



Derogación del
Aborto Terapeutico
en Nicaragua:

IMPACTO EN SALUD



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Organización
de las Naciones Unidas

DEROGACIÓN DEL
ABORTO TERAPEUTICO
EN NICARAGUA:
IMPACTO EN SALUD

Publicado por *Salud de la Familia y la Comunidad OPS/OMS Nicaragua*

Coordinación General *Dra. Socorro Gross, representante OPS/OMS Nicaragua*

Revisión Técnica *Dr. Reynaldo Aguilar
Lic. Julio Cajina
Dra. Marianela Corriols
Dra. Alma Fabiola Morales
Dra. Ivy Talavera*

Equipo Editorial *Dr. Reynaldo Aguilar
Dra. Marianela Corriols
Lic. Vilma Gutiérrez
Dra. Alma Fabiola Morales*

Diseño Portada *Lenín Membreño Gudiel*
Diseño Interior

Impresión *Gráficos & Algo Más...*

DEROGACIÓN DEL ABORTO TERAPEUTICO EN NICARAGUA: IMPACTO EN SALUD¹

■ Introducción: contenido y objetivos del documento	Pág. 7
■ Situación en el mundo, región y país.....	Pág. 7
■ Marco conceptual: conceptos, clasificaciones	Pág. 10
■ Impacto del aborto en salud de las mujeres nicaragüenses	Pág. 12
■ Implicaciones de la legislación.....	Pág. 15
■ Mandatos y convenios internacionales	Pág. 17
■ Recomendaciones	Pág. 18

1. Introducción

La reciente derogación por la Asamblea Nacional del Artículo 165 del Código Penal de Nicaragua, que permitía el aborto terapéutico desde hace más de cien años a una nueva ley que lo condena, ha colocado en el debate público la discusión sobre la pertinencia de esta decisión aprobada recientemente por la mayoría de los legisladores en la Asamblea Nacional.

El presente documento hace un recorrido por la situación legal del aborto en el mundo, el cual es definido por la Organización Mundial de la Salud como la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad (antes de las 22 semanas de edad gestacional con peso fetal de 500 gr. y longitud céfalo nalgas de 25 cm).

Se analiza el impacto del aborto en la salud de las mujeres partiendo de las estadísticas oficiales, que evidentemente lo sub-registran y de las estimaciones basadas en proyecciones de población y tasas de eventos relacionados reportados por la literatura mundial. Así mismo se plantean aspectos conceptuales fundamentales para diferenciar los diferentes tipos de aborto y se describen las complicaciones obstétricas que requieren la realización de una interrupción del embarazo de forma inmediata para salvar la vida de la mujer.

Se estima el impacto de la actual legislación y se plantean los principales mandatos y convenios internacionales relacionados. Finalmente se proponen, desde una perspectiva del derecho a la salud las principales recomendaciones para enfrentar este problema.

2. Situación legal del aborto

El aborto en el mundo

De los 193 países que conforman las Naciones Unidas, 188 (el 97%, excluyendo cinco países: El Salvador, Chile, Ciudad del Vaticano, Honduras y recientemente Nicaragua desde el 26 de octubre del 2006) permiten el aborto terapéutico cuando el motivo del mismo es salvar la vida de la mujer embarazada y casi dos tercios para preservar la salud física y/o mental de las mujeres. Solo el 4% de la población mundial vive en países donde el aborto esta totalmente prohibido². Este dato demuestra claramente que la aceptación del acceso al aborto cuando peligra la vida de la madre trasciende diferencias culturales, credos religiosos e ideologías políticas.

Un estudio sobre los costos del aborto inseguro para el sector salud, bajo la vieja y restrictiva legislación sudafricana estimó, para 1994, un total de aproximadamente \$1.93 millones³.

Tabla 1. Aborto inseguro: Estimaciones regionales por año (1995-2000)

Región geográfica	Números estimado de abortos inseguros	Número estimado de muertes debido a un aborto inseguro	Porcentaje de muertes maternas por aborto inseguro
Africa	5,000,000	34,000	13%
América Latina	4,000,000	5,000	21%
Asia*	9,900,000	38.500	12%
Europa**	9,000	500	17%

*Excluye Australia, Nueva Zelandia y Japón

**Primordialmente Europa del Este.

¹ Esta Nota Informativa fue preparada por la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial para la Salud (OPS-OMS).

