO DE VERACRUZ”

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

Rivera, A. C. (2011). Amenaza de Aborto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 496 - 497.

Rojas, E. (2006). Factores de riesgo demográficos y sociales del aborto.

Scielo Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia, 2.

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

SEGO. (2011). Aborto Espontáneo. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 210 - 214.

Servicie, U. D. (17 de 09 de 2016). Abortion Surveillance United States. Tineo, R. (2010). Hemorragias del Primer Trimestre. En R. Tineo, Obstetricia Moderna (págs. 227 - 233).

Williams. (s.f.). Williams Obstetricia. En L. Chunnigan, Williams Obstetricia (pág. 205). Mc Graw Hill.

Ruiz Rodríguez, V. (2002). El Aborto. Aspectos: Jurídico, Antropológico y Ético. México: Universidad Iberoamericana.

Islas de González Mariscal, O. (2008). Boletín Mexicano de Derecho Comparado, “Evolución del Aborto en México: Instituto de Investigaciones Jurídicas- UNAM.

Código Civil Federal. (2021). México: Dirección General de Servicios de Documentación y Análisis. Cámara de Diputados.

Código Penal Federal. (2021). México.

Código Penal para el Estado de Veracruz. (2021). Veracruz.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2021). México.

Kaplan, A. (1964). The conduct of inquiry. Londres: Chandler Publishing.

Monje, C. (15 de 12 de 2022). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa, guía didáctica. Universidad Surcolombiana. Obtenido de <://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>

Sampieri, R. (2006). Metodología de la investigación (4ta. ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

.