

El Aborto como problema de Salud Pública



Impacto en Salud

El aborto inseguro es una causa importante de mortalidad materna que puede y debe, prevenirse mediante la educación sexual, la planificación familiar, servicios para un aborto sin riesgos en la medida que lo permita la ley y mediante una adecuada atención posterior a cualquier tipo de aborto. Lo que se considera "seguro" debe interpretarse en consonancia con la guía técnica y de políticas actual de la OMS.

La situación del aborto difiere entre regiones y países. Estas diferencias obedecen a la situación jurídica del aborto y a la disponibilidad de servicios de salud. En los países desarrollados, donde no hay restricciones legales, se permite el aborto por múltiples razones y las mujeres tienen acceso a servicios de salud donde la interrupción del embarazo se realiza en forma segura y por personal capacitado.

A diferencia de la mayoría de los países en desarrollo, en donde tienen legislaciones restrictivas que permiten el aborto sólo en algunas circunstancias, o lo prohíben totalmente; las complicaciones del aborto inseguro son frecuentes y la mortalidad suele ser elevada.

Una tercera parte de las muertes mundiales atribuibles al aborto inseguro son causadas por el acceso limitado a métodos anticonceptivos e información sobre servicios de salud reproductiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto peligroso como una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez (1)

SITUACION EN EL MUNDO

Cada año, casi una tercera parte de las muertes mundiales atribuibles al aborto inseguro ocurren en Asia, causadas por factores como el acceso limitado a métodos anticonceptivos e información sobre servicios de salud reproductiva y una concentración desigual de servicios de aborto en zonas urbanas. (6). En la actualidad, 222 millones de mujeres en el mundo en desarrollo desean evitar el embarazo pero no están usando un método moderno de anticoncepción. Cada año, 47,000 mujeres mueren a causa de abortos inseguros y millones más resultan heridas, algunas de manera grave y permanente (7).

El 20-30% de los abortos inseguros causan infecciones del aparato reproductor y del 20 al 40% de ellos, dan como resultado infección del tracto genital superior. Una de cada cuatro mujeres que se someten al aborto en condiciones de riesgo esta propensa a desarrollar discapacidad temporal o permanente que requiere atención médica. Por cada mujer que requiere de atención post-aborto en un hospital, hay varias que han tenido un aborto inseguro, pero que no buscan atención médica, porque consideran que la complicación no es grave, o porque no tienen los medios financieros necesarios, o porque temen s abusos, malos tratos o represalia legal (10).

SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS

En los Estados Unidos, una de cada tres mujeres antes de cumplir sus 45 años, se habrá realizado un aborto, de las mujeres que practican el aborto, 36 % son blancas, 30% son afroamericanas y 25% son latinas (8). Se realizaron 1.1 millones de abortos en 2011; unos 239,400 abortos fueron por orientación médica, lo que representa el 23% de todos los abortos no hospitalarios (9).

En América Latina, el número estimado de abortos que ocurren anualmente aumentó entre 2003 y 2008, de 4.1 millones a 4.4 millones, para una tasa de 32 de cada 1 000 abortos, dos más que el promedio mundial; 3.7 millones de abortos ocultos ocurren en América

Latina, la mitad corresponde a mujeres de 20 a 29 años y 14% de hasta 19 (11).

La región de Centroamérica y el Caribe es una de las más restrictivas del mundo en lo que se refiere al aborto. Costa Rica, República Dominicana y Guatemala sólo lo permiten si está en riesgo la vida de la madre. En Panamá se permite en caso de violación, riesgo de vida de la madre o del feto. En Honduras y el Salvador es delito en todos los casos, igual que en Nicaragua. En Cuba, se puede practicar un aborto hasta las 12 semanas, siempre que la mujer lo desee, igual que en Puerto Rico, donde es legal desde 1973 y en cualquier período del embarazo (14).

