

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Medicina y Cirugía*

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS
POR ABORTO EN COSTA RICA
COMPARADO CON ESTADOS UNIDOS,
COLOMBIA, PANAMÁ Y CUBA, 1990-2019”**

Joshmar Tadlaoui González

Julio, 2023

INDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE CONTENIDOS	2
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	6
DEDICATORIA	8
AGRADECIMIENTO	9
RESUMEN	10
ABSTRACT	12
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1.1 Antecedentes del problema	15
1.1.2 Delimitación del problema	20
1.1.3 Justificación del problema	20
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	21
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	21
1.3.1 Objetivo General	21
1.3.2 Objetivos específicos	21
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	22
1.4.1 Alcances de la investigación	22
1.4.2 Limitaciones de la investigación	22
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	24
2.1 CONTEXTO TEORICO CONCEPTUAL	24
2.1.1 Embarazo	24
2.1.4 INCIDENCIA	28
2.1.5 PREVALENCIA	29
2.1.6 CARGA DE LA ENFERMEDAD	29
2.2 DEMOGRAFÍA:	29
2.3 CONTEXTO HISTORICO DEL ABORTO	30
2.4 ABORTO:	32
2.4.1 Definición	32
2.4.2 Clasificación	33
2.5 Etiología del aborto espontaneo:	34
2.5.1 Causas Fetales	34

2.5.2 Causas Maternas	35
2.6 Diagnóstico del aborto:	36
2.7 Factores de riesgo asociados al aborto	37
2.8 Complicaciones:	38
2.9 Tratamiento y técnicas del aborto	38
2.9.1 Legrado Uterino	39
2. 10 Marco Legal del Aborto en América Latina	40
2. 11 Uso legal de aborto en Costa Rica.....	43
2.12 Prevención del aborto.....	43
CAPÍTULO III: MARCO METODOLOGICO.....	24
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	46
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETO DE ESTUDIO	46
3.1.1 Área de estudio	46
3.1.2 Fuente de información	46
3.1.3 Fuentes secundarias.....	46
3.1.4 Población.....	46
3.1.5 Muestra	46
3.1.6 Criterios de Inclusión y Exclusión	47
3.2 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	47
3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	47
3.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	48
3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
3.6 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS	51
3.7 ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	51
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADO	53
4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	54
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADO	85
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	86
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	91
6.1 CONCLUSIONES	92
6.2 RECOMENDACIONES	94
REFERENCIAS	96
GLOSARIO Y ABREVIATURAS	102

ANEXOS..... 104

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Clasificación de los principales cambios durante el embarazo según el sistema afectado.....	25
Tabla N° 2 Clasificación de etapas en la edad fértil.....	27
Tabla N° 3 Clasificación de tipos de aborto	34
Tabla N° 4 Marco legal del aborto en América Latina.....	41
Tabla N° 5 Operacionalización de variables	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Incidencia total por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, según tasa estandarizada.....	54
Figura 2: Incidencia por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, según grupo etario de 10 a 24 años	56
Figura 3: Incidencia por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad de 25 a 49 años.....	58
Figura 4: Incidencia por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, edad de 50 a 54 años.....	59
Figura 5: Prevalencia total por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, según tasa estandarizada	61
Figura 6: Prevalencia por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad de 10 a 24 años.....	63
Figura 7: Prevalencia por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad de 25 a 49 años.....	65
Figura 8: Prevalencia por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad de 50 a 54 años.....	67
Figura 9: Mortalidad total por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, según tasa estandarizada.....	69
Figura 10: Mortalidad por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad 10 a 24 años.....	71

- Figura 11: Mortalidad por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad de 25 a 49 años..... 73
- Figura 12: Mortalidad por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad de 50 a 54 años..... 75
- Figura 13: Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) totales, por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, según tasa estandarizada. 77
- Figura 14: Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad de 10 a 24 años. 79
- Figura 15: Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad de 25 a 49 años. 81
- Figura 16: Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad de 50 a 54 años. 83

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a las personas más importantes de mi vida, quienes han sido mi inspiración y soporte inquebrantable en cada paso de mi carrera. A mi madre, Jeannette González Li, mis abuelos, Don Rafael González y Yamileth Li, y mis hermanos, Nabil Tadlaoui, Alberick Villalobos y Valentina Villalobos, los cuales me brindaron su inmenso amor y apoyo siempre. Su respaldo incondicional y cariño siempre me ha dado la fuerza y motivación necesaria para atravesar cualquier obstáculo y seguir adelante con determinación.

Agradezco infinitamente a mi madre por la confianza que siempre me brindó, y la inagotable fuente de inspiración para superarme cada día, sobre todo, por infundirme la certeza de que puedo lograr todo lo que me proponga con la guía de Dios.

Esta tesis no solo refleja mi esfuerzo y dedicación, sino también la profunda huella de amor y apoyo que sus presencias han dejado en mí.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por otorgarme la sabiduría y la paciencia necesarias para avanzar en este proceso y obtener este logro. Sin su guía y apoyo, esto no habría sido posible.

A mi familia, les agradezco profundamente por ser una parte integral de mi camino y por brindarme su apoyo emocional y sus palabras de aliento; han sido mi fuente de inspiración y mi razón para seguir adelante en los momentos difíciles.

A mi madre, Jeannette González Li, en particular, le agradezco por ser mi motor y mayor motivación en cada proceso de mi carrera, incluyendo este.

A mis amigos de la carrera, en especial a Humberto Ureña, les agradezco por ayudarme a mantener la determinación y enseñarme la importancia de la amistad en este camino. Ha sido una gran ganancia en mi vida y les agradezco por su amistad incondicional.

Por último, pero no menos importante, quiero expresar mi gratitud a mi tutora, la Dra. Sofia Madrigal, por su paciencia, orientación y consejos en la realización de este trabajo. Sus aportes y comentarios han sido muy importantes en este proceso.

RESUMEN

Introducción: el aborto es un tema de relevancia global que ocurre tanto de manera espontánea como inducida. A nivel mundial, se han implementado medidas para reducir la mortalidad y las complicaciones asociadas con el aborto inseguro. En Costa Rica, a pesar de que el aborto está penalizado, se permiten excepciones en casos de riesgo para la vida de la madre. Sin embargo, persisten problemas de acceso equitativo a la interrupción del embarazo terapéutico.

Objetivo general: analizar las características epidemiológicas por Aborto en Costa Rica y compararlas con las de Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba durante el período 1990-2019.

Metodología: se utilizaron los datos del Global Burden of Disease (GBD) para obtener las tasas de incidencia, prevalencia, AVAD y mortalidad por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba. Los datos se analizaron mediante gráficas.

Resultados y discusión: se observó que Costa Rica ha logrado reducir la incidencia de abortos a lo largo de los años, aunque su tasa sigue siendo intermedia en comparación con otros países. Estados Unidos ha experimentado una reducción significativa en la incidencia de abortos, mientras que Panamá y Colombia muestran tasas más altas. El grupo de edad de 10 a 24 años presenta las tasas más altas de incidencia y prevalencia de aborto en todos los países estudiados. Panamá y Colombia tienen los niveles más altos de mortalidad relacionada con el aborto.

Conclusión: las restricciones legales en el acceso al aborto están asociadas con un aumento de abortos inseguros y embarazos no deseados. Costa Rica ha logrado avances en la reducción de la incidencia de abortos, pero aún enfrenta desafíos en términos de acceso equitativo al aborto terapéutico. Los esfuerzos para mejorar la salud sexual y reproductiva, garantizar un acceso

seguro al aborto en casos permitidos por ley y promover la educación sexual son fundamentales para reducir aún más las tasas de aborto y proteger la salud de las mujeres.

Palabras clave: aborto, abortos inseguros, embarazos no deseados, educación sexual, marco legal, mortalidad.

ABSTRACT

Introduction: abortion is a globally relevant issue that occurs both spontaneously and induced. Worldwide, measures have been implemented to reduce mortality and complications associated with unsafe abortion. In Costa Rica, although abortion is penalized, exceptions are allowed in cases where the mother's life is at risk. However, there are still challenges in achieving equitable access to therapeutic abortion.

General objective: analyze the epidemiological characteristics of abortion in Costa Rica and compare them with those of the United States, Colombia, Panama, and Cuba during the period 1990-2019.

Methodology: data from the Global Burden of Disease (GBD) were used to obtain incidence, prevalence, DALYs, and mortality rates for abortion in Costa Rica, the United States, Colombia, Panama, and Cuba. The data were analyzed using graphs.

Results and discussion: it was observed that Costa Rica has managed to reduce the incidence of abortions over the years, although its rate remains intermediate compared to other countries. The United States has experienced a significant reduction in the incidence of abortions, while Panama and Colombia show higher rates. The age group of 10 to 24 years has the highest incidence and prevalence rates of abortion in all studied countries. Panama and Colombia have the highest levels of abortion-related mortality.

Conclusion: legal restrictions on access to abortion are associated with an increase in unsafe abortions and unintended pregnancies. Costa Rica has made progress in reducing the incidence of abortions but still faces challenges in terms of equitable access to therapeutic abortion. Efforts

to improve sexual and reproductive health, ensure safe access to abortion in cases allowed by law, and promote sexual education are essential to further reduce abortion rates and protect women's health.

Keywords: abortion, unsafe abortions, unintended pregnancies, sexual education, legal framework, mortality.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

El aborto ha adquirido mayor importancia a nivel global en el campo de la salud, especialmente en países en vías de desarrollo, donde se ha observado un notable aumento en su frecuencia. Según datos estadísticos internacionales, la tasa de aborto espontáneo en embarazos clínicamente confirmados puede llegar hasta el 15%, lo cual podría estar relacionado con el creciente número de mujeres que optan por tener hijos después de los 35 años. (Lopez-Hernandez, 2020)

Es relevante mencionar que la incidencia de aborto espontáneo se sitúa entre el 0.4% y el 1% de todos los embarazos, y aproximadamente la mitad de los casos tienen una causa identificable, la cual está asociada a factores maternos como la edad y el estado de salud de la madre. (Lopez-Hernandez, 2020)

Con respecto a la incidencia, la información que muestra el instituto de Guttmacher, muestra que el aborto promedio mundial tuvo una disminución de un 12%, de 40 a 35 por 1000 mujeres de 15-49 años, entre los períodos desde 1990-1994 hasta 2004. En el período de 2015 hubo un aumento de un 11% dando un promedio de 39 por cada 1000 mujeres. (*Embarazo no planeado y aborto en todo el mundo*, 2022)

En Costa Rica, para el año 2007, la Asociación Demográfica Costarricense (ADC) reveló en su investigación que se practicaban cerca de 27,000 abortos inducidos por año, y aproximadamente un 20% de las mujeres que se sometían a un aborto inducido terminaban siendo hospitalizadas

debido a complicaciones, ya que estos procedimientos son riesgosos y peligrosos. (Alfaro, 2021)

Entre los años 1997 y el 2017, 97984 mujeres llegaron a los hospitales con complicaciones debido a abortos incompletos. En 2017 solo 25 fueron por abortos espontáneos y 2128 fueron por abortos incompletos que no se especifican. (Martinez, 2022)

Se estima que cada año muere un promedio de 22 000 mujeres y jóvenes por abortos no seguros en donde el 97% de esos son de África, Latinoamérica, y el Sur y oeste de Asia. Aproximadamente 7 millones de mujeres tienen que ser hospitalizadas cada año debido a las complicaciones que se hacen y las muertes se reducen considerablemente cuando se puede acceder a servicios médicos. (*Las consecuencias del aborto no seguro*, 2018)

De acuerdo con los datos obtenidos, la despenalización o no del aborto no presenta una gran disparidad en la mortalidad materna, ya que se ha observado cierta disminución en la tasa de mortalidad en países en desarrollo debido a la introducción de métodos anticonceptivos desde décadas pasadas hasta la actualidad. (Sandoval-Baca et al., 2019)

Existen organizaciones como la ONU que buscan implementar medidas para reducir la muerte de mujeres por abortos inseguros al año, en donde indica que mueren un total de 39000 mujeres cada año, por ese motivo se creó una nueva guía con el objetivo de ayudar a diversos países y así hacer una atención más efectiva hacia las mujeres. En esta guía se fortalece políticas y programas de anticoncepción, planificación familiar y servicios de interrupción de embarazo dando a entender que el acceso al aborto seguro es crucial para proteger la salud de las mujeres. (*Una nueva guía sobre atención del aborto busca evitar la muerte de 39.000 mujeres cada año* | Noticias ONU, 2022)

La OMS explica que los abortos deben de realizarse en un lugar adecuado y con el método respectivo para la etapa de embarazo en la que se encuentra, no obstante, solo la mitad de las intervenciones se hacen con estas condiciones generando la muerte de decenas de miles de mujeres por complicaciones. Se evidencia que, en los países con restricciones, solo un 25% es en condiciones seguras en contraste con los que el aborto es legal donde se alcanza un 90%.

(OMS. Directrices sobre la atención para el aborto 2022 | Fundación Femeba, 2022)

Si bien el aborto es penalizado en Costa Rica, en ciertos casos si es considerado, como pueden ser en los casos en donde la vida de la madre está en peligro, dando así la aprobación de una norma técnica por parte del presidente Alvarado para una correcta aplicación. (Alfaro, 2021)

Esta norma permite un abordaje medico más optimo en los casos en donde de verdad se requiere la interrupción de los embarazos, para evitar un futuro riesgo innecesario en la madre. La paciente tiene que pasar por un proceso de revisión por parte de un equipo de médicos asignados y especializados en Gineco-obstetricia y consecuentemente es necesaria la firma del consentimiento informado de la mujer. (Alfaro, 2021)

No obstante, si existiera una apelación de parte del personal médico para no realizar la intervención, la mujer podría solicitar por una única vez, una nueva revisión que se haga constar por escrito la cual será resuelta en el plazo de dos días. Una vez que se dé el criterio de que el producto del embarazo no sea capaz de vivir a nivel extrauterino se efectuará el procedimiento necesario. (Alfaro, 2021)

Se estima que los resultados de esta nueva norma puedan ser medidos en unos 5 años aproximadamente, para así tener el adecuado respaldo de porqué se ha dado un aumento de dicha terapia; en los últimos 20 años, se registraron cerca de 80 procedimientos que fueron realizados en hospitales públicos. (Alfaro, 2021)

Respecto a la mortalidad en Costa Rica, se registra una mortalidad cercana a 550 niños cada año, donde un 40% de estos casos son incompatibles con la vida, ya que tienen procesos mal formativos, que no permiten la supervivencia posterior al nacimiento. En la mayoría de estos casos, no hay manera de efectuar la interrupción, debido a que no hay un riesgo mayor hacia la vida de la madre. (Alfaro, 2021)

Las principales razones por las cuales las mujeres acudían a médicos para realizar la intervención con sus embarazos iban desde complicaciones de salud y problemas tanto económicos como sociales. (Perez, 2019)

La CCSS indica que con la obtención de los datos recogidos en el período 1997 al 2017 donde se exponía que 97.984 mujeres llegaron a los hospitales por complicaciones debido a abortos incompletos, se definió un promedio de 4,899 por año lo cual proyectaría alrededor de 24.000 mujeres que abortan por año. (Perez, 2019)

Las complicaciones más comunes provocadas por un aborto inducido son hemorragia, infección uterina la cual se caracteriza por una clínica de fiebre, dolor pélvico y mal olor en sangrados; también se puede observar la enfermedad pélvica inflamatoria e incluso trauma por algún instrumento. Finalmente, cada una de estas complicaciones tienen como riesgo la muerte de la paciente ya que, al no haber un adecuado abordaje médico, puede ser muy riesgoso. (Perez, 2019)

Según una investigación que hizo la asociación demográfica costarricense se demuestra que los métodos más empleados para abortar son la aspiración manual a nivel uterino, así como la dilatación y curetaje y también por medio de un fármaco que es el misoprostol, el cual, a diferencia de los otros métodos, es el que más se utiliza en zonas rurales. (Perez, 2019)

Avanzando en el tema, se entiende que el aborto es un problema muy presente a nivel mundial, por lo cual se han implementado ciertas recomendaciones, para tratar de reducir tanto la mortalidad como los intentos de interrupción de los embarazos de manera clandestina, como son: (OMS. *Directrices sobre la atención para el aborto 2022* | *Fundación Femeba*, 2022) (*Las consecuencias del aborto no seguro*, 2018)

- 1- Que haya un respeto hacia los derechos humanos.
- 2- Que haya disponibilidad y accesibilidad a la información para toda la población.
- 3- Que haya un sistema de salud de apoyo, accesible para todos y que funcione adecuadamente.
- 4- La anticoncepción segura para que no hallan tantos embarazos indeseados.
- 5- Servicio de intervención no riesgosos.
- 6- Que se traten las complicaciones.

