

ABORTO TERAPÉUTICO EN NICARAGUA Y EL SALVADOR, LA MORTALIDAD MATERNA Y LOS OBJETIVOS DEL MILENIO

Adlin Nerissa Bacon Bolaños^[1]

Resumen

La prohibición total del aborto terapéutico es un problema que no ha permitido brindar atención médica de calidad a mujeres embarazadas. La subsecuente mortalidad materna es una de las consecuencias de esta política. El objetivo de esta investigación documental fue explorar cómo esta prohibición del aborto va influenciar la mortalidad materna. El diseño metodológico fue cualitativo a través de una revisión literaria que trata el tema antes y después que la ley de aborto cambiara. La tesis fue construida con fuentes primarias y secundarias, analizadas críticamente para después ser comparadas con datos dentro del país y entre los países.

Los principales hallazgos fueron que la mortalidad materna no se vio afectada por la prohibición del aborto, adicionalmente se redujo en ambos países; sin embargo, sigue siendo elevada en comparación a otras naciones. La ley de aborto, entre otros factores es una de las causas de mortalidad materna. El Objetivo del Milenio número cinco fue alcanzado por El Salvador, de acuerdo al gobierno, mientras en Nicaragua el progreso para alcanzarlo se mantiene lento. Dentro de estas categorías hay similitudes, diferencias y debates que persisten, ya que el aborto sea o no terapéutico, es aún un asunto controversial en muchos países.

Palabras clave: Aborto terapéutico, mortalidad materna, objetivos del milenio.

Summary

The total prohibition of therapeutic abortion is an issue that has not allowed providing medical care with quality to pregnant women. The subsequent maternal mortality is one of the consequences of this policy. The objective of this documentary research was to explore how the prohibition of abortion will influence maternal mortality. We used a qualitative methodology based on literature review that addresses the issue before and after the abortion law changed. The thesis was built with primary and secondary sources, and was critically analyzed to be compared with data within the country and between countries. The main findings were that maternal mortality was not affected

[1] Doctor en Medicina y Cirugía. Master en International Social Welfare and Health Policy. Universidad de las Regiones Autonomas de la Costa Caribe Nicaragüense (U.R.A.C.C.A.N.). Barrio Loma Fresca, Bluefields Nicaragua. Email: adlinnerissa@gmail.com

by the prohibition of abortion, but was further reduced in both countries; however, it's still high compared to other nations.

Among other factors, the abortion law is one of the causes of maternal mortality. According to the government, the Millennium Development Goal number five was achieved by El Salvador, while in Nicaragua the achievement of this goal still remains slow. Within these categories there are similarities, differences and debates that persist, since the abortion, whether therapeutic or not, it's still a controversial issue in many countries.

Keywords: Therapeutic abortion, maternal mortality, millennium development goals.

I. Introducción

Este estudio de revisión literaria analiza de forma comparativa si la mortalidad materna presenta alguna variación después de la prohibición del aborto terapéutico en El Salvador y Nicaragua. Además, se especifica cómo estas políticas que impiden un tratamiento médico adecuado, de cierta forma afectan negativamente la mortalidad materna y con ello el logro del Objetivo del Milenio (ODM) número cinco, en cuanto a reducirla para el 2015. El objetivo es recomendar acciones para mejorar la salud y los servicios de salud para las mujeres en estos países y así prevenir aun más muertes maternas. El documento revela datos de aborto y mortalidad materna alrededor del mundo y luego a nivel regional y local, posteriormente se presentaron algunos estudios realizados previamente; a continuación hay un análisis, comparación y discusión de los hallazgos en cuanto a este ODM cinco.

De acuerdo a la División de Población de las Naciones Unidas (UNPD), la legislación en casi todos los países del mundo permite el aborto para salvar la vida de la mujer y en el cuarenta por ciento (40%) se permite el aborto en casos de violación, incesto o malformación fetal (WHO 2003a, 15-16). En Chile, República Dominicana, El Salvador y Nicaragua, la legislación ha eliminado en años recientes, todas las excepciones a la ley de aborto (Center for Reproductive Rights 2009, 1-2). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 515,000 mujeres en el mundo mueren cada año por complicaciones relacionadas al embarazo debido a múltiples razones, a la cabeza se encuentran las políticas de salud adoptadas por gobiernos nacionales, así como las limitaciones económicas (Chamberlain *et al.* 2003).

De acuerdo a un reporte de Amnistía Internacional en Nicaragua, las circunstancias políticas afectaron el cambio de la ley de aborto durante las elecciones presidenciales del 2006 y fue la Iglesia Católica la que influyó la decisión apoyando la prohibición del aborto terapéutico (Amnesty International, 2009 b, 11). Desde julio del 2008 se

convirtió en una ofensiva criminal en toda circunstancia (Amnesty International, 2009 a, 3-4).

En El Salvador, la realización del aborto era gobernada hasta 1997 por los estatutos del Código Penal de 1973 donde podía ser legalmente realizado para salvar la vida de la madre, en casos de violación y en casos de malformaciones fetales graves (United Nations; 2001, 137). Sin embargo, en 1997 la ley cambió gracias a esfuerzos de legisladores conservadores de la Asamblea Nacional, que introdujeron la prohibición del aborto en toda circunstancia. El Arzobispo del país, un miembro activo del grupo Católico conservador Opus Dei, influyó la decisión (Hitt; 2006). La nueva ley convirtió a mujeres que necesitan abortar y personal de salud que lo realice, en candidatos a guardar prisión condenatoria desde dos hasta doce años (United Nations; 2001, 137).