² Centro de Derechos reproductivos, Reflexiones sobre el aborto, Briefing paper, New York, NY 2003. Disponible en: www.reproductiverights.org

³ Cook,RJ., Dickens BM and Bliss LE., 'International Developments in Abortion Law: 1988-1998' American Journal Of Public Health, 89(4): 579-586(1999)

Tabla 2.
Regulación del Aborto⁴ y Razón de Mortalidad Materna⁵ en algunos países del mundo

País	Proteger vida de la madre	Salud física	Salud mental	Violación	Defectos del feto	Factores socio-económicos	A solicitud	RMM (1)	RMM por aborto (2)	Fuente 1 y 2
Alemania	S	#	#	*	*	*	*(ilegal, pero no punible)			
Argentina	S	S	S*	S*	N	N	N	43.6		2003
Bahamas	S	S	S	N*	N*	N	N			
Belice	S	S	S	N	S	S	N	N/A		
Bolivia	S	S	S*	S	N	N	N	230		1999-2003
Brasil	S	N	N	S	N	N	N	73.1		2002
Canadá	S	S	S	S	S	S	S	N/A		N/A
Chile	N*	N*	N*	N*	N*	N*	N*	13.4	4.6	2003/2000
Colombia	S	S	S	S	S	N	N	84.4		2002
Costa Rica	S	S	S*	N	N	N	N	30.5		2004
Cuba	S	S	S	S	S	S	S	38.5	2.8	2004/2000
Ecuador	S	S	S*	N*	N	N	N	77.8		2003
El Salvador	N*	N	N	N	N	N	N	120 173		1998 2002
España	S	S	S	*	#	N	N			
Estados Unidos	S	S	S	S	S	S	Varia			
Guatemala	S	N	N	N	N	N	N	153		2000
Guyana*	S	S	S	S	S	S	S			
Haití	S	N*	N	N*	N*	N	N			
Honduras	S*	N	N	N	N	N	N	108		1997
Irlanda	S	N	N	N	N	N	N			
Jamaica	S	S	S	<	<	N	N	95		2001-2003
México	S	N*	N*	S	N*	N*	N	65.2		2003
Nicaragua	N, desde el 26 de octubre del 2006	N	N	N	N	N	N	82.8	1.6	2003/2006
Panamá	S	S	N	S	N	N	N			
Paraguay	S	N	N	N	N	N	N			
Perú	S	S	S	N	N	N	N	185		1994-2004
Polonia	S	S	*	*	*	N	N			
Rep. Dominic.	S*	N	N	N	N	N	N	75.3		2004
Surinam	S	N	N	N	N	N	N			
Uruguay	S	S	S	S	N	N	N			
Venezuela	S	N	N	N	N	N	N			

Leyenda:

S- Legal S* - Legal con margen de interpretación

N- Ilegal N* - Ilegal con margen de interpretación

* - Legal sólo durante 1er trimestre

< - Aprobación de 2 especialistas Varia- Varía por región

⁴ <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/profiles.htm> y análisis propios⁵ Indicadores básicos 2005 OPS-OMS

El aborto en la región de la América Latina y el Caribe

El aborto inseguro constituye un problema de salud pública sumamente grave, ya que se realiza en condiciones que atentan contra la vida, la salud y la integridad de la mujer. Es una de las causas principales de mortalidad materna en América Latina y el Caribe. Según el último estudio de la OMS, la proporción de muertes por abortos fue más alta en Latinoamérica y El Caribe, alcanzando hasta el 12% del total de muertes como promedio, siendo hasta 30% en algunos países de la Región⁶. Un análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos, concluyó que la diferencia encontrada en la mortalidad materna por aborto en estos tres países (4.6, 2.8 y 0.3 por 100,000 nacidos vivos respectivamente) se debía a la legalización del aborto⁷. Pese a esta realidad, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe penalizan el aborto en algunas circunstancias, mientras que Chile, El Salvador, Honduras y recientemente Nicaragua lo penalizan en todas las circunstancias.

Los niveles del aborto inseguro en los países de América Latina que tienen leyes restrictivas alcanzan dimensiones epidémicas⁸. Cada año aproximadamente 4 millones de mujeres latinoamericanas recurren a abortos inseguros, y del 30 al 45% de ellas sufren complicaciones que atentan contra su vida e imponen un costo enorme a los sistemas de atención a la salud⁹.

Aproximadamente 3.7 millones de abortos inducidos ocurren cada año en Latinoamérica y El Caribe, y se estima que un 17% de muerte maternas se debe al aborto inseguro¹⁰. El aborto inseguro es la cuarta causa de mortalidad materna en Perú¹¹. Guyana liberalizó su legislación de aborto como reacción a la evidencia de altas tasas de mortalidad materna causadas por la carencia de servicios de abortos seguros y legales¹².

En Guatemala un estudio de línea basal de mortalidad materna realizado por el gobierno, muestra que el aborto inseguro se presenta en el país y es un factor que contribuye a la mortalidad materna. Los resultados de este estudio mostraron que las cuatro causas principales de mortalidad materna fueron la hemorragia postparto (54%), sepsis (14%), hipertensión (12%), y aborto (10%)¹³.

En Chile uno de los mayores problemas que enfrenta es la vulneración que sufren las mujeres en su derecho a la confidencialidad y a la no auto-incriminación. Las disposiciones del Código Procesal Penal y las contenidas en el Estatuto Administrativo conllevan a los profesionales de la salud a denunciar a las mujeres que recurren a los servicios de salud por complicaciones de un aborto inducido. Según diferentes estudios, las mujeres que ingresan al circuito penal son mujeres de escasos recursos que han sido denunciadas por los propios prestadores de salud¹⁴.