Por último, a pesar del avance en la atención del aborto en Costa Rica, aún existen ciertas complicaciones ya que la normativa que permite el aborto terapéutico en mujeres, no se permite de manera igualitaria a todas, llevándolas al término de embarazos que puedan afectar de manera permanente su salud. («Resumen sobre la situación del aborto terapéutico en Costa Rica en el año 2022», 2022)

1.1.2 Delimitación del problema

Este estudio se realiza en Costa Rica, en un período de tiempo que va del año 1990 hasta el año 2019. Se incluye a la población femenina que haya sufrido un aborto o fallecido a causa de este. Los grupo de edades en estudio son de 10 a 54 años.

1.1.3 Justificación del problema

Costa Rica está atravesando un proceso importante respecto a la atención del aborto y su consideración en casos donde las mujeres enfrentan cambios en su estado de salud y calidad de vida. Se resalta la importancia de intervenciones adecuadas, sin embargo, persisten dificultades en Costa Rica debido a políticas inadecuadas que no cubren las necesidades de todas las pacientes. («Resumen sobre la situación del aborto terapéutico en Costa Rica en el año 2022», 2022)

Por lo tanto, el aborto ha sido un problema muy importante a nivel mundial, ya que se ha visto un aumento en su mortalidad, sobre todo en los países que tienen restricciones como es el caso de Colombia, Panamá, Costa Rica, entre otros. (*Las consecuencias del aborto no seguro*, 2018)

Los potenciales beneficios de abordar esta problemática repercuten positivamente en las mujeres de Costa Rica. Asimismo, es necesario el análisis de las tendencias del aborto en los últimos años, incluyendo las tasas de incidencia, prevalencia, mortalidad y AVAD para así implementar estrategias que pueden mejorar la calidad de vida y la educación, al mismo tiempo que contribuyen en la prevención de complicaciones. Para este estudio se obtienen los datos en el GBD desde los años 1990-2019 con respecto a las características epidemiológicas del aborto.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características epidemiológicas por Aborto en Costa Rica comparado con Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba durante el período 1990-2019?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General:

- Analizar las características epidemiológicas por Aborto en Costa Rica comparado con Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba durante el período 1990-2019.

1.3.2 Objetivos específicos:

- Conocer la incidencia por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, según edad.
- Determinar la prevalencia por Aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, según edad.
- Identificar la mortalidad por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, según edad.
- Describir los años vividos con discapacidad por Aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, según edad.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación:

La investigación proporciona información relevante sobre las características epidemiológicas del aborto en Costa Rica en comparación con Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba, en el período de tiempo comprendido entre 1990 y 2019. Se permite conocer indicadores como la incidencia, prevalencia, años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y mortalidad asociados al aborto en estas poblaciones.

1.4.2 Limitaciones de la investigación:

En primer lugar, es importante destacar la escasez de información y literatura específica sobre el tema del aborto en la población costarricense, lo que constituye un obstáculo para alcanzar una comprensión completa.

Además, se debe considerar como una limitación la falta de datos que permitan distinguir los casos de aborto realizados bajo indicación médica de aquellos que se llevan a cabo sin dicha indicación, esto implica que podría haber numerosos casos no cuantificados o insuficientemente documentados. Además, las diferencias en las políticas de salud y los marcos legales relacionados con el aborto pueden tener un impacto significativo en la disponibilidad y la precisión de los datos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEORICO CONCEPTUAL

2.1.1 Embarazo:

El embarazo es el proceso que se inicia después de la implantación, la cual ocurre cuando el blastocito se adhiere a la pared del útero, aproximadamente 5 o 6 días después de la fecundación. Durante esta etapa, el blastocito atraviesa el endometrio e invade el estroma. El embarazo comienza cuando finaliza la implantación, es decir, cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y termina el proceso de nidación, lo cual sucede entre los 12 y 16 días posteriores a la fecundación. (Menéndez Guerrero et al., 2012)

Existen variaciones durante el embarazo que dependen de ciertas características como lo son la edad, si ya ha tenido embarazos previamente, el estado físico, salud, etc. (Carrillo-Mora et al., 2021)

Los cambios que se pueden presentar en la madre se dividen en 3 partes:

1. Los cambios que son más evidentes representados por medio de síntomas como incremento de peso, del volumen abdominal, ampliación del tamaño mamario, etc.
2. Los cambios que solo son comprobados durante el examen físico ya sea la disminución de la presión arterial, frecuencia arterial aumentada, presencia de ruidos cardiacos (S3).
3. Cambios que son detectados únicamente por estudios paraclínicos ya sea por biometría hemática, examen general de orina, etc.

Tabla N° 1 Clasificación de los principales cambios durante el embarazo según el sistema afectado

Sistema	Cambios presentes
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Se disminuyen las resistencias vasculares periféricas, por lo cual puede haber presencia de edema en los miembros inferiores, dilatación venosa y disminución de la presión arterial media. • El gasto cardiaco y el volumen plasmático aumentan, por lo cual se puede generar la presencia de anemia por hemodilución, así como un aumento de frecuencia cardiaca.
Hematológico	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de volumen plasmático. • Aumenta producción de factores de coagulación (por estrógenos).
Respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de volumen de reserva inspiratoria. • Disminución de capacidad residual funcional y capacidad total.
Gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> • El musculo liso del esófago y el esfínter esofágico superior se relajan.
Renal	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de tasa de filtración glomerular y disminución de capacidad de la vejiga por compresión uterina.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se relaja el musculo liso de los uréteres.
Endocrino	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de cortisol, prolactina, progesterona y lactógeno placentario, etc.

Fuente: elaboración propia con información de (Carrillo-Mora et al., 2021).

2.1.2 Fertilidad y edad fértil femenina:

Se entiende por fertilidad como la capacidad que tiene la mujer para la concepción y gestación de un nuevo individuo y la edad fértil como el período en el que se tiene dicha capacidad, con un promedio de duración menor a 30 años y varía de acuerdo con las condiciones biológicas de cada mujer. A medida que pasa el tiempo, la fertilidad se divide en etapas cruciales que pueden permitir la búsqueda de un embarazo sano de manera natural o mediante diversos métodos de reproducción asistida. En edades mayores a 40 años, la cantidad y la calidad de los óvulos disminuyen, lo que puede dificultar la concepción y aumentar la probabilidad de anomalías que pueden llevar a abortos espontáneos. (*Hablemos sobre fertilidad para mujeres de más de 35 años*, s. f.) (*Etapas en la edad fértil de una mujer*, 2021)

La fertilidad femenina comienza con la primera menstruación entre los 10 a 16 años, pero en los primeros 2 o 3 ciclos la ovulación no ocurre debido a la inmadurez del sistema reproductivo. La primera etapa termina en los 20 años, donde comienza la segunda etapa que dura hasta los 32 años y es el período de máxima fertilidad. Sin embargo, muchas mujeres a esa edad tienen otros objetivos antes de asumir la maternidad. El inicio de la tercera etapa es a partir de los 32 años aproximadamente, dura hasta los 38 años y es cuando la reserva ovárica comienza a disminuir, por lo que es mejor que se mida y considere el depósito de los óvulos. La cuarta etapa, de 38 a 44 años, se caracteriza por una disminución significativa en la fertilidad y un

mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo. Finalmente, la quinta etapa, de 44 a 55 años, se considera la etapa de la menopausia, donde concluiría la fertilidad. (*Etapas en la edad fértil de una mujer*, 2021)

Tabla N° 2 Clasificación de etapas en la edad fértil

Etapas de la fertilidad	Características
Etapa 1 (10-20 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Ocurre la menarquia. • Se inicia la capacidad reproductiva.
Etapa 2 (20-32 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa en que la fertilidad está en su punto máximo.
Etapa 3 (32-38 años)	<ul style="list-style-type: none"> • La capacidad reproductiva se mantiene. • Empiezan a disminuir los signos de fertilidad.
Etapa 4 (38-44 años)	<ul style="list-style-type: none"> • La fertilidad disminuye rápidamente. • Puede haber complicaciones en el embarazo.
Etapa 5 (44-55 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Inicia la menopausia, que marca el fin de la fertilidad femenina. • Puede tener consecuencias físicas y psicológicas.

Fuente: elaboración propia con información de (*Etapas en la edad fértil de una mujer*, 2021).

En cuanto a la edad óptima para la reproducción en las mujeres, se sitúa entre los 19 y 30 años.

A medida que las mujeres envejecen, surgen riesgos asociados con el embarazo a partir de los 35 años, y aumentan aún más a partir de los 40 años. (Sanchez Jordán, 2022)

Durante la adolescencia, las personas adquieren la capacidad reproductiva y atraviesan cambios psicológicos que marcan la transición de la niñez a la adultez. Existen mayores riesgos biológicos asociados con el embarazo en mujeres menores de 20, como un menor peso al nacer, complicaciones en el parto y mayor probabilidad de parto prematuro, etc. (Sanchez Jordán, 2022)

2.1.3 Feto:

Se define como el resultado del desarrollo y crecimiento del producto de la concepción dentro del útero de los mamíferos, incluyendo a los seres humanos. En particular, en el caso de los seres humanos, el período fetal comienza aproximadamente nueve semanas después de la fertilización del óvulo por un espermatozoide, y concluye en el momento del parto. (*Definición de feto - Diccionario de cáncer del NCI - NCI, 2011*)

2.1.4 INCIDENCIA

Se calcula dividiendo el número de nuevos casos de una enfermedad que ocurren durante un período de tiempo específico por el número total de personas expuestas al riesgo de contraer la enfermedad durante ese mismo período de tiempo. Básicamente, se encarga de medir el número de personas que desarrollan una enfermedad en relación con el número de personas expuestas a la misma durante el mismo período de tiempo. (*Curso de Epidemiología a Distancia - Glosario, s. f.*)

2.1.5 PREVALENCIA

La prevalencia es una medida que indica la proporción de personas que tienen una enfermedad o condición de salud específica en una población determinada durante un período de tiempo concreto. (*Curso de Epidemiología a Distancia - Glosario*, s. f.)

2.1.6 CARGA DE LA ENFERMEDAD

La carga de enfermedad se refiere al impacto global que las enfermedades tienen en una población, considerando tanto su mortalidad como su morbilidad, es decir, su impacto en la calidad de vida de las personas. Esta medida se cuantifica a través de los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs), los cuales representan la suma de años de vida perdidos por mortalidad prematura y años de vida saludable perdidos por discapacidad. («Carga De Enfermedad», 2019)

Para medir la carga de enfermedad, se utiliza una herramienta que compara el impacto de diferentes enfermedades en una población. Esto es útil para priorizar la asignación de recursos en salud pública y para identificar tendencias en la carga de enfermedad a lo largo del tiempo, así como para comparar la carga entre distintos países y regiones del mundo. («Carga De Enfermedad», 2019)

2.2 DEMOGRAFÍA:

La demografía es una rama de las ciencias sociales cuyo objeto de estudio es la población humana. Su objetivo principal es comprender la estructura, evolución y características de la población, así como las variables que la afectan, tales como la mortalidad, la natalidad, la migración y la distribución geográfica. (Quiroa & Lopez, 2020)

La demografía analiza diversos indicadores, entre los que destacan la tasa de natalidad, que refleja la cantidad de nacimientos en una población durante un período específico; la tasa de mortalidad, que indica el número de defunciones en una población durante un lapso determinado; y la tasa de migración, que mide la cantidad de personas que entran o salen de una población. (Quiroa & Lopez, 2020)

Esta disciplina se apoya en otras áreas del conocimiento, como la sociología, la geografía, la estadística y la economía. La información que proporciona la demografía es esencial para la planificación y la toma de decisiones en diversos campos, como la educación, la salud, el mercado laboral, la seguridad social y el desarrollo de la población. (Quiroa & Lopez, 2020)

2.3 CONTEXTO HISTORICO DEL ABORTO

En el pasado, existieron grupos feministas que brindaron asistencia a mujeres que necesitaban abortar. Al principio, estas agrupaciones eran informales y se enfocaban en suministrar información sobre cómo obtener abortos y contactar con médicos que los realizaran. Con el tiempo, se organizaron de manera más eficiente y comenzaron a proveer servicios de aborto seguros, estableciendo clínicas o departamentos específicos para llevar a cabo los procedimientos. La realización del aborto fue considerada un acto político y se acompañó de actividades que estuvieran a favor de la legalización del aborto. (Drovetta, 2021)

En 1920, ocurrió un cambio significativo en todo el mundo con la aprobación de la legalización del aborto en Rusia. Este hecho marcó la ruptura con el modelo punitivo que se había mantenido hasta ese momento. Aunque en 1936, la Unión Soviética volvió a prohibir el aborto, en 1955 se volvió a legalizar, lo que contribuyó a la corriente a favor de la descriminalización del aborto

en los países occidentales desarrollados. Finalmente, Estados Unidos legalizó el aborto en 1973. En América Latina, solo Cuba y Uruguay han legalizado el aborto, aunque en contextos históricos muy diferentes. (Jiménez, 2020)

En cuanto a Costa Rica, la novela "Las hijas del campo" de Joaquín García Monge, publicada en 1900, fue una de las primeras obras literarias costarricenses que abordó el tema del aborto, el cual se consideraba una práctica ilegal en ese momento. Esta situación de ilegalidad dio lugar a un mercado clandestino basado en prácticas sexuales prenupciales y prejuicios contra los embarazos fuera del matrimonio y los niños nacidos en esas circunstancias. (Jiménez, 2020)

Para obtener respaldo en sus demandas, los grupos feministas de los años 70's trabajaron arduamente en la construcción de estrechas redes de colaboración con profesionales de la salud. En algunos casos, estas redes se conformaron mediante coaliciones de partidos de izquierda, médicos y feministas con el objetivo de lograr la legalización del aborto. En todos los casos, el proceso de organización y consolidación de estos grupos requirió de varios años de trabajo. (Drovetta, 2021)

Durante la década de los 60 y los 70, surgieron en Estados Unidos tres organizaciones de mujeres destacadas. Una de ellas fue el Chicago Women's Liberation Union (CWLU), integrada por mujeres blancas de clase media y con una ideología socialista y feminista. Durante ocho años, la CWLU promovió la educación, la acción directa y el servicio en diversas áreas, como la salud femenina y los derechos reproductivos. En 1969, algunas de sus miembros fundaron el servicio de aborto Jane, que duró cuatro años y se cree que realizó alrededor de once mil abortos. Otra organización importante fue The Boston Women's Health Collective, responsable de la publicación del influyente libro *Our Bodies Ourselves* en 1970, que desafió el patriarcado en la

medicina y se convirtió en un referente del feminismo. Por último, el movimiento feminista radical y separatista de Michigan se centró en la conciencia política y la liberación personal a través del feminismo, rechazando toda relación con los hombres y la política tradicional. (Drovetta, 2021)

En 1973, se estableció en Francia el Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception (MLAC), que se convirtió en un movimiento nacional con varios grupos. Aunque el MLAC no fue creado exclusivamente por líderes feministas, estas desempeñaron un papel fundamental en la organización. La asociación se enfocó en proveer abortos clandestinos y discutir temas relacionados con la sexualidad y la anticoncepción. A pesar de que la asistencia médica al aborto fue una práctica crucial del MLAC, el grupo de activistas decidió desafiar el control masculino y médico sobre sus cuerpos y aprendieron a realizar abortos por sí mismas. (Drovetta, 2021)

La técnica Karman para realizar abortos por aspiración fue el resultado del trabajo conjunto de redes feministas internacionales. Dicha técnica se mostró en un documental llamado “Regarde elle a les yeux grand ouverts” (Ella tiene los ojos muy abiertos) de 1980, dirigido por Yann Le Masson; presentó las diversas labores donde se practicaban abortos utilizando la técnica Karman y también llevaban a cabo partos vaginales sin intervención médica. (Drovetta, 2021)

2.4 ABORTO:

2.4.1 Definición:

Según la OMS, se define como la interrupción del embarazo antes de que el feto pueda sobrevivir fuera del útero de la mujer, lo que generalmente ocurre cerca de las 22 semanas

completas de gestación y cuando el feto pesa menos de 500 gramos. Las mujeres pueden recurrir al aborto por diversas razones, como la violencia sexual, la falta de acceso a servicios y métodos anticonceptivos modernos, y el uso incorrecto de los métodos anticonceptivos, entre otras. Si la persona que realiza el aborto no tiene la capacitación necesaria o no cumple con las normas médicas mínimas, se considera un aborto inseguro. («De la teoría a la acción: Salud sexual y reproductiva en adolescentes», 2021)

2.4.2 Clasificación:

Existen dos tipos de aborto, los cuales son el espontáneo que se produce sin intervención de agentes físicos o químicos, y el inducido o provocado que se subdivide en terapéutico, legal, por interrupción voluntaria e ilegal. (González Martínez et al., 2013)

El aborto espontáneo puede ser clasificado en diversas categorías, por ejemplo, se considera un aborto completo si se produce la expulsión completa del feto, la placenta y otros tejidos relacionados. En cambio, si sólo se expulsa parcialmente el feto y quedan restos dentro del útero, se conoce como aborto incompleto. Cuando el cuello uterino comienza a dilatarse y se hace inevitable la expulsión del feto, se le denomina aborto inevitable. Por otro lado, si el embrión o feto fallece en el útero, pero no se produce la expulsión espontánea de los productos de la concepción, se habla de aborto diferido. Además, si una misma mujer sufre tres o más abortos espontáneos consecutivos, se clasifica como aborto recurrente. (Cunningham et al., 2015)

