

EXIGE DIGNIDAD

EXIGE DIGNIDAD



EXIGE DIGNIDAD



EXIGE DIGNIDAD

EXIGE DIGNIDAD



# LA PROHIBICIÓN TOTAL DEL ABORTO EN NICARAGUA

LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES,  
EN PELIGRO; LOS PROFESIONALES  
DE LA MEDICINA, CRIMINALIZADOS

LA SALUD REPRODUCTIVA  
ES UN DERECHO HUMANO

**AMNISTÍA**  
INTERNACIONAL



Amnistía Internacional es un movimiento mundial, formado por 2,2 millones de personas de más de 150 países y territorios, que hacen campaña para acabar con los abusos graves contra los derechos humanos. Nuestra visión es la de un mundo en el que todas las personas disfrutan de todos los derechos humanos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otras normas internacionales de derechos humanos. Somos independientes de todo gobierno, ideología política, interés económico y credo religioso. Nuestro trabajo se financia en gran medida con las contribuciones de nuestra membresía y con donativos.

# AMNISTÍA INTERNACIONAL



© AMNESTY INTERNATIONAL PUBLICATIONS

Secretariado Internacional  
Peter Benenson House  
1 Easton Street  
London WC1X 0DW  
Reino Unido

Edición española a cargo de:  
EDITORIAL AMNISTÍA INTERNACIONAL (EDAI)  
Valderribas, 13  
28007 Madrid. España  
Teléfonos: (34) 91 433 41 16 / 91 433 25 20  
Fax: (34) 91 433 65 68

[www.amnesty.org/es](http://www.amnesty.org/es)

Índice : AMR 43/001/2009

Impreso por Artes Gráficas ENCO, S. L.  
Sallaberry, 75  
28019 Madrid, España

Depósito legal: M - - 2009

 Impreso en papel reciclado

© Reservados todos los derechos.

Esta publicación tiene derechos de autor, si bien puede ser reproducida por cualquier medio, sin pago de tasas, con fines educativos o para llevar a cabo acciones de protección y promoción de los derechos humanos, pero no para la venta. Los titulares de los derechos de autor solicitan que se les comuniquen los usos mencionados con el fin de evaluar sus efectos. Para la reproducción de este texto en cualquier otra circunstancia, su uso en otras publicaciones o su traducción o adaptación, deberá obtenerse el permiso previo por escrito de la editorial, y podrá exigirse el pago de una tasa.

*Foto de portada:* Una trabajadora de la salud atiende a una paciente en un hospital público en la ciudad de Ocotal, Nicaragua, noviembre de 2007.

© IPAS

# **LA PROHIBICIÓN TOTAL DEL ABORTO EN NICARAGUA**

## **LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES, EN PELIGRO; LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA, CRIMINALIZADOS**

### **ÍNDICE**

<b>METODOLOGÍA</b>	<b>2</b>
<b>ABREVIATURAS</b>	<b>3</b>
<b>1/INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>2/EL CONTEXTO POLÍTICO DE LA PROHIBICIÓN TOTAL DEL ABORTO</b>	<b>12</b>
<b>3/NEGACIÓN DEL ACCESO A UN ABORTO INDICADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO</b>	<b>16</b>
<b>4/EL ABORTO COMO OPCIÓN PARA LAS VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN EMBARAZADAS</b>	<b>24</b>
<b>5/DENEGACIÓN O RETRASO DEL TRATAMIENTO EN CASO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS</b>	<b>31</b>
<b>6/OBLIGACIONES DE DERECHOS HUMANOS DE NICARAGUA</b>	<b>34</b>
<b>7/CONCLUSIONES</b>	<b>38</b>
<b>8/RECOMENDACIONES</b>	<b>41</b>
<b>TERMINOLOGÍA</b>	<b>42</b>
<b>NOTAS FINALES</b>	<b>44</b>

## METODOLOGÍA

Delegaciones de Amnistía Internacional visitaron Nicaragua en junio y octubre de 2008. Sus investigaciones se centraron en los motivos de preocupación en materia de derechos humanos a los que se enfrentan las mujeres y las niñas en relación con los recientes cambios en la ley del aborto.

Amnistía Internacional cree que, cuando se restringe el acceso de las mujeres a información y servicios de aborto legales y seguros, sus derechos humanos fundamentales pueden correr grave peligro. Por eso, la organización pide a los Estados que prevengan y pongan fin a la comisión de abusos graves contra los derechos humanos de las mujeres, de conformidad con las obligaciones que les incumben en aplicación de las normas internacionales de derechos humanos y que: a) deroguen toda legislación que permita encarcelar o imponer cualquier otra pena a mujeres por solicitar o someterse a un aborto, y cualquier otra ley que prevea prisión u otras penas únicamente por informar sobre el aborto o por practicar abortos; b) proporcionen acceso a servicios médicos por complicaciones surgidas durante el aborto a todas las mujeres que los necesiten, cualesquiera que sean las circunstancias y con independencia de la condición jurídica del aborto; c) tomen todas las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de unos servicios de aborto legales y seguros para todas las mujeres que los necesiten en casos de embarazo por violación, agresión sexual o incesto, o cuando el embarazo suponga un riesgo para la vida o un riesgo grave para la salud de la mujer. Amnistía Internacional no se pronuncia sobre ningún otro aspecto relativo al aborto.

Los delegados de Amnistía Internacional se reunieron con diversos representantes de la profesión médica: médicos, ginecólogos, expertos en salud pública, psiquiatras y trabajadores de la salud. También mantuvieron reuniones con miembros de la Asamblea Nacional, abogados, activistas en favor de los derechos humanos de las mujeres y grupos de derechos humanos, delegados de organismos de desarrollo y agentes de la Comisaría de la Mujer de la Policía Nacional. La organización escuchó la opinión de integrantes de grupos que se oponen al aborto en cualquier circunstancia.

Los miembros de las delegaciones entrevistaron a varias mujeres y niñas que habían sido violadas y se reunieron con expertos que proporcionan asesoramiento psicosocial y ayuda legal a las víctimas de violación.

Amnistía Internacional desea agradecer su participación a todas las personas que compartieron sus experiencias y conocimientos. En particular la organización expresa su honda gratitud a las mujeres y niñas que accedieron a compartir experiencias sumamente personales y dolorosas de recordar.