En Colombia, en un fallo histórico, la Corte Constitucional Colombiana (en adelante Corte Constitucional) falló el pasado 10 de mayo de 2006 a favor de la demanda que pedía la despenalización del aborto. La Corte Constitucional estableció que la interrupción

⁶ Khan et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*, 2006 Apr 1; 367(9516): 1066-74

⁷ Donoso E. Oyarzún E. Análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004.

⁸ Paxman J.M., Rizo A., Brown L., Benson J., La epidemia clandestina: la práctica del aborto inseguro en América Latina, *Studies in Family Planning*, 1994;24 205-226.

⁹ Paxman J.M., Rizo A., Brown L., Benson J., La epidemia clandestina: la práctica del aborto inseguro en América Latina, *Studies in Family Planning*, 1994;24 205-226.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*, 4ta. Edición, Ginebra: OMS 2004.

¹¹ Oficina General de Epidemiología Mortalidad Materna en el Perú 1997-2002, Ministerio de Salud.

¹² Aborto clandestino: una realidad latinoamericana, Instituto Alan Guttmacher, Nueva York, NY, 1994

¹³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Informe Final: Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.

¹⁴ CEPAL/ACNUDH. Derechos reproductivos en América Latina y El Caribe: Situación Actual y Perspectivas.

Argumentos principales del fallo de Colombia

- ▣ La vida como un bien constitucionalmente relevante que debe ser protegido por el estado Colombiano y su diferencia con el derecho a la vida.
- ▣ La vida y los tratados internacionales de los derechos humanos que hacen parte del bloque de constitucionalidad.
- ▣ Los límites a la potestad de configuración del legislador en materia penal: a) el principio y derecho fundamental a la dignidad humana como límites a la libertad de configuración del legislador en materia penal, b) el derecho al libre desarrollo de la personalidad como límite a la libertad de configuración del legislador en materia penal, c) la salud, así como la vida y la integridad de las personas, como límite a la libertad de configuración del legislador en materia penal

voluntaria del embarazo no será delito cuando la vida de la madre corra peligro, cuando se presenten malformaciones del feto incompatibles con la vida extrauterina y cuando el embarazo sea producto de una violación.

Esta sentencia consiguió cambiar el debate sobre el aborto en Colombia y visibilizar la realidad en términos de salud pública, derechos humanos y justicia social. Además, esta sentencia sienta un precedente jurídico importante en la región.

3. Marco conceptual y clasificaciones

A borto es definido como “la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente” (OMS, 1994). La OMS considera el límite de viabilidad la edad gestacional de 22 semanas y el peso fetal de 500 gr. y longitud céfalo nalgas de 25 cm.

La definición del aborto según diferentes autores es hasta las 20 ó 22 semanas de gestación. Por ejemplo, Schwarcz (2003) plantea que es la interrupción del embarazo por cualquier causa antes de las 20 semanas de gestación, contando desde el primer día de la última menstruación, y/o el producto de la concepción tenga un peso menor de 500 gramos.

Esta interrupción puede ser espontánea o provocada. Las estimaciones de aborto espontáneo entre la concepción y la nidación se estiman cerca de 50%. Entre implantación y las primeras seis semanas, el aborto espontáneo es de un tercio de los embarazos, generalmente por alteraciones cromosómicas. De los embarazos con diagnóstico ecográfico, se estima que 15% (10-25%) se interrumpen espontáneamente antes de las 20 semanas (la mayoría antes de 12 semanas).

Clasificaciones:

Generalmente se utilizan tres clasificaciones en torno al aborto: La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS, clasificación médica y clasificación legal según la finalidad y las circunstancias.

La siguiente tabla, correspondiente a la CIE de la OMS, nos refleja la complejidad del problema del aborto y la severidad de las complicaciones involucradas.

**Tabla 3. Clasificación internacional de las enfermedades (OMS)¹⁵
Embarazo terminado en aborto (000-008)**

000	Embarazo ectópico ¹⁶ (incluye embarazo ectópico roto) Embarazo abdominal, Embarazo tubárico(aborto tubárico, embarazo falopiano, ruptura del oviducto o trompa de Falopio, Embarazo tubárico, Otros embarazos ectópicos (cervical, cornual, intraligamentoso, mural)
001	Mola hidatiforme ¹⁷ Mola hidatiforme clásica, incompleta o parcial y no especificada
002	Otros productos anormales de la concepción Detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme, Aborto retenido (muerte fetal precoz con retención del feto muerto), Otros productos anormales especificados de la concepción, Producto anormal de la concepción no especificado
003	Aborto espontáneo Incompleto: complicado con infección genital y pélvica, por hemorragia excesiva o tardía, con embolia, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas y sin complicación Completo o no especificado: complicado con infección genital y pélvica, por hemorragia excesiva o tardía, por embolia, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas y sin complicación
004	Aborto médico (ver clasificaciones del 003)
005	Otro aborto (ver clasificaciones del 003)
006	Aborto no especificado (ver clasificaciones del 003)
007	Intento fallido de aborto Falla de la inducción médica del aborto: complicado por infección genital y pélvica, por hemorragia excesiva o tardía, por embolia, con otras complicaciones y las no especificadas y sin complicación. Otros intentos fallidos de aborto: complicado por infección genital y pélvica, por hemorragia excesiva o tardía, por embolia, con otras complicaciones y las no especificadas y sin complicación.
008	Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar Infección genital y pélvica, hemorragia excesiva o tardía consecutiva, embolia, choque, insuficiencia renal, trastornos metabólicos, lesión de órganos o tejidos de la pelvis, otras complicaciones venosas, otras complicaciones y complicaciones no especificadas.