Además, una situación que puede derivar en aborto se identifica como amenaza de aborto cuando se presenta un flujo vaginal con sangrado a través de un cuello uterino cerrado en las

primeras 20 semanas de gestación. A menudo, este diagnóstico se acompaña de síntomas como molestias suprapúbicas, calambres leves, presión pélvica o dolor lumbar persistente. De todos estos síntomas, el sangrado es el factor de riesgo más significativo para la pérdida del embarazo. (Cunningham et al., 2015)

Tabla N° 3 Clasificación de tipos de aborto

Aborto espontaneo	Aborto inducido o provocado
<ul style="list-style-type: none"> • Aborto completo • Aborto incompleto • Aborto inevitable • Aborto diferido o retenido • Aborto recurrente • Amenaza de aborto 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapéutico • Legal • Por interrupción voluntaria e ilegal

Fuente: elaboración propia con información de (González Martínez et al., 2013) y (Cunningham et al., 2015)

2.5 Etiología del aborto espontaneo:

La mayoría de los abortos espontáneos tienen causas múltiples, las cuales se dividen en causas fetales y maternas. (González Martínez et al., 2013)

2.5.1 Causas Fetales:

Estos factores son responsables de aproximadamente el 80% de los casos de aborto espontáneo y pueden ser causados por diversos factores como: (González Martínez et al., 2013)

Las anomalías cromosómicas, que ocurren en el primer trimestre, siendo la más común la trisomía autosómica (52%), seguido de trisomía X (20%), monosomía X (15%), poliploidía X (6%) y otras alteraciones (menos del 5%) y la formación anormal de la placenta. (González Martínez et al., 2013)

Otras posibles causas fetales pueden ser anomalías localizadas del embrión, la ausencia del embrión o la cavidad coriónica, e insuficiencia en la producción de progesterona por el cuerpo lúteo gestacional, lo que puede afectar la preparación adecuada del endometrio. (González Martínez et al., 2013)

2.5.2 Causas Maternas:

El aborto espontáneo puede ser una experiencia traumática y dolorosa para las mujeres, especialmente si ocurre en el segundo trimestre del embarazo. Aunque las causas maternas solo representan alrededor del 15% de los casos, pueden tener un impacto significativo en la salud reproductiva a largo plazo. Es crucial diagnosticar y tratar los factores maternos para prevenir abortos recurrentes y futuras pérdidas. Entre las causas maternas del aborto espontáneo se encuentran problemas endocrinos como la insuficiencia del cuerpo lúteo gestacional, diabetes mellitus no controlada, hipotiroidismo, hipertiroidismo y síndrome de ovarios poliquísticos. (González Martínez et al., 2013)

También pueden ser causadas por enfermedades autoinmunes como el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos y lupus eritematoso sistémico, infecciones agudas o crónicas como el síndrome TORCH, anomalías uterinas como malformaciones congénitas y tumores uterinos benignos, toxicomanías como el alcoholismo excesivo y tabaquismo, deficiencias nutricionales como la

obesidad y la desnutrición, factores ambientales como la contaminación y combinaciones de estos factores causales. Es importante que las mujeres trabajen con su médico para identificar y tratar cualquier factor de riesgo para el aborto espontáneo. (González Martínez et al., 2013)

2.6 Diagnóstico del aborto:

Al inicio, el diagnóstico debe basarse en la evaluación clínica, que incluye la verificación de la existencia de un embarazo previo a través de pruebas de laboratorio como la hormona gonadotropina coriónica y su fracción beta, además de un ultrasonido obstétrico. Una buena recopilación de antecedentes puede permitir descartar los factores que pueden provocar un aborto espontáneo, sobre todo si se trata de un aborto recurrente. Para lograr un diagnóstico más preciso del aborto, se pueden considerar los síntomas clínicos como hemorragia, dolor cólico en la región baja del abdomen, ruptura de membranas y los resultados del examen vaginal. (González Martínez et al., 2013)

En el laboratorio, la determinación de la hormona gonadotropina coriónica y la fracción beta son útiles para determinar la vitalidad del feto. Otros exámenes de laboratorio como la biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, grupo y Rh y pruebas de coagulación pueden ayudar a detectar posibles anormalidades. (González Martínez et al., 2013)

Además, se pueden realizar pruebas específicas si la paciente tiene patologías adicionales. En cuanto a las pruebas de gabinete, el ultrasonido obstétrico puede ser de gran utilidad en el diagnóstico del aborto y se pueden realizar pruebas como examen pélvico, ecografía, análisis de sangre, pruebas de tejidos y pruebas cromosómicas. (González Martínez et al., 2013) (*Aborto espontáneo - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic, 2021*)

2.7 Factores de riesgo asociados al aborto:

Existen varios factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de sufrir un aborto espontáneo entre los cuales se encuentra la edad temprana, ya que las mujeres adolescentes tienen un mayor riesgo de aborto espontáneo en comparación con las de mayor edad. Además, los antecedentes reproductivos son factores de riesgo importantes, debido a que si han tenido abortos espontáneos previos tienen un mayor riesgo de sufrir otro en el futuro. (Guamán et al., 2023)

El consumo de tabaco y alcohol también puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo, al igual que el uso de drogas recreativas. Asimismo, ciertas infecciones como la clamidia o la rubéola pueden aumentar la probabilidad de aborto espontáneo, al igual que ciertas enfermedades crónicas como la diabetes o la enfermedad tiroidea. (Guamán et al., 2023)

Algunas anomalías cromosómicas también pueden aumentar el riesgo de aborto espontáneo, las cuales se pueden presentar en más del 50% de los casos. Entre ellas se encuentran las trisomías de los cromosomas 16, 22, 15, 21 y 13, que son las más frecuentes en casos de aborto en ese orden respectivamente. Además, se han observado anomalías estructurales como translocaciones que son las más frecuentes, seguido de las deleciones e inversiones. (Mora-Alferez et al., 2016)

La obesidad es otro factor de riesgo, ya que las mujeres con un IMC de 30 en adelante tienen un mayor riesgo de sufrir un aborto espontáneo. Es importante destacar que estos factores de riesgo no garantizan que se produzca un aborto espontáneo, pero sí aumentan la probabilidad de que ocurra. (Guamán et al., 2023)

2.8 Complicaciones:

Después de un aborto, pueden presentarse diversas complicaciones como la perforación uterina en el 2-3% de los casos y desgarros cervicales en menos del 1% de los abortos durante el primer trimestre. Además, puede haber endometritis con una frecuencia 2,5 veces mayor que en mujeres mayores de 20 años, y alrededor del 10% de las pacientes pueden experimentar complicaciones inmediatas como hemorragias, embolias, perforación uterina, shock hipovolémico, convulsiones, peritonitis, hipertermia, sepsis, dolor en el área afectada, entre otras.

Adicionalmente, pueden surgir otras complicaciones como esterilidad, discapacidad, hipertensión arterial, alteraciones psicológicas como baja autoestima, ansiedad, irritabilidad, depresión, aislamiento social e incluso la muerte. (Guamán et al., 2023)

2.9 Tratamiento y técnicas del aborto:

En caso de necesitar un aborto terapéutico, es crucial que se realice de manera segura y efectiva, independientemente de los recursos disponibles. Hay diversos métodos médico como pueden ser el uso de mifepristona y misoprostol que se han vuelto más accesibles en todo el mundo. Estos medicamentos son esenciales y están en la lista de medicamentos esenciales de la OMS. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

La mifepristona interfiere en la continuación del embarazo al inhibir la acción de la progesterona, mientras que el misoprostol dilata y reblandece el cuello uterino y aumenta las contracciones uterinas. El uso de estos medicamentos ofrece ventajas como la reducción de la necesidad de especialistas y equipo quirúrgico, y es especialmente útil en entornos con recursos

limitados ya que es fácil de manejar y conservar a temperatura ambiente. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Según la OMS, es mejor el uso combinado de mifepristona y misoprostol o el uso de misoprostol en monoterapia para el tratamiento médico del aborto. Se recomienda que las pacientes se hagan cargo de algunas de las etapas del aborto, como la toma de mifepristona o misoprostol y la autoevaluación del éxito del aborto, mediante pruebas de embarazo y listas de verificación. Es fundamental que todas las personas que busquen servicios médicos de aborto reciban información completa y que se promueva su salud y sus derechos humanos, especialmente los derechos a la igualdad de género y atención sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

2.9.1 Legrado Uterino:

Si bien, el legrado uterino es una intervención quirúrgica que se utiliza para extraer el tejido del interior del útero en situaciones como el aborto involuntario, también puede usarse en casos de embarazo ectópico, cáncer uterino, entre otros.

En primer lugar, se lleva a cabo la dilatación del cuello uterino mediante el uso de cilindros pequeños que se insertan a través del cuello uterino y se expanden gradualmente hasta alcanzar un tamaño adecuado. Esto permite el acceso seguro al interior del útero para llevar a cabo la intervención (Sánchez Jordán et al., 2022).

Una vez que el cuello uterino se ha dilatado lo suficiente, se procede al raspado o curetaje del tejido del interior del útero. Se utiliza una varilla fina y curva, conocida como cureta o legra, que se introduce a través del cuello uterino y se utiliza para raspar y extraer el tejido uterino. En

algunos casos, en lugar de la cureta, se utiliza la técnica de aspiración para extraer el tejido endometrial (Sánchez Jordán et al., 2022).

El procedimiento de legrado uterino suele durar alrededor de 15 minutos y puede causar molestias o dolor abdominal leves después de la intervención. Es normal experimentar incomodidad y sangrado vaginal durante algunos días después del procedimiento. Se recomienda evitar actividades extenuantes y relaciones sexuales durante un tiempo para permitir una recuperación adecuada del cuerpo (Sánchez Jordán et al., 2022).

Luego de la realización del legrado uterino, es frecuente que se experimenten efectos secundarios como dolor abdominal y sangrado vaginal. Estos efectos secundarios generalmente desaparecen dentro de unos pocos días a una semana después del procedimiento, por lo cual es importante tener en cuenta que se deben evitar las relaciones sexuales y los tampones durante varias semanas después del legrado para que haya una óptima recuperación.

2. 10 Marco Legal del Aborto en América Latina:

La ONU indica que la mayoría de los países en la lista permiten el aborto en casos de violación, malformaciones fetales graves o riesgo de vida de la mujer, aunque algunos como Bolivia solo lo permiten en circunstancias extremas.

En Argentina, se aprobó una ley que permite el aborto hasta la semana 14 del embarazo, mientras que Brasil solo lo permite en casos de violación, riesgo de vida de la mujer o anencefalia fetal. En Chile, el aborto solo está permitido en casos de riesgo de vida de la mujer, inviabilidad fetal o violación, mientras que en Colombia está permitido en casos de riesgo de vida de la mujer, malformaciones fetales graves, violación o incesto. (*Leyes*, s. f.)

En Haití y Nicaragua está prohibido en todas las circunstancias, en Panamá y Paraguay solo está permitido en casos de riesgo de vida de la mujer. Costa Rica penaliza el aborto, salvo cuando la vida o la salud de la mujer están en peligro. (*Leyes, s. f.*)

En el caso de Cuba, se permite el aborto hasta la semana 12 del embarazo y en casos de malformaciones fetales graves, riesgo de vida de la mujer o violación; en cambio, El Salvador lo prohíbe en todas las circunstancias. En México, las leyes varían según el estado, pero en general se permite el aborto en caso de riesgo de vida de la mujer, malformaciones fetales graves o violación. Por último, Puerto Rico lo permite hasta la semana 20 del embarazo y en Uruguay hasta la semana 12 del embarazo. (*Leyes, s. f.*)

Tabla N° 4 Marco legal del aborto en América Latina

País	Situaciones en las que se permite el aborto
Argentina	Hasta la semana 14 del embarazo.
Bolivia	En casos de peligro para la vida o salud de la mujer, y en casos de violación, raptó, estupro o incesto.
Brasil	En casos de violación, riesgo de vida de la mujer o anencefalia fetal
Chile	En casos de riesgo de vida de la mujer, inviabilidad fetal o violación
Colombia	En casos de riesgo de vida de la mujer, malformaciones fetales graves, violación o incesto

Costa Rica	Solo cuando la vida o la salud de la mujer están en peligro
Cuba	Hasta la semana 12 del embarazo y en casos de malformaciones fetales graves, riesgo de vida de la mujer o violación
El Salvador	Prohibido en todas las circunstancias
Haití	Prohibido en todas las circunstancias
México	En caso de riesgo de vida de la mujer, malformaciones fetales graves o violación
Nicaragua	Prohibido en todas las circunstancias.
Panamá	Solo en casos de riesgo de vida de la mujer.
Paraguay	Solo en casos de riesgo de vida de la mujer.
Puerto Rico	Legal y se puede realizar hasta la semana 20 del embarazo, en casos donde haya riesgo para la vida o la salud de la mujer, inviabilidad fetal y en casos de violación o incesto
Uruguay	Legal en mujeres uruguayas y extranjeras que hayan residido en el país por más de un año pueden acceder a la interrupción voluntaria del embarazo dentro de las primeras 12 semanas de gestación.

Fuente: elaboración propia

2.11 Uso legal de aborto en Costa Rica:

En Costa Rica, la interrupción del embarazo solo está permitida en situaciones donde la vida o salud de la madre corren riesgo, sin embargo, no se autoriza por motivos económicos, sociales o psicológicos. La norma técnica que estableció esta regulación fue firmada por el presidente en 2019, pero enfrentó una fuerte oposición por parte de la Iglesia católica y los partidos y cultos evangélicos. Con anterioridad a esta norma, el aborto era ilegal en todas las circunstancias, lo que provocó la aparición de un mercado clandestino del aborto en el país desde hace varios años. Desde el año 1934 hasta la actualidad, la práctica del aborto se ha ido medicalizando cada vez más en el país. (Jiménez, 2020)

2.12 Prevención del aborto:

La prevención del aborto debe ser abordada de manera global, teniendo en cuenta la educación sexual y reproductiva, así como la promoción de políticas de salud que ofrezcan servicios de planificación familiar y atención prenatal adecuada. Es importante evitar los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, ya que pueden aumentar el riesgo de aborto. Si bien, se recomienda fomentar el uso de métodos anticonceptivos efectivos también es importante enseñar su correcta utilización. (Blanco, 2009)

Existen diversas medidas de prevención que pueden contribuir a disminuir el número de embarazos no deseados, entre las cuales destacan:

- Educación sexual: es fundamental que las personas reciban una educación sexual completa y adecuada, lo cual les permitirá comprender los riesgos y responsabilidades asociadas a la actividad sexual.

- Uso de métodos anticonceptivos: los métodos anticonceptivos efectivos pueden prevenir los embarazos no deseados. Algunos de ellos son preservativos, píldoras anticonceptivas, dispositivos intrauterinos (DIU), implantes, parches anticonceptivos y anticoncepción de emergencia.
- Acceso a servicios de salud reproductiva: es importante que las personas tengan acceso a servicios de salud reproductiva, incluyendo exámenes de control
- Planificación familiar: la planificación familiar es una parte esencial en la prevención del embarazo no deseado.

Además, es esencial ofrecer atención integral a las mujeres que presentan embarazos no deseados o de alto riesgo; esto implica brindar atención médica de alta calidad y humanizada, información clara y suficiente sobre las opciones disponibles, y apoyo emocional para tomar decisiones informadas. (Blanco, 2009)

Por último, hay que abordar las causas sociales y culturales que pueden llevar a una mujer a considerar el aborto, como la violencia de género, la discriminación y la falta de acceso a recursos y oportunidades. Para prevenir el aborto se necesita una estrategia integral que involucre la colaboración de diferentes actores sociales y sanitarios, para garantizar el respeto de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres y brindar una atención de calidad. (Blanco, 2009)

CAPÍTULO III: MARCO METODOLOGICO

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

En esta investigación el enfoque va a ser de carácter cuantitativo ya que se busca recopilar información relacionada a las características epidemiológicas del aborto en Costa Rica comparado con Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba durante el período 1990-2019, los datos se obtienen del GBD.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo recolecta los datos del GBD, que permitan desarrollar la investigación con el tema estudiado.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETO DE ESTUDIO

3.1.1 Área de estudio

La información se basa en los habitantes de Costa Rica en comparación con la de Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba

3.1.2 Fuente de información

3.1.3 Fuentes secundarias

Datos de fuentes secundarias, también tomando en cuenta los del GBD.

3.1.4 Población

Es una población femenina, de 10-54 años, de Costa Rica, entre 1990 - 2019.

3.1.5 Muestra

No se trabajará con muestras.