Tabla 1. Penalización del aborto según países

País	Situación	Comentario
El Salvador	Penalizado Todo tipo de aborto	En 1998 se hizo la reforma al código penal y se penaliza todo tipo de aborto (terapéutico, ético y eugenésico). La pena por aborto ilegal es 8 años de cárcel.
Nicaragua	Penalizado Todo tipo de aborto	Toda mujer que consienta practicarse un aborto reciba una penalización de 1 a 2 años de prisión y el médico que lo practique recibe de 2 a 5 años de inhabilitación médica
Guatemala	Permitido solo el aborto Terapéutico	Debidamente establecido para la vida de la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos.
Costa Rica		Se permite con el fin de preservar la salud física o la vida de la madre. Son ilegales en casos de violación o incesto, por problemas médicos o defectos de nacimientos del feto; por razones sociales y económicas.
Honduras		Penalizado con 3 a 6 años por abortos inducidos y por consumo de pastillas anticonceptivas de emergencia.
Panamá	Permitido solo el Aborto terapéutico y por violación	La pena por aborto ilegal es de 1 a 3 años por consentimiento de la mujer, de 3 a 6 años para quien lo practica y de 5 a 10 años sin consentimiento de la mujer.

SITUACIÓN EN NICARAGUA

El 26 de octubre de 2006 en Nicaragua fue aprobada la ley 603 de derogación del derecho al aborto terapéutico. La reforma a la ley 641, Código Penal fue aprobada el 13 de noviembre de 2007, la que estipula en el artículo 143 que toda mujer que consienta practicarse un aborto reciba una penalización de 1 a 2 años de prisión y el médico que lo practique recibe de 2 a 5 años de inhabilitación médica (13).

Estudio de opinión pública realizada por FLACSO revela que en Nicaragua, el 87.1% de los encuestados percibieron que el aborto es un problema grave, 72% consideran que las mujeres pobres están más expuestas a abortos riesgosos, 68.8% consideran que no existe en el país la infraestructura necesaria para practicar un aborto; entre las razones por las cuales se debe permitir el aborto esta el 61.6% porque está en peligro la vida de la madre. (12)

Embarazo no deseado

LA RAÍZ DEL ABORTO

- En 2001 el 31.4% de las mujeres en unión no estaban usando anticoncepción. La necesidad insatisfecha de planificación familiar era del 14.6 por ciento; de éstas el 11.1% estaban amenorricas o embarazadas, en un 5.6% fue fallo del método, 2.8% fue embarazo no planeado y 2.6% embarazo no deseado (2).
- En 2011/12 el 19.6% de las mujeres en unión no estaban usando anticoncepción, la necesidad insatisfecha de planificación familiar es del 5.8 por ciento; de estas el 6.9% estaban amenorricas o embarazadas, debido a que en un 4.8% fue fallo del método, 1.5% fue embarazo no planeado y 0.5% embarazo no deseado (3).
- En el país, las razones de las mujeres para no usar anticonceptivos más comúnmente incluyen preocupaciones sobre los posibles efectos secundarios (7.5%), la creencia de que no corren el riesgo de quedar embarazada, entre otras razones (20.8%), poco acceso debido a la inaccessibilidad geográfica y económica a la planificación familiar (1.0%), y la oposición de su pareja a la anticoncepción (2.7%) (3).
- La tasa de fecundidad adolescente está disminuyendo de 130 nacimientos por cada mil mujeres en 1998 a 92 en 2011/12, esto se refleja en el porcentaje de adolescentes que ya son madres que ha disminuido de 22.1% en 1998 a 18.3% en 2011/12. Sin embargo de las adolescentes en unión el 10.8% presenta una necesidad insatisfecha de planificación familiar, de la cual 9.2% es para espaciar y 1.7% para limitar (3).
- La necesidad insatisfecha de planificación familiar se redujo de 14.6 en 1998 a 5.8 por ciento en 2011/12 como una manera eficaz de prevenir los embarazos no deseados, abortos y nacimientos no planeados (3).

En el país, la estimación de abortos es el 9.9% del total de los embarazos esperados. Los abortos registrados en establecimientos de Salud del MINSA representan aproximadamente el 4.6% de los embarazos esperados en el 2013. Del año 2000 al 2013, el porcentaje de mujeres atendidas por abortos se incrementó en un 33 por ciento (15).