Fuente: CIE 10, OMS.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10ª Revisión

¹⁶ Embarazo ectópico: Es la nidación y el desarrollo del huevo fuera de la cavidad del útero. La ubicación puede ser: tubárica, tuboovárica, ovárica, abdominal, intraligamentaria y cervical. La tubárica es la implantación más común (90% al 95% de los casos). En algunos casos se produce hemorragia y shock gravísimo, lo que obliga a una rápida intervención quirúrgica para detener la pérdida de sangre y salvar la vida de la mujer.

¹⁷ La mola hidatiforme (mola vesicular, mola en racimos o mixoma placentarios) es una degeneración quística edematosa de las vellosidades coriales, que abarcan la placenta y el resto del complejo ovular. Generalmente se expulsa espontáneamente alrededor del cuarto o quinto mes. Hacia esa época se inicia el aborto: aumenta las hemorragias que se acompañan de expulsión de vesículas, siendo necesario la evacuación completa de focos de epitelio corial que puedan llevar a un coriocarcinoma. La malignización hacia un coriocarcinoma fluctúa entre un 6-10% de los casos.

Según la clasificación clínica existen varias definiciones según el origen del aborto:

- Aborto inducido provocado o voluntario. Es el resultante de maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Este puede ser en un contexto de legalidad o ilegalidad.
- Aborto espontáneo o involuntario. Es aquel en el cual no interviene la voluntad de la madre o terceros.
- Según las consecuencias: Puede ser aborto no complicado o aborto complicado (Por ejemplo con infección, hemorragia).
- Según su evolución clínica: Amenaza de aborto o síntoma de aborto, aborto inminente o inevitable y aborto diferido o retenido.
- Según su terminación: Aborto completo y aborto incompleto.
- Según la condición jurídica:
 - Illegal. El aborto es prohibido, sin excepciones.
 - Muy restrictivo. El aborto se permite solo para salvar la vida de la madre.
 - Condicional. El aborto se permite por varias razones.
 - Legal. A solicitud de la madre.
- Según la frecuencia: Aborto habitual o recurrente.
- Según su edad gestacional: Antes de la identificación ecográfica del saco gestacional y aborto clínico (precoz y tardío).
- Según hallazgos ecograficos: Huevo anembrionado o embrionado.

4. Impacto del aborto en la salud de las mujeres nicaragüenses

Abortos espontáneos

Al igual que en el resto del mundo, la cifra exacta del aborto en Nicaragua se desconoce. Partiendo de las estimaciones de la literatura y considerando las estimaciones de población del país y el número de embarazos esperados para 2006, considerando una tasa de aborto espontáneo de 10%, sería al menos de 17,410 abortos espontáneos, 0.5 % de embarazos ectópicos que corresponde a 870 embarazos ectópicos; y 0.10 % de mola hidatiforme que corresponde a 174 embarazos molares y 174 embarazos complicados con cáncer (0.1%).

Tabla 4. Estimaciones de embarazos y abortos espontáneos en Nicaragua en 2006

UBICACIÓN GEOGRÁFICA	EMBARAZOS ESPERADOS	ABORTO ESPONTÁNEO		EMBARAZO ECTÓPICO		MOLA HIDAT	EMBY CANCER
		MINIMO	MAXIMO	MINIMO	MAXIMO		
		10%	25%	0.50%	1%		
PAIS	174,098	17,410	43,525	870	1741	174	174
NUEVA SEGOVIA	7,761	776	1,940	39	78	8	8
MADRIZ	4,663	466	1,166	23	47	5	5
ESTELI	6,333	633	1,583	32	63	6	6
CHINANDEGA	14,243	1,424	3,561	71	142	14	14
LEON	10,883	1,088	2,721	54	109	11	11
MANAGUA	33,400	3,340	8,350	167	334	33	33
MASAYA	8,874	887	2,219	44	89	9	9
GRANADA	5,261	526	1,315	26	53	5	5
CARAZO	4,960	496	1,240	25	50	5	5
RIVAS	4,065	407	1,016	20	41	4	4
BOACO	5,977	598	1,494	30	60	6	6
CHONTALES	14,749	1,475	3,687	74	147	15	15
JINOTEGA	12,673	1,267	3,168	63	127	13	13
MATAGALPA	22,028	2,203	5,507	110	220	22	22
RAAN	8,716	872	2,179	44	87	9	9
RAAS	4,891	489	1,223	24	49	5	5
RIO SAN JUAN	4,623	462	1,156	23	46	5	5

Fuente: Estimaciones del Centro de Inteligencia Sanitaria (CIS) de OPS Nicaragua. Embarazos esperados proyectados por MINSa para 2006 con base a estimaciones de INEC-CELADE. No está ajustado con las cifras del Censo 2005, lo cual reduciría el número de embarazos esperados.