En octubre del 2000, durante la Reunión del Milenio de las Naciones Unidas, todos los países abordaron la necesidad global de reducir la pobreza e inequidades. La necesidad de mejorar la salud materna fue identificada como una de las claves de los Objetivos del Milenio (ODM), con el objetivo de reducir los niveles de mortalidad materna en tres cuartos entre 1990-2015 (WHO 2003a, 8).

La prohibición total del aborto terapéutico en Nicaragua y El Salvador crea una barrera que pueda prevenir una atención médica segura y de alta calidad a las mujeres, especialmente aquellas en las que el embarazo pone en peligro sus vidas, así como aquellos embarazos producto de una violación o incesto.

Antecedentes

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), condujo un estudio en Nicaragua en el 2007 que analizó el impacto en la salud después de la prohibición del aborto terapéutico; este concluyó que habría un incremento del riesgo de morir en las mujeres embarazadas que tengan alguna complicación, y que habría un aumento considerable en los abortos inseguros y clandestinos que llevarían a las mujeres a la muerte (PAHO 2007, 17). Por otro lado un reporte presentado a la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (UNHRC) sobre la violación de los derechos de las mujeres por la criminalización del aborto en El Salvador, plantea que las leyes restrictivas sobre aborto niega el acceso a este procedimiento médico, cuando hay complicaciones relacionadas al embarazo y en casos de violación e incesto (UNHRC 2010, 7). Hay relativamente pocos estudios sobre como esta prohibición afecta la mortalidad materna, lo cual deja el campo abierto para nuevos estudios. El presente tiene como objetivo ayudarnos a entender la necesidad de nuevas políticas para reducir el caso de las víctimas y al mismo tiempo, contribuir con ambos países a lograr el objetivo de salud materna propuesto en los ODM.

II. Material y métodos

Es una revisión literaria basada en una investigación cualitativa y análisis a profundidad de textos relevantes al tema, fue escrito con información proveniente de fuentes primarias y secundarias (Bui 2009, 48-49). Algunos artículos incluidos son aquellos publicados por investigadores independientes, grupos feministas, organizaciones de derechos humanos e instituciones multilaterales como la ONU, OMS y OPS. La disponibilidad de información fue la razón por la cual se incluyó estas diferentes fuentes.

La búsqueda se realizó tanto en inglés como en español entre febrero del 2011 y septiembre 2012 (analizando documentos antes y después que la ley de aborto cambiara en ambos países) en los siguientes buscadores: ebscoHost, HINARI, Google y Google Académico. Adicionalmente el investigador condujo una búsqueda exhaustiva de documentos provenientes de los organismos: Amnistía Internacional, Ipas, el Allan Guttmacher Institute, los códigos penales de Nicaragua y El Salvador y los Ministerios de Salud de ambos países. Otro paso en el proceso de investigación fue hacer un análisis profundo de literatura importante en la lista de referencias de los documentos consultados.

Finalmente, al momento de analizar, discutir y comparar las políticas de cada país y los ODM, se tomó en cuenta que los datos oficiales no son completamente confiables (Escobar 2011; MINSa 2012) y el sub-registro es un gran problema debido a la sensibilidad e implicaciones legales del tema (MINSa 2007, 19; Sedgh *et al.* 2012, 625).

III. Resultados y discusión

Mortalidad materna en Nicaragua

De acuerdo a la United Nations Population Division (UNDP), tanto la morbilidad como la mortalidad materna son un gran problema de salud pública en Nicaragua que afecta principalmente a mujeres pobres que viven en el área rural y donde siete de cada diez mueren por las causas relacionadas al embarazo (UNDP 2005, 10). Los datos sobre mortalidad materna en el país desde 1990 son variables, estadísticas oficiales del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa) muestran que para 1992 la Razón de Mortalidad Materna (RMM) fue de 91 muertes maternas por 100,000 Nacidos Vivos (N.V.) y en el 2006 fue de 89.6 por 100,000, respectivamente (MINSa; 2007, 14-18).

Adicionalmente, un reporte del MINSa indica que el país ha observado un descenso en la RMM entre las adolescentes de 74.4 en el 2004 a 55.4 por 100,000 N.V. en el 2006. Sin embargo, a pesar que estos datos representan una disminución del veinticinco por ciento (25%), aun hay áreas en el país, principalmente rurales, que tienen números mayores (131.4 - 265.3 por 100,000 N.V.) al promedio nacional -89.6 (*Ibid.* 15).

En el 2006, el noventa por ciento de las causas de mortalidad materna entre adolescentes fue atribuida a hipertensión y hemorragia, mientras que el otro diez por ciento fueron intoxicaciones en este caso autoinflingidas (MINSA 2007, 15). Esta última en adolescentes embarazadas es una de las principales causas de muerte, pero el fenómeno no ha sido lo suficientemente estudiado (*Ibid.*), por ello es difícil saber si estos suicidios fueron causados por embarazos producto de violación o incesto o embarazos no deseados por otras causas. Estadísticas de la Policía Nacional revelan que para el 2005 hubo 1,321 casos de violación y 26 casos de incesto, donde 45% de estos casos representaba a niñas de catorce años o menos (*Ibid.* 23).