La tasa de abortos aumentó en el periodo 2005-2013 de 48.52 a 55.51 por 1,000 nacidos vivos. En el 2013 esta tasa varía desde 27.62 en Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS) a 89.85 en Granada; las tasas más altas se encuentran en los departamentos con mayor desarrollo económico y social, siendo estos: Managua (68.32), Rivas (74.27), León (76.65), Carazo (83.69) y Granada (89.85).

De los 19 Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) del país, únicamente Boaco, Estelí, León y Masaya han disminuido su tasa de aborto en el periodo de estudio. Los SILAIS que han duplicado su Tasa 2013 con respecto al 2005 son: Chontales, Madriz y Bilwi (4).

Tabla 2. Tasa de abortos por 1000 nacidos vivos según SILAIS y año

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nicaragua	48.52	45.86	49.18	51.16	53.24	50.07	54.22	50.48	55.51
Boaco	35.91	31.04	25.59	26.54	27.91	19.60	19.61	29.14	30.66
Carazo	74.75	83.05	74.07	75.21	76.77	74.67	71.37	75.89	83.69
Chinandega	53.31	48.12	49.70	47.01	54.59	54.88	50.18	45.80	66.13
Chontales	40.45	39.12	47.95	46.61	56.15	50.66	74.45	61.79	61.52
Estelí	51.47	44.35	37.68	38.42	42.72	30.43	29.06	37.03	39.38
Granada	73.78	74.87	67.36	72.06	69.51	81.22	85.75	73.75	89.85
Jinotega	25.18	23.00	27.03	27.31	34.56	37.39	35.16	40.98	37.67
Leon	78.20	79.18	86.51	74.22	93.31	78.97	83.66	72.64	76.65
Madriz	32.51	19.49	45.84	41.63	55.70	57.16	52.66	46.76	60.47
Managua	66.21	59.91	65.19	69.59	69.42	65.90	72.42	60.45	68.32
Masaya	41.46	40.96	41.26	46.47	46.58	35.54	38.29	32.47	38.63
Matagalpa	33.70	31.53	33.78	41.14	38.88	34.80	39.28	42.24	38.11
Nueva Segovia	47.78	38.95	36.81	50.96	46.73	51.62	55.57	64.13	66.65
Bilwi	32.48	46.23	46.42	42.34	37.96	40.76	43.84	41.96	51.58
RAAS	20.77	25.69	22.94	26.33	21.87	19.50	23.30	21.72	27.62
Rio San Juan	37.41	34.12	36.69	28.48	43.53	31.98	37.51	45.68	51.66
Rivas	68.61	62.70	75.32	71.03	61.68	65.11	79.55	68.96	74.27
Las Minas	22.26	26.77	23.28	31.76	27.47	32.64	33.83	29.47	34.91

En números absolutos, para el año 2013 se registraron 7,918 abortos en el país, siendo el SILAIS Boaco el de menor cantidad con 123 y Managua el de más alto número con 2,214. El 76.56% de los abortos se focalizan en nueve SILAIS del país, siendo estos: Managua (28%), Chinandega (8%), León (8%), Chontales (7%), Jinotega (5%), Granada (5%), Nueva Segovia y Carazo con 4% respectivamente. En promedio en el país, se registra anualmente 6,770 abortos, de ellos 2,029 en Managua (4).

Tabla 3. Número de abortos registrados en la Red de Servicios de Salud del MINSA, según SILAIS y año

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Promedio
Nicaragua	5,892	5,682	6,304	6,625	7,040	6,618	7,642	7,212	7,918	6,770
Boaco	131	115	94	97	103	71	76	114	123	103
Carazo	254	294	276	273	276	273	277	312	329	285
Chinandega	482	447	452	432	504	493	496	433	623	485
Chontales	321	319	381	357	446	400	616	531	539	434
Estelí	222	189	164	166	186	131	138	177	193	174
Granada	276	280	258	278	284	320	358	313	377	305
Jinotega	246	233	264	277	353	385	383	455	420	335
Leon	545	567	612	522	650	541	659	592	615	589
Madriz	103	62	142	127	166	176	173	146	184	142
Managua	1717	1581	2014	2204	2214	2013	2320	1988	2214	2,029
Masaya	265	259	253	295	298	231	271	231	278	265
Matagalpa	475	448	502	584	578	532	613	667	601	556
Nueva Segovia	250	195	192	262	247	266	293	323	344	264
Bilwi	111	158	147	150	161	167	208	207	229	171
RAAS	94	127	113	137	117	113	137	120	158	124
Río San Juan	81	84	89	72	114	88	102	120	148	100
Rivas	219	193	239	230	197	223	277	253	280	235
Las Minas	100	131	112	162	146	195	245	230	263	176