Tabla 5. Eventos obstétricos atendidos en hospitales públicos de Nicaragua 1998-2005

TIPO DE EVENTOS	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total Abortos Hospitalarios País	4,478	5,589	5,440	5,418	5,128	4,988	5,263	5,257
Total Nacimientos Vivos Hospitalarios	58,333	67,989	70,688	67,280	66,298	67,383	69,799	73,097
Total Nacimientos Fallecidos Hospitalarios	1,053	1,140	1,027	991	926	896	834	846
Total de Nacimientos Hospitalarios	59,386	69,129	71,715	68,271	67,224	68,279	70,633	73,943
Total de Partos Hospitalarios	58,839	68,333	70,961	67,642	66,610	67,502	69,999	73,349
Total de abortos y partos atendidos	63,317	73,922	76,401	73,060	71,738	72,490	75,262	78,606
Tasa de Aborto Hospitalario* x 100 embarazos (partos + abortos) atendidos	7.07	7.56	7.12	7.42	7.15	6.88	6.99	6.69
Tasa de aborto hospitalario* por 1000 nacidos vivos hospitalarios	77	82	77	80	77	74	75	72

Fuente: Sistema de Información MINSa.
* Elaboración CIS/OPS

El análisis de los datos de los abortos atendidos en Nicaragua en los últimos ocho años, reflejan una tendencia a la reducción de la proporción de abortos en relación al total de embarazos atendidos en la red de hospitales. La tasa de aborto hospitalario en 2005 fue de 72 abortos por 1,000 nacidos vivos en hospitales.

Tabla 6. Diagnósticos de hospitales públicos relacionados a abortos, 1999-2005

CIE 10	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Promedio	%
Embarazo Ectopico	337	327	356	330	332	348	397	347	4.9
Mola Hidatiforme	165	214	214	193	147	169	232	191	2.7
Otros Productos Anormales de la Concepción	441	560	626	830	973	1,152	1,183	824	11.6
Aborto Espontáneo	98	145	136	160	210	147	211	158	2.2
Aborto Medico	4	1	6	6	24	15	6	9	0.1
Otro Aborto	131	104	81	69	65	82	49	83	1.2
Aborto No especificado	6,060	5,707	5,382	5,326	5,104	5,383	5,405	5,481	77.2
Intento Fallido de Aborto	8	11	7	7	5	4	5	7	0.1
País	7,244	7,069	6,808	6,921	6,860	7,300	7,488	7,099	100

Fuente: Sistema de Información MINSA

Los hospitales del MINSA de Nicaragua, atendieron durante 2005 el 40.77% de los abortos totales estimados, de los cuales en su mayoría corresponden a situaciones donde el producto de la concepción es inviable (malformaciones, embarazo ectopico, mola hidatiforme) o por abortos espontaneos sin causa especifica conocida.

Del total de abortos atendidos en hospitales públicos del país, el 77% de los abortos no fue clasificado adecuadamente (posiblemente abortos espontáneos, ya que solo reportan 2.2% en esta categoría), lo cual demuestra la debilidad de la aplicación del Código Internacional de Enfermedades (CIE-10). Doce de cada 100 abortos estuvieron relacionados con productos anormales de la concepción, cinco de cada cien se relacionaron con embarazo ectopico y 3 de cada cien con mola hidatiforme.

Las cifras de los embarazos ectopicos en Nicaragua demuestran tasas de incidencia similares a las reportadas por la literatura. En relación con el total de eventos gestacionales atendidos (abortos y partos), encontramos que en 2005, se atendieron 78,606 embarazos (abortos y partos), de los cuales 397 fueron diagnosticados como embarazo ectopico, representando una tasa de 0.5%. En relación con los embarazos molares, usando las mismas poblaciones encontramos una tasa de 0.2%, tasa superior a la reportada por la literatura.

Estas cifras nos indican que cada día en Nicaragua 48 mujeres sufren abortos espontáneos, de las cuales, según cifras de 2005, 21 mujeres asistieron a los hospitales del Ministerio de Salud en busca de atención medica obstétrica de emergencia.

Adicionalmente, una mujer cada día se enfrentará con un embarazo ectópico, cada dos días con un aborto por embarazo molar y un embarazo asociado con cáncer.

Estas complicaciones obstétricas requieren la realización de una interrupción del embarazo de forma inmediata de lo contrario, conllevan a una hemorragja o a una infección que compromete la vida de la mujer. La mola hidatiforme, el embarazo ectópico, y

algunas formas clínicas del aborto² requieren de un diagnóstico precoz y un tratamiento quirúrgico inmediato de acuerdo a las Normas y Protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas del país. En el caso de la mola hidatiforme no existe embrión, por lo tanto no hay impedimento para la interrupción.