3.1.6 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión:

Población femenina con edad de 10 a 54 años, de sexo femenino, de Costa Rica, durante el período de 1990-2019.

Criterios de exclusión:

No hay criterios de exclusión.

3.2 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los datos que se utilizarán en la investigación serán proporcionados por la base de datos llamada GBD, la cual funciona para medir diversas variables que serán relevantes durante el transcurso de esta.

Además, se utilizarán otros materiales bibliográficos como pueden ser artículos de internet, paginas e incluso revistas médicas.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es no experimental ya que no manipula ninguna de las variables y además es longitudinal ya que se estudia información de diferentes períodos de tiempo, para así ver el cambio.

3.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Tabla N° 5

Operacionalización de variables

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Conocer la incidencia por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, según edad.	Incidencia por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019.	Casos nuevos de personas padeciendo una enfermedad en un territorio, población y período determinado.	Los casos nuevos por aborto según cada rango de edad en un período específico, divididos individualmente entre la población total de ese mismo período.	Tasa de incidencia. Grupos etarios	Habitantes	GBD

<p>Determinar la prevalencia por Aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, según edad.</p>	<p>Prevalencia por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019.</p>	<p>Cantidad de personas, registradas de una enfermedad en una población de un lugar y tiempo determinado</p>	<p>Cantidad de personas, registradas según cada rango de edad en un período específico, divididos individualmente entre la población total de ese mismo período.</p>	<p>Tasa de prevalencia Grupos etarios</p>	<p>Habitantes</p>	<p>GBD</p>
<p>Identificar la mortalidad por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, según rangos de edad.</p>	<p>Mortalidad por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019.</p>	<p>Defunciones por una enfermedad en un territorio, población y en un período determinado.</p>	<p>Defunciones por Aborto en un período específico, entre la población total de ese mismo período.</p>	<p>Mortalidad</p>	<p>Defunciones</p>	<p>GBD</p>

<p>Describir los años vividos con discapacidad por Aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, según edad.</p>	<p>Años de vida ajustados por discapacidad por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019.</p>	<p>Indican la carga de enfermedad a nivel poblacional, además brindan información sobre consecuencias mortales y no mortales.</p>	<p>Es la suma de años vividos con discapacidad y los años de vida perdidos con muerte prematura.</p>	<p>Tasa de AVAD por aborto. Grupos etarios</p>	<p>Años de vida ajustados por discapacidad.</p>	<p>GBD</p>
--	--	---	--	---	---	------------

Fuente: elaboración propia

3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se recolecta por medio de la base de datos del GBD, para analizar la evolución de las características epidemiológicas del aborto en Costa Rica, 1990-2019.

3.6 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Se organizan en un documento de Microsoft Excel, en donde se realizan los gráficos de las características epidemiológicas del aborto, de acuerdo con cada objetivo específico.

3.7 ANÁLISIS DE LOS DATOS

El estudio analiza los datos de la población que tiene una edad de 10 años hasta los 54 años debido a que es el período de edad reproductiva donde inicia hasta que finaliza.

Las fórmulas utilizadas son:

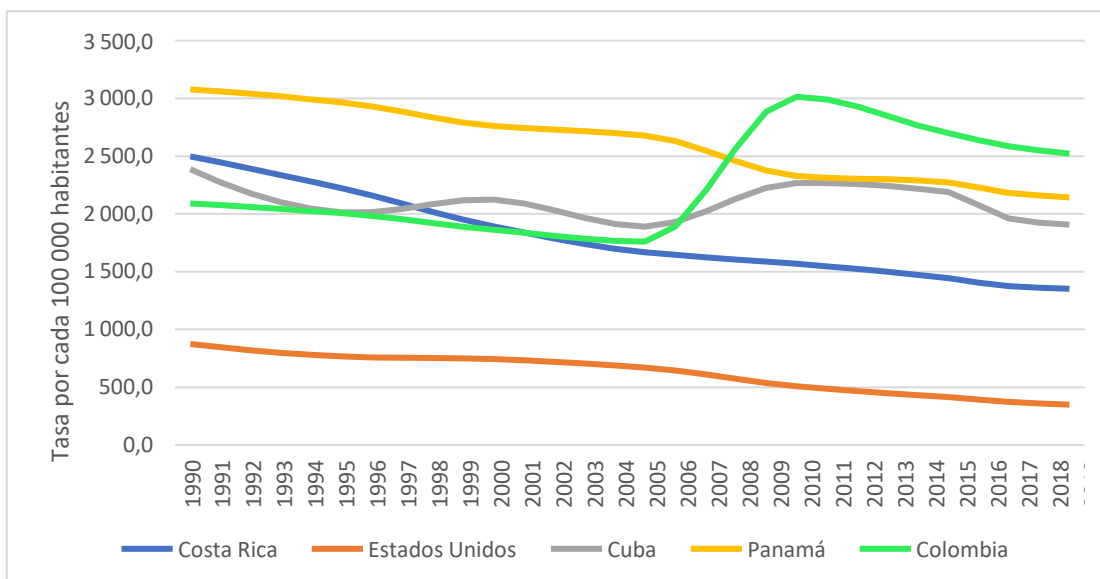
- Incidencia Tasa de incidencia = $(\text{Incidencia} / \text{Prevalencia}) \times 100.000$
- Prevalencia Tasa de prevalencia = $(\text{Prevalencia} / \text{Población total}) \times 100.000$
- Años de vida ajustados por discapacidad:
 - Tasa de años vividos ajustados por discapacidad = $(\text{Años de vida perdidos por discapacidad} + \text{Años de vida perdidos por muerte prematura}) / \text{Población total}$
 - Años de vida perdidos por discapacidad = Número de personas con discapacidad
 - * Duración media de la discapacidad

- Años de vida perdidos por muerte prematura = Número de muertes prematuras
* Esperanza de vida en el momento de la muerte. La tasa se expresa en términos de años perdidos ajustados por discapacidad por 100.000 habitantes
- Mortalidad Tasa de mortalidad = $(\text{Mortalidad} / \text{Población total}) \times 100.000$

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADO

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Figura 1: Incidencia total por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, según tasa estandarizada.



Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

En la gráfica anterior, se puede observar la evolución de la incidencia por aborto según tasa estandarizada en diferentes países a lo largo de los años. Analizando los datos, se destacan los siguientes valores:

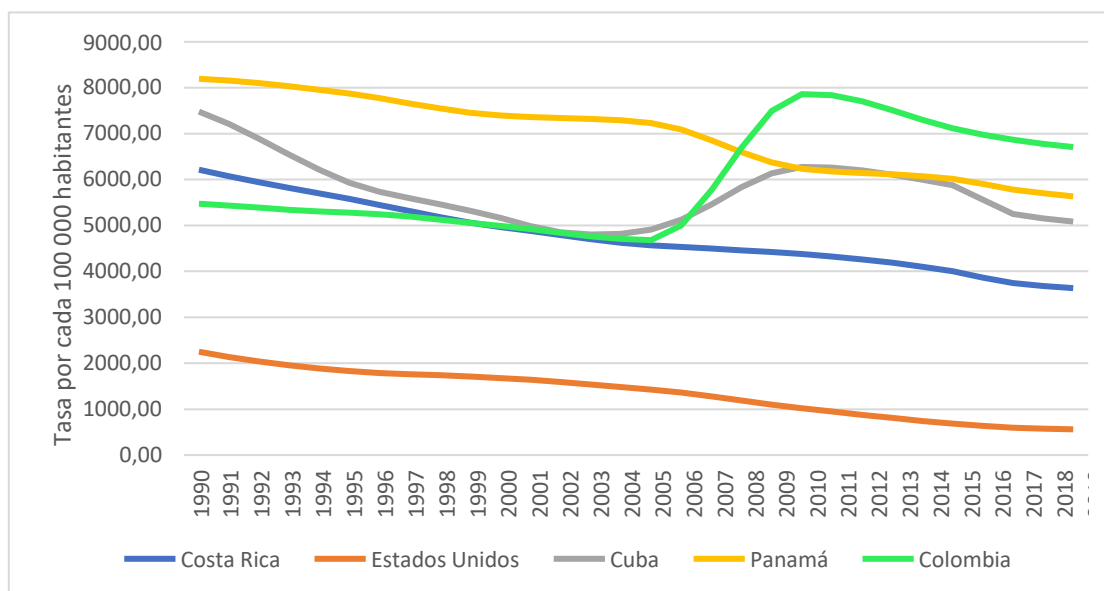
En el año 1990, Panamá registró la mayor incidencia con 3076.5 casos, seguido de Costa Rica con 2497.9 casos, Cuba con 2386.4 casos, Colombia con 2090.2 casos y Estados Unidos con 873.8 casos, siendo el más bajo.

A medida que avanzaron los años, se observaron descensos en la incidencia por aborto en la mayoría de los países. Panamá, que mantenía el mayor índice, experimentó una disminución notable a lo largo del tiempo. Para el año 2019, su incidencia se redujo a 2,141.9 casos.

Costa Rica también mostró una disminución en la incidencia, pasando de 2497.9 casos en 1990 a 1352.7 casos en 2019. Cuba, por su parte, registró un descenso desde 2386.4 casos en 1990 hasta 1907.8 casos en 2019.

Colombia presentó una tendencia ascendente, pasando de 2090.2 casos en 1990 a 2521.4 casos en 2019, teniendo la tasa más alta en el 2019. Mientras tanto, Estados Unidos mostró una incidencia relativamente estable a lo largo de los años, con una ligera disminución de 873.8 casos en 1990 a 348.3 casos en 2019.

Figura 2: Incidencia por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, según grupo etario de 10 a 24 años.



Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

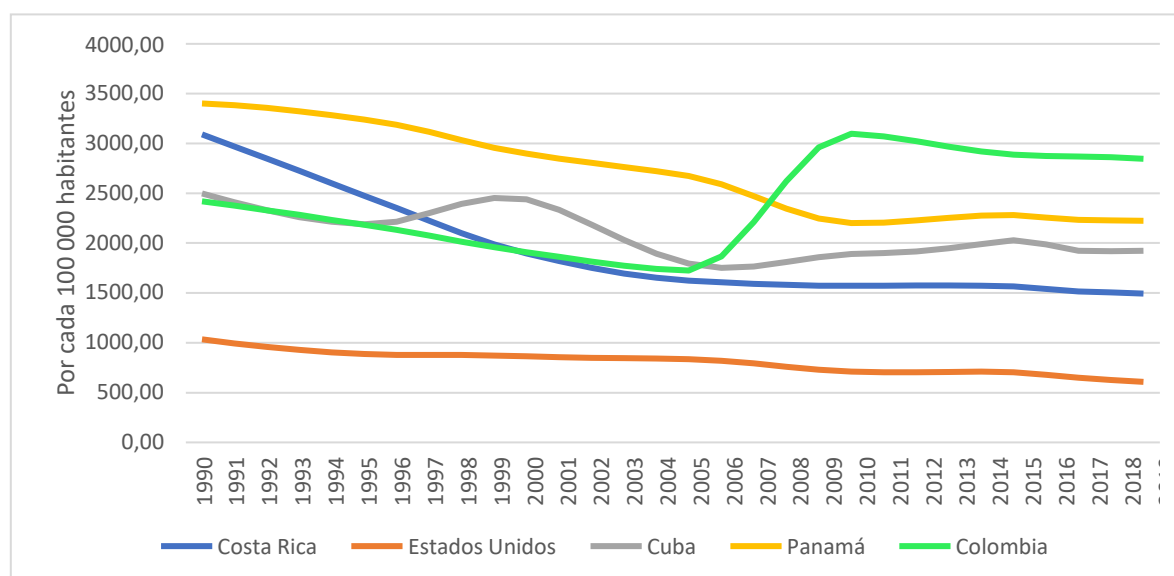
A medida que avanzaron los años, se observaron descensos en la incidencia por aborto en edades de 10 a 24 años en la mayoría de los países. Por ejemplo, Panamá, que tenía la tasa más alta en 1990 con 8192.46 casos, experimentó una disminución notable a lo largo del tiempo, su incidencia se redujo a 2141.9 casos.

Costa Rica también mostró una disminución en la tasa de incidencia, pasando de 6212.79 casos en 1990 a 3632.60 casos en 2019. Cuba registró un descenso desde 7478.48 casos en 1990 hasta 5082.93 casos en 2019.

Colombia presentó una tendencia ascendente, pasando de 5471.18 casos en 1990 a 6705.72 casos en 2019, teniendo la tasa más alta en el 2019; su pico más alto fue en el año 2010 con 7858,5 casos. Mientras tanto, Estados Unidos que mostró la incidencia más baja, se mantuvo

relativamente estable a lo largo de los años, con una ligera disminución de 2248.39 casos en 1990 a 558.10 casos en 2019.

Figura 3: Incidencia por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad de 25 a 49 años.

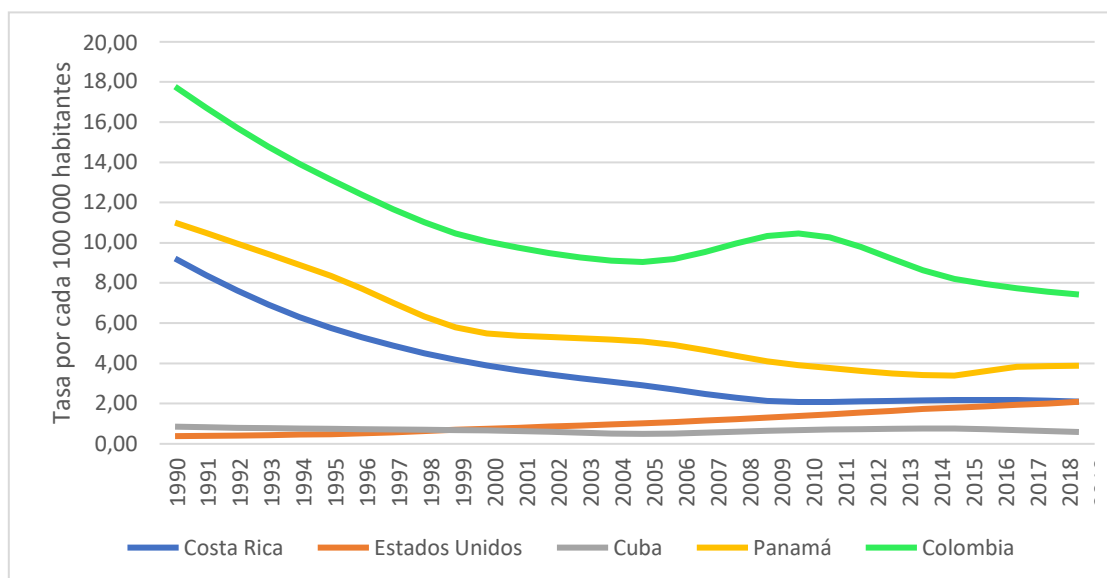


Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

En la gráfica anterior se muestra que, en el año 1990, Panamá registró la incidencia más alta de 3 400.40 casos, Costa Rica con 3 090.08 casos, Cuba con 2 497.72 casos, Colombia con 2 417.87 casos y Estados Unidos con la más baja de 1 034.12 casos.

Costa Rica experimentó una disminución en la tasa de incidencia, pasando de 3 090.08 casos en 1990 a 1 492.24 casos en 2019. Cuba también mostró una tendencia descendente, pasando de 2 497.72 casos en 1990 a 1 920.68 casos en 2019. Panamá para el año 2019 presentó una tasa de 2 223.05 casos. Colombia mostró un ligero aumento en la tasa de incidencia, pasando de 2 417.87 casos en 1990 a 2 845.21 casos en 2019, posicionándose con el valor más alto en ese año. Mientras tanto, Estados Unidos tuvo una disminución gradual en la incidencia, con 1 034.12 casos en 1990 y 607.20 casos en 2019.

Figura 4: Incidencia por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, edad de 50 a 54 años.



Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

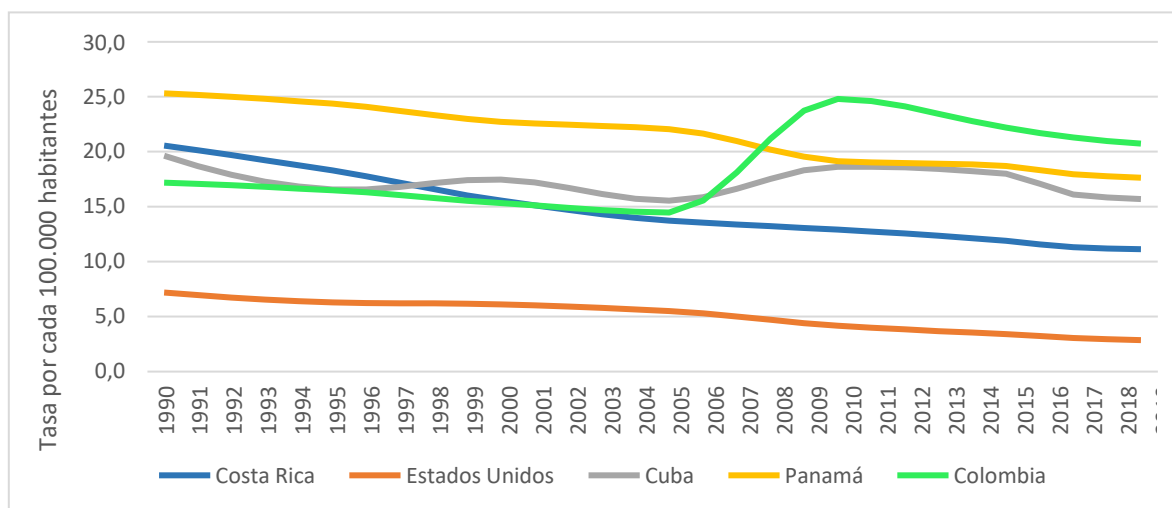
En la gráfica anterior, se puede observar la evolución de la tasa de incidencia por aborto en el grupo de edad de 50 a 54 años para diferentes países a lo largo de los años:

En el año 1990, se registraron las siguientes tasas de incidencia por cada 100,000 habitantes en este grupo de edad: Colombia con 17.77 casos con la incidencia más alta, seguido de Panamá con 11.00 casos, Costa Rica con 9.22 casos, Cuba con 0.86 casos y Estados Unidos con la más baja de 0.38 casos.

A medida que avanzaron los años, se observaron variaciones en la incidencia por aborto en este grupo de edad en los diferentes países. Por ejemplo, Costa Rica experimentó una disminución en la tasa de incidencia, pasando de 9.22 casos en 1990 a 2.10 casos en 2019. Cuba también mostró una tendencia descendente, pasando de 0.86 casos en 1990 a 0.59 casos en 2019, siendo la más baja para ese año.

Panamá presentó una disminución para el año 2019 donde registró una tasa de 3.89 casos. En esta grafica Colombia presentaba la tasa más alta para el año 1990, pero si mostró una disminución gradual en la tasa de incidencia, pasando de 17.77 casos en 1990 a 7.43 casos en 2019. Mientras tanto, Estados Unidos tuvo un aumento en la incidencia, con 0.38 casos en 1990 y 2.09 casos en 2019, año en donde superó a Cuba.

Figura 5: Prevalencia total por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, según tasa estandarizada.



Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

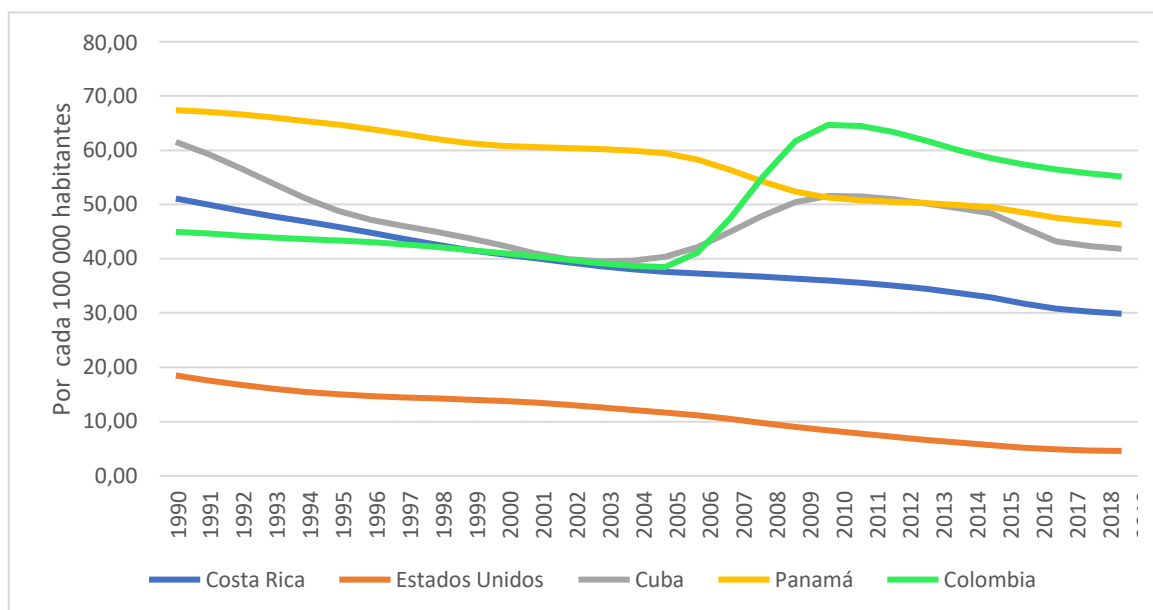
En la gráfica anterior se observa que en el año 1990, Panamá presentó la mayor tasa de prevalencia con 25.3 casos por cada 1,000 personas en edad estandarizada, seguido de Costa Rica con 20.6 casos, Cuba con 19.6 casos, Colombia con 17.2 casos y Estados Unidos con 7.2 casos.

A medida que avanzaron los años, se observó una disminución en la tasa de prevalencia por aborto en la mayoría de los países. Panamá, que mantenía la mayor tasa en 1990, experimentó un descenso gradual a lo largo del tiempo, alcanzando una tasa de 17.6 casos en 2019.

Costa Rica también mostró una disminución en la tasa de prevalencia, pasando de 20.6 casos en 1990 a 11.1 casos en 2019. Cuba registró un descenso desde 19.6 casos en 1990 hasta 15.7 casos en 2019.

Colombia presentó una tendencia ascendente, pasando de 17.2 casos en 1990 a 20.7 casos en 2019 donde se posicionó como el país con mayor prevalencia y su pico más alto fue en 2010 con 24,8 casos. Por otro lado, Estados Unidos mostró una tasa relativamente estable a lo largo de los años, con una ligera disminución de 7.2 casos en 1990 a 2.9 casos en 2019.

Figura 6: Prevalencia por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad de 10 a 24 años.



Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

En la gráfica anterior, se puede observar la evolución de la tasa de prevalencia por aborto en el grupo de edad de 10 a 24 años para diferentes países a lo largo de los años. Analizando los datos, se destacan los siguientes valores:

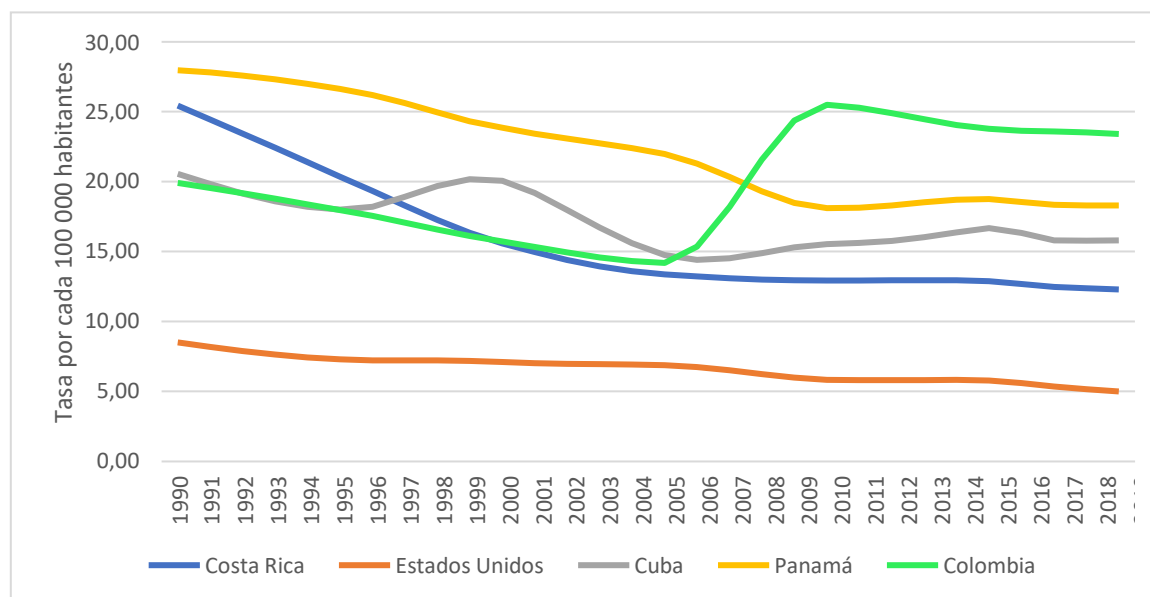
En el año 1990, se registraron las siguientes tasas de prevalencia por cada 100,000 habitantes en este grupo de edad: Panamá con la prevalencia más alta de 67.39 casos, seguido de Cuba con 61.52 casos, Colombia con 44.97 casos, Costa Rica con 51.10 casos y Estados Unidos con la más baja de 18.50 casos.

A medida que avanzaron los años, se observaron variaciones en la prevalencia por aborto en este grupo de edad en los diferentes países. Por ejemplo, Costa Rica experimentó una disminución en la tasa de prevalencia, pasando de 51.10 casos en 1990 a 29.85 casos en 2019.

Cuba también mostró una tendencia descendente, pasando de 61.52 casos en 1990 a 41.80 casos en 2019.

Panamá bajó su prevalencia en el 2019 a una tasa de 46.31 casos. Colombia mostró un aumento gradual en la tasa de prevalencia, pasando de 44.97 casos en 1990 a 55.15 casos en 2019, teniendo el valor más alto para ese año. Mientras tanto, Estados Unidos tuvo una disminución en la prevalencia, con 18.50 casos en 1990 y 4.59 casos en 2019.

Figura 7: Prevalencia por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad de 25 a 49 años.



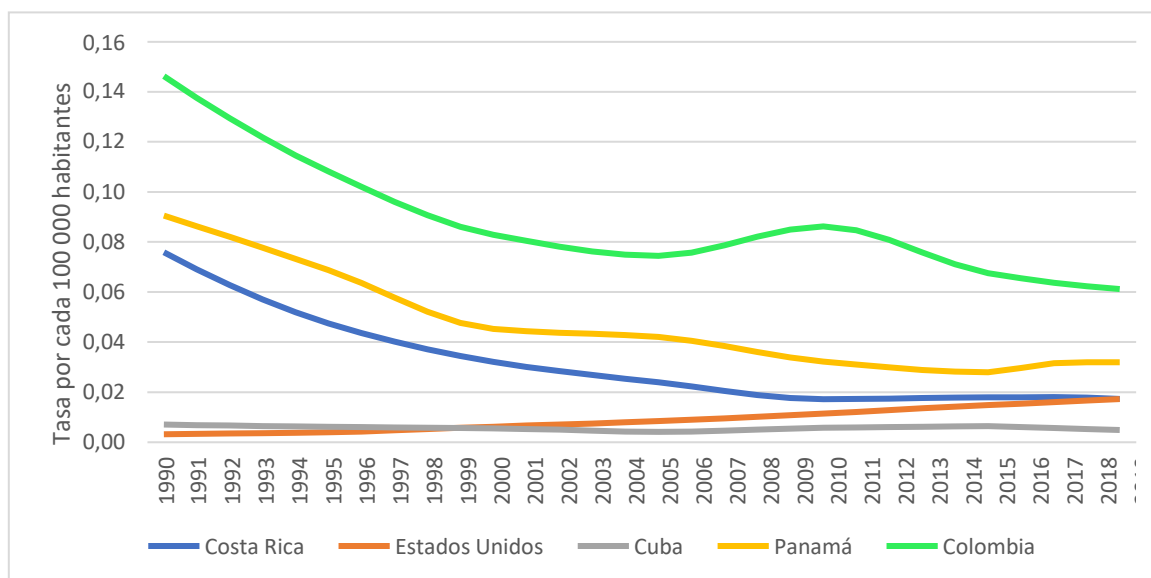
Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

En la gráfica anterior, se muestra que, en el año 1990, se registraron las siguientes tasas de prevalencia por cada 100,000 habitantes en este grupo de edad: Panamá con la prevalencia más alta de 27.96 casos, seguido de Costa Rica con 25.44 casos, Cuba con 20.56 casos, Colombia con 19.89 casos, y Estados Unidos con la más baja de 8.51 casos.

A medida que avanzaron los años, se observaron variaciones en la prevalencia por aborto en este grupo de edad en los diferentes países. Por ejemplo, Costa Rica experimentó una disminución en la tasa de prevalencia, pasando de 25.44 casos en 1990 a 12.28 casos en 2019. Cuba también mostró una tendencia descendente, pasando de 20.56 casos en 1990 a 15.81 casos en 2019.

Panamá presentó fluctuaciones en la prevalencia a lo largo del tiempo, pero para el año 2019 se registró una tasa más baja de 18.29 casos. Colombia mostró un aumento en la tasa de prevalencia, pasando de 19.89 casos en 1990 a 23.40 casos en 2019, siendo la tasa más alta en ese año entre todos los países. Mientras tanto, Estados Unidos tuvo una disminución en la prevalencia, con 8.51 casos en 1990 y 5.00 casos en 2019, manteniendo como el país con la tasa más baja.

Figura 8: Prevalencia por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad de 50 a 54 años.



Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

En la gráfica anterior, se puede observar la evolución de la tasa de prevalencia por aborto en el grupo de edad de 50 a 54 años para diferentes países a lo largo de los años. Analizando los datos, se destacan los siguientes valores:

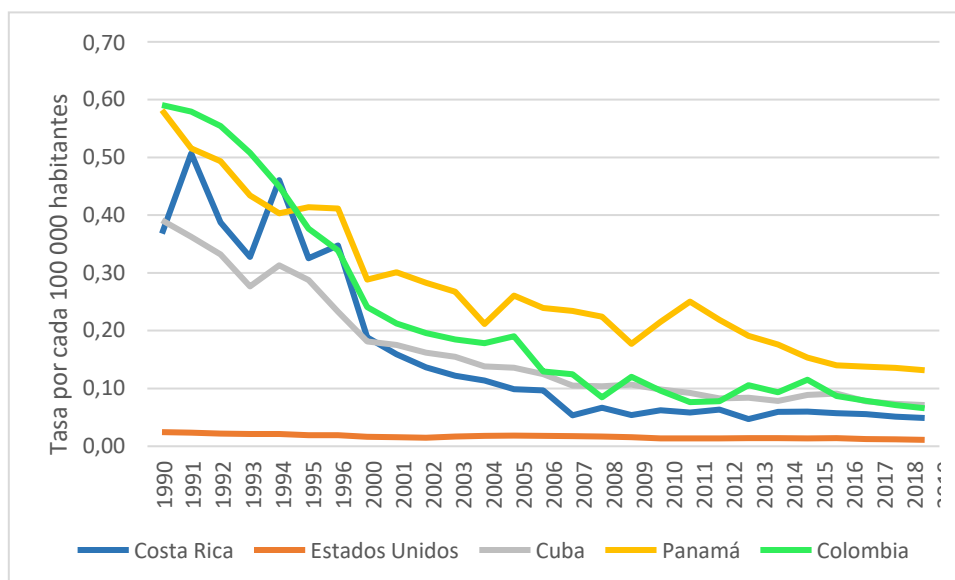
En el año 1990, se registraron las siguientes tasas de prevalencia por cada 100,000 habitantes en este grupo de edad: Colombia con la prevalencia más alta de 0.15 casos, seguido de Panamá con la prevalencia con 0.09 casos, Costa Rica con 0.08 casos, Cuba con 0.01 casos y Estados Unidos con ninguna prevalencia reportada.

A medida que avanzaron los años, se observaron variaciones en la prevalencia por aborto en este grupo de edad en los diferentes países. Sin embargo, es importante destacar que la prevalencia en este grupo de edad es generalmente mucho más baja que en el grupo de edad de 25 a 49 años. Por ejemplo, en Costa Rica la prevalencia se mantuvo relativamente constante

alrededor de 0.02 casos a lo largo de los años. Cuba y Estados Unidos también mostraron una prevalencia baja y constante, con valores cercanos a cero.

En Panamá, se observa una disminución gradual en la prevalencia, pasando de 0.09 casos en 1990 a 0.03 casos en 2019. Colombia también mostró una disminución en la prevalencia, pasando de 0.15 casos en 1990 a 0.06 casos en 2019.

Figura 9: Mortalidad total por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, según tasa estandarizada.



Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

Respecto a la gráfica anterior, a continuación, se presenta la tasa de mortalidad por aborto en edad estandarizada por cada 100,000 habitantes en los países mencionados a lo largo del período de tiempo especificado:

En Costa Rica, la tasa comienza en 0.37 en 1990, alcanza su punto más alto en 1991 con 0.51, y luego muestra una tendencia descendente hasta alcanzar su punto más bajo en 2019 con 0.05.

En Estados Unidos, la tasa de mortalidad por aborto en edad estandarizada es muy baja a lo largo de todo el período, manteniéndose en 0.02 en la mayoría de los años, su punto más bajo es de 0,01 desde 2010 hasta 2019.