El impacto en mujeres jóvenes parece ser particularmente severo, un reporte de la UNHRC (2008) indica que el patrón de “suicidios” relacionados al embarazo entre niñas y adolescentes es especialmente problemático en vista que el 30% de los embarazos en Nicaragua, es en adolescentes, un gran número de ellos como resultado de violación. Los doctores han observado con preocupación que un número de mujeres jóvenes murieron por pesticidas aplicados dentro de la vagina para realizar el aborto. A pesar que el Ministerio de Salud clasifica estas muertes como suicidios, el patrón inusual ha llevado a los doctores a creer que estos podrían haber sido intoxicaciones para intentar abortos (UNHRC; 2008, 5).

De acuerdo al Ministerio de Salud, la RMM en mujeres nicaragüenses en edad fértil (15-49 años) ha disminuido en los últimos años (MINSA 2006, 19). Un análisis de las causas de mortalidad indicó que para el 2005 setenta y cinco por ciento de las muertes se atribuyeron a hemorragia (52%) seguida de hipertensión (26%) y sepsis (infección) 19% (MINSA 2006, 19). El reporte no brinda una descripción detallada de las causas de hemorragia, las semanas de gestación que tenían las mujeres cuando las muertes ocurrieron, o aborto como causa directa de muerte, cuando la literatura revela que el aborto inseguro es una de las principales causas de muerte en Centro América (WHO 2008c, 2). El gobierno reconoce que los números anteriores podrían ser más altos dado que la magnitud del aborto inseguro es desconocida en el país (MINSA 2006, 19).

Datos de la UNFPA indican que la RMM para Nicaragua ha disminuido en casi 50% desde 1990, pero difiere de las estadísticas oficiales del país en las cifras presentadas; de acuerdo a la organización, la RMM por 100,000 N.V. en el país fue de 190 para 1990, 110 en 2005 y 100 para el 2010 (UNFPA; 2011a, 115). Desde que la ley de aborto cambió en 2006, el gobierno reporta que la mortalidad materna ha disminuido significativamente. Durante una conferencia llevada a cabo en junio del 2012, la ministra de salud indicó que en 2006 la RMM era de 100 por 100,000 N.V. y 63 en 2012 (la página web no tiene cifras oficiales del 2012) lo cual representa una disminución de cuarenta por ciento (MINSA 2012a).

Las Leyes y Protocolos para el Manejo de Complicaciones Obstétricas en el país (Protocolos Obstétricos) resaltan complicaciones particulares que pueden ocurrir

durante el embarazo; como un embarazo ectópico, que al romperse, puede causar la muerte sin una rápida intervención (*Ibid.* 17). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) analizó estadísticas del país que indicaron que entre 1999 y 2005 más de siete mil mujeres y niñas fueron ingresadas anualmente a los hospitales de Nicaragua por complicaciones relacionadas al embarazo que terminaron en abortos espontáneos o de otro tipo. Durante este mismo período alrededor de 347 mujeres y niñas fueron ingresadas anualmente por embarazos ectópicos y 191 por embarazos molares; en estos casos y cuando las mujeres sufren abortos inseguros espontáneos o incompletos, los Protocolos recomiendan aspiración manual del útero (PAHO, 2006 citado en Amnesty International, 2009 b, 17), un procedimiento que se castiga con varios años de prisión. Otra causa de muerte materna en Nicaragua es la hipertensión, que en casos severos puede llevar a pre-eclampsia y eclampsia; cuando esta condición es dejada sin tratarse puede llevar a convulsiones, coma y hasta la muerte. En estas circunstancias, los Protocolos recomiendan interrumpir el embarazo dependiendo de los síntomas y el estadio de embarazo como parte de los tratamientos indicados, (Amnesty International, 2009 b, 17). Veinte mujeres y niñas murieron como resultado de esta complicación en 2007 y catorce en 2008 (MINSA 2007-2008, *Ibid.*).

El Instituto Forense de Nicaragua (Instituto de Medicina Legal) tuvo 379 casos de violación reportados en diciembre 2008, 77% eran niñas por debajo de 17 años. Como el país no tiene datos sobre embarazos producto de violaciones, la Organización Catholics for Choice de Nicaragua (2008) llevó a cabo un estudio de la prensa local para analizar los casos de violación reportados en los medios de comunicación. Los resultados demostraron que entre 2005-2007, más de mil jovencitas fueron reportadas en los periódicos como víctimas de violación o incesto. De estos crímenes, dieciséis por ciento (16%) se reportó que resultaron en embarazo; la mayoría de las jovencitas que resultaron embarazadas como resultado de violación e incesto (172 de 198) estaban entre los 10 y 14 años de edad (citado en Amnesty International 2009 b, 22).