5. Implicaciones del cambio de la legislación

El impacto de una muerte materna repercute no sólo en la salud de la mujer sino en toda la sociedad

Las causas de muerte pueden ser directas cuando son complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio (relacionada puramente al embarazo), indirectas cuando se deben a enfermedades existentes antes del embarazo. Según la OMS¹⁸, el 80% de muertes maternas se deben a causas directas siendo las más frecuentes hemorragias con 24 %, infección 15%, aborto realizados en malas condiciones 13%, hipertensión del embarazo 12%, trabajo de parto obstruido 8% y otro 8%, se deben a otras causas directas donde se puede encontrar el embarazo ectópico.

En América Latina y el Caribe, 5000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con abortos inseguros (más de un quinto del total de muertes maternas), representando esta región, el porcentaje más alto (21%) a nivel mundial.

De todas las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo, entre 10% y 50% necesitan atención médica para el tratamiento de las complicaciones. Las más frecuentes son los abortos incompletos, sepsis, hemorragia y lesiones intra-abdominales, así como, complicaciones infecciosas que pueden dejar en la mujer secuelas crónicas conducentes a la esterilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico¹⁹.

Las causas indirectas ocupan un 20% entre las que se encuentran las cardiopatías y otras condiciones médicas.

En Nicaragua, según datos del MINSA, la tasa de mortalidad materna en 2004 y 2005 fue de 94 y 90 x 100,000²⁰ nacidos vivos, cifras superiores al promedio regional de 71.9/100,000, con territorios donde la tasa de mortalidad es hasta 5 veces superior en comparación con la tasa nacional. En 2004, 81 mujeres murieron por causas obstétricas directas, incluyendo una muerte materna por mola hidatiforme y dos por abortos. En el mismo año, 19 mujeres murieron por causas no obstétricas, de las cuales 14 fueron suicidas por embarazos no deseados, de las cuales el 70% fueron adolescentes. Tal situación se agrava, con el registro del 30% de embarazos en adolescentes, donde un gran número de las niñas embarazadas han sido violadas²¹.

La mayor parte de estas muertes son evitables, y una vez que conocemos la magnitud y las causas que las provocan es imprescindible implementar estrategias y políticas de salud y sociales tendientes a evitarlas.

La falta de legalidad del aborto terapéutico ante los casos de malformaciones congénitas, Complicaciones obstétricas y el cáncer ginecológico asociado al embarazo incrementaría los riesgos de aborto clandestino realizados en condiciones inseguras.

¹⁸ Organización Mundial de la Salud. Maternal Health Around the World. WHO, Ginebra. 1997

¹⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud, Ginebra, 2003; y Unsafe Abortion.

Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, 4a Edición, Ginebra, 2004, www.who.int/reproductive-health.

²⁰ OPS/OMS. Situación de Salud en Las Américas. Indicadores Básicos 2005.

²¹ ADITAL. Noticias de América Latina y Caribe. Artículo: Polémica sobre aborto. 04 de Noviembre 2006.

El sistema de salud nicaragüense registró en el periodo 1999-2005, un promedio de 397 embarazos ectópicos, 232 embarazos con molas hidatiformes, 824 embarazos con embriones y fetos con malformaciones congénitas y más de 5500 abortos espontáneos por otras causas no especificadas²², que ameritaron intervenciones obstétricas de emergencia, en su mayoría quirúrgicas. Estas intervenciones oportunas contribuyeron a que la tasa de mortalidad materna por aborto fuera relativamente baja (1.6/100,000), si se compara con países donde el aborto es penalizado (4.6/100,000 en Chile por ejemplo). Si no se atienden oportunamente, la muerte de las mujeres embarazadas es la principal consecuencia de estas situaciones y la solución planteada por la ciencia médica moderna es el aborto terapéutico.

Prohibir el manejo quirúrgico de estos casos de emergencia, incrementaría el riesgo de morir de mujeres embarazadas con enfermedades previas y/o agravadas por el embarazo, y de aquellas en las que el embarazo en si mismo representa la condición de riesgo. **La mortalidad por aborto ilegal en países en desarrollo puede ser tan alta como de 400 muertes por 100,000 procedimientos, comparado con 6 muertes por 100,000 procedimientos en las situaciones de aborto legal²³.**

Tabla 7. Algunas estimaciones del impacto de la derogación del aborto terapéutico en Nicaragua

Epidemiológico	Situación actual 2004	Situación esperada posterior a la entrada en vigencia de la ley
Tasas de mortalidad materna por aborto	1.6/100,000	4,6/100,000 ²⁴ - 9.2/100,000
Tasas de mortalidad materna por embarazo ectópico	0	2,9/100,000 ²⁵
Tasas de mortalidad por mola hidatiforme	0	1/100,000
Muertes maternas por suicidio	14% del total de muertes. 11.53 por 100,000 nacidos vivos.	1-2 casos de malignización Se espera que se aumenten, no tenemos datos de referencia, ya que se relaciona con embarazos no deseados y embarazo en adolescentes, aunado a falta de acceso a servicios de salud reproductiva y estigma social.
% de muerte materna por aborto del total de muertes maternas	2.4%	12-30% (América Latina) 25% (Chile)
Servicios de salud		
Demanda de atención de emergencia	40%	

Fuente: Estimaciones CIS/OPS

²² Fuente: Ministerio de Salud- Estadísticas, 2005.

