

Los tiempos **del** **aborto**

Términos y otros asuntos clave



clacai

CONSORCIO LATINOAMERICANO
CONTRA EL ABORTO INSEGURO



Red
Jurídica
clacai

**Los tiempos del Aborto:
Términos y otros asuntos clave**

Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro - CLACAI
© Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI)
Secretaría Ejecutiva alojada en PROMSEX
Av. José Pardo 601, oficina 604, Miraflores, Lima - Perú
(511) 4478668
susana@promdsr.org
www.clacai.org

Editado por:

© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX).
Av. José Pardo 601, oficina 603-604, Miraflores, Lima, Perú.
Teléfono: (51) (1) 447 8668
www.promsex.org

Autor/a: Helena Paro

Coordinación de la publicación: Agustina Ramón Michel

Colaboradores: Guillermo Ortiz y Dana Repka

Supervisión comunicacional: Jorge Apolaya y Aracely Villasante

Diseño y diagramación: Julissa Soriano

1a. edición – (Septiembre 2023)

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°: 202309277

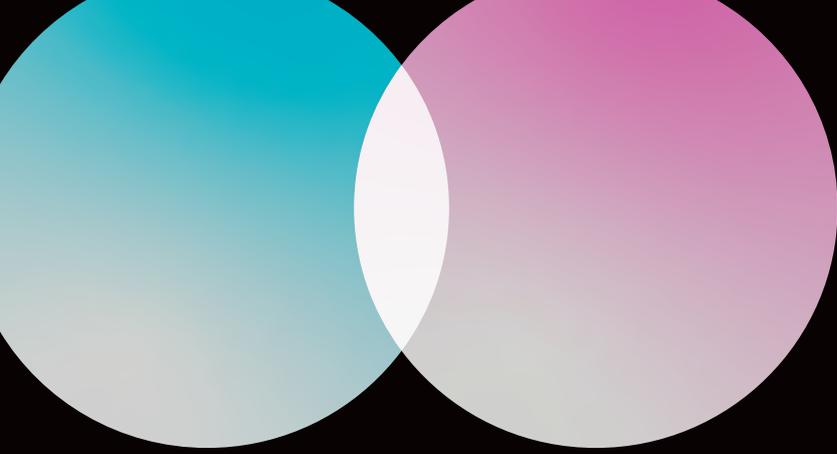
Este documento se publica bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons
- Atribución - No comercial - Sin Derivar 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA)



Serie: Los tiempos del aborto. Documento 1: *Los tiempos del aborto. Términos y otros asuntos clave.*
Septiembre 2023. Red Jurídica de CLACAI /Consortio Latinoamericano contra el aborto inseguro.

Índice

1. Términos y definiciones del aborto	4
1.1 Los términos utilizados en las leyes	5
1.2 Los términos utilizados en el ámbito de la salud	7
2. Los plazos para abortar: debate acerca de la fijación	9
2.1 Los plazos en el mundo y en los países de Latinoamérica	10
2.2 Los marcos biológicos del desarrollo humano	13
2.3 Teorías bioéticas: el principio de la potencialidad y la identidad personal	15
2.4 El abordaje gradualista	17
3. Argumentos contra los límites	19
3.1 ¿Quién necesita un aborto en tiempos gestacionales avanzados?	20
3.2 Factores que conducen a interrupciones del embarazo en tiempos gestacionales avanzados	20
4. Consejería en tiempo gestacional avanzado y determinación de la técnica	22
4.1 Consejería centrada en la persona	23
4.2 Determinación de la técnica para el aborto inducido a usarse	25
5. Plazos con medicamentos y la atención en el primer nivel	27
5.1. La inducción de asistolia fetal	29
5.2 Tiempo gestacional hasta 24 semanas	29
5.3 Tiempo gestacional más allá de 24 semanas	30
6. Modelos de servicio para la atención del aborto en tiempo gestacional avanzado	31
7. Registros de muerte fetal, certificados y disposiciones de restos	34
7.1 El concepto de muerte fetal y los propósitos de los certificados de muerte	35
7.2 Cómo registrar el aborto inducido en los certificados de muerte fetal	36
7.3 Disposiciones de restos	36



Sobre este documento

Este documento se centra en el análisis de los términos, marcos, la atención, métodos y la regulación de los abortos en edad gestacional avanzada, examinando tanto la situación actual como las perspectivas futuras. Se trata de una primera publicación, que tiene como propósito difundir conceptos, ideas y argumentos sin pretensión de exhaustividad en cada uno de los temas tratados, los que serán analizados en futuras publicaciones de los Tiempos del Aborto.

El proceso es tan valioso como el resultado en este caso, pues se trata de un documento que antes de serlo, fue decenas de conversaciones, muchas lecturas y discusiones, webinarios, un par de reuniones, bajo el compromiso de que podemos ir construyendo colectivamente un entendimiento en torno a este asunto, sin perder la singularidad de cada contexto.

La investigación y redacción principal de este trabajo estuvo a cargo de Helena Paro (Universidad Federal de Uberlândia y la Red Médica por el Derecho de Decidir de Brasil) en estrecha colaboración y aportes de Guillermo Ortiz (Ipas LAC), Agustina Ramón Michel y Dana Repka (Red Jurídica de CLACAI/REDAAS). Además, se han recibido comentarios de Rebeca Ramos y Melissa Samantha Ayala García (GIRE) y de Laura Gil (Grupo Médico por el derecho a decidir Colombia). La conducción de este proyecto es de Agustina Ramón Michel, coordinadora de la Red Jurídica de CLACAI.

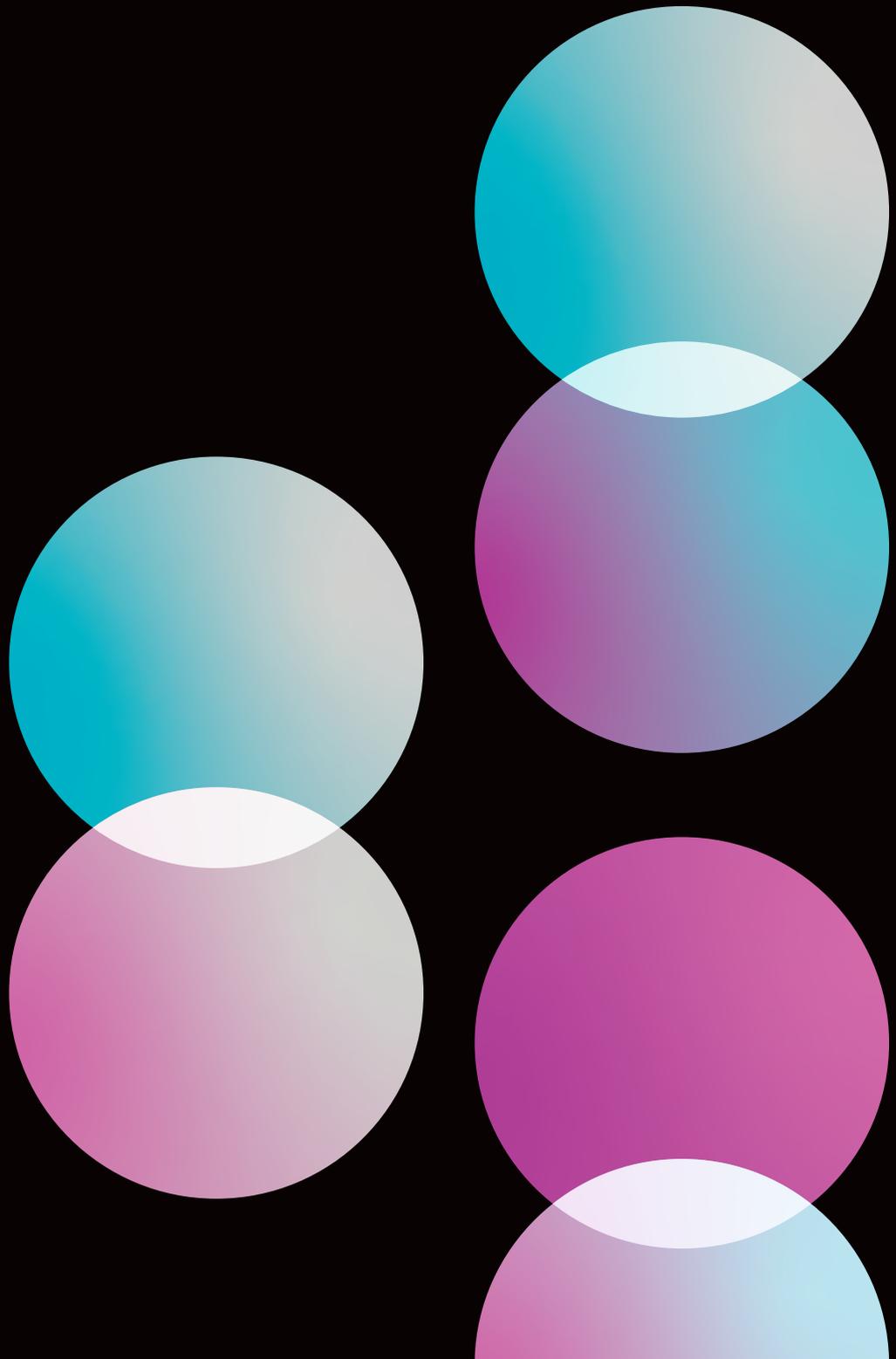
Este documento tiene como antecedente y se sirvió de cuatro reuniones. La primera tuvo lugar entre Guillermo Ortiz y Agustina Ramón Michel. La segunda fue una reunión más amplia con un grupo interdisciplinario de integrantes de CLACAI.¹ La tercera fue un webinar de CLACAI centrado en los desafíos relacionados con las definiciones y el uso de términos en la llamada atención de los abortos en el límite de la viabilidad fetal, en el que expusieron Cristiã Rosas, Helena Paro, Rebecca Ramos Guillermo Ortiz y del que participaron más de 150 personas.² Finalmente, una versión borrador de este documento fue la base para la discusión que se llevó a cabo durante la reunión “Los Tiempos del Aborto”, que tuvo lugar el 21 de junio en la Ciudad de Panamá en el marco de la VII Conferencia Regional de CLACAI, y que contó con la participación de 43 personas, incluyendo un grupo interdisciplinario de médicos ginecólogos, neonatólogos, abogadas, acompañantes, tomadoras de decisión y activistas, cuyas ideas y discusiones sirvieron para fortalecer este documento.³ Esta versión final recoge las discusiones, comentarios y propuestas que surgieron durante y tras dicha reunión en Panamá de integrantes de CLACAI, y que se terminaron de procesar en una reunión entre Laura Gil, Guillermo Ortiz, Helena Paro, Dana Repka y Agustina Ramón Michel, tras los agudos comentarios al texto por parte de Malena Morales, Alex Ali, Beatriz Galli, Mariana Romero, entre otros, a quienes les agradecemos también.