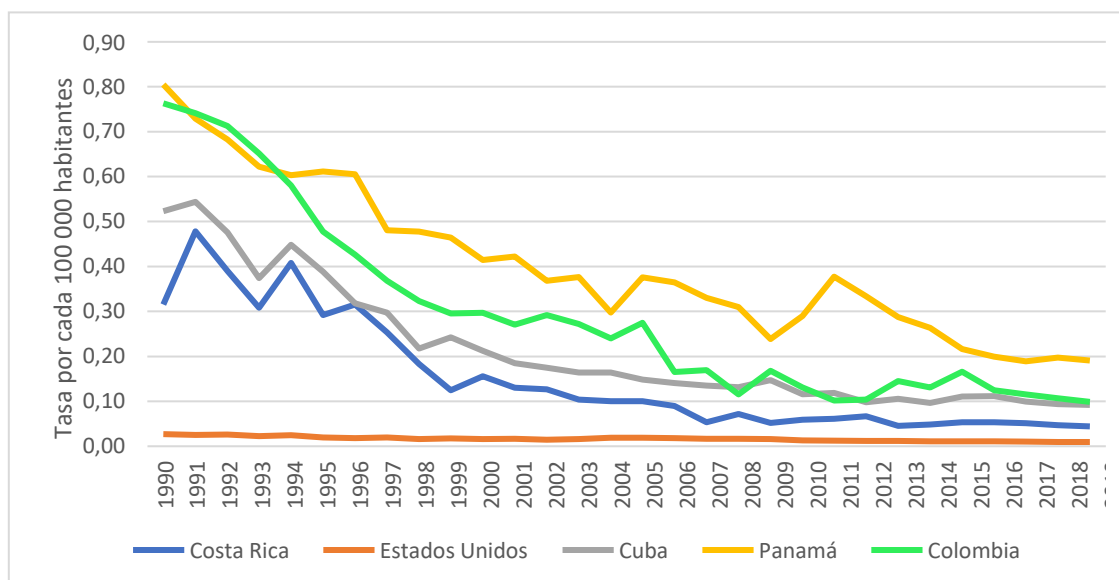
En Cuba, la tasa comienza en 0.39 en 1990, disminuye gradualmente y se estabiliza alrededor de 0.07 a partir de 2010.

En Panamá, se registra la tasa con 0.58 en 1990. Experimenta una disminución gradual, alcanzando 0.13 en 2019, siendo la más alta para ese año.

En Colombia, la tasa inicia en 0.59 siendo la más alta en 1990, disminuye hasta 0.07 en 2018 y luego se mantiene relativamente estable.

El país con el mayor valor de tasa de mortalidad por aborto en edad estandarizada a lo largo de estos años es Colombia, con 0.59 en 1990. Por otro lado, el país con el menor valor es Costa Rica, con un punto más bajo de 0.05 en 2019.

Figura 10: Mortalidad por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad 10 a 24 años.



Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

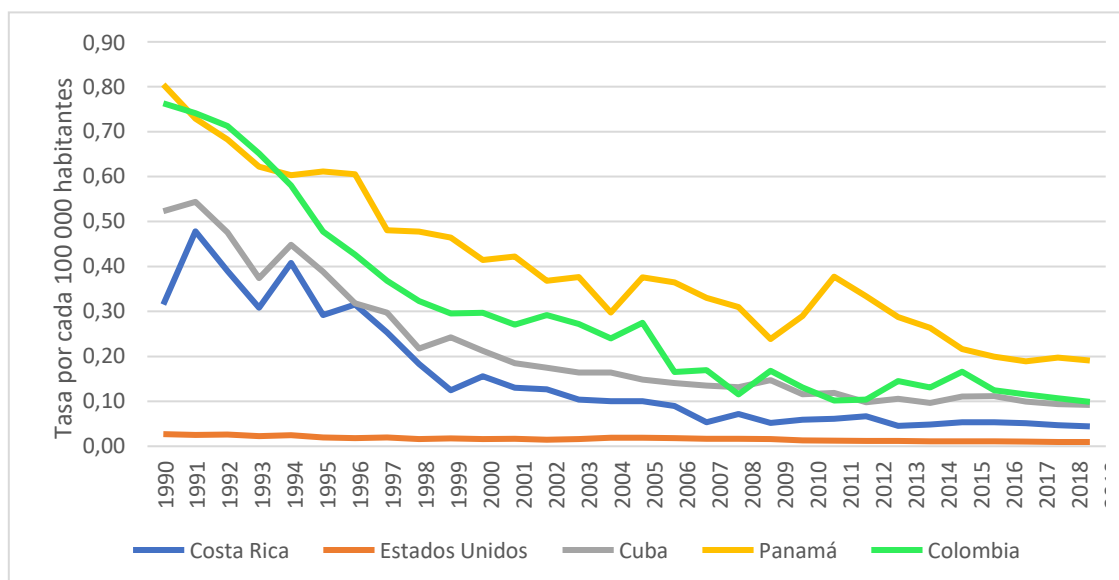
En la gráfica anterior, en el año 1990, se registraron las siguientes tasas de mortalidad por cada 100,000 habitantes en este grupo de edad: Panamá con la tasa más alta de 0.80 casos, seguido de Colombia con 0.76 casos, Cuba con 0.52 casos, Costa Rica con 0.31 casos y Estados Unidos con 0.03 casos.

A medida que avanzaron los años, se observaron variaciones en la mortalidad por aborto en este grupo de edad en los diferentes países. Por ejemplo, Costa Rica experimentó una disminución en la tasa de mortalidad, pasando de 0.31 casos en 1990 a 0.04 casos en 2019. Cuba también mostró una tendencia descendente, pasando de 0.52 casos en 1990 a 0.09 casos en 2019.

Panamá presentó fluctuaciones en la mortalidad a lo largo del tiempo, pero para el año 2019 se registró una tasa de 0.19 casos, siendo igualmente la tasa más alta para ese año. Colombia mostró una disminución gradual en la tasa de mortalidad, pasando de 0.76 casos en 1990 a 0.10

casos en 2019. Mientras tanto, Estados Unidos tuvo una disminución considerable en la mortalidad, con 0.03 casos en 1990 y 0.01 casos en 2019.

Figura 11: Mortalidad por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad de 25 a 49 años.



Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

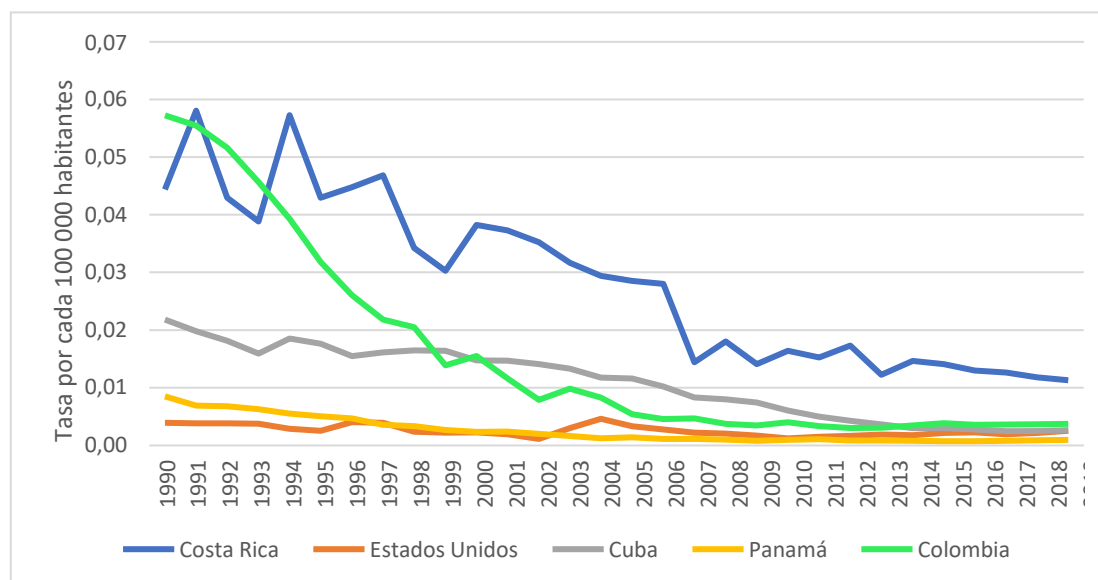
En la gráfica anterior, en el año 1990, se registraron las siguientes tasas de mortalidad por cada 100,000 habitantes en este grupo de edad: Colombia con 1.23 casos con la tasa más alta, seguido de Panamá con 1.19 casos, Costa Rica con 0.87 casos, Cuba con 0.84 casos y Estados Unidos con 0.05 casos.

A medida que avanzaron los años, se observaron variaciones en la mortalidad por aborto en este grupo de edad en los diferentes países. Por ejemplo, Costa Rica experimentó una disminución en la tasa de mortalidad, pasando de 0.87 casos en 1990 a 0.11 casos en 2019. Cuba también mostró una tendencia descendente, pasando de 0.84 casos en 1990 a 0.14 casos en 2019.

Panamá presentó fluctuaciones en la mortalidad a lo largo del tiempo, pero para el año 2019 se registró una tasa de 0.25 casos. Colombia mostró una disminución gradual en la tasa de mortalidad, pasando de 1.23 casos en 1990 a 0.13 casos en 2019. Mientras tanto, Estados Unidos

tuvo una disminución considerable en la mortalidad, con 0.05 casos en 1990 y 0.03 casos en 2019.

Figura 12: Mortalidad por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad de 50 a 54 años.



Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

En la gráfica anterior, se puede observar la evolución de la tasa de mortalidad por aborto en el grupo de edad de 50 a 54 años para diferentes países a lo largo de los años. Analizando los datos, se destacan los siguientes valores:

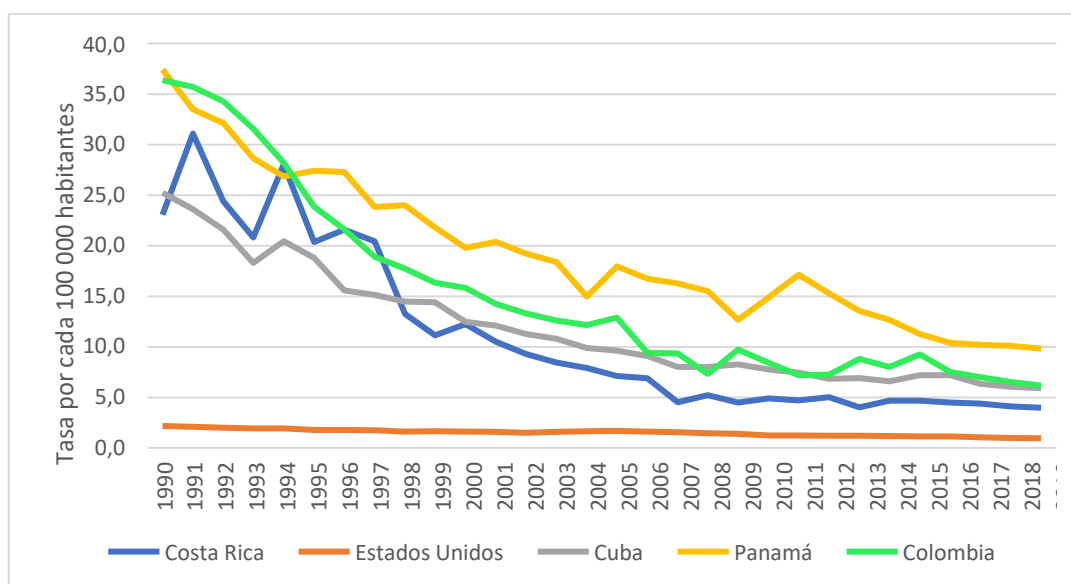
En el año 1990, se registraron las siguientes tasas de mortalidad por cada 100,000 habitantes en este grupo de edad: Colombia con 0.06 casos con la tasa más alta, Cuba con 0.02 casos, Costa Rica con 0.04 casos, Panamá con 0.01 casos, y Estados Unidos con 0.00 casos.

A medida que avanzaron los años, se observaron variaciones en la mortalidad por aborto en este grupo de edad en los diferentes países. Por ejemplo, Costa Rica experimentó una ligera disminución en la tasa de mortalidad, pasando de 0.04 casos en 1990 a 0.01 casos en 2019. Cuba también mostró una tendencia descendente, pasando de 0.02 casos en 1990 a 0.00 casos en 2019.

Panamá y Colombia mantuvieron tasas de mortalidad muy bajas en este grupo de edad a lo largo de los años, con fluctuaciones mínimas. En el año 2019, ambos países registraron tasas de mortalidad por aborto de 0.00 casos.

Estados Unidos tuvo una tasa constante de mortalidad por aborto de 0.00 casos en el grupo de edad de 50 a 54 años durante todo el período analizado.

Figura 13: Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) totales, por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, según tasa estandarizada.



Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

En la gráfica anterior se muestra la tasa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por aborto en edad estandarizada en diferentes países a lo largo de los años. Analizando estos datos, podemos destacar lo siguiente:

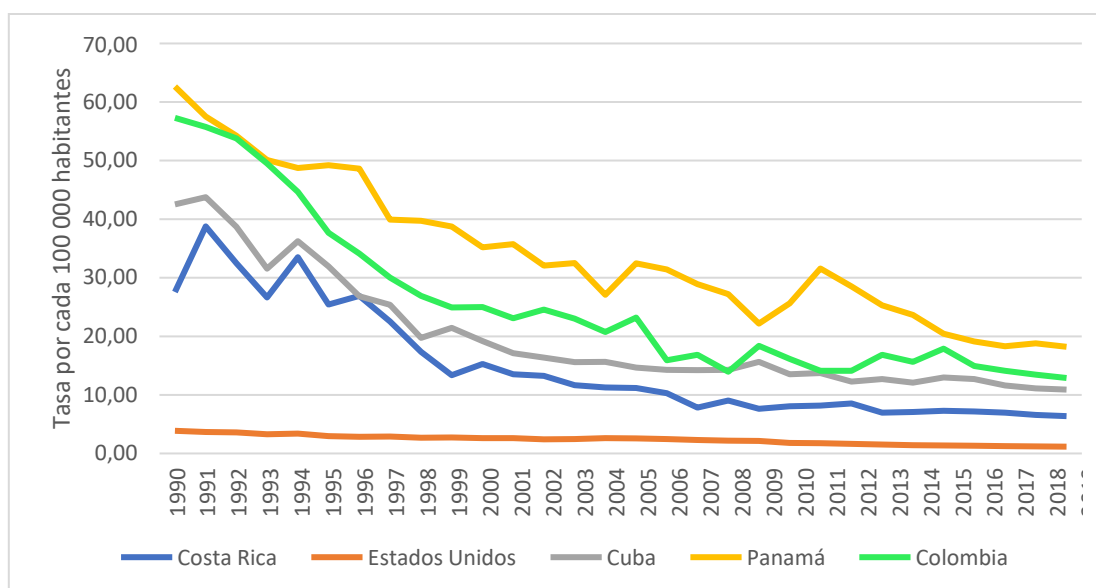
Colombia y Panamá, que tenían las tasas más altas en 1990, mostraron descensos considerables. Costa Rica, Cuba y Estados Unidos también presentaron reducciones en diferentes magnitudes.

En el año 1990, Panamá presentaba la tasa más alta de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) debido al aborto en edad estandarizada, con un valor de 37.4 AVAD por cada 100 000 personas. Le seguía Colombia con una tasa de 36.4 AVAD. Costa Rica y Cuba se ubicaban en un rango intermedio con tasas de 23.1 AVAD y 25.2 AVAD, respectivamente, mientras que Estados Unidos presentaba la tasa más baja con solo 2.2 AVAD.

En el año 2019, las tasas de AVAD por aborto en edad estandarizada fueron las siguientes: Panamá registró una tasa de 9.8 AVAD, seguido de Colombia con 6.1 AVAD. Cuba presentó una tasa de 5.9 AVAD, mientras que Costa Rica tuvo una tasa de 4.0 AVAD. Estados Unidos se mantuvo con la tasa más baja, con solo 0.9 AVAD.

En el año 1990, la tasa de AVAD por aborto en Costa Rica fue de 23.1. A partir de ese punto, la tasa experimentó fluctuaciones a lo largo de los años. En 1991, hubo un aumento significativo a 31.1, seguido de una disminución en 1992 a 24.4. Posteriormente, la tasa continuó fluctuando, mostrando un descenso gradual hasta alcanzar su punto más bajo en 2013 con una tasa de 4.0. A partir de ese año, la tasa volvió a aumentar ligeramente en los años siguientes, situándose otra vez en 4.0 en 2019.

Figura 14: Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad de 10 a 24 años.



Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

En la gráfica anterior, se puede observar la evolución de la tasa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por aborto en el grupo de edad de 10 a 24 años para diferentes países a lo largo de los años. Analizando los datos, se destacan los siguientes valores:

En el año 1990, se registraron las siguientes tasas de AVAD por aborto por cada 100,000 habitantes en este grupo de edad donde Panamá presenta la tasa más alta de 62.64 AVAD, Colombia con 57.28 AVAD, Cuba con 42.52 AVAD, Costa Rica con 27.53 AVAD y Estados Unidos con la más baja de 3.87 AVAD.