²³ Dixon Mueller R. Abortion policy and women's health in developing countries. Int J Health Serv. 1990;20(2): 297-314

²⁴ Se incrementaría al menos a la tasa actual de muerte materna por esta causa que tiene Chile, pero considerando que Chile tiene una inversión per cápita en salud 35 veces mayor que la de Nicaragua, esta podría duplicarse. Donoso E, Oyarzún E. Análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos de Norteamérica. Rev Chil Obstet Ginecol 2004.

²⁵ Estimado a partir de tasas de mortalidad materna por embarazo ectópico con limitaciones en el manejo terapéutico de 1970 en el Reino Unido. Drug Ther Bull. 1999 Jun; 37 (6):44-6.

Adicionalmente, la mortalidad en niñas y niños huérfanos menores de 5 años hijos de las madres que mueran producto de embarazos complicados incrementarían su riesgo de morir comparado con los que tienen a sus madres vivas²⁶. Es evidente que no será posible cumplir con el compromiso internacional de reducir la mortalidad materna e infantil para el 2015.

Desde el 2004, el aborto como causa específica de mortalidad materna ha ido disminuyendo, como resultado de acciones concretas en el tratamiento del aborto y otras complicaciones del embarazo. En el 2006, se tiene un registro de 2 muertes maternas por causa del aborto.

Al prohibirse la atención integral del aborto terapéutico, se tendrá un considerable incremento de los abortos clandestinos en condiciones inseguras; se aumentarían los costos de la atención hospitalaria derivadas de las complicaciones, con costos sociales incalculables de las muertes de mujeres, principalmente en las familias más pobres del país.

La noticia de la penalización del aborto terapéutico ha empezado a tener impacto en la calidad de atención, provocando retrasos en la atención de las complicaciones obstétricas, debido a las dudas en el personal médico, acerca de cómo deben proceder ante estos casos, contribuyendo a incrementar las demoras críticas de la atención.

6. Mandatos y conferencias internacionales²⁷ sobre derechos de la mujer y derechos reproductivos

En la tabla 8 se presentan los principales mandatos y convenios internacionales sobre los derechos de la mujer y derechos reproductivos, que dan recomendaciones específicas sobre el tema del aborto y los servicios de salud reproductiva para los Estados Miembros. La penalización del aborto sería un flagrante incumplimiento a los compromisos adoptados por el país, violándose el derecho a la vida, la salud, la libertad, seguridad e integridad, a decidir, a la intimidad y a información adecuada y oportuna.

Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio conforman el marco de trabajo para la reducción de la pobreza, donde el quinto objetivo, mejorar la salud materna queda establecido la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. Las causas directas de la mortalidad derivada de la maternidad son la hemorragia, las infecciones, el parto obstruido, los trastornos hipertensivos del embarazo y las complicaciones derivadas de los abortos realizados en condiciones peligrosas.

En la LXI Asamblea General de la ONU en el 2006, los Estados Miembros adoptaron como nueva meta dentro del quinto Objetivo del Milenio: **el acceso universal a la salud reproductiva en 2015**. De esta manera, los Estados Miembros de la ONU reconocieron la importancia de los servicios de prevención, tratamiento y cuidados en este campo para mejorar la salud materna y así contribuir a la erradicación de la pobreza.

La estrecha relación que existe entre la pobreza y la falta de acceso a la salud sexual y reproductiva no había sido reconocida explícitamente cuando, en el año 2000, se acordaron los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio.

²⁶ La Gente. Diario digital de Radio La Primerísima. Declaración de Sociedades Médicas Nicaragüenses y Facultades de Medicina sobre la penalización del aborto terapéutico, octubre 24, 2006

²⁷ Para más información sobre el marco de los derechos humanos y su relación a la protección de la vida de la mujer, por favor ver la Nota Informativa preparada por UNIFEM Nicaragua (Presentación de María Rosa Renzi).

Tabla 8.

Año	Mandatos y conferencias internacionales
1979	CEDAW Convención Para La Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra La Mujer (CEDAW -1979).
1989	Convención Internacional de los Derechos del Niño y la Niña(1989).
1993	Segunda Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos
1994	La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) desarrollada en El Cairo. Derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos. El aborto es un problema social y político.
1994	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Belén do Pará (1994).
1995	CCuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en 1995, Plataforma de Acción
1998	Resolución de la Asamblea General sobre la Niña
1999	Sesión Especial de la Asamblea General sobre políticas de género y leyes efectivas
1999	(CIPD+5) Examen y evaluación de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
2000	Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas.
2000	Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing + 5. Igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI.
2006	Asamblea General de Naciones Unidas incorpora el acceso universal a salud reproductiva como meta para el objetivo # 5.

Es necesario detallar los numerosos aspectos que están incluidos dentro del concepto de salud reproductiva y que van desde la educación sexual, el asesoramiento, el acceso a métodos de planificación familiar, los controles prenatales, el acceso al aborto terapéutico legal y en condiciones seguras, la atención médica durante y después embarazo, y no únicamente en el momento del parto. Mejorar la salud sexual y reproductiva puede significar salvar la vida de más de medio millón de mujeres que mueren cada año por problemas relacionados al embarazo y el parto.