Mortalidad materna en El Salvador

De acuerdo a las encuestas nacionales de Salud Familiar del (FESAL-1993), la RMM nacional estimada fue de 158 muertes maternas por 100,000 N.V. (FESAL-93 citado en FESAL-98 2000). Más adelante, en FESAL-98 la RMM, bajó a 120 muertes por 100,000 N.V. (FESAL-98 2000, 200). Una de las causas de morbilidad reportada desde 1996 son abortos espontáneos u otros abortos (4.2%) e hipertensión (5.2%), esto sugiere la posibilidad de pre-eclampsia y 1.6% reportó convulsiones sugiriendo posible eclampsia (*Ibid.*, 7-8), el reporte no cita un diagnóstico certero de estos casos ni otras causas de morbilidad, ni el estadio del embarazo cuando se presentó estas patologías. Además FESAL(1998) menciona que casi el seis por ciento (6%) de todas las mujeres en edad

fértil fueron forzadas a tener relaciones sexuales (*Ibid.* 6), pero no presenta datos de embarazos consecuencia de violación e incesto.

Luego en FESAL 2002/03 la RMM de 1993-2002 era de un valor intermedio estimado de 173 (FESAL-2002/03 2004). La encuesta dice que del total de embarazos en mujeres en edad fértil del país, casi el cinco por ciento (5%) terminó en aborto, pero este número se hace mayor (7.7-10.3%) en mujeres de 30-49 años (*Ibid.*); el reporte no tiene datos sobre otras causas de morbilidad y mortalidad materna.

Más adelante, el reporte indica que debido a la falta de precisión estadística para medir la mortalidad materna en el país, era casi imposible concluir que la RMM ha cambiado o se mantiene estable; la recomendación fue usar un Estudio de Mortalidad en Edad Reproductiva (RAMOS) para reforzar la vigilancia epidemiológica en el país (FESAL-2002/03 2004). Esta situación llevó al MINSAL a realizar en el 2005 un estudio RAMOS para poder identificar e investigar las causas de todas las muertes de mujeres en edad reproductiva: desde entonces, la información ha sido producida usando este sistema (PAHO 2010, 1).

El presente FESAL(2008) indica que distinto a los anteriores tres FESAL (93, 98 y 2002/03), la edición actual decidió excluir la Razón de Mortalidad Maternal (RMM) de los indicadores investigados porque la metodología utilizada anteriormente no categorizaba suficientes casos de muertes maternas para obtener la precisión estadística del indicador (FESAL 2008, 23). Posterior a esto un estudio específico llamado “Línea de Base de Mortalidad Materna en El Salvador, 2005-2006” fue conducido utilizando RAMOS (*Ibid.*).

De acuerdo a este estudio, desde el 2000 el MINSAL hizo el reporte de muertes maternas obligatorio en el país. De esta información la RMM (a nivel hospitalario) fue 72 muertes maternas por 100,000 N.V. en 2000 y 48.8 en el 2005 (MSPAS; 2006), en el año que se condujo el estudio la RMM fue de 71.25 (*Ibid.*), estas cifras son variables y diferentes a las reportadas en los FESAL enmascarando la magnitud del problema (*Ibid.* 6). Durante el año en que se condujo, este estudio, había 2,468 muertes de mujeres de 10 a 54 años, 100 de estas estaban relacionadas al embarazo, 50 a causas maternas directas, 32 indirectas y 18 a otras causas no especificadas (*Ibid.* 20-21). Las causas directas eran hipertensión (38%) y hemorragia (38%), que eran las principales causas de muerte materna seguida de sepsis, embarazo ectópico y aborto séptico. El estudio enfatizó que el 98% de estas muertes eran completamente prevenibles (*Ibid.* 48-49). Las causas indirectas de muerte fueron principalmente suicidios por envenenamiento -40% (*Ibid.* 46); esta cifra es similar a otro reporte del MSPAS (2006) donde la causa principal de muerte en adolescentes embarazadas (10-19 años) a nivel hospitalario fue suicidios por ingesta de pesticidas y otras causas no especificadas (MSPAS 2006 a, 2).

El MINSAL reportó en el 2007 que la RMM del 2006-2008 se redujo a 51.7 muertes por 100,000 N.V., pero esta cifra no es comparable a las de 1990 y 2000 debido a la diferencia en la metodología (citada en PAHO 2010, 1). Esta cifra es casi la mitad de la estimada por la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial para el país en 2008, 110 muertes por 100,000 N.V. (*Ibid.* 2), mostrando grandes diferencias entre las fuentes.

El ODM cinco de las Naciones Unidas en Nicaragua

En Nicaragua los datos del MINSAL indican que la RMM en el país para 1992 (punto de partida) era de 91 por 100,000 N.V. (MINSAL 2007, 18), dado que fuentes oficiales no tienen cifras para 1990. Esto significa que el objetivo a lograr para el 2015 es 22.75 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos. El progreso del país utilizando datos del MINSAL es como sigue: 87 muertes maternas para el 2000 y de acuerdo a la ministra de salud la RMM bajó a 63 en 2012 (MINSAL 2007, 18; MINSAL 2012 a). Si tomamos estos números en cuenta se observa que la mortalidad materna ha disminuido, pero el país aún no está cerca de lograr la reducción de tres cuartos en la RMM.