Se han omitido los nombres de mujeres, profesionales de la medicina, personal de salud y otros representantes entrevistados por Amnistía Internacional para proteger su privacidad y garantizar que su seguridad no corre peligro.

Amnistía Internacional pidió reunirse en noviembre de 2008 con el Ministerio de Salud, la Comisión de la Mujer, Juventud, Niñez y Familia de la Asamblea Nacional y el Instituto Nicaragüense de la Mujer. Los representantes de estas instituciones declinaron entrevistarse con delegados de la organización.

## **ABREVIATURAS**

Protocolos obstétricos:	<i>Normas y protocolos para la atención de complicaciones obstétricas</i> , publicados por el Ministerio de Salud de Nicaragua en diciembre de 2006.
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SONIMEG	Sociedad Nicaragüense de Medicina General
SONIGOB	Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
OMS	Organización Mundial de la Salud

Manifestantes piden que se despenalice el aborto terapéutico ante la Corte Suprema en Managua, julio de 2008.



# 1/INTRODUCCIÓN

En Nicaragua, el aborto es un delito en cualquier circunstancia. El nuevo Código Penal, que entró en vigor en 2008, prevé largas penas de cárcel para las mujeres y las niñas que soliciten o consigan que se les practique un aborto y para los profesionales de la salud que proporcionen servicios de aborto y atención obstétrica necesaria para salvar vidas y preservar la salud de la paciente.<sup>1</sup>

Amnistía Internacional es consciente de la importancia que el gobierno nicaragüense ha dado al alivio de la pobreza, a los derechos a la tierra de la población indígena y a la reducción de la mortalidad materna. Es precisamente en este marco en el que Amnistía Internacional se centra en la cuestión de la prohibición total del aborto en Nicaragua, ya que dicha medida indica una grave desviación del compromiso del gobierno con la mejora de la igualdad social y tiene graves consecuencias para la protección de los derechos humanos de las mujeres y las niñas.

La prohibición no admite excepciones. Se aplica en situaciones en que continuar con el embarazo pone en peligro la vida o la salud de la mujer o la niña, y cuando el embarazo es consecuencia de una violación. El elevado número de embarazos de adolescentes en Nicaragua implica que muchas de las afectadas por las leyes reformadas son niñas menores de 18 años.<sup>2</sup>

La revocación de las disposiciones legales que permitían el aborto terapéutico pone en peligro las vidas de las mujeres y las niñas y coloca a los profesionales de la medicina en una difícil posición.

Antes de la reforma legal, en Nicaragua se permitió el aborto terapéutico durante más de cien años como un procedimiento médico legal, legítimo y necesario. La interpretación de la ley permitía realizar un aborto cuando de continuar con el embarazo se ponía en peligro la vida o la salud de la mujer o la niña embarazada y, en determinadas ocasiones, cuando el embarazo era resultado de una violación.<sup>3</sup> El artículo 165 del Código Penal permitía el aborto terapéutico si tres médicos coincidían formalmente en que era necesario y el cónyuge o un pariente cercano de la mujer daba su consentimiento.<sup>4</sup>

## EL ABORTO EN EL MUNDO

El aborto es un procedimiento médico considerado fundamental y legal en el 97 por ciento de los países del mundo,<sup>5</sup> donde está permitido si se da alguna de las siguientes circunstancias:

- cuando, de continuar con el embarazo, la vida de la mujer corre grave peligro, o se pone en riesgo su salud física o psicológica;
- cuando existe una elevada probabilidad de lesiones en el feto;
- en casos de violación o incesto;
- por motivos económicos o sociales;
- sin ninguna restricción en cuanto al motivo.<sup>6</sup>

La tendencia mundial ha sido ampliar las circunstancias en las que pueden practicarse legalmente tales abortos.<sup>7</sup> A la hora de legislar y desarrollar e implantar políticas sobre el aborto, todos los países deben guiarse por la definición de “salud” del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: “Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>8</sup>

Desde 2006, el Código Penal nicaragüense ha sido objeto de varias enmiendas que, el 9 de julio de 2008, dieron lugar a la prohibición total de cualquier tipo de aborto.<sup>9</sup> En la ley actual no hay ninguna disposición referida a embarazos en los que surgen complicaciones graves que exigen un tratamiento urgente y decisivo, como la interrupción del embarazo, para evitar la muerte o daños graves para la salud de la mujer o la niña embarazada. Diversas asociaciones médicas de Nicaragua, como las que se indican a continuación, han expresado su honda preocupación por el efecto negativo que la penalización de todas las formas de aborto tiene en el tratamiento de las complicaciones obstétricas:

- la Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia;
- la Sociedad Nicaragüense de Medicina General;
- La Facultad de Medicina de las universidades de León y de Managua;
- La Asociación de Enfermeros/as de Nicaragua;
- Expertos en salud internacionales, incluida la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La prohibición total del aborto no hace excepciones en los casos en que la vida o la salud de la mujer corre peligro, y por tanto exige implícitamente a los médicos que hagan caso omiso de las *Normas y Protocolos para la Atención de Complicaciones Obstétricas* del Ministerio de Salud (Protocolos Obstétricos) sobre buenas prácticas para la atención de complicaciones durante el embarazo. Los Protocolos Obstétricos autorizan la interrupción del embarazo en respuesta a determinadas complicaciones obstétricas para reducir las muertes maternas.

Las mujeres o las niñas que quedan embarazadas a consecuencia de actos de violencia sexual deben tener acceso a servicios de apoyo, incluido el acceso a un aborto seguro y legal, al tratamiento de lesiones físicas y enfermedades de transmisión sexual, al asesoramiento y apoyo sobre evitación y manejo del embarazo y a servicios de asesoramiento y apoyo social.<sup>10</sup> Sin embargo, el Código Penal reformado niega a las víctimas de violación la libertad de decidir por sí mismas cómo responder a un embarazo no deseado consecuencia de un acto de coacción sexual. Si la víctima de violación decide no continuar con el embarazo, cometerá una infracción del Código Penal y por consiguiente se arriesgará a ser procesada.

El Código Penal reformado es discriminatorio desde el punto de vista del género, pues niega a las mujeres y a las niñas un tratamiento que sólo ellas necesitan.<sup>11</sup> En efecto, sólo las mujeres y las niñas corren peligro de padecer sufrimiento físico y mental o de perder la vida como consecuencia del retraso o la negación del tratamiento médico si surgen complicaciones durante el embarazo. Sólo ellas se ven obligadas a continuar con un embarazo no deseado o peligroso desde el punto de vista médico o, de no hacerlo, se arriesgan a ser encarceladas. Sólo ellas sufren la angustia y el dolor físico de un aborto inseguro, arriesgando con ello su salud y su vida.

Los profesionales de la salud pueden ser encarcelados por proporcionar información sobre el aborto o practicarlo.<sup>12</sup> Es motivo de honda preocupación que la penalización del aborto en todas las circunstancias haga que algunas mujeres y niñas en Nicaragua recurran en su desesperación a abortos no seguros clandestinos.

La reforma del Código Penal también afecta a la prestación a mujeres y niñas de otros servicios de salud distintos del aborto, ya que actualmente está penalizado cualquier tratamiento indicado desde el punto de vista médico que provoque de forma no intencional lesiones en el feto o su muerte, no importa cuál haya sido la intención de los profesionales médicos afectados o las circunstancias en que se haya llevado a cabo. Los médicos que, siguiendo los Protocolos Obstétricos, intervienen para evitar la muerte de una paciente por complicaciones obstétricas, arriesgan su carrera profesional y puede que su libertad. Ejemplos de tales intervenciones son el tratamiento de la malaria o del VIH/sida, la cirugía cardíaca de emergencia o la intervención en un parto obstruido o un parto con complicaciones. Los prestadores de servicios de atención a la salud pueden ser sometidos a procesamiento penal incluso cuando, tratando de salvar al niño durante un parto difícil, provocan –sin que haya negligencia ni intención de causar daño– lesiones en el feto o su muerte.

*“Los médicos están atados de pies y manos. Pasan muchos sustos para tratar aún un aborto en curso, por ejemplo.”*

Médica nicaragüense entrevistada por Amnistía Internacional en octubre de 2008

El nuevo marco legal desempodera a los médicos y a los profesionales de la salud, que encuentran más difícil, si no imposible, tomar decisiones oportunas sobre cómo tratar las complicaciones del embarazo. Ahora los médicos tienen que tener en cuenta las consecuencias legales de administrar a una mujer embarazada un tratamiento indicado desde el punto de vista médico para una afección no relacionada con el embarazo por si los efectos de dicho tratamiento les traen problemas con la ley. También supone un obstáculo para tratar oportunamente a las mujeres y niñas que sufren complicaciones a consecuencia de un aborto espontáneo o inducido. Negar o retrasar indebidamente el tratamiento médico adecuado a mujeres y niñas que presentan complicaciones obstétricas, como embarazos ectópicos,

hipertensión o hemorragias, sólo puede aumentar el peligro de que las mujeres y las niñas mueran o sufran innecesariamente graves complicaciones de salud a largo plazo.<sup>13</sup>

Una trabajadora de la salud entrevistada por Amnistía Internacional en octubre de 2008 expresó la ansiedad y la incertidumbre de las mujeres y las niñas nicaragüenses que necesitan atención obstétrica: “Estamos indefensas, estamos indefensas completamente. Estoy preocupada sobre lo que significa esta ley para mí, para mis hijas, para mis nietas”.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)<sup>14</sup> son una serie de prioridades de desarrollo acordadas internacionalmente. Su éxito depende de la integración de los derechos humanos en el análisis de problemas concretos y la definición de soluciones. Según el Objetivo 5 (ODM 5), el gobierno nicaragüense se ha comprometido a reducir en un 75 por ciento la mortalidad materna para 2015, partiendo de la cifra de 230 muertes por cada 100.000 nacimientos en 2000.<sup>15</sup>

El gobierno ha reconocido que se enfrenta a varios retos a la hora de reducir el número de mujeres y niñas que mueren durante el embarazo y el parto, entre ellos la falta de atención obstétrica de calidad, la falta de servicios e instalaciones adecuadas y accesibles y la pobreza.<sup>16</sup> Las autoridades han presentado varios programas para reducir la mortalidad materna y han aumentado los presupuestos asignados al sector de la salud en general.<sup>17</sup> Estas importantes medidas merecen reconocimiento. Sin embargo, Amnistía Internacional teme que la penalización del aborto en todas las circunstancias impida que Nicaragua cumpla varias obligaciones de los ODM. La relación entre aborto inseguro y mortalidad y morbilidad maternas está demostrada.<sup>18</sup> El 20 por ciento de las muertes maternas en Latinoamérica se producen por complicaciones derivadas de abortos inseguros.<sup>19</sup> La ley reformada, impone asimismo un obstáculo jurídico entre los profesionales de la salud y la prestación de atención de la salud reproductiva y materna de forma oportuna y adecuada, reducirá el impacto de los programas para disminuir la mortalidad y morbilidad maternas.

El Ministerio de Salud nicaragüense registró 115 muertes maternas en 2007 en todo el país.<sup>20</sup> El gobierno ha reconocido que aproximadamente un 90 por ciento de estas muertes podrían haberse evitado de haberse proporcionado sin demora una atención médica adecuada.<sup>21</sup> Una médica y experta en salud sexual y reproductiva que llevó a cabo un estudio de las notas de los casos de cada una de las 115 muertes halló que al menos 12 se podrían haber evitado si las pacientes hubieran tenido acceso a un aborto terapéutico.<sup>22</sup>

La mala calidad de la información hace que sea difícil hacerse una idea cabal de las tendencias de las tasas de mortalidad materna en Nicaragua.<sup>23</sup> Esto se agrava en una situación en la que el aborto está penalizado y estigmatizado, lo cual hace imposible determinar cuántas muertes son consecuencia de abortos inseguros.

La penalización del aborto implica que los servicios de aborto sólo pueden prestarse clandestinamente. Quienes practican abortos u otros tratamientos para las complicaciones obstétricas tienen muchos motivos para no llevar historiales detallados de sus pacientes a fin de eliminar potenciales pruebas de conducta ilegal y proteger tanto a sus pacientes como a sí mismos en caso de investigación penal. La penalización también implica mayor probabilidad de que las mujeres recurran a métodos arriesgados de interrupción del embarazo y luego no busquen tratamiento médico para las complicaciones a fin de evitar ser procesadas.