7. Recomendaciones

Cada año, muchos millones de mujeres viven la angustiante experiencia de un embarazo no deseado. La realización de inversiones sostenidas en educación, información y prestación pública de servicios de anticoncepción puede suponer grandes avances hacia la meta de reducir el número de casos al mínimo. Ahora bien, ninguna política de planificación familiar será capaz de prevenir la totalidad de los embarazos no deseados. En cambio, sí es posible evitar todas y cada una de las 68,000 defunciones mundiales y también las discapacidades y el sufrimiento atribuibles a los abortos inseguros. No se trata sólo de cómo un país defina lo que es legal y lo que no, sino también de garantizar el acceso de la mujer, en la medida máxima permitida por la ley, a unos servicios de aborto terapéutico y una atención post-aborto de buena calidad y acordes con sus necesidades.

Se ha reconocido que la atención después del aborto es una intervención crítica para salvar vidas y evitar otros abortos y se ofrece cada vez más como parte de los programas de salud reproductiva. También se aprovecha como una oportunidad para comenzar a integrar los servicios de salud.

El Consejo Nacional de Salud y Sociedades Científicas han recomendado no eliminar el aborto terapéutico y que la discusión del tema esté basada en una amplia consulta, y no sólo se considere la opinión de la clase política y de los sectores religiosos del país.

La penalización del aborto terapéutico va en contra del principio generalmente aceptado de la preservación de la salud de las mujeres. No debe ser tipificado como un delito, sino como una intervención médico quirúrgica de urgencia para prevenir complicaciones, secuelas y salvar la vida de las mujeres.

Tabla 9. Recomendaciones específicas de OPS/OMS

- Promover legislación para la paternidad responsable, prevención de los delitos sexuales, violación e incesto.
- Reformar la legislación: reincorporar el aborto terapéutico y actualizar las clasificaciones y conceptos, regular específicamente los eventos que calificarían como indicaciones para aborto terapéutico: embarazo ectópico, mola hidatiforme, condiciones graves, etc.
- Mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva, con énfasis en la ampliación de capacidades para atender a las mujeres embarazadas y evaluar la viabilidad y estado del feto, para mejorar las intervenciones precoces y oportunas.
- Actualizar las normas de atención del embarazo durante todo el periodo de gestación.
- Implemetar las Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas.
- Vigilar las consecuencias del cambio de la legislación en los eventos obstétricos (embarazos, partos, muertes maternas, etc.).
- Capacitar al personal de salud en la clasificación del aborto según la CIE 10.
- Conocer y analizar las experiencias de otros países con diferentes tipos de legislación.
- Hacer un análisis legal de las compatibilidades e incompatibilidades, vacíos, superposiciones y contradicciones en especial con la Ley General de Salud y la Constitución Política.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alan Guttmacher Institute, *Sharing Responsibility; Women, Society and Abortion Worldwide*, 199
2. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en 1994, Programa de Acción Párrafo 8.25:
3. Naciones Unidas. 1994. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, Egipto, del 5 al 13 de septiembre de 1994. Nueva York, ONU
4. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en 1995, Plataforma de Acción. Párrafo 106(j)
5. Naciones Unidas. 1995. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, del 4 al 15 de septiembre de 1995. Inédito.
6. CIPD+5) Examen y evaluación de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo Párrafo 63iii
7. Naciones Unidas. 1999. Informe del comité especial plenario de la vigésima primera sesión especial de la Asamblea General. Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Nueva York, ONU
8. Citas de Vida Humana, Sociedad y Derecho. Fundamentación de la Filosofía del Derecho, Fondo de Cultura Económica, México, 1945, op. cit., p. 467 y 487
9. Recomendaciones Generales adoptadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (20° período de sesiones, 1999). <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw>
10. Sen, Amartia, Salud en el desarrollo, Boletín de la Organización Mundial
11. Abortos sin riesgos. Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud. Organización Mundial de la Salud.
12. Endesa 1998-2001. Nicaragua
13. Sistema de Información MINSA
14. Los Derechos Humanos, el embarazo no deseado y la atención relacionada con el aborto. Agosto 2003. IPAS
15. Ley General de Salud de Nicaragua.
16. The Center for Reproductive Law and Policy 2000
17. Neira J. Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. ARS MEDICA. Revista de Estudios Médico Humanísticos. Vol 6. No. 6. Universidad Católica de Chile, 2000/
18. Lozano, Rafael, Bernardo Hernández, y Ana Langer, "Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México", en Elu, M.C. y A. Langer (eds) Maternidad sin riesgos en México, 1994, Pp. 43-52.
19. Quiñonez Zarza, César. Mola hidatiforme. Aspectos clínicos, incidencia y factores de riesgo. Ginecol. obstet. Méx;63(9):391-4, sept. 1995. tab
20. Stanley K. Henshaw, Susheela Singh y Taylor Haas. La Incidencia del Aborto Inducido a Nivel Mundial Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 1999



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud