

CARTA AL DIRECTOR

La pandemia ignorada del aborto inseguro: una llamada a la acción



The ignored pandemic of unsafe abortion: A call for action

El aborto inseguro (AI) es un procedimiento realizado para terminar un embarazo no deseado sin las habilidades necesarias, en un ambiente que no cumple los estándares médicos mínimos, o ambos¹; se define como interrupción voluntaria del embarazo (IVE) la terminación de una gestación por personal idóneo, usando técnicas asépticas, en instituciones habilitadas, por voluntad de la mujer y con el respaldo de la Ley de cada país¹.

Globalmente, se estiman cerca de 208 millones de embarazos anuales, de los cuales el 41% son no deseados². Para el año 1995 se estimaron 26 millones de IVE, frente a 20 millones de AI, evidenciando que su prohibición no evita la finalización del embarazo, por el contrario, genera una oportunidad de negocio con elevado riesgo para la mujer¹⁻³. En aquellos países con legislaciones muy restrictivas el AI es una pandemia persistente, prevenible y usualmente ignorada, la cual genera más de 68.000 muertes anuales¹. En Colombia se estiman al menos 400.000 abortos anuales², que causan la hospitalización de 93.300 mujeres por complicaciones asociadas con el AI².

La legalización de la IVE ha logrado disminuir la mortalidad materna en regiones como Estados Unidos de América, Sudáfrica y Rumanía¹⁻³, similar a lo evidenciado en Colombia, donde se redujo la mortalidad materna del 16% en 1994 al 9% en 2007, entre otras razones gracias a la sentencia C-355 de 2006, la cual despenalizó el aborto bajo 3 supuestos: 1) cuando la continuación del embarazo constituya un peligro para la vida o la salud de la mujer; 2) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable la vida; y 3) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial no consentida, o incesto^{4,5}. Sin embargo, su implementación y cumplimiento se encuentra limitado por numerosas barreras como la poca información, retrasos administrativos, uso inadecuado de la objeción de conciencia e instituciones no preparadas ni certificadas para realizar los procedimientos, razón por la cual las complicaciones asociadas con abortos inseguros continúan generando costos anuales de 14 millones de dólares al sistema de salud colombiano^{4,5}.

La IVE logra reducir los costos directos (procedimiento abortivo) e indirectos (años de vida ajustados por discapacidad [AVAD], complicaciones asociadas que ameritan hospitalización, mortalidad y secuelas psicosociales, entre otros)¹. En países en vías de desarrollo que tienen restricción para la IVE los costos del tratamiento de complicaciones asociadas con AI ocupan hasta el 50% del presupuesto de los servicios de ginecología y obstetricia, además generan 5 millones anuales de AVAD¹.

Durante los últimos 50 años centenares de publicaciones científicas a favor del aborto han sido publicadas en las revistas científicas más importantes del mundo; de igual manera, durante los últimos 25 años, decenas de países han legislado para facilitar el acceso a la IVE⁶. Un ejemplo es el caso colombiano, donde la Corte Constitucional expidió la Sentencia C-055-22, en la cual se eliminó el delito de la IVE del Código Penal hasta la semana 24 de gestación, y posterior a ese límite continuará vigente la sentencia C-355-06 con sus causales conocidas. Además, exhortó al Congreso de la República y al Gobierno Nacional de Colombia a formular e implementar una política pública integral en la materia⁷, decisión respaldada recientemente por el actual gobierno de Colombia, quien anunció su retiro de la Declaración del Consenso de Ginebra.

Otros países como Argentina y España recientemente han anunciado propuestas legislativas regulatorias a favor de la IVE; sin embargo, el mundo se ha visto sorprendido por una reciente decisión tomada por la Corte Suprema de los Estados Unidos de América donde se facultó la prohibición de la IVE, lo cual podría poner en tela de juicio numerosas legislaciones internacionales sobre el aborto, poniendo al aborto como un tema prioritario de discusión a nivel médico, económico y político que ha llegado a las más importantes revistas científicas del mundo⁶.

Es importante reflexionar sobre el rol que cumplirá la medicina familiar en el abordaje integral de la IVE durante el primer trimestre de gestación en atención primaria, especialmente en áreas rurales o dispersas, donde el acceso a especialistas en ginecoobstetricia puede ser limitado⁷⁻⁹. A escala global se ha generado la inquietud e invitación para fortalecer la capacitación de residentes, no solo en Estados Unidos de América y Canadá, sino también en Europa y América Latina⁷⁻⁹, lo cual configura una llamada urgente a la medicina familiar.

Es momento de implementar políticas institucionales sobre el manejo integral de la IVE, con trato humanizado, analgesia, asesoría y garantía de anticoncepción postaborto

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2022.101909>

1138-3593/© 2022 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

antes del egreso institucional, para reducir el número embarazos no deseados y abortos repetidos ulteriores^{3,10}. El AI es una pandemia ignorada que supone un peligro para la vida de la mujer, no por enfermedades intratables, sino por la ausencia de políticas públicas integrales basadas en evidencia científica, razón por la cual expertos en ginecoobstetricia, medicina familiar, epidemiología, salud pública y derecho deben participar activamente en la construcción y ejecución de políticas públicas encaminadas a conservar la salud integral de la mujer.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, et al. Unsafe abortion: The preventable pandemic. *Lancet*. 2006;368:1908–19, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69481-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69481-6).
2. Gómez-Dávila JG. El aborto: una mirada desde la salud pública, los derechos y la justicia social. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018;69:53–4, <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3009>.
3. Harris LH, Grossman D. Complications of unsafe and self-managed abortion. *N Engl J Med*. 2020;382:1029–40, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1908412>.
4. Prada E, Singh S, Villarreal C. Health consequences of unsafe abortion in Colombia, 1989-2008. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;118 Suppl 2:S92–8, [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(12\)60006-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60006-X).
5. Prada E, Maddow-Zimet I, Juarez F. The cost of postabortion care and legal abortion in Colombia. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2013;39:114–23, <http://dx.doi.org/10.1363/3911413>.
6. The US Supreme Court is wrong to disregard evidence on the harm of banning abortion. *Nature*. 2022; 605(7909):193-194. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/d41586-022-01249-2>.
7. Patel P, Narayana S, Summit A, Gold M, Morgan ZJ, Eden R, et al. Abortion provision among recently graduated family physicians. *Fam Med*. 2020;52:724–9, <http://dx.doi.org/10.22454/FamMed.2020.300682>.
8. Summit AK, Lague I, Dettmann M, Gold M. Barriers to and enablers of abortion provision for family physicians trained in abortion during residency. *Perspect Sex Reprod Health*. 2020;52:151–9, <http://dx.doi.org/10.1363/psrh.12154>.
9. Myran DT, Bardsley J, El Hindi T, Whitehead K. Abortion education in Canadian family medicine residency programs. *BMC Med Educ*. 2018;18:121, <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-018-1237-8>.
10. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-055-22 (21 de febrero de 2022). Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/comunicados/Comunicado%20de%20prensa%20Sentencia%20C-055-22%20-%20Febrero%2021-22.pdf>.

S. Hinojosa-Millán^a, L. Suarez-Orozco^b,
V. Gómez-Jaramillo^c y J.A. Sánchez-Duque^{d,*}

^a *Semillero de investigación Ginecología y Obstetricia, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia*

^b *Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Valle del Cauca, Colombia*

^c *Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y Humanísticas, Fundación Universitaria del Área Andina, Sede Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia*

^d *Grupo de Investigación Salud, Familia y Sociedad, Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorandsanchez@utp.edu.co
(J.A. Sánchez-Duque).