¹ Rebeca Ramos (GIRE - México), Cristiã Rosas (Global Doctors for Choice - Brasil), Helena Paro (Rede Médica pelo Direito de Decidir - Brasil), Fernanda Díaz de León (Ipas Latinoamérica - Regional), Gabriela Rondón (ANIS - Brasil), Oscar Cabrera (O'Neill Institute - Estados Unidos), Susana Chavez (CLACAI - Perú), Ruth Zurbriggen (La Revuelta - Argentina), Mariana Romero (CEDES - Argentina), Consuelo Bowen Manzur (CEPAM Guayaquil - Ecuador), Dana Repka (Red jurídica de CLACAI - Argentina), Beatriz Galli (Independiente - Brasil), Viviana Bohórquez Monsalve (Jacarandas - Colombia), Malena Morales (Ipas Bolivia - Bolivia), Amelia Ojeda Sosa (UNASSE - México), Rebecca Reingold (O'Neill Institute - Estados Unidos), Silvia Serrano (O'Neill Institute - Colombia), Sonia Ariza Navarrete (CEDES - Argentina), Martín Vidaurre (Ipas Bolivia - Bolivia), Ana Cristina Vera Sánchez (Surkuna - Ecuador), Lucía de la Vega (CELS - Argentina), Yovanka Oliden (Ipas Bolivia - Bolivia), Katherine Jaime (independiente - República Dominicana) y Leticia Vella (Coletivo Feminista Sexualidade e Saude - Brasil), Guillermo Ortiz (Ipas Latinoamérica - Regional) y Agustina Ramón Michel (Red Jurídica de CLACAI - Argentina).

² Ciclo de Encuentros. “Los Tiempos del Aborto” Primer encuentro: “Desafíos de la atención del aborto al límite de la viabilidad fetal: Definiciones y términos”. Organizado por la Red Jurídica de CLACAI. 14 de septiembre de 2022.

³ Agustina Ramón Michel (Red Jurídica de CLACAI), Guillermo Ortiz (Ipas LAC), Helena Paro (Rede Médica pelo Direito de Decidir), Susana Chavez (CLACAI), Laura Gil (Causa Justa / Oriéntame), Rebeca Ramos (GIRE), Cristiã Rosas (Global Doctors for Choice), Fernanda Díaz de León (Ipas Latinoamérica), Ruth Zurbriggen (La Revuelta), Mariana Romero (CEDES), Dana Repka (Red Jurídica de CLACAI), Beatriz Galli (Independiente), Malena Morales (Ipas Bolivia), Silvia Serrano (O'Neill Institute / Ríos), Sonia Ariza Navarrete (CEDES), Ana Cristina Vera Sánchez (Surkuna), Damian Levy (REDAAS), Catalina Calderón (WEC), Viviana Mazur, Graciela Lukin (Ipas LAC), Oscar A. Cabrera (O'Neill Institute / Ríos), Martín Vidaurre (Ipas Bolivia), Carmen Cecilia Martínez (CDR), Natalia Acevedo (O'Neill Institute / Ríos), Cristina Rosero (CDR), Alex Ali Mendez Diaz (AbortistasMX), Elida Caballero (WEC), Karen Padilla (Ipas LAC), Andrés Reyes (Profamilia), Nina Zamberlín (Fòs Feminista), Rossina Guerrero (PROMSEX), Linda Valencia (PPFA), Valeria Isla (Dirección Nacional), Silvina Ramos (CEDES), Paola Montenegro (Profamilia), Viviana Bohórquez (Jacarandas), Jennie Dador (Promsex), Soledad Deza (MxM), Jhony Juarez (CECIS), Andrea Alejandra Teceros Hans (MSI Bolivia), Ruddy Soliz Soliz (Centro Médico Integral Virgen de Guadalupe SIESAR), Mara Zaragoza Ledesma (Ipas).

1. Términos y definiciones del **aborto**



1.1

Los términos utilizados en las leyes

Aborto

En los códigos penales, hay distintas definiciones para la palabra “aborto”, pero en la mayoría de las veces, la palabra es utilizada para designar el crimen de interrumpir un embarazo. En Guatemala, por ejemplo, el Código Penal define el aborto como “la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez”. En Ciudad de México, en contrapartida, el aborto es “la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación”, que es la edad gestacional límite para el aborto por demanda en la Ciudad de México.

En algunos casos, la palabra “aborto” es seguida de un adjetivo, generalmente para describir una causal o un permisivo legal en un país. Veamos:

- **eugenésico:** utilizado en Perú, para describir el aborto inducido en casos de malformaciones fetales, que es punible con 3 meses de privación de libertad.
- **necesario:** término utilizado en el Código Penal de Brasil (1940), para describir la causal de riesgo de vida, en la cual el aborto inducido no es punible.
- **no punible:** término utilizado en el Código Penal de Ecuador (2014) para describir las causales de despenalización del aborto inducido, o sea, en casos de riesgo de vida o para la salud y en casos de violación.
- **provocado:** término utilizado en el Código Penal de Venezuela (2005), donde el aborto inducido es un crimen en todas las circunstancias.
- **sentimental:** aborto en casos de violación, descrito en el Código Penal de Perú (1991), donde esa causal determina 3 meses de privación de libertad.
- **terapéutico:** utilizado en el Código Penal de Perú (1991) para describir la causal de riesgo de vida o para la salud, en la cual el aborto inducido no es punible.

Interrupción del embarazo

Ya que la palabra “aborto” ha sido ampliamente utilizada para describir un crimen en los códigos penales, la expresión “interrupción del embarazo” surgió para disminuir el estigma del aborto inducido en los permisivos legales en diversos países. En muchos países, se utilizan expresiones como “interrupción legal del embarazo” (ILE) e “interrupción voluntaria del embarazo” (IVE), también como una manera de evitar la confusión entre aborto espontáneo y aborto inducido.⁴ Sin embargo, la misma expresión puede significar diferentes causales en diferentes países, como veremos enseguida:

- **Interrupción legal del embarazo (ILE):** En México, la ILE es utilizada para describir la interrupción del embarazo antes de las 12 semanas de gestación, o sea, el aborto por demanda. En Argentina, la ILE es el aborto inducido despenalizado en las causales violación y peligro de vida o de salud.
- **Interrupción voluntaria del embarazo (IVE):** En México, la IVE es utilizada para describir el derecho de las víctimas de violación sexual. En Argentina y Uruguay, la IVE es el aborto inducido por demanda en las primeras semanas del embarazo despenalizado en el Código Penal. En Chile, la IVE es el aborto inducido en las tres causales despenalizadas en el Código Penal. Finalmente, en Colombia, se le llama IVE a cualquier aborto inducido dentro del marco legal, ya sea por solicitud hasta las 24 semanas o por causales después de las 24.

Anticipación terapéutica del parto

Esa expresión fue utilizada por primera vez en Brasil, en una acción de inconstitucionalidad ante el Supremo Tribunal Federal del país, que acabó por despenalizar el aborto en los casos de anencefalia fetal en 2012.

Según el ministro del Supremo Tribunal Federal, Luis Roberto Barroso: “(...) resultó importante avanzar con delicadeza en la propuesta de estrategias para reconocer el derecho de las mujeres de interrumpir las gestaciones de fetos anencefálicos, incluso si esto implicaba optar por una estrategia más gradual en el avance de su derecho general al aborto”.⁵

⁴ HOUGHTON, María Paula; GIL, Laura; GONZÁLEZ-VÉLEZ, Ana Cristina. *Interrupción voluntaria del embarazo y edad gestacional: Razones y ventajas de un marco legal garantista. Documento de Posición. Grupo Médico por el Derecho a Decidir – Colombia*, 2014. En globaldoctorsforchoice.org [en línea]. Disponible en: <https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Documento-posición-EDITADO-IVE-y-edad-gestacional-E.pdf>.

⁵ BARROSO, Luís Roberto. El Aborto en el Debate Público Brasileño, Estrategias jurídicas para el embarazo anencefálico. En Cook, Rebecca J. and Erdman, Joanna N. and Dickens, Bernard (coord.). *El aborto en el derecho transnacional: Casos y controversias*. Mexico: CIDE/FCE; 2016, pp. 15-24.

Desde ese marco, el Supremo Tribunal de Brasil afirmó la inconstitucionalidad de toda interpretación del Código Penal que prohibiera el aborto de una mujer que gestara un feto anencefálico, bajo el fundamento que el tribunal debía promover una interpretación de acuerdo con la Constitución y que esta interpretación los conducía a afirmar la legalidad de este tipo de intervenciones. Uno de los argumentos centrales para así sostener fue que la interrupción del embarazo de un feto anencefálico no constituye un aborto ya que el feto no tiene posibilidad de vida. De allí que consideraron esta intervención como “una inducción del parto prematuro por indicación terapéutica”.

Terminación voluntaria del embarazo

Expresión utilizada en la Resolución Ministerial del gobierno cubano (2013), que trató de reglamentar el aborto inducido en los casos lícitos en el país.

1.2

Los términos utilizados en el ámbito de la salud

En el ámbito de la salud, fue solamente al final de los años 60 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la posibilidad de un aborto deliberado (o sea, intencional) en la Clasificación Internacional de Enfermedades (la CIE). Fue en la 8ª revisión (CIE-8, 1965) que se introdujo el “**aborto inducido**” (por razones médicas, CIE-8 640; por otras indicaciones legales CIE-8 641; por otras razones CIE-8 642) y lo distinguió del “**aborto espontáneo**” (CIE-8 643).

En 1975, la OMS publicó la 9ª revisión de la CIE (la CIE-9) e introdujo los términos “**aborto inducido legalmente**” (CIE-9 635) y “**aborto inducido ilegalmente**” (CIE-9 636). En los años 90, la CIE-10 fue implementada y se convirtió ampliamente en un medio para estadísticas de mortalidad y comparación entre países. En esa revisión, el aborto inducido fue sustituido por “**aborto por razones médicas**” (CIE-10 O04) o en “**otros tipos de aborto**” (CIE-10 O05). Finalmente, en 2019, la OMS adoptó la 11ª revisión de la CIE, que trajo conceptos importantes para el cuidado en el aborto.⁶ Primero, la CIE-11 vuelve a distinguir el “**aborto espontáneo**” (CIE-11 JA00.0) del “**aborto inducido**” (CIE-11 JA00.1).

⁶ Ver: World Health Organization (WHO). *ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision*. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>.

Segundo, la última revisión realza la intención de no resultar en un nacido vivo en los casos de aborto inducido. Esa diferenciación ha sido importante para separar los registros de aborto espontáneo o muerte fetal de aquellos de aborto inducido en las estadísticas de mortalidad⁷ y también para determinar técnicas diferenciadas para el aborto inducido en tiempos gestacionales más avanzados, como veremos más adelante.