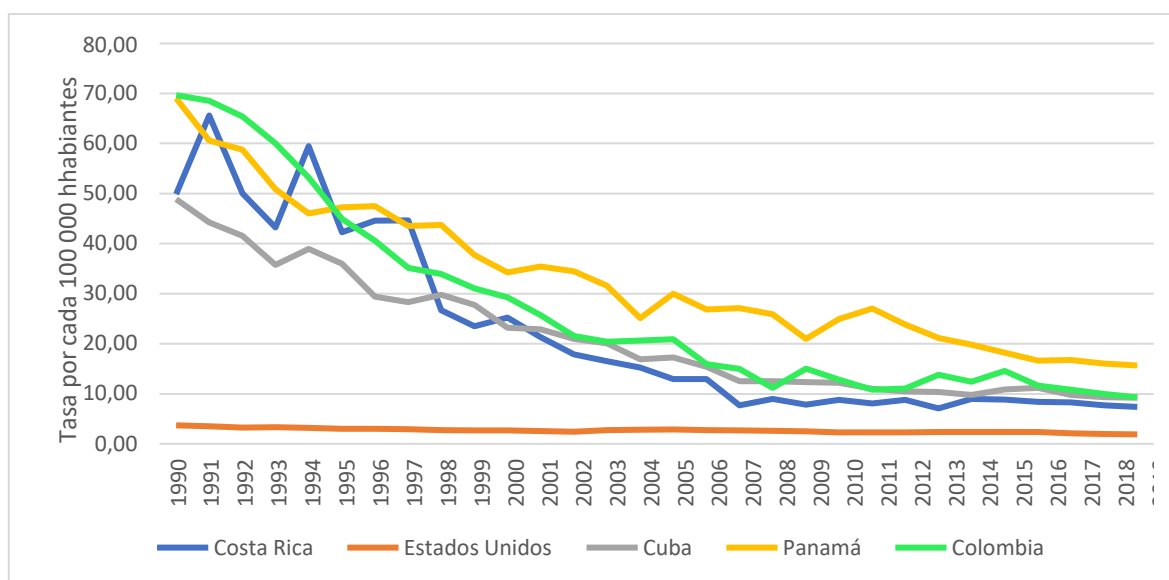
A medida que avanzaron los años, se observaron variaciones en la tasa de AVAD por aborto en este grupo de edad en los diferentes países. Por ejemplo, Costa Rica experimentó una disminución en la tasa de AVAD, pasando de 27.53 AVAD en 1990 a 6.36 AVAD en 2019.

Cuba también mostró una tendencia descendente, pasando de 42.52 AVAD en 1990 a 10.89 AVAD en 2019.

Panamá y Colombia presentaron fluctuaciones en la tasa de AVAD a lo largo del tiempo. Sin embargo, para el año 2019, Panamá registró una tasa de 18.22 AVAD y Colombia una tasa de 12.85 AVAD. Panamá se mantuvo con las tasas más altas.

Estados Unidos tuvo una tasa constante y baja de AVAD por aborto en el grupo de edad de 10 a 24 años durante todo el período analizado, con valores inferiores a 2 AVAD.

Figura 15: Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad de 25 a 49 años.



Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

En la gráfica anterior, se puede observar la evolución de la tasa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por aborto en el grupo de edad de 25 a 49 años para diferentes países a lo largo de los años. Analizando los datos, se destacan los siguientes valores:

En el año 1990, se registraron las siguientes tasas de AVAD por aborto por cada 100,000 habitantes en este grupo de edad: Colombia con la tasa más alta de 69.66 AVAD, Panamá con 69.04 AVAD, Cuba con 48.87 AVAD, Costa Rica con 49.87 AVAD y Estados Unidos con la más baja de 3.70 AVAD.

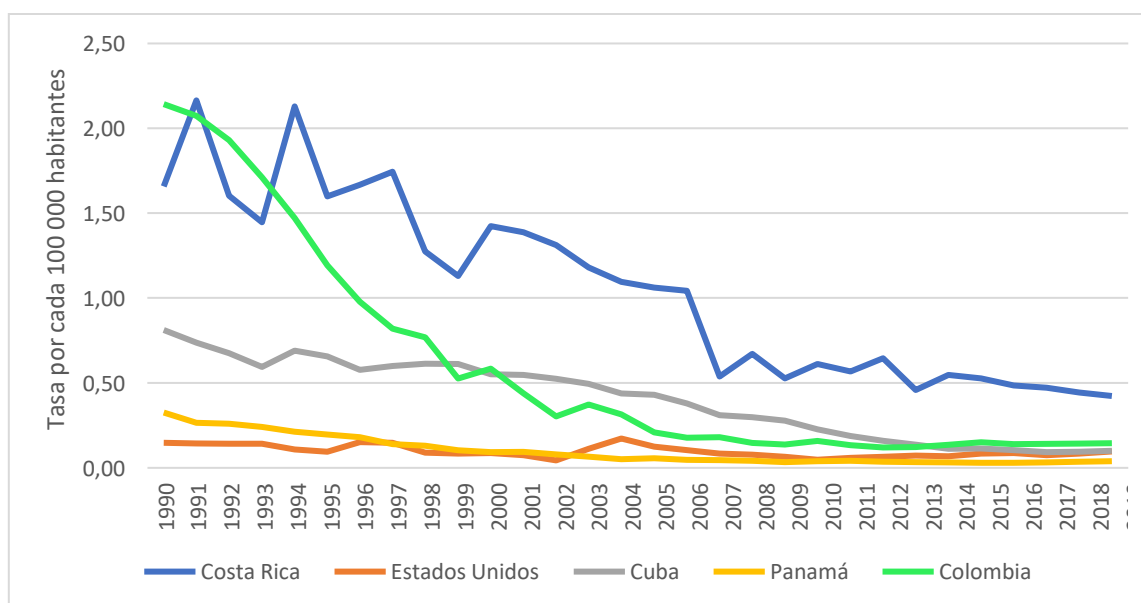
A medida que avanzaron los años, se observaron variaciones en la tasa de AVAD; Costa Rica experimentó varias fluctuaciones resultando en una disminución considerable en la tasa de

AVAD, pasando de 49.87 AVAD en 1990 a 7.35 AVAD en 2019. Cuba también mostró una tendencia descendente, pasando de 48.87 AVAD en 1990 a 9.21 AVAD en 2019.

Panamá al igual que Costa Rica presentó fluctuaciones en la tasa de AVAD a lo largo del tiempo, pero para el año 2019 se registró una tasa de 15.65 AVAD, siendo la más alta para ese año. Colombia mostró una disminución en la tasa de AVAD, pasando de 69.66 AVAD en 1990 a 9.31 AVAD en 2019.

Estados Unidos tuvo una disminución gradual en la tasa de AVAD por aborto en el grupo de edad de 25 a 49 años durante el período analizado, pasando de 3.70 AVAD en 1990 a 1.90 AVAD en 2019.

Figura 16: Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), por aborto en Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba en el período de 1990-2019, en edad de 50 a 54 años.



Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

En la gráfica anterior, se puede observar la evolución de la tasa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por aborto en el grupo de edad de 50 a 54 años para diferentes países a lo largo de los años. Analizando los datos, se destacan los siguientes valores:

En el año 1990, se registraron las siguientes tasas de AVAD por aborto por cada 100,000 habitantes en este grupo de edad: Colombia con la tasa más alta de 2.14 AVAD, Costa Rica con 1.66 AVAD, Cuba con 0.81 AVAD, Panamá con 0.33 AVAD y Estados Unidos con la más baja de 0.15 AVAD.

A medida que avanzaron los años, se observaron variaciones en la tasa de AVAD por aborto en este grupo de edad en los diferentes países. Por ejemplo, Costa Rica experimentó una

disminución en la tasa de AVAD, pasando de 1.66 AVAD en 1990 a 0.42 AVAD en 2019. Cuba también mostró una tendencia ascendente, pasando de 0.81 AVAD en 1990 a 0.10 AVAD en 2019.

Colombia y Costa Rica presentaron fluctuaciones en la tasa de AVAD a lo largo del tiempo. Sin embargo, para el año 2019, Costa Rica registró una tasa de 0.42 de AVAD siendo la más alta entre todos los países.

Estados Unidos tuvo una ligera disminución en la tasa de AVAD por aborto en el grupo de edad de 50 a 54 años durante el período analizado, pasando de 0.15 AVAD en 1990 a 0.10 AVAD en 2019.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADO

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Con respecto al aborto, la OMS la Organización Mundial de la Salud (OMS) proporciona datos esclarecedores sobre la relación entre la restricción del acceso al aborto y el aumento de los abortos inseguros en todo el mundo. Se ha observado que en aquellos países donde el aborto está limitado, se produce un incremento en la cantidad de embarazos no deseados que terminan en abortos inseguros. Por el contrario, en países donde el aborto es legal, se registran índices más bajos de embarazos no deseados y abortos inseguros. (Romero & Silvina, 2020)

En comparación con países como Estados Unidos, Panamá y Cuba, Costa Rica también ha logrado disminuir la incidencia de abortos con el pasar de los años, a excepción de Colombia que fue el único país con un comportamiento ascendente en sus valores, teniendo su pico más alto en el año 2010.

Sin embargo, la tasa de Costa Rica todavía se encuentra en una posición intermedia, por encima del país con la tasa más baja registrada que es Estados Unidos, la cual ha experimentado una reducción significativa de 873.8 casos en 1990 a 348.3 casos en 2019. A su vez, la tasa de Costa Rica es inferior a la de Panamá, que presentó su mayor incidencia de abortos con 3076.5 casos en 1990 pasando a 2,141.9 casos en 2019 y a la de Colombia del 2019 que equivale a 2521.4 casos, siendo la más alta para ese año entre todos los países.

Esto indica que a pesar de las restricciones en el acceso al aborto en Costa Rica, las medidas enfocadas en establecer un protocolo que garantice el acceso al aborto cuando esté en riesgo la vida o la salud de la mujer, asegurar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva,

promover programas educativos sobre anticonceptivos y derechos sexuales y reproductivos, y abordar la violencia contra las mujeres en los servicios de salud ha tenido un impacto positivo en la reducción de los casos. (Preinfalk Fernández, 2022)

Los patrones de la tasa de prevalencia muestran similitudes con los resultados anteriores. En 1990, Panamá lideraba con la mayor prevalencia, alcanzando un valor de 25,3, pero en 2019 descendió al segundo lugar debido al aumento gradual que ha experimentado Colombia a lo largo de los años, con una tasa de 20.7 casos por cada 100 000 habitantes, superando los 17,6 casos que presentaba Panamá en ese mismo año; Estados Unidos siempre mantuvo la tasa más baja.

Dado que Colombia es el único país entre los cinco analizados que no ha logrado reducir tanto su incidencia como su prevalencia, es importante llevar a cabo estudios más exhaustivos para comprender las razones detrás de este incremento gradual en el país. Este aumento podría explicarse con diversos aspectos demográficos, ambientales, de estilo de vida y de acceso a servicios de salud, que podrían estar contribuyendo a dichos resultados.

En el año 2010, se llevó a cabo en Colombia un estudio basado en datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), en el que participaron 13,313 mujeres de entre 13 y 19 años. Se encontró una alta incidencia de embarazos y se identificaron factores de riesgo y protectores relacionados con el inicio de la vida sexual y el embarazo en este grupo de población. Estos hallazgos pueden ser de gran utilidad para implementar estrategias y políticas encaminadas a prevenir el embarazo en adolescentes y promover una salud sexual y reproductiva adecuada en esta población. Es importante resaltar que entre los años 2008 y 2014, en Colombia, el 23,4% de los nacimientos se produjeron como resultado de embarazos en adolescentes, lo cual tiene

serias implicaciones sociales, emocionales y biológicas para la madre, lo que también podría explicar el aumento en las tasas de incidencia y prevalencia de abortos mencionadas anteriormente, a través de los años. (Pinzón-Rondón et al., 2018)

Con respecto a los grupos etarios, se observa que el grupo de edad de 10 a 24 años presenta las tasas más altas de incidencia y prevalencia de aborto en los países estudiados (Costa Rica, Estados Unidos, Colombia, Panamá y Cuba), durante el período de 1990 a 2019 seguido por el grupo de edad de 25 a 49 años. Estos hallazgos resaltan la importancia de la educación, entre otros factores mencionados previamente, en la comprensión de esta situación.

En general, la falta de educación sexual adecuada que brinde a los estudiantes las habilidades y conocimientos necesarios para una vivencia segura de su sexualidad, el nivel socioeconómico, el acceso limitado a métodos anticonceptivos y las diferencias en la percepción entre mujeres jóvenes y adolescentes son factores que pueden contribuir a una mayor incidencia y prevalencia de abortos en estos grupos de menor edad. (Enríquez et al., 2019)

Panamá y Colombia se destacan como los países con los niveles más altos de mortalidad relacionadas con el aborto, especialmente en los grupos de mujeres de 25 a 49 años, seguido del grupo de 10 a 24 años. Estas cifras refuerzan la evidencia de que la práctica del aborto varía considerablemente entre países en desarrollo y países desarrollados, como Estados Unidos, que presenta la menor tasa de mortalidad asociada al aborto. (México, 2021)

De acuerdo con estimaciones, la frecuencia del aborto es siete veces mayor en países en desarrollo en comparación con países desarrollados. Esta disparidad resalta la importancia de

abordar de manera integral este tema en los contextos donde la prevalencia del aborto es más alta. (México, 2021)

Por esto relevante tener en cuenta que, en aquellos países con restricciones legales más estrictas, es más común la realización de abortos inseguros y peligrosos, lo cual puede explicar las tasas más elevadas de mortalidad Panamá y Colombia; lo cual enfatiza la importancia de establecer políticas basadas en evidencias y leyes que garanticen el acceso de las mujeres a servicios de salud seguros y de calidad, así como a una educación integral.

En comparación con el grupo de mujeres de 50 a 54 años, Costa Rica muestra más variaciones y se encuentra en un nivel similar al de Colombia en términos de mortalidad por aborto. Esta disparidad podría estar relacionada con el hecho de que las mujeres en edades avanzadas tienden a tener un mayor riesgo de morbilidad materna y neonatal. Este incremento de riesgo puede atribuirse a cambios biológicos directos, la influencia acumulativa del entorno y la adaptación inadecuada del sistema cardiovascular durante el embarazo a medida que la mujer envejece; en este grupo de mujeres también hay una mayor probabilidad de haber experimentado abortos previos. (María-Ortiz et al., 2020)

En Costa Rica, a través de los datos mostrados se observa que el parámetro que mide los años vividos con discapacidad ha presentado una notable variabilidad, aunque igualmente disminuyó con el pasar de los años. En los demás países también hay descenso, pero de manera gradual; en Estados Unidos se mantuvo estabilidad durante el período estudiado entre 1990 y 2019. En general, en todos los países el grupo etario que presenta mayores números de AVAD es el de 25 a 49 años.

La disminución en Costa Rica puede ser atribuida a varios factores, como las mejoras en el acceso a servicios de salud y rehabilitación, avances en la atención médica y terapias, así como cambios en las políticas y programas. Mientras que la variabilidad, se plantea por la posibilidad de que se estén practicando una cantidad significativa de abortos, dado que existe un mercado clandestino al margen de la ley al cual es fácil acceder por medio de páginas web, correos electrónicos y números telefónicos, a los cuales se podía recurrir para obtener un aborto. Las mujeres que optaron por esta vía no recibieron el apoyo y la información necesarios antes y después del procedimiento, lo que les generó ansiedad, temor e incertidumbre, además de poner en riesgo su salud y su vida. (Preinfalk Fernández, 2022)

Además de que algunos médicos, respaldados por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, han decidido negarse a llevar a cabo abortos terapéuticos que no estén destinados a salvar la vida o la salud de la madre, lo cual también podría explicar estas fluctuaciones. (Lanzas Rodríguez, 2020)

En el caso de Estados Unidos, que ha mantenido una estabilidad a lo largo del tiempo, esta situación puede ser justificada por diferentes factores. Uno de ellos es la existencia de "centros quirúrgicos" que imponían requisitos específicos en cuanto al espacio y personal de las clínicas de aborto. para una mayor seguridad. (Macambira, 2020)

Otros factores que han contribuido a su estabilidad son una óptima infraestructura de salud, programas y políticas efectivas bien establecidas a lo largo de este período de tiempo. Todos estos elementos han contribuido a mantener un ambiente propicio para la provisión de servicios de aborto de manera segura y con el respaldo necesario. (Macambira, 2020)

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- Las restricciones legales en el acceso al aborto están asociadas con un aumento de abortos inseguros y embarazos no deseados. Países con acceso legal al aborto registran menores índices de embarazos no deseados y abortos inseguros.
- Colombia es el único país en donde se ha observado un incremento gradual en la incidencia y prevalencia de abortos, especialmente en el grupo de mujeres jóvenes y adolescentes.
- Costa Rica ha logrado disminuir la incidencia y prevalencia de abortos a lo largo del tiempo, aunque todavía se encuentra en una posición intermedia en comparación con otros países analizados.
- Las medidas implementadas en Costa Rica, como un protocolo para garantizar el acceso al aborto en casos de riesgo para la vida o salud de la mujer, servicios de salud sexual y reproductiva, programas educativos y abordaje de la violencia contra las mujeres, han contribuido a la reducción de casos de aborto.
- Los grupos de edad más jóvenes, especialmente de 10 a 24 años, presentan las tasas más altas de incidencia y prevalencia de aborto en los países estudiados. Esto resalta la importancia de la educación sexual adecuada y el acceso a métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados.
- Panamá y Colombia tienen los niveles más altos de mortalidad relacionada con el aborto, mientras que Estados Unidos presenta la tasa más baja. Esto sugiere que las restricciones legales más estrictas están asociadas con abortos inseguros y peligrosos, lo que subraya la importancia de políticas basadas en evidencias y acceso a servicios de salud seguros.