Datos de otras fuentes como UNFPA duplican la cantidad que presenta el MINSAL. De acuerdo a este organismo el punto de partida fue 190 muertes maternas por 100,000 N.V. en 1990; la meta de acuerdo a esta cifra sería 47.5 por 100,000 N.V. (UNFPA 2011a, 115). Para el año 2010 la RMM fue de 100 por 100,000 N.V. (*Ibid.*), lo cual demuestra que ha habido poco progreso para lograr el objetivo principal de este ODM cinco. El gobierno nicaragüense ha reconocido que enfrenta muchos retos en la reducción del número de muertes maternas, incluyendo deficiencia de cuidados obstétricos de calidad, falta de servicios, centros apropiados, accesibles y pobreza (Amnesty International, 2009 b, 9).

Hay programas que contribuyen a mejorar la salud materna pero, la criminalización del aborto terapéutico, una indicación médica claramente descrita en la literatura como un procedimiento que salva vidas, podría limitar al país en el logro del ODM cinco (Amnesty International, 2009 b, 9). En el año 2007 el Ministerio de Salud registró 115 muertes maternas; el gobierno admitió que un 90% de estas muertes pudieron prevenirse si se hubiera brindado una atención médica rápida y adecuada (MINSAL, 2007-2008 *Ibid.* 10). Además un estudio por Padilla, médico y especialista en salud sexual y reproductiva, concluyó que de estas 115 muertes al menos 12 pudieron prevenirse si el aborto terapéutico hubiera sido accesible (Padilla, 2008).

La UNDP indica que dentro del país hay grandes diferencias en la RMM, por ejemplo en Masaya (a 40 minutos de la capital) es de 17 por 100,000 N.V. (UNDP; 2005, 10), una cifra que de acuerdo al reporte de los ODM del 2012, es comparable a países desarrollados (UN, 2012 b, 30) en la capital Managua es de 37 y la de río San Juan (a una hora por avión desde la capital) es de 322 por 100,000 N.V. (UNDP, 2005, 10), esta

última es mayor que la del Sur de Asia y ligeramente más baja que la de África Sub-Sahariana (UN, 2012 b, 30).

Finalmente, de acuerdo a ciertos autores, Nicaragua no logrará el ODM cinco por muchas razones: Los entusiastas números oficiales son diferentes de aquellos de ONG's y otras organizaciones dentro del país (Silva and Galeano 2011), por ello las cifras reales y reducción subsecuente son desconocidas; la penalización del aborto conlleva a más muertes (Tünnermann, *Ibid.*, 2010) a pesar que no hay cifras concretas de cómo la prohibición ha contribuido a la mortalidad materna, y finalmente la pobreza, desigualdad (Silva and Galeano, 2011), pobres servicios de salud, falta de cuidados obstétricos de emergencia y pobre acceso a estos servicios por mujeres que viven en áreas rurales donde ocurren la mayor cantidad de muertes maternas (UNDP; 2005, 10).

El ODM cinco de las Naciones Unidas en El Salvador

Los datos del FESAL ofrecen una visión general de la situación de mortalidad materna en el país para un período de 10 años antes que la encuesta fuera realizada; debido a esto, no es suficiente para medir cambios en la Razón de Mortalidad Materna. Además, únicamente desde el año 2000, el registro de muertes maternas ha sido obligatorio (MSPAS; 2006, 6). Debido a que estos son los únicos datos disponibles, nuestro punto de partida será 158 muertes maternas por 100,000 N.V., que reportó el FESAL, 1998-2000). De acuerdo a ese dato, el objetivo es 39.5 muertes maternas para el 2015. El FESAL 2002/03 fue el último de esta serie de encuestas y reportó una RMM de 173 por 100,000 N.V. (FESAL; 2002/03 2004, 272), el número fue aún más que el de 1993, puede deducirse que no hubo progreso durante estos 10 años, e incluso que hubo más muertes. Debido a que la ley de aborto cambió antes de la publicación de esta última encuesta, puede debatirse que la prohibición del aborto terapéutico, junto con otros factores, influyó este resultado de criminalidad.

A partir del 2005 el país condujo un estudio RAMOS, la Línea de Base de Mortalidad Materna en El Salvador (2005-2006), el cual fue realizado para poder tener un punto de partida para medir la esta variable de realidad y sus causas para los años venideros (MSPAS; 2006, 6-7). De acuerdo al estudio la RMM para el 2006 fue 71.25 muertes maternas por 100,000 N.V. (*Ibid.* 23). Si tomamos este número en cuenta, se observa que hubo una reducción en más del 50% en las muertes maternas, pero la "reducción" se debe a la diferencia en la metodología y no a una reducción real de la RMM en al país.

Más adelante, de acuerdo al Ministerio de Salud, la RMM para el 2008 fue de 55 muertes por 100,000 nacidos vivos, una reducción que fue posible gracias a programas estratégicos que el gobierno implementó para poder reducir la mortalidad materna (MINSAL, 2010). El Ministerio de Salud indicó que la nueva meta para el 2015 luego de este estudio de línea de base era 53 por 100,000 N.V. (Villalta, 2012), una cifra que para el 2011 alcanzó 50.8 muertes por 100,000 N.V. (MINSAL, 2012, 5); de acuerdo al

coordinador de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva del MINSAL, el país alcanzó y sobrepasó en 2010 el objetivo del ODM cinco de una reducción de tres cuartos de la RMM mucho tiempo antes de la fecha establecida (Villalta, 2012).