Aborto espontáneo: “Condición causada por factores inmunológicos, óvulo anormal o cuerpo uterino, enfermedad materna o infección, o incompetencia cervical. Esa condición es caracterizada por la muerte embrionaria o fetal no inducida o por el pasaje de los productos de la concepción antes de las 22 semanas del embarazo o con peso menor de 500 gramos”.⁸

Aborto inducido: “Pérdida intencional del embarazo intrauterino por medios medicamentosos o quirúrgicos, que no resulta en un nacido vivo”.⁹ “Intervención realizada por un profesional de salud autorizado (p. ej., un médico, una enfermera partera, una enfermera practicante, un asistente médico), dentro de los límites de las reglamentaciones estatales, con la intención de interrumpir un embarazo intrauterino en curso conocido y que no resulta en un nacido vivo.”¹⁰

Aborto legal : “Terminación del embarazo en condiciones permitidas por ley”.¹¹

PARA REFLEXIONAR

¿La utilización de términos distintos contribuye, dificulta o no tiene mayor impacto para la calidad del cuidado y la garantía de derechos humanos relacionados al aborto? ¿En qué sentido, de qué modo?

⁷ World Health Organization (WHO). 2.25.4.2 Definitions in perinatal and neonatal mortality. Artificial termination of pregnancy. *En ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision*. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponible en: <https://icdcdn.who.int/icd11/referenceguide/en/html/index.html#artificial-termination-of-pregnancy>.

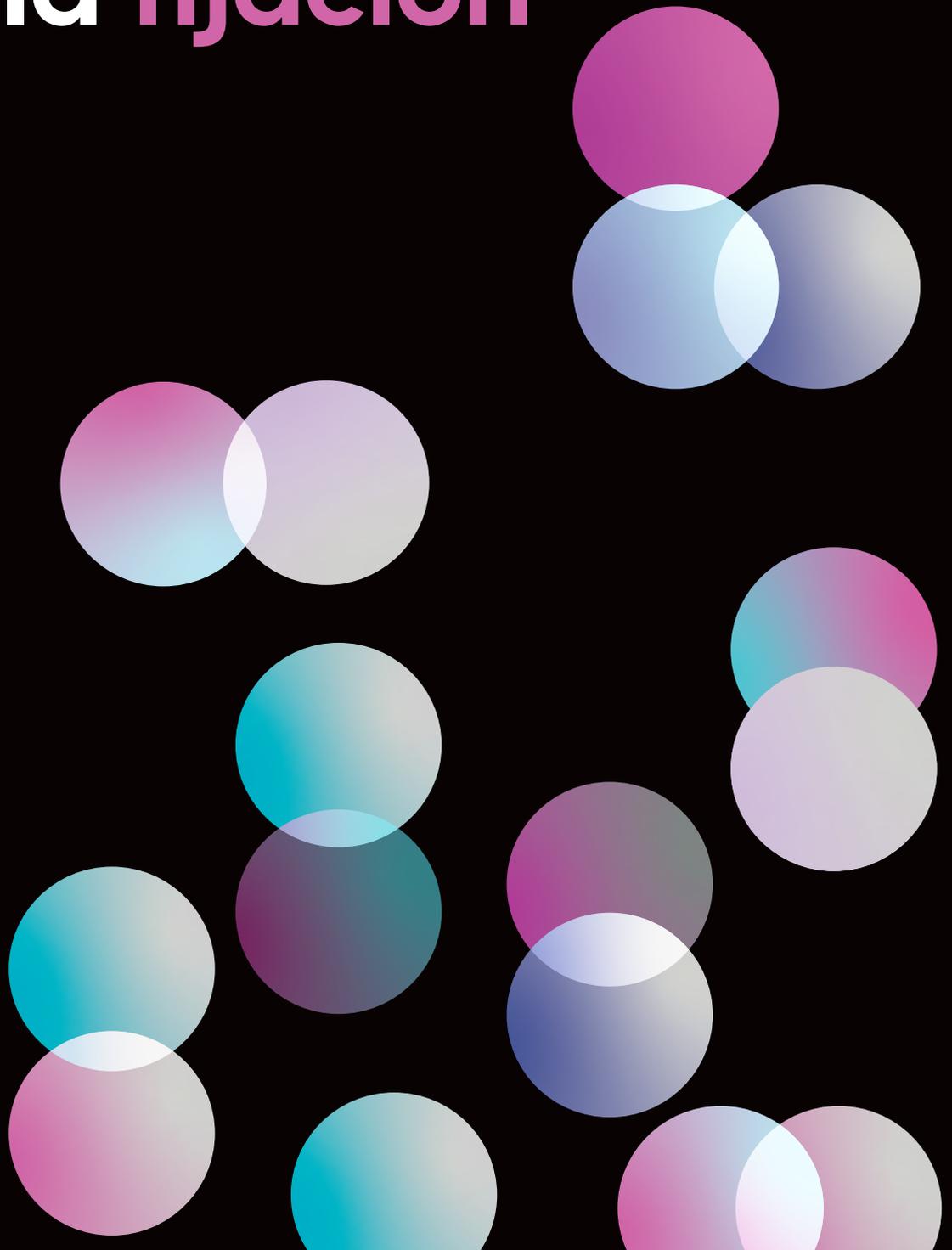
⁸ World Health Organization (WHO). 18. Pregnancy, childbirth or the puerperium. Abortive outcome of pregnancy. JA00.0 Spontaneous abortion. *En ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/696502028>.

⁹ World Health Organization (WHO). 18. Pregnancy, childbirth or the puerperium. Abortive outcome of pregnancy. JA00.1 Induced abortion. *En ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fentity%2f1517114528>.

¹⁰ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *How does CDC define abortion?*. En cdc.gov [en línea]. Disponible en: https://www.cdc.gov/reproductivehealth/data_stats/abortion.htm.

¹¹ National Library of Medicine (NIH). Abortion, legal [MeSH subject heading scope note]. En nih.gov [en línea]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=legal+abortion>.

2. Los plazos para abortar: **debate acerca de la fijación**



2.1

Los plazos en el mundo y en los países de Latinoamérica

Los plazos para abortar en las leyes varían mucho. Esas variaciones reflejan la arbitrariedad en la fijación de los plazos en las leyes. En un estudio acerca de las leyes del aborto entre 158 países alrededor del mundo, Lavelanet y colegas analizaron los plazos del tiempo gestacional asociados a las diferentes causales:¹²

- Para la **causal riesgo de vida**, solamente el 24% de los países limitan el derecho al aborto según el tiempo gestacional. Entre los que imponen algún plazo, la mayoría determina que las mujeres pueden acceder al aborto inducido hasta **24 semanas de embarazo**.¹³ En Latinoamérica, el único país que impone un límite de tiempo gestacional en la causal riesgo de vida es Cuba (22 semanas).
- El 38% de los países que tienen la **causal salud física y/o mental** determinan variados límites de tiempo gestacional, la mayoría **entre 19 y 24 semanas de gestación**.¹⁴ En Latinoamérica, solamente Cuba impone el límite de 22 semanas para esa causal.¹⁵
- El 44% de los países analizados que permiten el aborto por **condiciones fetales** imponen plazos para la interrupción. La mayoría de ellos imponen límites **después de 18 semanas de gestación**.¹⁶ En Cuba, ese límite es de 35 semanas de gestación. En los demás países latinoamericanos en que hay la causal de malformación fetal, no hay plazos para acceder al aborto inducido.
- Para la **causal violación**, más de la mitad (el 61%) de los países determina algún tiempo gestacional para el aborto, la gran mayoría **entre 12 y 24 semanas**.¹⁷ Uruguay es uno

¹² En este estudio, sólo se tuvieron en cuenta sólo fuentes legales, y no fuentes regulatorias como protocolos u otras normativas emitidas por los Ministerios de salud nacionales. Ver más en: LAVELANET, Antonella F., et al. Global abortion policies database: a descriptive analysis of the legal categories of lawful abortion. *BMC International Health and Human Rights*, 2018, vol. 18, no 1, p. 1-10.

¹³ LAVELANET et al. 2018. Op. Cit. nota al pie 12.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Cabe destacar que esto es cierto se estudia el régimen sólo las leyes. Si se toman en cuentas también las regulaciones, Perú también fija un plazo para acceder al aborto en causal salud puesto que su Protocolo sobre Interrupción Legal del Embarazo establece un límite gestacional de 22 semanas. Ver al respecto: Ministerio de Salud de Perú. *Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal*. Perú: Ministerio de Salud; 2014. Disponible en: http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/dais/materno/NORMAS%20RTN/03/RM%20486-2014%20-%20GTN%20DE%20ABORTO%20TERAPEUTICO.pdf.

¹⁶ LAVELANET et al. 2018. Op. Cit. nota al pie 12.

¹⁷ Ibid.

de estos países, estableciendo un límite de 12 semanas. En los demás países de Latinoamérica que permiten el aborto inducido en casos de violación, no hay un límite para acceder al derecho.

- Para el **aborto por demanda**, casi todos los países que lo permiten imponen un plazo para acceder al derecho, usualmente **12 semanas (entre 8 y 24 semanas)**.¹⁸ En Latinoamérica, estos plazos varían entre 12 semanas (Uruguay y varios estados de México), pasando por 14 semanas (Argentina) a 24 semanas (Colombia) (Tabla 1).

Lavelanet y colegas, en su estudio, concluyen que “la amplia variación en los límites de edad gestacional demuestra que esos límites no están basados en el conocimiento científico” y que “los límites de edad gestacional pueden forzar que algunas mujeres procuren abortos clandestinos o servicios fuera del país, lo que aumenta el coste y las desigualdades sociales.”¹⁹

PARA REFLEXIONAR

¿Por qué esos plazos son tan diferentes? ¿Qué determina esas variaciones? Si no hay un sustento científico o clínico, ¿hay de otro tipo? ¿Cuáles? ¿Son objetables? En la próxima sección, nos detenemos en cuestiones biológicas, en ocasiones empleadas como sustento de otro tipo para justificar límites, pero mientras tanto, otra pregunta: ¿Necesitamos plazos en las leyes? ¿Por qué? ¿Para qué?

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Ibid.

TABLA 1. PLAZOS PARA ACCEDER AL ABORTO INDUCIDO EN PAÍSES DE LATINOAMÉRICA.

País	Por demanda	Causal salud	Causal salud fetal	Causal violencia sexual	Causal inseminación no consentida
Argentina	14s	sin plazo	sin plazo	sin plazo	—
Bolivia	—	sin plazo	sin plazo	sin plazo	—
Brasil	—	—	sin plazo	sin plazo	—
Chile	—	sin plazo	sin plazo	12s ²⁰	—
Colombia	24s	sin plazo	sin plazo	sin plazo	sin plazo
Costa Rica	—	sin plazo	—	—	—
Ecuador	—	sin plazo	—	12s ²¹	—
El Salvador	—	—	—	—	—
Guatemala	—	sin plazo	—	—	—
Honduras	—	—	—	—	—
México	12s ²²	sin plazo	sin plazo	sin plazo	—
Panamá	—	22s	—	8s	—
Paraguay	—	sin plazo	—	—	—
Perú	—	22s	—	—	—
República Dominicana	—	—	—	—	—
Uruguay	12s	sin plazo	sin plazo	14s	—
Venezuela	—	—	—	—	—

Fuente: Red Jurídica de CLACAI, Salud Reproductiva es Vital y El Gato y la Caja (2023).²³

²⁰ En Chile, el plazo legal se amplía a 14 semanas en caso de niñas.