En 2011, el 66% de los abortos registrados proceden de zona urbana; su distribución según grupo de edad es: 1.29% en edad de 12 a 14 años, 24.48% en 15 a 19 años, 27.38% en 20 a 24 años, 20.75% en 25 a 29 años, 13.68% en 30 a 34 años y 12.42% en 35 años a más. Igual comportamiento se observa para los años siguientes. Según estado civil, el 14.14% de las mujeres que tuvieron aborto, eran madres solteras, 59% estaban en unión de hecho y 23.80% casada. En cuanto al nivel educativo, el 11% de las mujeres que tuvieron embarazo terminado en aborto, presentaban nivel educativo superior; mientras el 47.1% tenían educación secundaria y 32.7% educación primaria. El 91.7% de las mujeres que fueron admitidas en las unidades de salud, tuvo entre 1 a 3 días de estancia, 8.3% entre 4 y 91 días de estancia (16).

MORTALIDAD MATERNA POR CAUSAS DE ABORTO

De acuerdo a datos oficiales, el aborto como causa de muerte materna representa el 2.7% (N=36) de las 1,147 fallecidas durante el período 2000-2011. De ellos el 39% fueron clasificados como aborto incompleto y 6% por aborto espontáneo. Según grupo de edad, el 25% de estos fallecimientos fueron en adolescentes, seguido del grupo de edad de 25 a 29 años con 22.2%. Por zona geográfica el 66.7% procedían de zona urbana, 61% fallecieron durante el embarazo y 39% en la etapa de puerperio; el 83.3% fallecieron en la unidad de salud y 16.7% en el domicilio (5).

Tabla 4. Distribución de las defunciones maternas por clasificación de aborto según causa básica

Causa Básica	2000	2001	2002	2003	2004	2006	2007	2009	2010	2011	Total
Aborto con infección genital [O06.5]		1	3	1							5
Aborto séptico [O08.0]								3		1	4
Aborto incompleto con infección [O06.0]		1	1		1						3
Aborto incompleto III [O05.0]		1	2								3
Aborto incompleto sin complicación [O03.4]									3		3
Aborto incompleto con otras complicaciones [O06.3]		1	1								2
Aborto no especificado [O06.5]							2				2
Aborto completo sin complicación [O06.9]	1										1
Aborto complicado [O06.8]			1								1
Aborto espontáneo CID [O03.6]					1						1
Aborto espontáneo II [O03.0]					1						1
Aborto incompleto [O05.3]						1					1
Aborto incompleto Complicado X hemorragia [O06.1]						1					1
Aborto incompleto Séptico [O06.0]								1			1
Aborto inducido [O06.0]								1			1
Aborto no especificado incompleto por hemorragia [O06.1]	1										1
Aborto no especificado [O06.7]				1							1
Aborto no Séptico [O06.0]								1			1
Aborto provocado [O05.5]				1							1
Aborto Retenido Complicado									1		1
Aborto terapéutico con otras complicaciones [O04.8]			1								1
Total general	2	4	9	3	3	2	2	6	4	1	36