La reforma del Código Penal y sus efectos sobre la salud y la vida de las mujeres no sólo preocupan por lo que afecta al cumplimiento del ODM 5 por parte de Nicaragua. Amnistía Internacional considera que cuando se restringe el acceso de las mujeres a información y servicios de aborto legales y seguros, sus derechos humanos –incluidos sus derechos a la salud, la vida y a no sufrir tortura ni malos tratos– corren peligro. La penalización del aborto contraviene las obligaciones de Nicaragua en virtud del derecho internacional de los derechos humanos.

El presente informe examina las consecuencias que tiene la prohibición total del aborto en Nicaragua sobre las mujeres y las niñas que necesitan tratamiento médico para salvar sus vidas. Observa el efecto de esta prohibición sobre el acceso al tratamiento de complicaciones obstétricas y las consecuencias para los profesionales de la medicina que tratan de proporcionar una atención de salud adecuada en el momento oportuno. Basándose en esta investigación y en su análisis, Amnistía Internacional pide a las autoridades nicaragüenses que deroguen la ley que penaliza el aborto en toda circunstancia. El Estado debe proporcionar acceso legal a servicios de aborto seguro cuando la vida o la salud de una mujer está en peligro o cuando su embarazo es consecuencia de violación o incesto.



Una trabajadora de la salud atiende a una paciente en un hospital público de la ciudad de Ocotlán, noviembre de 2007.



## 2/EL CONTEXTO POLÍTICO DE LA PROHIBICIÓN TOTAL DEL ABORTO

En las elecciones de noviembre de 2006, Daniel Ortega, dirigente del Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN), regresó al poder tras aproximadamente 16 años en la oposición.

Al ser unas elecciones muy reñidas, los candidatos fueron muy receptivos a las exigencias de varios grupos de interés, y los dos principales partidos decidieron oír la petición de los miembros prominentes de la iglesia Católica de Nicaragua y de algunos otros grupos cristianos de imponer una prohibición total del aborto. La prohibición del aborto terapéutico se convirtió en un tema electoral clave. Los dos principales candidatos, Daniel Ortega y Eduardo Montealegre, candidato por la Alianza Liberal Nicaragüense, abogaron por una prohibición total del aborto.<sup>24</sup>

El 6 de octubre de 2006, la iglesia Católica encabezó una gran marcha hasta la Asamblea Nacional pidiendo al Parlamento que eliminara las disposiciones del Código Penal que excluían el aborto terapéutico de la penalización. Los grupos religiosos contrarios a conservar el aborto terapéutico como opción legal emprendieron una campaña publicitaria de amplio alcance, con anuncios de televisión, folletos e insertos en los periódicos. Para el material de campaña no se utilizaron evidencias médicas ni se hizo referencia a cómo afectaría la prohibición sobre tratamientos médicos necesarios para salvar vidas ni sobre las mujeres y niñas embarazadas a consecuencia de una violación o un incesto. Con el argumento de que todo aborto está injustificado, el material no reconocía que el acceso a un aborto seguro en ciertas circunstancias es necesario para salvar las vidas de las mujeres y salvaguardar su salud. Ejemplos del carácter emocional y desorientador de gran parte de la publicidad son las fotocomposiciones en las que aparecen vívidas imágenes de fetos mutilados y las fotos manipuladas digitalmente de integrantes de grupos en favor de los derechos de las mujeres salpicadas de "sangre".<sup>25</sup>

La campaña publicitaria también fue dirigida a la profesión médica. En los folletos que se insertaban en los periódicos de mayor tirada se utilizaron fotos manipuladas en las que aparecían médicos con mascarillas junto a figuras de brujas medievales y esqueletos. Los folletos afirmaban que los médicos que apoyaban el acceso legal al aborto terapéutico no eran de fiar, y que su motivación era ganar dinero, no el interés de sus pacientes. En uno de estos folletos se señalaba particularmente a una ginecóloga, sobre quien se vertían comentarios difamatorios, acusándola de manipular la información dada al público para intentar lograr "la legalización del asesinato de 36.000 bebés cada año en Nicaragua".<sup>26</sup>

Poco antes de las elecciones generales de octubre de 2006, la Asamblea Nacional aprobó un proyecto de ley que penalizaría el aborto en toda circunstancia. Las leyes que tienen graves

consecuencias para el derecho a la salud y a la vida de las mujeres y las niñas deben basarse en pruebas médicas y en la experiencia en salud pública.<sup>27</sup> Sin embargo, no se llevó a cabo ninguna evaluación del efecto que tendría la propuesta sobre la obligación del Estado de respetar, proteger y promover los derechos de las mujeres a la salud y a la vida, tal como recoge la Constitución nicaragüense y varios tratados de derechos humanos internacionales y regionales. En lugar de ello, los políticos han intentado desde entonces justificar su decisión afirmando que la nueva ley reflejaba la voluntad del pueblo nicaragüense.<sup>28</sup>

En el periodo preelectoral, los esfuerzos oficiales para aportar información al debate público fueron lamentablemente inadecuados y contrastaron mucho con la intensa campaña en favor de la prohibición total que realizaron los grupos opuestos al aborto terapéutico. Por ejemplo, el Ministerio de Salud sólo hizo tímidos intentos de explicar la justificación médica del aborto terapéutico y no puso de manifiesto la contradicción existente entre la nueva ley propuesta y los Protocolos Obstétricos. Tampoco se ofreció a la opinión pública una explicación exhaustiva del efecto negativo que la penalización del aborto tendría sobre la capacidad de los profesionales de la salud de actuar resueltamente cuando las mujeres o las niñas sufren complicaciones durante el embarazo.

## SE IGNORA LA OPINIÓN DE LOS EXPERTOS Y DE LAS PRINCIPALES PARTES INTERESADAS

Quienes defendían la prohibición del aborto argumentaban que la prohibición total no tendría ningún efecto negativo. Estos partidarios de la penalización del aborto en todas las circunstancias afirmaban que los avances médicos hacían innecesario el aborto terapéutico para salvar las vidas de mujeres y niñas en Nicaragua.<sup>29</sup> Sin embargo, su opinión se contradecía con la experiencia de los médicos en Nicaragua y con la de expertos en salud pública nacionales e internacionales que advirtieron reiterada y categóricamente al gobierno contra la prohibición total. Entre los organismos internacionales que expresaron su preocupación por la propuesta de introducir la prohibición total del aborto en Nicaragua figuran la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (IACHR).<sup>30</sup>