Después que se supiera la noticia del supuesto logro del ODM cinco por parte del país, hubo duras críticas a este anuncio; Martínez (2012) afirmó que el nivel de irresponsabilidad de la declaración era tal, que podía ser refutado al menos en tres niveles (Martínez, 2012). Primero, sólo uno de los dos objetivos del ODM cinco fue alcanzado; segundo, la declaración omite el vínculo entre la salud reproductiva de las mujeres salvadoreñas y el efecto negativo que la criminalización del aborto tiene sobre este derecho; y finalmente, no se menciona en la declaración nada acerca del incremento del embarazo y partos en niñas y adolescentes durante estos últimos años, que de acuerdo a datos oficiales el 30% de los partos atendidos en el sistema de salud pública son de niñas y adolescentes entre los 10-19 años, y un tercio de la mortalidad materna se da en este grupo de edad (*Ibíd.*).

Por otro lado, en 2010, la Organización Panamericana de la Salud emitió un comunicado de prensa acerca del ODM cinco en El Salvador y los retos que enfrentaba hace dos años. El comunicado informó que medir el progreso en el país ha sido una tarea difícil por la falta de datos confiables de mortalidad materna (PAHO, 2010, 1-2). Debido a esto, el MINSAL estimó una RMM de 211.6 para 1990 —basado en dos Fuentes de información: La RMM en hospitales a partir de 1983 a 1986 y el nivel de sub-registro encontrado en el estudio de la línea de base—, de acuerdo a esto la meta se estableció en 52.9 por 100,000 nacidos vivos. La OPS indicó que para el 2008 la razón fue de 110, lo cual significa una reducción del 44% y un progreso anual del 3.2% (*Ibíd.*).

Comparación y discusión

Mortalidad materna

Inicialmente la disponibilidad de la información en los países de estudio es pobre y diferente; Nicaragua tiene datos oficiales de mortalidad materna disponible hasta el 2008 y nada para 1990; mientras que El Salvador tiene las encuestas de hogares realizadas desde los ochenta y a partir del 2005, el estudio RAMOS. En ambos países los datos oficiales varían grandemente de las estadísticas provenientes de otras fuentes como UNDP, UNICEF y el Banco Mundial, este déficit hace que la medición precisa sea una tarea difícil, de tal forma los números presentados, como se mencionó antes, deben ser interpretados con cautela.

Antes de la prohibición del aborto la mortalidad materna era más elevada, de acuerdo a cifras oficiales, en El Salvador (158-120) y en Nicaragua (87-106). En ambos países la alta mortalidad se asocia a pobreza, edad joven y vivir en áreas rurales, pero la RMM era más alta en el país económicamente más estable que en el segundo más pobre

del hemisferio (Nicaragua). Luego que la legislación de aborto cambiara, Nicaragua experimentó una reducción de 100 en 2006 a 63 en 2012 mientras El Salvador tuvo un incremento a 173 en 2003, esta última puede ser atribuido a la nueva legislación. Después que la metodología para obtener la RMM en El Salvador fuera cambiada, la cifra del país se redujo a 50.8 en 2011 mientras en Nicaragua disminuyó a 63 en 2012, un número más alto que El Salvador. Las cifras anteriores están basadas en datos oficiales, los no oficiales indican que a pesar que ambos países han experimentado una reducción, sus RMM son más altas que las oficiales, Nicaragua tenía 100 en 2010, mientras que El Salvador tuvo 110.

Dejando a un lado las diferencias en la RMM, la mayor disparidad entre estos países recae en las mujeres que están cumpliendo sentencias de prisión por aborto después del cambio en la ley; en El Salvador hay aproximadamente setenta, y aún más que están siendo procesadas, mientras Nicaragua no tiene ninguna.

Acerca de las causas de muerte, estadísticas oficiales muestran que son similares en ambos países; las principales son hemorragia e hipertensión. A pesar que no hay datos de abortos inseguros, otras fuentes demuestran como este problema cuenta como la segunda causa de muerte relacionada al embarazo en El Salvador y una causa importante de muerte en mujeres embarazadas en Nicaragua. Además, los suicidios por ingesta de pesticidas (oral o vaginal) son la principal causa de muerte en adolescentes embarazadas en ambos países. El embarazo consecuencia de violación e incesto ha sido poco investigado, pero el alto número de suicidios hace deducir que puede haber relación con los embarazos no deseados por esta razón.

ODM cinco

El punto de partida para ambos países en la RMM era diferente entre ellos y variable dependiendo de la fuente; para Nicaragua fue de 91 para 1992 y para El Salvador la cifra estimada fue de 158 según estadísticas oficiales, figuras no oficiales 190 para el anterior y 211 para este último. De acuerdo a esto la meta propuesta es diferente para ambos países; para Nicaragua es 22 y 47, mientras en El Salvador es 39.5 y 52.7, que representan números oficiales y no oficiales, respectivamente.