²¹ En Ecuador, el plazo legal también se amplía a 14 semanas en caso de niñas.

²² En México, el aborto, desde el ámbito penal, se regula a nivel local. Esto significa que cada estado determina el plazo a partir del cual se considera delito, aunque, por un reciente fallo de la Suprema Corte de México, es inconstitucional la penalización del aborto en las primeras semanas. Así, de manera generalizada, se ha establecido como límite la semana 12.6 de gestación; sin embargo, en Sinaloa se estipula como plazo la semana 13.6 y en el estado de Guerrero no hay plazo alguno para la persona que aborta.

²³ Red Jurídica de CLACAI, Salud Reproductiva es Vital y El Gato y la Caja. *Leyes y Sombras: Regulación del aborto en Latinoamérica*, 2023. En clacai.org [en línea]. Disponible en: <https://leyes-y-sombras.clacai.org/>.

2.2

Los marcos biológicos del desarrollo humano

Muchas de las teorías del inicio del *organismo* humano son utilizadas por los grupos anti-derechos como teorías del inicio de la *vida humana* y sirven para fijar plazos para el aborto inducido en los códigos penales. Sin embargo, esas teorías son comúnmente cuestionadas en la literatura bioética y científica.

La concepción/singamia: la concepción es un proceso dinámico, que dura aproximadamente 24 horas y no termina antes de la fusión de los gametos (singamia) y la formación del cigoto. Además de no haber un momento preciso en que la singamia ocurre, hay una serie de eventos biológicos que siguen después de la singamia que compiten con la teoría del inicio de la *vida humana* en la concepción, como veremos enseguida.²⁴

La formación del cigoto: la formación del cigoto marca el surgimiento de la identidad genética del organismo humano, pero no enmarca el inicio de la vida humana, ya que los gemelos monocigóticos, por ejemplo, son formados después del surgimiento del cigoto, hasta después de 14 días desde la concepción.²⁵

La nidación: la implantación del cigoto - en ese momento llamado de blastocisto - en la cavidad uterina marca el inicio bioquímico del embarazo, cuando el sincitiotrofoblasto empieza a producir las hormonas que son utilizadas para el diagnóstico del embarazo (la hCG). La nidación ocurre entre 6 a 7 días después de la concepción (o entre 20 a 21 días desde la última menstruación). No obstante, hasta un 20% de los embarazos bioquímicamente diagnosticados (antes del diagnóstico clínico con el retraso menstrual) terminan en un aborto espontáneo.²⁶

El período embrionario: ese período va desde la implantación (tres semanas después de la última menstruación) hasta la 8ª semana desde la última menstruación. En ese período, ocurre la

²⁴ MCMAHAN, Jeff. *The Ethics of Killing: Problems at the Margins of Life*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

²⁵ Ibid.

²⁶ Estos datos se refieren al seguimiento de 221 mujeres intentando concebir y que tuvieron la orina examinada diariamente en un estudio prospectivo. De esas mujeres, 198 embarazos fueron diagnosticados por niveles aumentados de la hCG urinaria en el tiempo esperado de la implantación. El 22% de los embarazos terminaron en un aborto espontáneo antes del diagnóstico clínico (retraso menstrual). Ver: WILCOX, Allen J., et al. Incidence of early loss of pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 1988, vol. 319, no 4, p. 189-194; ELLISH, N. J., et al. A prospective study of early pregnancy loss. *Human Reproduction*, 1996, vol. 11, no 2, p. 406-412; WANG, Xiaobin, et al. Conception, early pregnancy loss, and time to clinical pregnancy: a population-based prospective study. *Fertility and sterility*, 2003, vol. 79, no 3, p. 577-584.

formación de casi todos los órganos. Solamente los pulmones, los riñones y el cerebro -órganos esenciales a la supervivencia del ser humano- terminan su formación después del período embrionario.²⁷

El período fetal: ese período va desde la 9ª semana desde la última menstruación hasta el nacimiento. Todo el período fetal es importante para el desarrollo de los pulmones, los riñones y el cerebro y cualquier prematuridad puede perjudicar sus funciones.²⁸

El inicio de la actividad cerebral: las primeras terminaciones nerviosas empiezan a desarrollarse después de seis semanas desde la última menstruación. Además, las conexiones de las terminaciones nerviosas con los niveles bajos del cerebro por medio de la médula espinal no son observadas antes de las 19 semanas del embarazo. Sin embargo, el córtex cerebral inicia su desarrollo solamente a partir de las 24 semanas del embarazo. Pero la actividad cortical a partir de estímulos sonoros es documentada por medio de electroencefalografía solamente a partir de las 28 semanas del embarazo. Asimismo, el córtex cerebral completa su desarrollo para llevar a cabo sus funciones complejas hasta dos años después del nacimiento.²⁹ Por esos motivos, el argumento de la actividad cerebral no sirve para determinar el inicio de la vida humana y sí para el diagnóstico de la muerte encefálica.

La viabilidad fetal: este es un concepto dinámico, que varía según factores individuales (condiciones de salud de la persona embarazada, tiempo gestacional, sexo fetal) y también de acuerdo con las tecnologías neonatales disponibles para asegurar la supervivencia (con o sin secuelas) de un nacido prematuro.³⁰ En general, la viabilidad no es alcanzada antes de las 22-24 semanas, cuando las células pulmonares empiezan la producción del surfactante, sustancia esencial para el funcionamiento adecuado de los alvéolos pulmonares después del nacimiento. El argumento de la viabilidad fetal cuando se utiliza como justificación para la imposición de plazos es problemático por al menos dos razones: primero, porque la característica dinámica del concepto de viabilidad impide una fijación exacta de plazo. Segundo, porque acaba por generar dos alternativas igualmente malas para el cuidado en salud: o se obliga a la persona a continuar el embarazo no deseado si excede el plazo contemplado para el aborto legal - lo que puede configurar tortura o tratamiento inhumano y degradante, sobre todo entre las víctimas de violencia sexual,³¹ o se induce una prematuridad iatrogénica por terminar el embarazo con un feto vivo, con todos los daños que la prematuridad puede causar.

La sensibilidad del feto: la capacidad de percibir sensaciones dolorosas y emociones depende de una serie de factores: 1. de la transmisión del estímulo por las fibras nerviosas hasta el tálamo y desde el tálamo hasta el córtex cerebral; 2. del proceso de maduración del córtex cerebral; 3. de funciones mayores del córtex cerebral de cognición y autoconciencia.³² Las fibras talamocorticales

²⁷ CUNNINGHAM, F. Gary, et al. *Williams obstetrics*. New York: McGraw-Hill Medical; 2014.

²⁸ Ibid.

²⁹ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *Fetal Awareness Evidence Review*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2022. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/media/gdtnncdk/rcog-fetal-awareness-evidence-review-dec-2022.pdf>.

³⁰ Ibis Reproductive Health. *The science of "viability"*, 2018. En laterabortion.org [en línea]. Disponible en: https://laterabortion.org/sites/default/files/laj_factsheet_viability.pdf.

³¹ Un. Human Rights Council. *Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. A/HRC/28/68/Add.1, 5 de marzo de 2015.

³² RCOG 2022. Op. Cit. nota al pie 27.

y el córtex cerebral empiezan a desarrollarse a las 24 semanas del embarazo. Mismo después de más de cuatro semanas de maduración cortical, evidencias científicas obtenidas por medio de electroencefalografías de recién nacidos de 29-30 semanas no demuestran la percepción dolorosa en ese tiempo gestacional.³³ Además, teorías provenientes de estudios con ovejas y babuinos sugieren la posibilidad de un estado intrauterino permanente de inconsciencia, sobre todo por la presencia de sustancias químicas como la adenosina, que suprime la activación cortical mayor en la presencia de un estímulo externo. Es decir, hasta el nacimiento, cuando ocurre la separación del recién nacido del ambiente uterino, el feto muy probablemente no es capaz de sentir dolor.³⁴

2.3

Teorías bioéticas: el principio de la potencialidad y la identidad personal

El principio de la potencialidad y los abordajes sobre la formación de la identidad personal son dos de las teorías filosóficas más discutidas en el debate bioético sobre el aborto inducido.

La potencialidad del feto es uno de los argumentos en contra la moralidad del aborto inducido más ampliamente difundidos y cuestionados. Según ese argumento, el feto (también el embrión), en el curso normal de desarrollo, posee el potencial de hacerse una persona humana y por eso, debe tener el derecho de disfrutar una vida valiosa.³⁵ Según los defensores de ese principio, la potencialidad es la única explicación que justifica las responsabilidades y preocupaciones de un adulto con la vida de los recién nacidos humanos, que todavía no tienen la madurez psicológica para poseer objetivos y creencias exigida por la mayoría de las teorías de identidad personal.³⁶

Las teorías de identidad personal intentan responder a la cuestión de cuándo la persona -el sujeto idéntico a su futuro ser, con interés en su existencia, o sea, con derecho a la vida- comienza a existir. Para quienes defienden este, la potencialidad no importa para definir el estatus moral de las personas. Para *David Boonin*, "los seres son tratados según sus propiedades actualmente poseídas y no de acuerdo con sus propiedades potenciales (los niños no tienen el derecho de votar aunque sean adultos en potencial, por ejemplo).³⁷ Los principales abordajes sobre la formación de la identidad personal son: el animalismo, el criterio psicológico y el criterio de la conciencia mental:³⁸

³³ LEE, Susan J., et al. Fetal pain: a systematic multidisciplinary review of the evidence. *Jama*, 2005, vol. 294, no 8, p. 947-954.

³⁴ RCOG 2022. Op. Cit. nota al pie 27.

³⁵ MANNINEN, Bertha Alvarez. Revisiting the argument from fetal potential. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 2007, vol. 2, p. 1-16.

³⁶ STONE, Jim. Why potentiality matters. *Canadian Journal of Philosophy*, 1987, vol. 17, no 4, p. 815-829.

³⁷ BOONIN, David. *A defense of abortion*. Cambridge University Press, 2003. New York: Cambridge University Press; 2002.

³⁸ MANINEN 2007. Op. Cit. nota al pie 33.