*“[E]l acceso al aborto terapéutico es un principio universalmente aceptado que trasciende diferencias culturales, credos religiosos e ideologías políticas. En la mayoría de estos países los y las legisladores han tomado en cuenta el marco de los derechos humanos, pero en el trasfondo el aborto terapéutico es un asunto de sentido común y de humanismo.”*

Declaración pública de la OPS, octubre de 2006

En noviembre de 2006, el relator sobre los derechos de la mujer de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos escribió al ministro de Exteriores de Nicaragua poniendo de manifiesto la necesidad del aborto terapéutico. En la carta, el relator subrayaba el impacto negativo que la prohibición tendría sobre las vidas y la integridad física y psicológica de las mujeres y niñas nicaragüenses, y afirmaba: “Mediante la derogación del aborto terapéutico, el Estado de Nicaragua pondrá en riesgo la protección de los derechos humanos de las mujeres. La Relatoría insta al Gobierno de Nicaragua a considerar estos principios de derechos humanos en su decisión sobre la ratificación de la derogación del artículo 165”.<sup>31</sup>

En una declaración conjunta publicada el 20 de octubre de 2006, 21 asociaciones médicas nicaragüenses, representantes de profesionales de la ginecología, la obstetricia, la enfermería, la psiquiatría, la salud pública y la cardiología, condenaron la prohibición del aborto terapéutico. En la declaración, titulada “Declaración de Sociedades Médicas Nicaragüenses y Facultades de Medicina sobre la Penalización del Aborto Terapéutico”, advertían de que la aprobación del proyecto de ley limitaría la capacidad de los profesionales de la salud de proporcionar atención a la salud y ejercer su profesión (“de aprobarse esta ley quedaremos limitados en el ejercicio de nuestra profesión”), y pedían que se incluyeran en la ley excepciones a la penalización del aborto por las que se permitiese el aborto en casos en los que fuese necesario para salvar la vida y proteger la salud.<sup>32</sup>

Las siguientes asociaciones nicaragüenses de profesionales de la atención de la salud firmaron una declaración pública conjunta advirtiendo contra la prohibición total:

Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Nicaragüense de Medicina General, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN) León, Asociación de Gineco-Obstetras, Ecografistas de Nicaragua, Asociación Nicaragüense de Cirugía General, Asociación Nicaragüense de Psiquiatría, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Asociación Nicaragüense de Salud Pública, Asociación Centroamericana de Sistema y Economía de Salud, Facultad de Medicina UNAN Managua, Asociación Nicaragüense de Ortopedia y Traumatología, Fundación de Mujeres Médicas, Asociación de Cirugía Oral y Maxilofacial, Asociación Nicaragüense de Cirugía Laparoscópica, Asociación Nicaragüense de Dermatología, Asociación Nicaragüense de Infectología, Asociación Gineco-Obstetras de León, Asociación Urológica de Nicaragua, Asociación Nicaragüense de Cardiología, Colegio de Enfermeras/os de Nicaragua y Asociación Nicaragüense de Medicina Interna.

La razón fundamental por la que los prestadores de atención de salud se oponían a la prohibición del aborto terapéutico era que, en la práctica, surgen situaciones en las que la continuación del embarazo puede provocar la muerte de la mujer o la niña o un daño permanente grave para su salud. La declaración afirma: “La campaña en contra del aborto terapéutico se ha basado en argumentos anticientíficos y mentiras, manipulando términos médicos y estadísticas nacionales e internacionales” y “los profesionales médicos y las instituciones formadoras no han sido escuchadas en sus planteamientos científicos y técnicos”. Las sociedades expresaron su temor de que esta ley pusiera en peligro muchos procedimientos de buenas prácticas recomendados a médicos nicaragüenses y profesionales de la salud para el tratamiento de las complicaciones obstétricas, incluido el tratamiento de complicaciones no relacionadas con el embarazo. Pusieron de relieve el grave conflicto existente entre la prohibición propuesta y los procedimientos detallados en los Protocolos Obstétricos publicados y distribuidos por el Ministerio de Salud.<sup>33</sup>

El 19 de octubre de 2006, la Coordinadora Civil publicó una declaración pidiendo la despenalización del aborto y la protección del acceso de las mujeres al aborto terapéutico.<sup>34</sup>

La Coordinadora Civil es una red nacional de grupos de la sociedad civil, organizaciones individuales y unas 22 redes por toda Nicaragua. Entre sus miembros hay organizaciones no gubernamentales que trabajan sobre una amplia gama de temas, incluidos los derechos medioambientales, y sindicatos. La declaración de la Coordinadora pedía a los políticos “que no se penalizara el aborto bajo presiones electorales” y que se aseguraran de que la opinión pública era informada adecuadamente sobre todo lo que rodea al aborto terapéutico. La Coordinadora Civil pedía que se permitiera que las opiniones de la sociedad civil, la comunidad científica y los profesionales de la salud se tuvieran en cuenta, por ejemplo mediante la creación de una comisión parlamentaria que escuchara y analizara los puntos de vista de todos los afectados por el cambio legal propuesto. El objetivo de la Comisión sería “evitar perpetuar la discriminación de las mujeres” y asegurarse de que todo debate tuviera en cuenta “el cumplimiento de cumbres y tratados internacionales que defienden el derecho a la vida digna de las mujeres”.

A pesar de los esfuerzos para disuadir a la Asamblea Nacional de tomar medidas que perjudicarían a las mujeres y las niñas, la disposición que permitía el aborto terapéutico fue revocada y sustituida por una prohibición total. También entraron en vigor otras medidas punitivas que niegan servicios médicos esenciales a mujeres y niñas embarazadas. Dado que numerosas organizaciones nacionales e internacionales llamaron explícita y reiteradamente la atención de los legisladores sobre las consecuencias de la nueva ley, debe concluirse que la Asamblea Nacional promulgó la ley con pleno conocimiento del gran dolor y sufrimiento que se infligiría a mujeres y niñas embarazadas al negárseles servicios médicos esenciales. El 26 de octubre de 2006, el Congreso aprobó el proyecto de ley que revocaba el derecho legal de las mujeres al aborto terapéutico.