Aproximadamente doce años después que la legislación de aborto cambiara, el gobierno salvadoreño anunció que el ODM cinco se alcanzó en 2010, cinco años antes de la fecha límite, mientras que Nicaragua está aún lejos de alcanzarlo, el gobierno anunció que hubo 63 muertes por 100,000 N.V., en 2012 mientras la UNDP indicó que era de 100. Por encima de todo, la RMM ha disminuido en ambos países, pero aún permanece inaceptablemente elevada. Es difícil establecer si la ley de aborto ha contribuido a las muertes maternas; pero, cabe mencionar que es una entre otras causas en ambos países, que perjudica cuando se practica abortos inseguros, cuando las adolescentes cometen suicidio por embarazos no deseados consecuencia de violación,

incesto y otras causas, cuando se niega intervenciones médicas prontas y apropiadas a mujeres embarazadas cuando su vida está en peligro y cuando las mismas mujeres retrasan o deciden no acudir al sistema de salud público por temor a ser reportadas a las autoridades.

IV. Conclusión

El propósito principal de esta tesis ha sido una exploración de documentos oficiales y no oficiales de Nicaragua y El Salvador, seguido de una comparación de cómo la legislación de aborto influyó la mortalidad materna. Sin embargo, para fines del estudio, hubo un enfoque adicional en literatura sobre derechos humanos, religión y política.

El estudio ha demostrado que la mortalidad materna es influenciada por una serie de factores, entre ellos la prohibición del aborto terapéutico, un procedimiento conocido para salvar vidas. Así como la exploración y el análisis de documentos ha demostrado que Nicaragua y El Salvador tienen algunas diferencias, pero las similitudes son mayores. Aunque ha disminuido, aún es elevada en ambos países. La distribución de recursos, programas de salud y nuevas políticas son necesarias para poder poner un fin a la cantidad de mujeres que aún están muriendo. Adicionalmente, el logro del Objetivo del Milenio cinco de las Naciones Unidas en ambos países es solamente una fracción de los compromisos que estos países tienen para mejorar la salud materna. Definir y explorar los otros objetivos e indicadores del Objetivo del Milenio cinco en ambos países no ha sido una tarea de esta tesis. Esto podría realizarse más adelante por futuras investigaciones.

V. Lista de referencias

Amnesty International (2009 a) . *Nicaragua: Submission to the UN Universal Periodic Review*. Disponible en línea: http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/Session7/NI/AI_UPR_NIC_So7_2010_AmnestyInternational.pdf. (Accessed on March 31, 2010).

Amnesty International. (2009 b). *The Total Abortion Ban in Nicaragua: Women's Lives and Health Endangered, Medical Professionals Criminalized*. Amnesty International Publications. <http://www.amnesty.org/en/library/asset/AMR43/001/2009/en/ea2f24b4-648c-4389-91e0-fc584839a527/amr430012009en.pdf> (Accessed on March 31, 2011).

Bui, Yvonne N. (2009). *How to Write a Master's Thesis*. SAGE Publications.

- Center for Reproductive Rights. (2009). *The World's Abortion Laws, Fact Sheet*. http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub_fac_abortionlaws2009_WEB.pdf. (Accessed on May 10, 2012).
- Chamberlain, J., R. Mc Donagh, A. Lalonde and S. Arulkumaran, (2003). *Averting maternal death and disability, the role of professional associations in reducing maternal mortality worldwide*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 83 (2003) 92-102. <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0020-7292/PIIS0020729203001851.pdf> (Accessed on May 14, 2012).
- Escobar, Sandino Jasmina. 2011. *Little Confidence on Maternal Mortality Reduction (Poco Confiable la Reducción de la Mortalidad Materna)*. *El Nuevo Diario*, March 16, Nacionales section. http://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/97208_poco-confiable-la-reducci%C3%B3n-de-mortalidad-materna (Accessed on September 4, 2012).
- FESAL (1998). National Family Health Survey. (2000). *National Family Health Survey 1998: Final Report. El Salvador*. <http://www.fesal.org.sv/1998/english/default.htm> (Accessed on September 8, 2012).
- FESAL (2002/03). National Family Health Survey. (2004). *National Family Health Survey 2002-2003: Final Report. El Salvador*. <http://www.fesal.org.sv/2003/informe/final/espanol/default.htm> (Accessed on September 8, 2012).
- FESAL (2008). National Family Health Survey. (2009). *National Family Health Survey 2008: Final Report. El Salvador*. http://elsalvador.usaid.gov/uploaded/mod_documents/FESAL2009-InformeResumido_1.pdf (Accessed on September 9, 2012).
- Hitt, Jack. 2006. Pro-life Nation. *The New York Times*, April 9, Editor's Note. <http://www.nytimes.com/2006/04/09/magazine/09abortion.html?pagewanted=all> (Accessed on March 31, 2011).
- MINSAL- The Nicaraguan Health Ministry. (2007). *National Strategy for Sexual and Reproductive Health: "Act Today, to Ensure a Better Future for All"*. Health Ministry of Nicaragua. http://www.iadb.org/WMSfiles/products/SM2015/Documents/website/MINSAL_Nicaragua-Estrategia_nacional_salud_sexual_reproductiva.pdf (Accessed on September 1, 2012).
- MINSAL- The Nicaraguan Health Ministry. (2012). *National Health Statistics, Basic Indicators*. http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=203 (Accessed on September 4, 2012).