- **El animalismo:** es una teoría que utiliza un enfoque biológico para determinar el inicio de la existencia humana. Según esta teoría, nuestra existencia comienza cuando nuestro organismo se vuelve numéricamente distinto y no es posible una división, aproximadamente 14 días después de la concepción.³⁹ Incluso para aquellos filósofos que consideran la formación de la identidad personal a partir de argumentos biológicos, el inicio de la identidad biológica relacionada con una persona futura no implica necesariamente el inicio de un estatus moral. esa teoría utiliza un abordaje biológico para determinar el inicio de la existencia humana.⁴⁰
- **El criterio psicológico:** de acuerdo a este abordaje psicológico de la identidad, una persona pasa a existir cuando posee autoconciencia, o sea, cuando, además de reconocerse como sujeto, puede manifestar sus deseos, creencias, disposiciones y carácter. La persona humana presenta conexiones con su pasado y su futuro, pues es la *continuidad psicológica* lo que determina la existencia humana.⁴¹ Para *Mary Ann Warren*, una de las defensoras de este abordaje, “nosotros nunca fuimos fetos o gametos, a pesar de que hayamos emergido de ellos.”⁴² La principal objeción a este enfoque es que conlleva la aceptación moral del infanticidio, debido a que, según este criterio, un feto en una etapa avanzada no difiere de un recién nacido en términos de identidad personal.⁴³
- **El criterio de la conciencia mental:** considera que la capacidad de tener actividad mental es crucial para determinar la identidad de una persona humana. Antes de presentar una conciencia, el feto tiene una vida biológica, pero no posee una vida biográfica, que surge cuando el feto demuestra alguna capacidad mental intrínseca. Aunque algunos filósofos sugieren que la conciencia surge alrededor de las 20 semanas de gestación, reconocen que no hay un cambio moral radical en el aborto en ese momento.⁴⁴ Sin embargo, estas teorías tienden a pasar por alto la relación entre la persona embarazada y el feto que lleva en su cuerpo. Jeff McMahan, uno de los defensores de esta posición, reconoce esa insuficiencia: “La relación entre una mujer embarazada y el feto que ella lleva es tal que un aborto [...] puede ser justificado [...] si el aborto es la única manera de impedir el feto de apropiarse de su cuerpo como un instrumento de soporte de vida.”⁴⁵

³⁹ OLSON, Eric T. *The human animal: Personal identity without psychology*. New York: Oxford University Press; 1999.

⁴⁰ DEGRAZIA, David. *Human Identity and Bioethics*. New York: Cambridge University Press, 2005.

⁴¹ SINGER, Peter. *Practical ethics* 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2011

⁴² MANINEN 2007. Op. Cit. nota al pie 33.

⁴³ CARD, Robert F. Infanticide and the liberal view on abortion. *Bioethics*, 2000, vol. 14, no 4, p. 340-351.

⁴⁴ MCMAHAN 2002. Op. Cit. nota al pie 22.

⁴⁵ Ibid.

2.4 El abordaje gradualista

El enfoque gradualista de la existencia humana reconoce la relación entre el feto y la persona embarazada de manera gradual. Según Warren Quinn, quien desarrolló esta teoría, el individuo comienza a existir progresivamente, desde el organismo humano en la concepción. “El organismo humano persiste y continúa a desarrollarse en las formas de **feto, neonato, niño y adulto**, manteniéndose numéricamente uno y el mismo organismo por todo el ciclo de la vida humana.”⁴⁶

Bajo este enfoque, los abortos más avanzados son considerados más objetables desde un punto de vista moral en comparación con los abortos en etapas tempranas. Cuanto más temprano sea el embarazo, mayor es el derecho de la mujer a interrumpirlo, mientras que en etapas más avanzadas del embarazo se requiere una justificación moral más sólida para su interrupción y el derecho de la mujer es menos fuerte.

La teoría gradualista ha sido utilizada en las primeras leyes y fallos sobre aborto en el mundo (ej.: *Roe v. Wade*), estableciendo distinciones entre etapas del embarazo y asignando diferentes niveles de protección legal tanto al derecho al aborto de las mujeres.⁴⁷ En el ámbito internacional, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) adoptó la teoría gradualista en el caso “*Artavia Murillo vs. Costa Rica*”, donde invocó “el principio de protección gradual e incremental -y no absoluta- de la vida prenatal” para fundamentar la constitucionalidad de la fertilización in vitro.⁴⁸ En esa ocasión, la Corte concluyó que la concepción tiene lugar desde que el embrión se implanta en el útero, que el embrión no puede ser entendido como persona, y que la protección del derecho a la vida no es absoluta “...sino gradual e incremental, según su desarrollo”.⁴⁹

En este sentido, la teoría gradualista proporciona un marco moral para permitir el aborto en las primeras etapas del embarazo, pero puede resultar menos concluyente en términos normativos cuando se trata de abortos más avanzados. Sin embargo, es importante destacar que esta teoría no necesariamente requiere la imposición de plazos gestacionales en las regulaciones sobre el aborto. Esto se debe a que, desde la perspectiva gradualista, no es posible identificar un punto temporal exacto que marque el comienzo de la existencia humana.

Además, para los defensores de esa teoría, como *Margaret Olivia Little*, “independientemente del tiempo del embarazo, lo que importa, y crucialmente importa, es lo que la continuación

⁴⁶ QUINN, Warren. *Morality and action*. Cambridge: Cambridge University Press; 1993.

⁴⁷ Ver, por ejemplo: Corte Suprema de Estados Unidos. *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973).

⁴⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia caso *Artavia Murillo y otros (“fecundación in vitro”) vs. Costa Rica*. Párr. 256.

⁴⁹ *Ibid.*

del embarazo significa para la mujer.”⁵⁰ Sabemos que “el embarazo involucra el uso del cuerpo de alguien y su continuación implica cada pedazo de la vida de una niña, mujer o persona embarazada.”⁵¹

La resistencia a los plazos no se debe a una falta de valoración del feto, sino más bien a la conciencia de las consecuencias perjudiciales que dichas restricciones pueden tener en la vida de la persona embarazada. Se reconoce que el embarazo es un evento que tiene un impacto significativo en la vida de una mujer y, por lo tanto, cualquier regulación que limite su derecho al aborto puede ser considerada cruel y perjudicial. “La vida tiene tragedias, y aquellos viviendo en y con esas tragedias están en mejores condiciones que las cortes para decidir qué hacer frente a esas tragedias.”⁵²

PARA REFLEXIONAR:

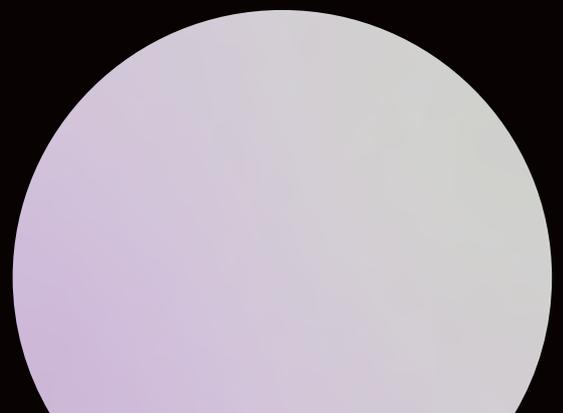
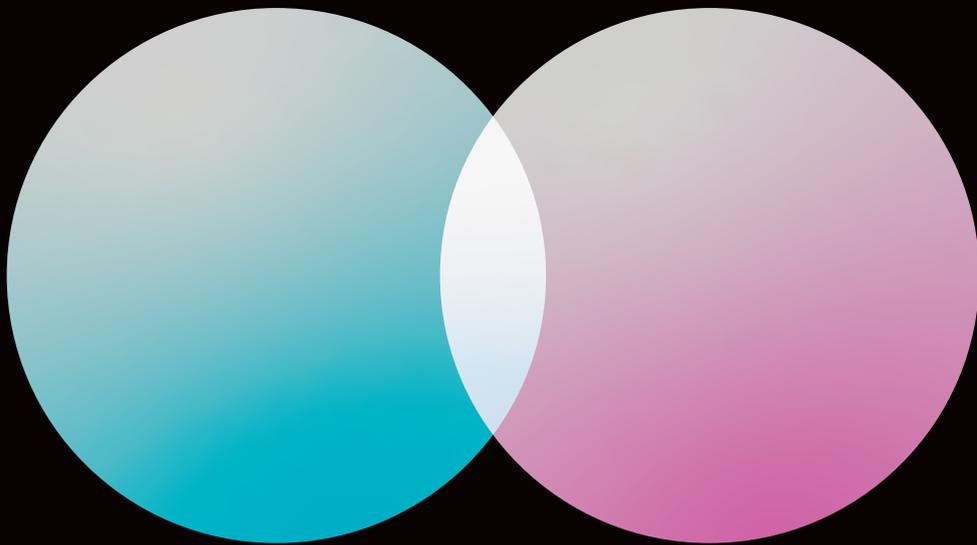
¿Cuáles son las justificativas morales suficientemente fuertes para interrumpir un embarazo en tiempos gestacionales avanzados? Si a la luz de la tesis gradualista exigimos justificaciones cada vez más fuertes para la interrupción del embarazo, ¿quién y cómo se determina?

⁵⁰ LITTLE, Margaret Olivia. *Abortion and the Margins of Personhood*. *Rutgers LJ*, 2007, vol. 39, p. 331.

⁵¹ *Ibid.*

⁵² *Ibid.*

3. Argumentos contra los límites



3.1

¿Quién necesita un aborto en tiempos gestacionales avanzados?

En una de las publicaciones del Turnaway Study, más de 200 mujeres que tuvieron abortos después de 20 semanas fueron analizadas y comparadas con más de 100 mujeres que tuvieron abortos de primer trimestre en los Estados Unidos en un estudio mixto, cuali cuantitativo. Uno de los hallazgos del estudio fue que las mujeres que tuvieron abortos más allá de 20 semanas vivenciaron más retrasos logísticos y de cuidado que las que abortaron en el primer trimestre.

Además, las mujeres que abortaron después de las 20 semanas tenían por lo menos uno de los siguientes perfiles sociales y demográficos: eran mujeres criando a sus hijos solas, con diagnóstico de depresión o en uso de drogas ilícitas -que pueden causar retrasos en reconocer las señales del embarazo, eran mujeres que vivenciaban violencia doméstica, incluso que vivían en situación de cárcel privada, mujeres que experimentaban dificultades en decidir sobre la interrupción del embarazo o en acceder a los servicios, y, sobre todo, eran jóvenes y nulíparas.

3.2.

Factores que conducen a interrupciones del embarazo en tiempos gestacionales avanzados

En búsqueda de comprender las rutas de acceso al aborto en el llamado tercer trimestre gestacional, otro estudio analizó entrevistas cualitativas de 28 mujeres, mayores de 18 años y que tuvieron un aborto con tiempo gestacional mayor que 24 semanas. El estudio ocurrió en los Estados

Unidos, donde el 1% de los abortos inducidos ocurren después de 21 semanas y donde hay más de 700 servicios de primer trimestre y solamente cuatro servicios que acogen a personas que buscan el aborto después de 24 semanas.

En el análisis de las entrevistas, la autora dividió los factores que llevan al aborto de tercer trimestre en tres categorías:

1. Nuevas informaciones sobre el embarazo: se centran en la salud fetal, incluyendo el diagnóstico de malformaciones y pronósticos que a menudo se conocen en la segunda mitad del embarazo. También se incluye el propio diagnóstico del embarazo, ya que algunas mujeres pueden descubrirlo más tarde debido a diversas circunstancias, como el sangrado vaginal.

2. Barreras de acceso al servicio de aborto: esas barreras pueden ser las dificultades financieras, las restricciones geográficas de los servicios, los límites de tiempo gestacional impuestos arbitrariamente (sin evidencias científicas de la salud) en las leyes y la prohibición de la financiación pública que ocurre en legislaciones de los EEUU.