## **3/NEGACIÓN DEL ACCESO A UN ABORTO INDICADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO**

**“Yo siento una frustración muy grande [...] yo siento un atropello contra uno mismo como persona y como profesional [...]. Ahora, lo peor del caso es que esto ha sido estimulado por un partido político en lo que yo he creído toda mi vida. No puedo entender por qué consideran necesario imponer sus puntos de vista sobre una emergencia obstétrica por sobre lo que yo considero el mejor tratamiento como médica experimentada y profesional.”**

Ginecóloga nicaragüense entrevistada por Amnistía Internacional en octubre de 2008

Los artículos 143 y 145 del Código Penal reformado establecen las penas y quiénes serían penalmente responsables en casos de aborto. El artículo 143 dispone: “Quien provoque un aborto con el consentimiento de la mujer será sancionado con la pena de uno a tres años de prisión. Si se trata de un profesional médico o sanitario, la pena principal simultáneamente contendrá la pena de inhabilitación especial de dos a cinco años para ejercer la medicina u oficio sanitario”. Este artículo también establece penas de cárcel de entre uno y dos años para “la mujer que intencionadamente cause su propio aborto o consienta que otra persona se lo practique”.

Según el artículo 145, quien hace abortar a una mujer por “imprudencia temeraria” será castigado con pena de entre seis meses y un año de cárcel. Si el aborto se produce como consecuencia del ejercicio de la profesión de la salud, además de la pena de cárcel se impondrá al profesional una inhabilitación especial de uno a cuatro años. En este caso la mujer no es penada.

La redacción de la ley actual viola diversos derechos humanos de mujeres y niñas, incluido su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Procedimientos médicos que han sido recomendados como buenas prácticas y han salvado la vida de miles de mujeres y niñas en Nicaragua ahora son ilegales.

Cuando surgen complicaciones obstétricas, el objetivo principal de los profesionales de la salud es salvaguardar la vida y la salud de la mujer y conservar el embarazo. Pero en casos que en éste supone un grave peligro para la vida, la intervención médica daría prioridad a salvar la vida de la mujer o la niña. Todos los médicos y médicas entrevistados en Nicaragua expresaron esta opinión, y subrayaron que su intención es, en todo momento, garantizar el mejor resultado posible para la paciente.

Antes del cambio en la ley, se registraban muy pocos abortos terapéuticos, un promedio de nueve al año durante el periodo 1999-2005. Sin embargo, el efecto de la penalización del aborto en toda circunstancia va mucho más allá: restringe la prestación de un tratamiento indicado desde el punto de vista médico, como por ejemplo una cirugía cardíaca, que puede tener como desenlace la interrupción del embarazo, a pesar de todos los esfuerzos hechos por el personal médico.<sup>35</sup>

Estudios realizados por el Alan Guttmacher Institute y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, indican que Nicaragua tiene la tasa de embarazos de adolescentes más alta de Latinoamérica y el Caribe: en torno a una cuarta parte de todos los nacimientos que se producen en Nicaragua son de niñas y jóvenes entre los 15 y los 19 años. En las zonas rurales la tasa es aún mayor, y un tercio de los nacimientos son de madres adolescentes.<sup>36</sup>

Según la Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia (SONIGOB), las mujeres embarazadas menores de 20 años tienen un riesgo mayor de sufrir complicaciones obstétricas que las mujeres de edades comprendidas entre los 20 y los 35 años.<sup>37</sup> Una de estas complicaciones es la desproporción cefalo-pélvica (pelvis demasiado estrecha para permitir el paso del feto). Esto ocurre a menudo en las niñas más jóvenes, que aún no han alcanzado la madurez física. La pre-eclampsia (causada por un defecto en la placenta) y la eclampsia también ocurren con más frecuencia durante embarazos de adolescentes. Estas complicaciones ponen en peligro la vida y la salud si no se tratan rápida y eficazmente. En los casos graves, los Protocolos Obstétricos recomiendan el aborto terapéutico. La anemia y la malnutrición son problemas comunes entre las adolescentes embarazadas nicaragüenses, y estos padecimientos subrayan también la relación entre embarazo de alto riesgo y pobreza.<sup>38</sup> El aumento del peligro que el embarazo supone para las adolescentes y el elevado número de embarazos de adolescentes, significa que la prohibición del aborto terapéutico y los retrasos en la prestación de atención para las complicaciones obstétricas tendrán un efecto especialmente grave sobre las niñas, especialmente las que viven en la pobreza.

La declaración pública de 2006 de la OPS advertía al gobierno contra la penalización del aborto terapéutico. Expertos de esta organización efectuaron un análisis estadístico de los expedientes anuales de los hospitales de todo el país proporcionados por el Ministerio de Salud de Nicaragua.<sup>39</sup> Las cifras mostraron que, entre 1999 y 2005, un promedio de 7,099 mujeres y niñas ingresaron anualmente en los hospitales de Nicaragua por complicaciones de salud que terminaron en abortos espontáneos o inducidos. Durante este periodo, una media de 347 mujeres ingresaron cada año por embarazos ectópicos (embarazo fuera del útero) y 191 por embarazos molares (crecimiento anormal de la placenta). En muchos de estos casos,

es necesario que los profesionales médicos establezcan rápidamente un juicio clínico y actúen con rapidez para atender adecuadamente las complicaciones.

## CONTRADICCIONES ENTRE LA LEY Y LOS PROTOCOLOS OBSTÉTRICOS

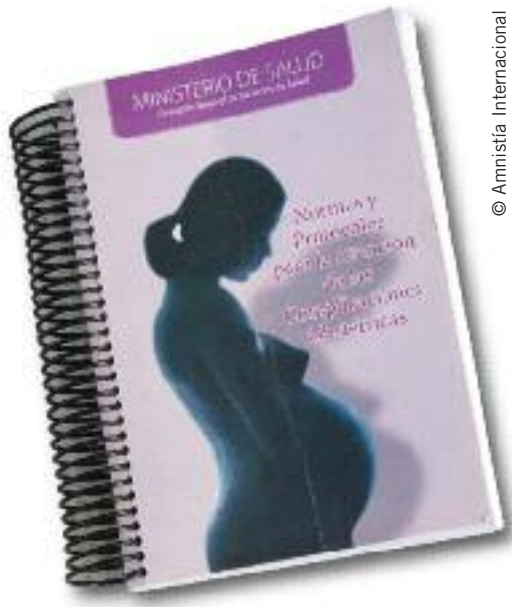
Antes de que la prohibición total del aborto entrara en vigor, la conducta de los profesionales de la medicina a la hora de tratar complicaciones durante el embarazo se regía por una serie de protocolos de buenas prácticas publicados por el Ministerio de Salud. Las *Normas y Protocolos para la Atención de Complicaciones Obstétricas* (Protocolos Obstétricos) tenían como objetivo común “[institucionalizar] prácticas sanitarias que se ha demostrado son más seguras, más efectivas, más eficaces y menos costosas y que nos permitirán lograr la reducción de la mortalidad materna e infantil”.<sup>40</sup>