- MINSAL- The Nicaraguan Health Ministry. (2012 a). *Maternal Mortality Decreased in Nicaragua*. http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_content&view=article&id=2391:se-reducen-muertes-maternas-en-nicaragua&catid=66:noticias-2012 (Accessed on September 3, 2012).
- MINSAL- Health Ministry of El Salvador. (2010). *“Health Ministry committed to reduce maternal mortality, neonatal and feminine”*. <http://www.salud.gob.sv/index.php/novedades/noticias/noticias-ciudadanas/121-octubre-2010/653-25-10-2010-ministerio-de-salud-empenado-en-reducir-la-mortalidad-materna-neonatal-y-femenina> (Accessed on September 14, 2012).
- MINSAL- Health Ministry of El Salvador. (2012). *Expenses Accountability Report 2011-2012*. <http://issuu.com/elmundocomsv/docs/minsal-2011-2012> (Accessed on September 14, 2012).
- MSPAS- Ministry of Public Health and Social Assistance. (2006). *Baseline of maternal Mortality in El Salvador: June 2005 to May 2006*. Ministry of Public Health and Social Assistance. http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/documento_LBMM/CONTENIDO_PARTE1.pdf (Accessed on September 10, 2012).
- MSPAS- Ministry of Public Health and Social Assistance. (2006 a). *Five main causes of maternal mortality at hospitals*. Ministry of Public Health and Social Assistance. http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/causas_frecuentes2006/cinco_causas_muertes_maternas_2006.pdf (Accessed on September 10, 2012).
- Pan-American Health Organization (PAHO, 2007). *Derogation of Therapeutic Abortion in Nicaragua: Impact on Health*. Published by Health of the Family and the Community PAHO/WHO Nicaragua. http://new.paho.org/nic/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=121&Itemid=235 (Accessed on June 9, 2012).
- Pan-American Health Organization (PAHO, 2010). MDG 5: *El Salvador: maternal health situation, challenges for 2015*. Press Bulletin, September 30. http://new.paho.org/els/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=263&Itemid=9999999 (Accessed on September 8, 2012).
- Sedgh, Gilda, Susheela Singh, Iqbal H. Shah, Elisabeth Åhman, Stanley K. Henshaw and Akinrinola Bankole. (2012). *Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008*. The Lancet. Vol. 379. <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673611617868.pdf?id=40bade4753939e7f:-26fb7de1:13960897f10:-3fef1345946841641> (Accessed on August 25, 2012).

- Silva, José Adán and Luis Galeano. (2011). *The two sided chapter of the so called presidential message. Reduce Maternal Mortality, Impossible Goal*. El Nuevo Diario. January 15, Especiales section. <http://www.elnuevodiario.com.ni/especiales/92518> (Accessed on September 13, 2012).
- Tünnermann, Barnheim Carlos. (2010). *The Millennium Development Goals*. El Nuevo Diario. September 21, Opinion Section. <http://www.elnuevodiario.com.ni/opinion/83959> (Accessed on September 13, 2012).
- United Nations (UN, 2001). *Abortion Policies: A Global Review*. www.un.org/esa/population/publications/abortion/doc/elsalv1.doc. (Accessed on March 31, 2011.)
- United Nations (UN, 2012 b). *The Millennium Development Goals Report 2012*. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2012/English2012.pdf> (Accessed on September 13, 2012).
- United Nations Population Division (UNDP, 2005). *Target 5 Improve Maternal Mortality from the Maternal Mortality ratio per 100,000 live births Series*. http://www.undp.org.ni/files/dmilenio/1170806500_objetivo5.pdf (Accessed on September 1, 2012).
- United Nations Human Rights Committee (UNHRC, 2008). *Report on Violations of Women's Human Rights to Therapeutic Abortion and Emergency Medical Care, and of the Rights of Women's Human Rights Defenders in response to the Second and Third Periodic Report of Nicaragua*. Shadow Report presented at the 94th Session of the United Nations Human Rights Committee, October 13-31, in Geneva, Switzerland. http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/docs/ngos/MAM_CDC_IWHR.pdf (Accessed on August 26, 2012).
- United Nations Human Rights Committee (UNHRC, 2010). *Report on Violations of Women's Human Rights due to the Complete Criminalization of Abortion in response to the Periodic Report of El Salvador*. Report presented at the 99th Session of the United Nations Human Rights Committee, October 2010, in Geneva, Switzerland. http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/docs/ngos/JointSubmission_ElSalvador100.pdf (Accessed on June 8, 2012).
- United Nations Population Fund (UNFPA, 2011 a). *The State of the World's Midwifery: Delivering Health, Saving Lives*. http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/en_SOWMR_Full.pdf (Accessed on September 3, 2012).
- Villalta, Sofia. (2012). *Has MDG five been reached in El Salvador?* Diario Digital Contrapunto. July 12, Opinion section. <http://www.contrapunto.com.sv/colaboradores/se-ha-llegado-a-la-meta-del-odm-5-en-el-salvador> (Accessed on September 14, 2012).

World Health Organization (WHO, 2003 a). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for health Systems*. 2003. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590343.pdf>. (Accessed on May 10, 2012).

World Health Organization (WHO, 2008 c). *Unsafe Abortion Incidence and Mortality: Global and Regional Levels in 2008 and Trends during 1990-2008*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75173/1/WHO_RHR_12.01_eng.pdf (Accessed on August 25, 2012).