RETOS

- 1** Mejorar la calidad y cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva en establecimientos de primer nivel de atención, fortalecer las capacidades para el tratamiento de las complicaciones post-aborto.
- 2** Reducir los niveles de embarazo no planeado; fortaleciendo las capacidades de los servicios de consejería, educación y disponibilidad de métodos anticonceptivos seguros, efectivos y asequibles en cualquier lugar.
- 3** Adoptar, adaptar o retomar el documento de referencia de la OMS: Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2a ed. OMS
- 4** Estandarizar los sistemas de registro de la información de las atenciones pos aborto. Que las guía y normas de atención prenatal incorporen el formulario complementario de la historia clínica perinatal relativa a la atención post aborto.
- 5** El uso de las recomendaciones clínicas para la atención post aborto, se debe adaptarse a cada mujer. Enfatizar en su condición clínica y el método de aborto específico que se utilizara, a la vez que se consideran las preferencias de cada mujer respecto de la atención.
- 6** Si bien los contextos legales, regulatorios, políticos y de la prestación de servicios no es permitido en nuestro país, se deben tomar decisiones relacionadas con la atención para un aborto sin riesgos basadas en la evidencia.
- 7** En la medida que lo permita la ley, todas las mujeres deben contar con servicios para un aborto sin riesgos accesibles y disponibles fácilmente. Esto significa que los servicios deben estar disponibles a nivel de la atención primaria, con sistemas de derivación implementados para todo tipo de atención requerida en un nivel de mayor resolución.
- 8** Los estándares y las guías nacionales referidas a una atención para un aborto sin riesgos deben basarse en la evidencia y deben actualizarse en forma periódica, y deben ofrecer la guía necesaria para lograr un acceso igualitario a la atención de buena calidad.
- 9** La capacitación de los profesionales que realizan abortos garantiza que sean competentes para brindar atención de buena calidad de acuerdo con los estándares y las guías nacionales. Garantizar una atención relacionada con el aborto de buena calidad requiere supervisión, aseguramiento de la calidad y evaluación de manera constante

REFERENCIA

1. OMS. Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS. <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/>
2. INIDE. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001
3. INIDE. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12
4. OPS. Indicadores básicos de Salud en Nicaragua, 2005-2013
5. MINSA. Base de Datos de Mortalidad Materna, 2005-2011
6. IPAS. <http://www.ipas.org/es-MX/Where-We-Work.aspx>
7. Instituto Guttmacher. El Aborto en el Mundo. <http://www.guttmacher.org/media/inthenews/2012/10/04/sp.html>
8. Nota de Prensa. El estado actual del aborto en Las Américas <http://www.laprensademn.com/el-estado-actual-del-aborto-en-las-americas/>
9. Instituto Guttmacher. EEUU. Tasa de aborto más baja desde 1973. <https://www.guttmacher.org/media/nr/2014/02/03/index.html>
10. OMS. Guía del Aborto Seguro. 2012 <http://www.acaive.com/wp-content/uploads/Gu%C3%ADa-Aborto-Seguro-OMS-junio-2012.pdf>
11. Nota de Prensa. De 50 millones de abortos, 20 millones son clandestinos. <http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/de-50-millones-de-abortos-20-millones-son-clandestinos-593226.html>
12. FLACSO. Principales resultados. Estudio de Opinión Pública sobre Aborto. 2010. <http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/flacso-chile.pdf>
13. Asamblea nacional de Nicaragua. Ley de reforma y adición a la Ley No. 641. Código Penal. <http://legislacion.asamblea.gob.ni/SILEG/Iniciativas.nsf/0/af81991db27c830062576ea005a1c60?OpenDocument&ExpandSection=1&TableRow=3.1>
14. Nota de Prensa. El aborto en Latinoamérica, entre el delito y los nuevos derechos. <http://www.notimerica.com/sociedad/noticia-aborto-latinoamerica-delito-nuevos-derechos-20150311102208.html>
15. Ministerio de Salud. Abortos, Óbitos Fetales y nacimientos registrados en el periodo 2000-2013
16. Ministerio de Salud. Oficina Nacional de Estadísticas Sanitarias. Base de Administración Hospitalaria 2011.

Para más información contactar

Elaborado por:

Ing. Julio Cesar Cajina - Oficial de Análisis de Salud.

Email: cajinaj@paho.org

Revisado por:

Dra. Ivy Lorena Talavera - Oficial de Salud Sexual y Reproductiva

Email: talaveri@paho.org

Aprobado por:

Dr. Guillermo Gonzalez - Coordinador de Prevención y control de enfermedades

Email: Gonzalvez@paho.org

Diseño y diagramación:

Lic. Elyda Ortiz - Área de Comunicación Social

Email: ortize@paho.org