Para elaborar los Protocolos Obstétricos, el Ministerio de Salud recurrió a los conocimientos de reputados ginecólogos, expertos en salud pública, directores de las unidades ginecológicas de importantes hospitales y representantes de SONIGOB. Los Protocolos fueron aprobados por el Ministerio de Salud en diciembre de 2006 y todos los profesionales de la salud de Nicaragua, tanto si trabajaban en el sector público como en el privado, estaban obligados a seguirlos.<sup>41</sup>

En los Protocolos Obstétricos se describían complicaciones concretas que podían producirse durante el embarazo y se recomendaban procedimientos adecuados que garantizaban el mejor resultado para la embarazada y el feto. Una de estas complicaciones, que siempre se trata como urgencia médica y que recibe un detallado tratamiento en los Protocolos es el embarazo ectópico.<sup>42</sup> Un embarazo ectópico en el cual, por ejemplo, el óvulo fertilizado puede implantarse en la trompa de falopio o en la cavidad abdominal, se considera no viable y potencialmente mortal. El feto, al crecer, puede perforar la pared uterina o la trompa de falopio, causando a la mujer daños internos permanentes y, si no se interviene rápidamente, la muerte.<sup>43</sup>

Entre 1999 y 2005 en Nicaragua se realizó una media anual de 347 interrupciones de embarazos ectópicos de mujeres y niñas, según el análisis hecho por la OPS de las propias estadísticas oficiales del país.<sup>44</sup> El procedimiento que recomiendan los Protocolos Obstétricos para el tratamiento de los embarazos ectópicos es la intervención rápida para retirar el feto. Los Protocolos también asesoran claramente sobre procedimientos que garantizan la supervivencia de la mujer y técnicas que evitan daños permanentes a largo plazo, como infertilidad.<sup>45</sup> Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, de la OMS, la intervención necesaria para eliminar un embarazo ectópico no es un aborto terapéutico porque se trata de la retirada de un óvulo fertilizado no viable.<sup>46</sup> Durante ese mismo periodo, una media de 191 mujeres al año fueron ingresadas para el tratamiento de embarazos molares. En los casos de mujeres o niñas con abortos espontáneos, abortos no seguros incompletos o embarazos molares de 12 semanas de gestación o menos, los Protocolos recomiendan la aspiración manual del útero.<sup>47</sup>

Un médico dijo a Amnistía Internacional que era miembro de un grupo contrario al aborto, pero que consideraba legítima esta práctica, que calificó de “acto terapéutico” en el caso de un embarazo ectópico, al tratarse de un embarazo no viable. Otros profesionales de la medicina, sin embargo, dijeron que, aunque siguen interviniendo en casos de embarazos



© Amnistía Internacional

**Protocolos obstétricos  
publicados por el Ministerio  
de Salud de Nicaragua  
en 2006.**

ectópicos, les ponía nerviosos hacerlo a causa de la reforma del Código Penal. Un médico dijo: “[L]a gente habla de la vida desde el momento de la concepción; incluso en embarazos ectópicos se trata de un embrión vivo y no hay excepciones previstas en la nueva ley”. Una médica habló de los retrasos que suponen las ecografías suplementarias que se practican ahora, incluso en embarazos ectópicos, donde antes una ecografía se hubiera considerado suficiente. Según los médicos entrevistados por Amnistía Internacional, eso sucedía sobre todo cuando aún había latido fetal. No se dispone de cifras sobre el impacto que tales retrasos tienen a largo plazo en la salud y la fertilidad de las mujeres y niñas nicaragüenses.

Una causa de muerte materna en Nicaragua es la hipertensión (aumento de la presión sanguínea que, si no recibe tratamiento, en casos graves puede provocar convulsiones, coma o incluso la muerte). Veinte mujeres y niñas murieron como consecuencia de esta complicación en 2007, y 14 en 2008.<sup>48</sup> En casos de hipertensión aguda, los Protocolos Obstétricos recomiendan la interrupción del embarazo como uno de los tratamientos indicados, dependiendo de los síntomas que muestre la paciente y de la fase del embarazo.<sup>49</sup> El objetivo de los Protocolos es conseguir el mejor resultado posible para la mujer y el feto; cuando la enfermedad es potencialmente mortal, el objetivo es salvar la vida de la mujer, no perder la vida de la mujer y la del feto.

Un médico entrevistado por Amnistía Internacional afirmó que le parecía que “el juicio médico no tiene valor en este contexto legal”. El Código Penal reformado restringe el juicio médico y limita el tratamiento que los médicos pueden plantearse para las mujeres y las niñas embarazadas. La consecuencia puede ser un retraso potencialmente letal en el tratamiento o la denegación de determinados tipos de tratamiento. Una médica contó a Amnistía Internacional su sorpresa cuando una colega realizó varias ecografías adicionales a fin de comprobar el latido fetal, retrasando el tratamiento varios días para evitar la posibilidad de ser

acusada de infringir la ley. Para cuando se tomó una decisión, la salud de la mujer se había deteriorado notablemente, hasta el punto de que estuvo al borde de la muerte. La médica entrevistada afirmó que la decisión de intervenir se habría tomado mucho antes en el anterior marco de los Protocolos. No se sabe si a la paciente le quedaron secuelas permanentes en su salud, infertilidad o algún tipo de discapacidad como consecuencia del retraso en el tratamiento.