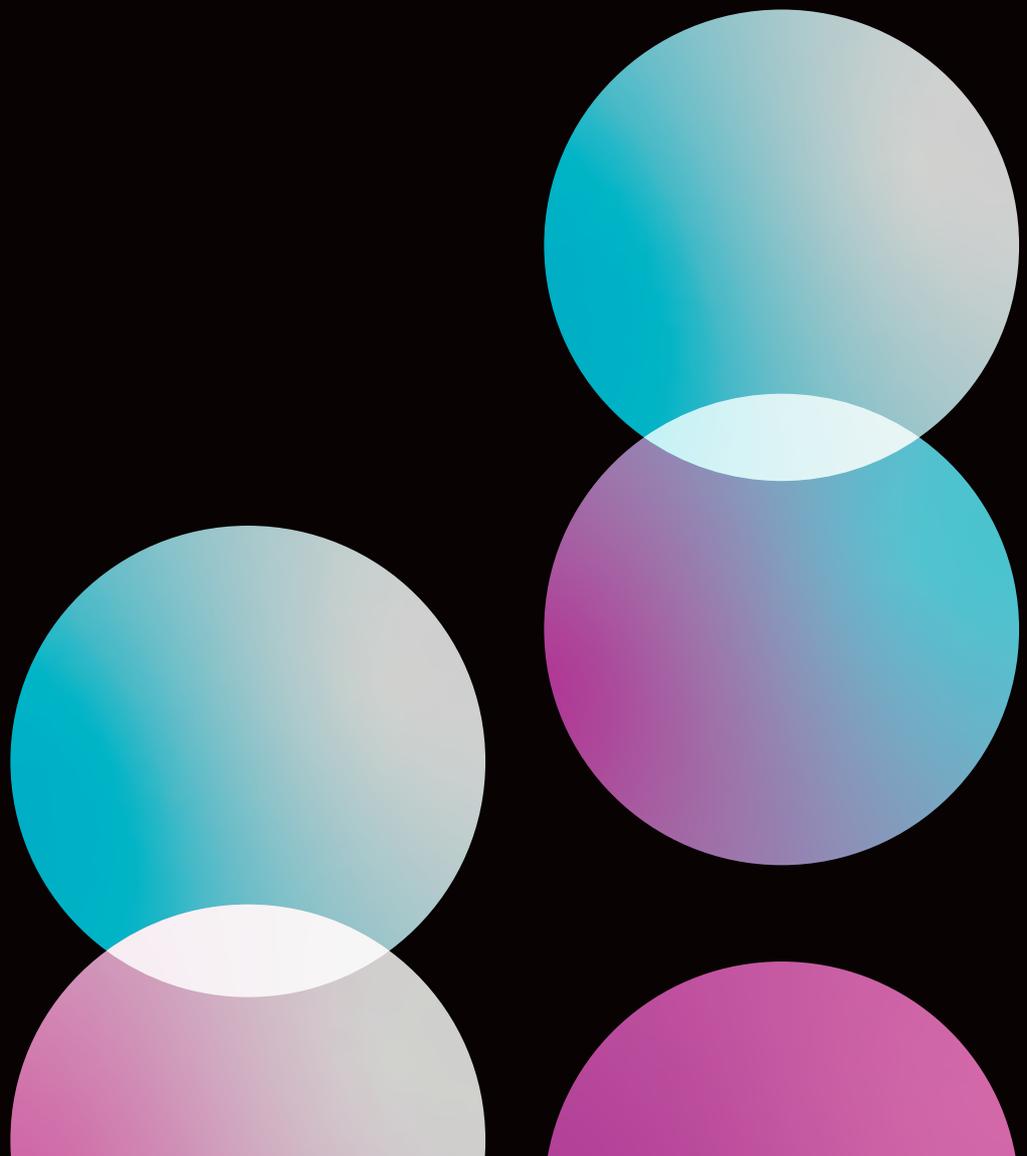
3. Nuevas informaciones combinadas con barreras de acceso: muchas mujeres relatan resistencia de profesionales de salud en ofrecer información adecuada sobre la salud fetal para que puedan tomar decisiones sobre el embarazo. Estas experiencias se refieren a casos en los que los proveedores han diagnosticado malformaciones, pero han retrasado la revelación del pronóstico o han minimizado las preocupaciones de las mujeres. Además, también se han reportado casos en que los profesionales se niegan a proporcionar atención relacionada con el aborto y no ofrecen información sobre otros servicios que podrían ser de apoyo para las mujeres en dicha situación.

Por lo tanto, aunque los casos de aborto más allá de las 20 semanas sean excepcionales, los factores que conducen a su necesidad no lo son. Estos factores son sistemáticos y pueden presentarse en cualquier sitio. Incluso en condiciones ideales de disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva, seguirá siendo necesario el aborto inducido más allá de las 20 semanas, ya que esta necesidad afecta principalmente a las personas más vulnerables.

PARA REFLEXIONAR:

¿Cuáles son las consecuencias de los plazos para abortar en las leyes para las personas embarazadas?

4. Consejería en tiempo gestacional avanzado y determinación de la técnica



4.1 Consejería centrada en la persona

La consejería en tiempo gestacional avanzado debe tener en cuenta las preocupaciones de la persona acerca de su aborto y sus necesidades de salud.

Preocupaciones, riesgos y complicaciones

Primeramente, la información de que el aborto inducido es un procedimiento seguro y eficaz debe ser comunicada en lenguaje compatible con la comprensión de la persona. En tiempos gestacionales avanzados, sobre todo más allá de 20-24 semanas, el riesgo de supervivencia del feto si la inducción de la asistolia fetal no es realizada, debe ser aclarado. Ese riesgo es crucial para determinar la técnica a ser utilizada, como veremos en la próxima sección. Así como en abortos en fases iniciales del embarazo, los riesgos del procedimiento deben ser incluidos juntamente con los riesgos de la manutención del embarazo:

TABLA 2. RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL ABORTO INDUCIDO Y DE LA MANUTENCIÓN DEL EMBARAZO

Complicación	Aborto inducido ⁵³	Manutención del embarazo ⁵⁴
Hemorragia	0,9 : 1.000	8 : 1.000
Infección	0,9 : 1.000	27 : 1.000
Muerte	0,7 : 100.000	158 : 100.000
Continuación del embarazo (para el aborto medicamentoso)	1-5%	-

⁵³ BARTLETT, Linda A., et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics & gynecology*, 2004, vol. 103, no 4, p. 729-737.

⁵⁴ SOUZA, João Paulo, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *The Lancet*, 2013, vol. 381, no 9879, p. 1747-1755.

Complicación	Aborto inducido	Manutención del embarazo
Perforación (para el aborto quirúrgico)	<1%	–
Daños a órganos, incluyendo la histerectomía (para el aborto quirúrgico)	<1%	–

Necesidades de salud

Una vez que el acompañamiento posaborto no es imprescindible, las necesidades individuales de salud deben ser consideradas durante la consejería. Así, informaciones sobre posibles complicaciones o señales de alarma que exijan contacto con el servicio, el retorno de las actividades diarias, las relaciones sexuales y las necesidades contraceptivas son asuntos importantes en ese momento.

Posibles complicaciones o señales de alarma

La persona debe ser aconsejada a buscar el servicio de salud si presenta:

- Sangrado vaginal importante (más de dos absorbentes nocturnos por hora, por dos horas consecutivas)
- Fiebre más allá de 24 horas después de la última pastilla de misoprostol
- Dolor abdominal intensa

Retorno a las actividades diarias y necesidades contraceptivas

La persona que tuvo un aborto inducido en tiempo gestacional avanzado puede volver a sus actividades diarias (incluso las relaciones sexuales) si el sangrado vaginal disminuye o si se siente cómodo para eso. Por eso, es importante que la discusión sobre métodos contraceptivos sea realizada en el momento de la consejería, desde que ese sea el deseo de la persona. Si fuera el deseo de la persona, cualquier método contraceptivo puede ser iniciado prontamente después del aborto inducido, según los criterios de elegibilidad de la OMS.⁵⁵

⁵⁵ World Health Organization (WHO). *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2015.

PARA REFLEXIONAR

¿Cuál es la diferencia en la consejería en aborto en tiempos gestacionales iniciales y aquella que debe hacerse en tiempos gestacionales avanzados? ¿Debe diferenciarse? ¿Cuánta información incluir? ¿Y cómo abordar el duelo frente a embarazos deseados?

4.2

Determinación de la técnica para el aborto inducido a **usarse**

El método a utilizarse para el aborto inducido depende de las preferencias de la persona, del tiempo gestacional y de la disponibilidad de especialistas con entrenamiento para la técnica quirúrgica. Entre 14 y 24 semanas de embarazo, hay dos opciones terapéuticas: el **aborto con medicamentos** o la **dilatación y evacuación (DyE)**.

El tratamiento medicamentoso está asociado a mayor sangrado vaginal, dolor e imprevisibilidad del tiempo hasta la expulsión de los productos de la concepción. En comparación con la opción

medicamentosa, la DyE presenta menor frecuencia de eventos adversos y de dolor, es más rápida, menos costosa, con mayor índice de satisfacción entre las personas sometidas al tratamiento.⁵⁶

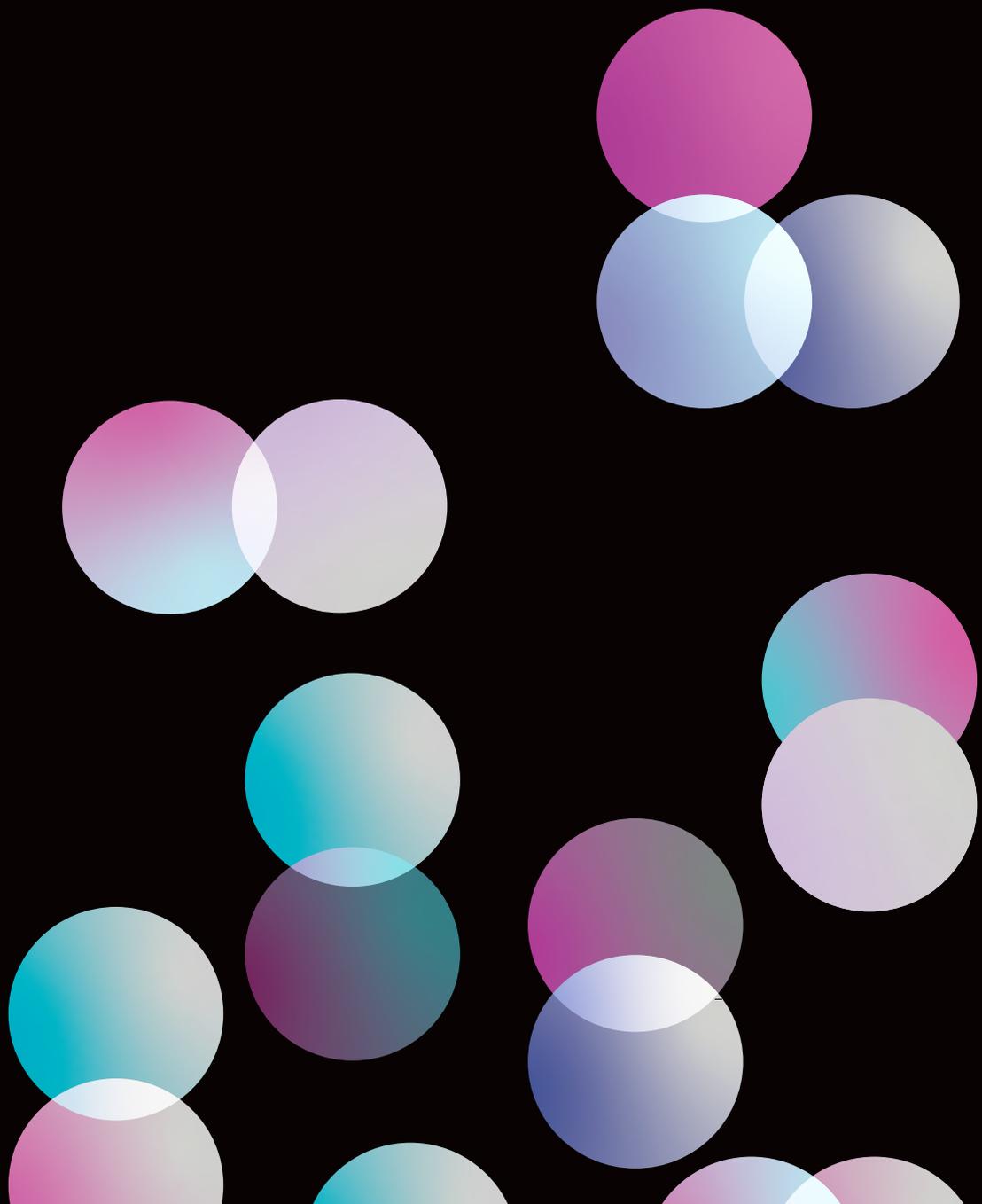
TABLA 3. INFORMACIONES NECESARIAS PARA CONSEJERÍA Y ELECCIÓN DE LA TÉCNICA DE ABORTO INDUCIDO A UTILIZARSE

Aborto con medicamentos	Aborto quirúrgico
Preferible si la persona desea	Preferible si la persona desea
Evitar una cirugía	Un procedimiento más rápido (10 - 30 minutos)
Tener contacto con el feto después de la expulsión	Menor sangrado vaginal, menos dolor, mareos y vómitos
Ventajas	Ventajas
Única opción más allá de las 24 semanas (aproximadamente)	Procedimiento rápido
Única opción cuando no hay un/a especialista experimentado/a	DIU puede ser insertado en el momento del procedimiento
Desventajas	Desventajas
Tiempo imprevisible (puede llevar horas o días)	Requiere preparo cervical un día (por lo menos) antes del procedimiento en tiempos gestacionales más allá de 18 semanas
Pequeño riesgo de ruptura uterina en personas con cicatriz uterina previa (<3%)	Pequeño riesgo de laceración cervical o perforación uterina (<1%)

5.1.

⁵⁶ LOHR, Patricia A.; HAYES, Jennifer L.; GEMZELL-DANIELSSON, Kristina. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, no 1.

5. Plazos con medicamentos y la atención en el primer nivel



La inducción de asistolia fetal

En la literatura de la salud, la inducción de asistolia fetal era comúnmente designada por “feticidio” (*feticide*). No obstante, ese término es ampliamente utilizado para designar el crimen de “matar el feto” o, aún, para desafiar la legitimidad y la moralidad del aborto en los textos bioéticos.⁵⁷ Otro término bastante utilizado es “inducción de fallecimiento fetal” (*induction of fetal demise*). Sin embargo, como la palabra “fallecimiento” está asociada a la muerte de una *persona*, el término tampoco parece apropiado. Por eso, más recientemente, hemos utilizado la expresión “inducción de asistolia fetal” (IAF), que describe exactamente la finalidad del procedimiento: *la parada de la actividad cardíaca fetal*.

Indicaciones de la inducción de asistolia fetal

La IAF es indicada para evitar un parto prematuro con un nacido vivo en los casos de aborto inducido. Por eso, la mayoría de las directrices clínicas recomiendan la IAF entre 20-24 semanas de embarazo antes de la inducción medicamentosa del aborto,⁵⁸ ya que en ese tiempo gestacional la posibilidad de expulsión del feto con señales de vida aumenta significativamente. Sin embargo, hay relatos del procedimiento en embarazos desde hace 14 semanas.⁵⁹ Antes de 20-24 semanas, la IAF puede ser considerada en las siguientes situaciones:

- por preferencia de la persona embarazada
- por preferencias del equipo de salud
- por cuestiones legales
- para evitar equívocos de estadísticas de mortalidad perinatal y la necesidad de emisión de un certificado de nacido vivo

Cuando la IAF es elegida antes de las 20-24 semanas, ella no puede constituir un obstáculo para el acceso de las personas al aborto inducido.

⁵⁷ GRAHAM, Ruth H.; ROBSON, Stephen C.; RANKIN, Judith M. Understanding feticide: An analytic review. *Social Science & Medicine*, 2008, vol. 66, no 2, p. 289-300.

⁵⁸ International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). *Improving Access to Abortion Beyond 12 Weeks of Pregnancy*. En [figo.org](https://www.figo.org/resources/figo-statements/improving-access-abortion-beyond-12-weeks-pregnancy) [en línea]. Disponible en: <https://www.figo.org/resources/figo-statements/improving-access-abortion-beyond-12-weeks-pregnancy>; RCOG 2022. Op. Cit. nota al pie 27; GUILBAUD, L., et al. Geste d'arrêt de vie fœtale: techniques pour les interruptions médicales de grossesse des deuxième et troisième trimestres. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 2020, vol. 48, no 9, p. 687-692.

⁵⁹ LÓPEZ-CEPERO, Ronald; LYNCH, Lauren; DE LA VEGA, Alberto. Effectiveness and safety of lidocaine in the induction of fetal cardiac asystole for second trimester pregnancy termination. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*, 2013, vol. 105, no 1, p. 14-17.

Métodos de IAF

La IAF también puede ser recomendada antes de un aborto quirúrgico (DyE) en las situaciones anteriores. Antes del procedimiento quirúrgico, la asistolia fetal es alcanzada por dos medios: por transección del cordón umbilical inmediatamente antes del procedimiento⁶⁰ o por medicamentos. Antes del aborto medicamentoso, la IAF es realizada preferencialmente con fármacos: la digoxina inyectable (intraamniótica o intrafetal), el cloruro de potasio inyectable (intracardiaco) o la lidocaína (intracardiaca o intratorácica).⁶¹ La inyección intraamniótica de digoxina tiene la ventaja de ser fácilmente administrable sin la necesidad de especialistas en medicina fetal en el equipo de salud. La lidocaína, a pesar de demandar la técnica especializada de inyección intracardiaca o intratorácica, es más segura que el cloruro de potasio para la persona embarazada.⁶²

5.2. Tiempo gestacional hasta 24 semanas

El tratamiento medicamentoso preferencial hasta 24 semanas de embarazo es el régimen de asociación de mifepristona y misoprostol. Las pastillas de misoprostol deben ser administradas hasta la expulsión de los productos de la concepción, vía vaginal o sublingual, después de 24 a 48 horas de la administración de mifepristona. Cuando la mifepristona no está disponible, el régimen solamente con misoprostol es igualmente aceptable (Tabla 4).

5.3.

⁶⁰ TOCCE, Kristina, et al. Umbilical cord transection to induce fetal demise prior to second-trimester D&E abortion. *Contraception*, 2013, vol. 88, no 6, p. 712-716.

⁶¹ TUFU, Tesfaye H., et al. Drugs used to induce fetal demise prior to abortion: a systematic review. *Contraception: X*, 2020, vol. 2, p. 100046.

⁶² GUILBAUD, L., et al. Geste d'arrêt de vie fœtale: techniques pour les interruptions médicales de grossesse des deuxième et troisième trimestres. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 2020, vol. 48, no 9, p. 687-692.

Tiempo gestacional más allá de 24 semanas

Después de 24 semanas, la inducción de asistolia fetal (IAF) siempre debe ser empleada antes del tratamiento medicamentoso. La posología y el intervalo de las dosis de misoprostol deben ser reducidas a lo largo del tiempo gestacional (Tabla 4).

TABLA 4. ABORTO MEDICAMENTOSO SEGÚN EL TIEMPO GESTACIONAL⁶³

Técnica	< 20 sem	20 - 23 sem ⁶	24 - 27 sem ⁶	≥ 28 sem
IAF	opcional	recomendable	necesario	
Mife+miso	200 mg mife VO		200 mg mife VO	200 mg mife VO
	400 mcg miso VV/SL [†] 3/3h		200 mcg miso VV/SL [†] 4/4h	25-50 mcg miso VV [†] 4/4h
Misoprostol	400 mcg miso VV/SL 3/3h		200 mcg miso VV/SL 4/4h	100 mcg miso VV/SL 6/6h

[†] 24-48h después de la administración de mifepristona

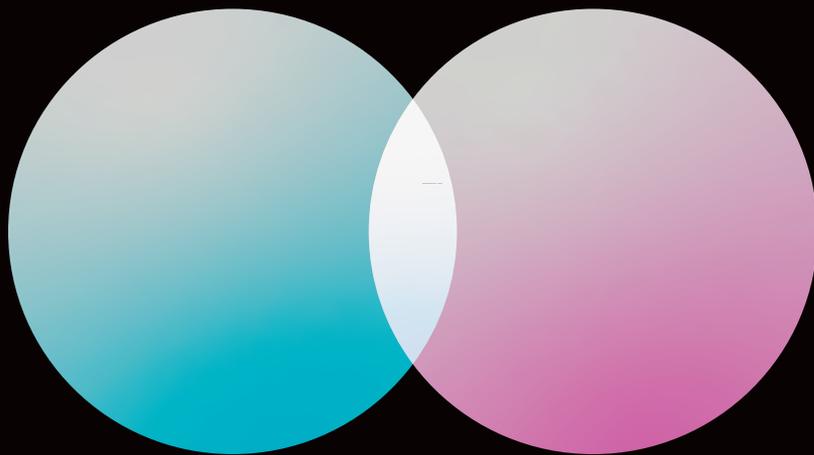
VV: vía vaginal; SL: vía sublingual

Fuente: Elaboración propia.

Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el aborto inducido en tiempo gestacional avanzado debe ser brindado en servicios de salud (consultorios, clínicas, centros quirúrgicos ambulatorios o hospitalarios y hospitales) y las personas sometidas al

⁶³ MORRIS, Jessica L., et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2017 no. 138.3, p. 363-366.

6. Modelos de servicio para la atención del aborto en tiempo gestacional avanzado



tratamiento deben ser mantenidas en observación durante todo el proceso de inducción y expulsión.⁶⁴

Sin embargo, las experiencias de las *Socorristas en Red* (en Argentina) publicadas en un estudio cualitativo dan cuenta de aproximadamente 300 inducciones **hasta las 24 semanas** del embarazo en nivel ambulatorio. En ese modelo de atención, la persona en búsqueda de un aborto inducido es acogida por teléfono, cuando es fijada una reunión presencial en grupo con las socorristas y con otras personas que también buscan un aborto inducido. En esa reunión presencial, las Socorristas proveen todas las orientaciones sobre cómo utilizar los medicamentos de manera segura, según las recomendaciones de la OMS. Las Socorristas siguen el acompañamiento a distancia, apoyando a la persona si ella necesita un cuidado posaborto en un servicio de salud. Esa experiencia ha permitido incluso que las Socorristas hayan desarrollado habilidades para el apoyo mismo en regiones donde no hay un profesional de salud disponible.⁶⁵ Aunque que más estudios sean necesarios para confirmar la seguridad y la eficacia de ese modelo de atención, las Socorristas no relataron ninguna complicación entre las personas acompañadas.

Más allá de 24 semanas, una vez que la IAF es necesaria, el modelo de servicio depende del método para IAF disponible. Si la digoxina inyectable está disponible, el procedimiento puede ser realizado sin el uso de la ultrasonografía para la inyección intraamniótica, por un profesional mínimamente entrenado. En la ausencia de la digoxina inyectable, tanto el cloruro de potasio como la lidocaína exigen la presencia de un profesional entrenado en procedimientos fetales guiados por ultrasonografía e idealmente de otro profesional para administrar la inyección, aunque puede hacerlo un único profesional. Así, por ejemplo, en Colombia la mayoría de IAF (las hace una sola persona: con una mano lleva el transductor y con otra punciona).

Después de realizada la IAF, cualquier servicio de salud (consultorios, clínicas, centros quirúrgicos ambulatorios u hospitalarios y hospitales) puede ofrecer el cuidado durante la inducción del aborto y la expulsión fetal, exceptuadas las situaciones de mayor riesgo, que deben ser evaluadas individualmente, sobre todo en el tercer trimestre gestacional.

PARA REFLEXIONAR:

⁶⁴ World Health Organization (WHO). *Abortion care guideline*. Geneva: World Health Organization, 2022.

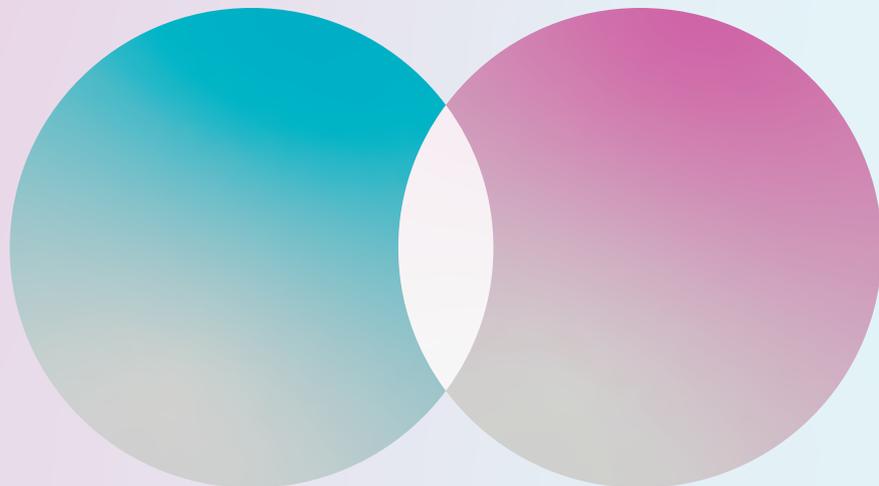
⁶⁵ ZURBRIGGEN, Ruth; KEEFE-OATES, Brianna; GERDTS, Caitlin. Accompaniment of second-trimester abortions: the model of the feminist Socorrista network of Argentina. *Contraception*, 2018, vol. 97, no 2, p. 108-115.



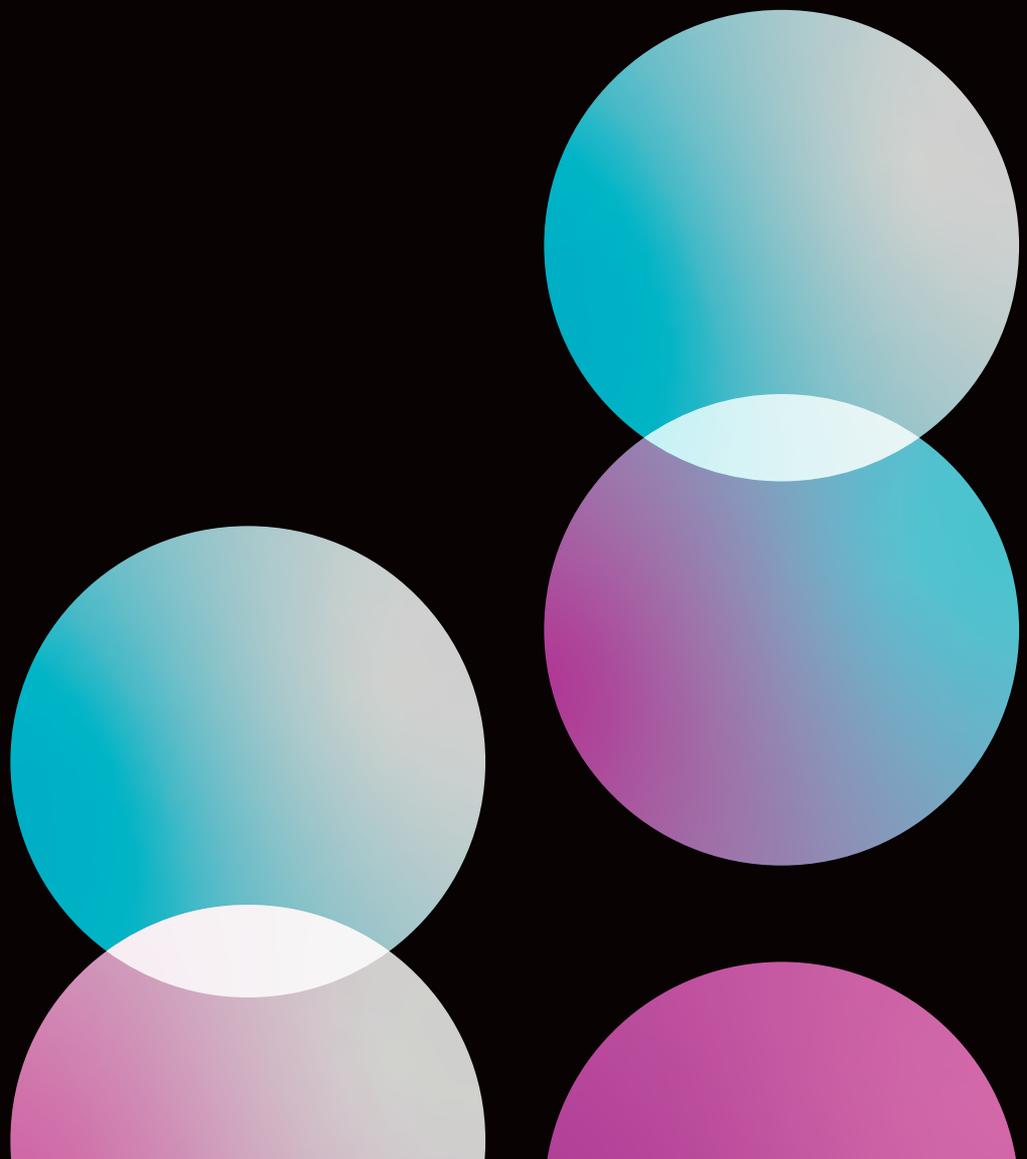
¿Cómo organizar el sistema de salud para brindar servicios de atención a la salud de personas que buscan el aborto más allá de 20 semanas?

¿Sería una estrategia deseable tener servicios específicos para la IAF o acaso refuerza el estima y la sensación de ser un servicio diferente del continuo de la obstetricia y la salud reproductiva? ¿Cuál es la experiencia en los distintos países?

7.1



7. Registros de muerte fetal, certificados y disposiciones de restos



El concepto de muerte fetal y los propósitos de los certificados de muerte

Desde 2016, con la actualización del formulario internacional del certificado de muerte, hay un único formulario para todas las causas de muerte, incluyendo las muertes fetales.⁶⁶

Los registros de muerte fetal, nacido muerto o muerte neonatal son utilizados para pesquisa médica; planeamiento, monitoreo y evaluación de políticas públicas de salud e intervenciones de salud; para asignación de recursos de salud y para acompañamiento del cuidado en salud. Por eso, esos registros deben estar incluidos en las estadísticas de mortalidad de un país.

Sin embargo, esa obligación no se refiere a los fetos de abortos inducidos. Eso porque el **aborto inducido** es “la expulsión o extracción completa de un embrión o feto (independientemente de la duración del embarazo), después de una interrupción **intencional** del embarazo por medios medicamentosos o quirúrgicos, que no resulta en un nacido vivo” y la **muerte fetal** es “la muerte intrauterina **espontánea** de un feto en cualquier tiempo gestacional.”

Por lo tanto, los registros de abortos inducidos deberían ser presentados separadamente de los registros de muerte fetal, aunque las legislaciones locales no hagan esa diferenciación.⁶⁷

7.2

⁶⁶ World Health Organization (WHO). 2.25.4 Standards and reporting requirements for mortality in perinatal and neonatal periods. *En ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision*. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponible en: <https://icd11files.blob.core.windows.net/refguide/html/index.html#definitions-in-perinatal-and-neonatal-mortality>.

⁶⁷ World Health Organization (WHO). 2.25.4 Standards and reporting requirements for mortality in perinatal and neonatal periods. *En ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision*. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponible en: <https://icd11files.blob.core.windows.net/refguide/html/index.html#definitions-in-perinatal-and-neonatal-mortality>.

Cómo registrar el aborto inducido en los certificados de **muerte fetal**

En países o regiones con la obligatoriedad de registro del aborto inducido en los certificados de muerte fetal, el código a ser utilizado deberá ser el **O04 (CIE-10 - aborto por razones médicas)** o el **JA00.1 (CIE-11 - aborto inducido)**.

7.3 Disposiciones de **restos**

Los productos de la concepción deben tratarse de la misma manera que otros materiales biológicos, a menos que la persona sometida al aborto inducido desee otro destino, como el rito funerario.

En algunos países o regiones en que el certificado de muerte fetal sea obligatorio, la obligatoriedad del sepultamiento no deberá sobrecargar la persona sometida al aborto ni infringir una violación de confidencialidad en la relación con profesionales de salud.

Este tema será tratado con más detalle en una futura publicación de Tiempos del Aborto.



clacai

CONSORCIO LATINOAMERICANO
CONTRA EL ABORTO INSEGURO



Red
Jurídica
clacai