- La legalización del acceso al aborto contribuye a disminuir los abortos inseguros y los embarazos no deseados.
- El incremento de la incidencia de abortos en Colombia podría estar relacionado con factores demográficos, ambientales, de estilo de vida y acceso limitado a servicios de salud.
- Es fundamental establecer políticas basadas en evidencias y leyes que garanticen el acceso de las mujeres a servicios de salud seguros y de calidad, así como a una educación integral sobre salud sexual y reproductiva.
- Las mejoras en el acceso a servicios de salud, la atención médica y terapias, así como los cambios en las políticas y programas, pueden contribuir a la disminución de la incidencia de abortos y la mortalidad relacionada con el aborto.
- Las políticas y programas en Estados Unidos han contribuido a mantener una tasa baja de abortos y reducir la mortalidad relacionada con el aborto.
- La disparidad en las tasas de aborto entre países desarrollados y en desarrollo destaca la necesidad de abordar el tema de manera integral en los contextos donde la prevalencia del aborto es más alta.
- El acceso limitado a servicios seguros de aborto puede llevar a la realización de abortos clandestinos, poniendo en riesgo la salud y la vida de las mujeres.
- La implementación de políticas y programas que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva de calidad puede ayudar a prevenir embarazos no deseados y, por ende, reducir la necesidad de realizar abortos.

6.2 RECOMENDACIONES

- Promover la educación sexual integral en todos los niveles educativos, proporcionando información precisa y basada en evidencia sobre métodos anticonceptivos, derechos sexuales y reproductivos, y prevención de embarazos no deseados.
- Establecer programas de educación sexual en centros educativos que aborden de manera adecuada y comprensible los diferentes métodos anticonceptivos disponibles, su accesibilidad y uso correcto. Utilizar videos o folletos, tanto físicos como digitales con códigos QR, para difundir esta información de manera efectiva, también tomando en consideración a las personas que no sepan leer.
- Incentivar el acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la disponibilidad de métodos anticonceptivos en centros de atención primaria y asegurando que sean asequibles y de calidad.
- Realizar campañas de concienciación y difusión a nivel cantonal y comunitario, donde se destaquen la importancia en la prevención de embarazos no deseados. Estas campañas pueden incluir la distribución de folletos, charlas educativas y uso de tecnología digital.
- Impulsar la participación de profesionales de la salud y organizaciones especializadas en salud sexual y reproductiva en la implementación de programas educativos, brindando orientación y asesoramiento adecuados a la población joven, especialmente en las zonas rurales donde hay menos recursos.
- Implementar programas de apoyo psicológico y emocional para mujeres y parejas que enfrentan embarazos no deseados, brindándoles información, opciones y recursos para tomar decisiones informadas y respaldadas.

- Fortalecer políticas públicas que salvaguarden y aseguren los derechos íntimos y reproductivos de las mujeres, incluyendo el acceso a una interrupción segura y legal del embarazo en situaciones de riesgo para la vida o la salud materna.
- Brindar la formación continua a los profesionales de la salud en el campo de la salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso a servicios seguros y legales de interrupción del embarazo, con el fin de garantizar que puedan ofrecer atención de calidad, libre de prejuicios y compasiva a las mujeres en Costa Rica.
- Establecer mecanismos de seguimiento y evaluación de las políticas y programas relacionados con la salud sexual y reproductiva, para asegurar su efectividad y realizar ajustes necesarios según las necesidades y los resultados obtenidos.
- Fomentar la colaboración internacional y el intercambio de buenas prácticas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, con el propósito de aprender de experiencias exitosas y fortalecer las políticas y programas a nivel global.
- Mejorar la disponibilidad y accesibilidad de métodos anticonceptivos modernos y eficaces, garantizando su distribución asequible en todas las áreas, en particular en comunidades rurales y de bajos recursos.
- Incluir activamente a las personas jóvenes en el diseño e implementación de programas y políticas relacionados con la salud sexual y reproductiva, fomentando su participación y asegurando que se tengan en cuenta sus necesidades y perspectivas.
- Apoyar en la eliminación de barreras legales, administrativas y sociales que dificultan el acceso a servicios seguros y legales de interrupción del embarazo, garantizando así el cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres.

REFERENCIAS

1. *Aborto espontáneo—Diagnóstico y tratamiento—Mayo Clinic.* (2021, octubre 16). <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pregnancy-loss-miscarriage/diagnosis-treatment/drc-20354304>
2. Alfaro, X. (2021, marzo 8). Costa Rica: La ‘norma técnica’ y el aborto, un servicio de salud altamente estigmatizado—Contra Corriente. <https://contracorriente.red/2021/03/08/costa-rica-la-norma-tecnica-y-el-aborto-un-servicio-de-salud-altamente-estigmatizado/>
3. Blanco, J. A. D. (2009). Prevención del aborto. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 52(9), 491-496. [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(09\)72328-3](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(09)72328-3)
4. Carga De Enfermedad: Un Método Global Para Medir El Impacto De Las Enfermedades. (2019, octubre 17). *Adecco Institute.* <https://www.adeccoinstitute.es/articulos/carga-de-enfermedad-un-metodo-global-para-medir-el-impacto-de-las-enfermedades/>
5. Carrillo-Mora, P., García-Franco, A., Soto-Lara, M., Rodríguez-Vásquez, G., Pérez-Villalobos, J., Martínez-Torres, D., Carrillo-Mora, P., García-Franco, A., Soto-Lara, M., Rodríguez-Vásquez, G., Pérez-Villalobos, J., & Martínez-Torres, D. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 64(1), 39-48. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>
6. Cunningham, F., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Spong, C.Y., Dashe, J.S., Hoffman, B.L., Casey, B.M., & Sheffield, J.S. (Eds.). (2015). Aborto. En *Williams. Obstetricia, 24e* (1-Book, Section). McGraw-Hill Education. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525§ionid=100458>

7. De la teoría a la acción: Salud sexual y reproductiva en adolescentes. (2021). En *Comunicación, Acción y Movilización para la Salud Sexual y Reproductiva en México: Vol. Tomo 11*. Ipas Centroamérica y México A.C.

<https://ipasmexico.org/pdf/DeLaTeoriaAccionSSyRAdolescentes/IpasCAM2021-Tomo11-Digital.pdf>
8. Drovetta, R. I. (2021). La práctica del aborto en manos de feministas en los 70. *Revista Estudios Feministas*, 29(2). <https://www.redalyc.org/journal/381/38169618006/html/>
9. Embarazo no planeado y aborto en todo el mundo: Explicación de las estimaciones a nivel de país. (2022, marzo 16). Guttmacher Institute.
10. Enríquez, Andrea, Ortuño Villagómez, Diego, & Sacoto, Marie-France Merlyn. (2019). Adolescentes mujeres y jóvenes adultas frente a los temas de embarazo y aborto: ¿Percepciones diferentes según la edad? Estudio realizado en Quito, Ecuador (2017). *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1), 5-25. Epub 01 de junio de 2019. <https://doi.org/10.26864/pcs.v9.n1.5>
11. *Etapas en la edad fértil de una mujer*. (2021, septiembre 17). IVI PA. <https://ivi.com.pa/blog/edad-fertil-de-una-mujer/>
12. Fetal. En Diccionario del cáncer. (s. f.). Instituto Nacional del Cáncer. Recuperado el 5 de abril de 2023, de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/fetal7>.
13. González Martínez, J., Espinosa Rey, J., Cedillo Pérez, M., Espinosa Rey, I., & García, L. (Eds.). (2013). *Guía Nacional para el examen de Residencias Médicas* (2nd ed.). McGraw Hill. <https://accessmedicina-mhmedical-com-uh.knimbus.com/content.aspx?bookid=1469§ionid=96460376>
14. Guamán, V. E. G., Heredia, F. R. C., Webster, A. P. A., & Campoverde, C. E. L. (2023). *Complicaciones y factores asociados al aborto espontáneo en mujeres adolescentes*.

- Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 2790-2803.
<https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-219>
15. *Hablemos sobre fertilidad para mujeres de más de 35 años.* (s. f.). Recuperado 9 de febrero de 2023, de http://www.hiveonline.org/fertility/mujeres_mayores_35.pdf
 16. Hirsch, L. (2020, octubre). Abortos naturales (para Padres)—Nemours KidsHealth. de <https://kidshealth.org/es/parents/miscarriage.html>
 17. Jiménez, I. M. (2020). El mercado del aborto en Costa Rica en perspectiva histórica (1900-2020). Una aproximación preliminar. *Estudios*, 40, Article 40. <https://doi.org/10.15517/re.v0i40.42028>
 18. Lanzas Rodríguez, Roger Antonio. (2020). En relación con el aborto impune o terapéutico en Costa Rica. Arte. 121 Código Penal. *Revista Costarricense de Cardiología*, 22 (1), 5-8. Recuperado el 06 de junio de 2023, de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422020000100005&lng=en&tlng=es.
 19. Las consecuencias del aborto no seguro. (2018, marzo). Médicos Sin Fronteras. <https://www.msf.es/las-consecuencias-del-aborto-no-seguro>
 20. *Leyes.* (s. f.). Observatorio de Igualdad de Género de America Latina y el Caribe. Recuperado 14 de abril de 2023, de <https://oig.cepal.org/es/laws/2/country/costa-rica-10>
 21. Lopez-Hernandez, D. (2020). Factores epidemiológicos de riesgo asociados al aborto espontaneo. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 5(4). <https://doi.org/10.47784/rismf.2020.5.4.104>

22. Macambira, M. A. (2020). La salud de la mujer como fundamento de las leyes que restringen el aborto: una mirada desde el derecho comparado.
23. María-Ortiz, J. S., Álvarez-Silvares, E., Alves-Pérez, M. T., & García-Lavandeira, S. (2020). Desenlaces maternos y neonatales relacionados con edad materna avanzada. *Ginecología y obstetricia de México*, 88(2), 80-91.
24. Martínez, A. (2022, marzo 30). Cada año se producen 121 millones de embarazos no planeados. de <https://delfino.cr/2022/03/cada-ano-se-producen-121-millones-de-embarazos-no-planeados>
25. Menéndez Guerrero, G. E., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodríguez, Y., & Espert Castellanos, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3), 333-342.
26. México, I. (2021). El aborto como un asunto de salud pública.
27. Mora-Alferez, A. Pamela, Paredes, Denise, Rodríguez, Orlando, Quispe, Edwin, Chavesta, Félix, de Zigelboim, Eva Klein, & de Michelena, María. (2016). Anomalías cromosómicas en abortos espontáneos. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 62(2), 141-151. Recuperado en 23 de julio de 2023, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000200002&lng=es&tlng=es.
28. OMS. Directrices sobre la atención para el aborto 2022 | Fundación Femeba. (2022, marzo). <https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/oms-directrices-sobre-la-atencion-para-el-aborto-2022-49971>
29. Pérez, K. (2019, mayo 29). Aborto en Costa Rica, historias clandestinas—Semnario Universidad. <https://semanariouniversidad.com/especiales/aborto-en-costa-rica/>

30. Pinzón-Rondón, Ángela María, Ruiz-Sternberg, Ángela María, Aguilera-Otalvaro, Paula Andrea, & Abril-Basto, Paula Daniela. (2018). Factores asociados al inicio de vida sexual y al embarazo adolescente en Colombia. Estudio de corte transversal. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(5), 487-499. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500487>
31. Preinfalk Fernández, M. (2022). Avances y tensiones en torno al acceso al aborto terapéutico en costa rica, en el siglo XXI. *Revista ABRA*, 42(65), 63-82.
32. Quiroa, M., & Lopez, J. F. (2020, abril 1). *Demografía*. Economipedia. <https://economipedia.com/definiciones/demografia.html>
33. Resumen sobre la situación del aborto terapéutico en Costa Rica en el año 2022. (2022, mayo 20). Larissa Arroyo Navarrete. <https://larissaarroyo.com/2022/05/20/resumen-sobre-la-situacion-del-aborto-terapeutico-en-costa-rica-en-el-ano-2022/>
34. Romero, M., & Moisés, S. (2020). El aborto en cifras.
35. Sanchez Jordán, J. M. (2022). *¿Qué riesgos tiene quedarse embarazada antes de los 25 años?* Reproducción Asistida ORG. Recuperado 6 de junio de 2023, de <https://www.reproduccionasistida.org/faqs/>
36. Sánchez Jordán, J. M., Azaña Gutierrez, S., & Salvador, Z. (2022, febrero 21). *Legrado uterino—Procedimiento, recuperación y complicaciones*. Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/legrado-uterino/>
37. Sandoval-Baca, B., Chunga-Vallejos, E., Díaz-Vélez, C., Sandoval-Baca, B., Chunga-Vallejos, E., & Díaz-Vélez, C. (2019). El aborto como impacto en la mortalidad materna: ¿legalización o desarrollo humano? *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(1), 4-6. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262019000100004>

38. *Tratamiento médico del aborto*. (2019). Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328166>
39. Una nueva guía sobre atención del aborto busca evitar la muerte de 39.000 mujeres cada año | Noticias ONU. (2022, marzo 9). <https://news.un.org/es/story/2022/03/1505312>
40. Universidad de Costa Rica. (s. f.). Curso de Epidemiología a Distancia - Glosario. <https://ccp.ucr.ac.cr/cursos/epidistancia/contenido/glosario.html>. Accedido el 5 de abril de 2023.

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

GBD: Global Burden of Disease.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.

AVAD: años de vida ajustados por discapacidad.

QR: quick response code.

ADC: Asociación Demográfica Costarricense.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

CWLU: Chicago Women's Liberation Union.

MLAC: Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception.

NCI: National Cancer Institute.

TORCH: toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple y VIH.

IMC: índice de masa corporal.

ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

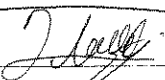
ANEXOS

DECLARACIÓN JURADA

Yo Joshmar Tadlaoui González, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 702750545 egresado de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de este acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado:

"**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS POR ABORTO EN COSTA RICA COMPARADO CON ESTADOS UNIDOS, COLOMBIA, PANAMÁ Y CUBA, 1990-2019**", es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los
12 días del mes de junio del año 2023.



Joshmar Tadlaoui González

702750545

CARTA DEL TUTOR

San José, 12 de junio del 2023

Señores
Departamento de Servicios Estudiantiles
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

La estudiante **JOSHMAR TADLAOUI GONZALEZ**, cédula de identidad número, **702750545** me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS POR ABORTO EN COSTA RICA COMPARADO CON ESTADOS UNIDOS, COLOMBIA, PANAMÁ Y CUBA, 1990-2019**" el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría; y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

A)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
B)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
D)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
E)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		100%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.

Atentamente,

MARIA SOFIA
MADRIGAL

Firmado digitalmente
por MARIA SOFIA
MADRIGAL MONGE
(FIRMA)

MONGE (FIRMA) Fecha: 2023.06.12
10:37:16 -06'00'

Dra. Sofía Madrigal Monge
3-433-505
Cód. 15633

CARTA DEL LECTOR

San José, 09 de septiembre de 2023


Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimados señores:

El estudiante **Joshmar Tadlaoui González**, cédula de identidad número 702750545, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS POR ABORTO EN COSTA RICA COMPARADO CON ESTADOS UNIDOS, COLOMBIA, PANAMÁ Y CUBA, 1990-2019”**. El cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones esenciales correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con los requisitos para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,



Dra. María Fernanda Álvarez Pineda
Céd. 2-0721-0894
Cód. 15636



**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, 20 de octubre 2023.

Señores:
Universidad Hispanoamericana
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Joshmar Tadlaoui González, con número de identificación 702750545, autor (a) del trabajo de graduación titulado **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS POR ABORTO EN COSTA RICA COMPARADO CON ESTADOS UNIDOS, COLOMBIA, PANAMÁ Y CUBA, 1990-2019**, presentado y aprobado en el año 2023 como requisito para optar por el título de Licenciatura en Medicina y Cirugía, SÍ / NO autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,



Joshmar Tadlaoui González
7 02750545