Un feto anencefálico (en el que no se ha formado una importante porción del cerebro) no tiene oportunidad de sobrevivir. Suele nacer muerto, o muere a las pocas horas.<sup>50</sup> Una médica dijo a Amnistía Internacional que rezaba para que no le llegara ninguna paciente con un embarazo anencefálico, pues le angustiaba la perspectiva de decirle a la mujer que tendría que llevar el embarazo a término, a pesar del posible impacto físico y psicológico que esto le provocaría.<sup>51</sup>

En el caso *K.L. vs. Perú*, en el que el Comité de Derechos Humanos dictaminó que Perú había violado varios artículos del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, incluido el artículo 7, que prohíbe la tortura y los malos tratos, K.L. fue obligada a continuar con un embarazo anencefálico. Un feto anencefálico sufre graves malformaciones y por lo general sólo sobrevive unas pocas horas o días tras el nacimiento. K.L. no sólo fue obligada a llevar a término su embarazo contra su voluntad, sino también a amamantar al bebé, que murió poco tiempo después.<sup>52</sup> En Argentina, en 2001, los tribunales permitieron la interrupción de un embarazo anencefálico debido a la angustia y los riesgos físicos que el embarazo conllevaba para la mujer. Ésta explicó al tribunal que el embarazo había sido muy deseado tanto por ella como por su marido, y que ambos se sintieron muy afligidos cuando les dijeron que el feto no tenía ninguna posibilidad de sobrevivir. La mujer se describió a sí misma como un “féretro ambulante”.<sup>53</sup>

El Código Penal prevalece sobre estos Protocolos Obstétricos en la ley nicaragüense. Con la nueva ley, intervenciones médicas necesarias para salvar vidas y que un médico podría recomendar en determinados casos, basándose en su juicio profesional, para garantizar los mejores resultados para su paciente, quedan ahora descartadas a priori por entrar en el ámbito de lo penal. Los médicos expresaron su preocupación por el hecho de que la mera existencia de la ley los ponía a ellos y a otros profesionales de la medicina que participan en el tratamiento de complicaciones obstétricas, tales como enfermeros y comadronas, en peligro de ser procesados.<sup>54</sup> Un médico resumió así el dilema al que se enfrentan los profesionales de la medicina en Nicaragua tras la penalización del aborto en todas las circunstancias: “Podemos perder la licencia para la atención, se puede perder la libertad y el prestigio por atender a una paciente que lo necesita”.

*“Esto es lo que dice la ley [prohibición de todas las formas de aborto] y tenemos que cumplirlo, aunque yo siento que se trata de una mala ley y me opuse a ella originalmente, pero ahora estoy preocupada. Estoy preocupada de que si hablo en contra de la ley, puedo ser acusada de apología de delito. La verdad es que no sé hasta dónde podemos llegar en la lucha contra esta ley, o qué nos pasará en el futuro.”*

Médica entrevistada por Amnistía Internacional, octubre de 2008, Nicaragua

Una vez penalizado el aborto en todas las circunstancias, queda proscrito un tratamiento médico esencial, que puede ser necesario para salvar vidas y salvaguardar la salud. La SONIGOB fue una de las 21 organizaciones que expresaron públicamente su preocupación. Tras la prohibición del aborto, SONIGOB escribió al Ministerio de Salud explicando sus graves motivos de preocupación por la discrepancia existente entre la nueva ley y los Protocolos Obstétricos, y expresando su ansiedad por las incertidumbres legales que esta discrepancia creaba en los profesionales de la medicina.

En una reunión privada con abogados, la SONIGOB y el Grupo Estratégico por la Despenalización del Aborto Terapéutico, un alto cargo del Ministerio de Salud afirmó, según los informes, que los médicos debían ajustarse a los Protocolos Obstétricos, y que los profesionales de la salud que cumplen con los Protocolos Obstétricos deben tener plena confianza en que no están cometiendo un delito.<sup>55</sup> Sin embargo, varios médicos dijeron a Amnistía Internacional que este tipo de garantías privadas y verbales no se sustentaban legalmente y no los protegían frente a un posible legalamiento. Como comentó un destacado ginecólogo: “El MINSA [Ministerio de Salud], al obligarme a que yo cumpla con sus protocolos, me está instigando para que yo sea un delincuente. Me está invitando a hacer asociación ilícita para delinquir. Me está obligando a que me coloque fuera de la ley. Me está pidiendo que siga protocolos obstétricos, los cuales yo sé que no tienen la misma jerarquía que la ley. Y el problema es que si yo no cumplo con esos protocolos, me sancionará el MINSA. Y si yo cumplo con los protocolos, entonces me sancionará el Estado”.<sup>56</sup>

Las propias autoridades han ofrecido interpretaciones contradictorias respecto al ámbito y significado de la ley. Por ejemplo, en una reunión con representantes del gobierno durante el examen del informe de Nicaragua en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en noviembre de 2008, miembros del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU hicieron detalladas preguntas sobre el efecto de la ley, incluido su impacto en el acceso de mujeres y niñas a la atención obstétrica.<sup>57</sup> La representante de Nicaragua en la reunión, la señora Lovo Hernández, afirmó: “[E]n ningún momento se ha prohibido a los médicos proporcionar atención de urgencia a una mujer cuya salud está en peligro”. Sin embargo, al volverle a pedir que aclarara la condición legal del aborto terapéutico, según las actas, la señora Hernández dijo al Comité que el aborto terapéutico era ilegal en Nicaragua “incluso en las circunstancias descritas [víctimas de violación]” y que ésta era “la situación según la ley actual, que refleja el deseo del pueblo”.<sup>58</sup> Los representantes oficiales de Nicaragua no hicieron referencia alguna a que se hubiera llevado a cabo ninguna evaluación o análisis del impacto sobre los derechos humanos antes de la introducción de la ley.

Preocupaciones similares expresaron a las autoridades nicaragüenses expertos internacionales en salud en el Comité de Derechos Humanos de la ONU en octubre de 2008, así como el Comité contra la Tortura en mayo de 2009 (véase más adelante el apartado sobre las obligaciones de derechos humanos de Nicaragua).<sup>59</sup>

La precaria situación legal en la que han quedado los profesionales de la medicina supone que las mujeres ahora dependen de la voluntad de cada médico para tratar de forma rápida y segura las complicaciones obstétricas. Una médica expresó su temor de que colegas menos experimentados evitarían tomar decisiones sobre el tratamiento de mujeres que presentan ciertas complicaciones obstétricas. La ambigüedad sobre qué tratamiento infringe la ley podría llevarlos a dejar que tales decisiones las tomen sus colegas del siguiente turno del hospital. A la médica le preocupaba mucho el efecto que tales retrasos podrían tener sobre la salud de la paciente.

Profesionales de la medicina entrevistados por Amnistía Internacional subrayaron reiteradamente el efecto amedrentador de la nueva ley y explicaron que eran muy conscientes en todo momento de la amenaza de procesamiento que pende sobre ellos cuando atienden a sus pacientes. Un médico dijo a la delegación: “Hasta ahora, el Estado no ha hecho una persecución de todos estos delitos [...] pero lo que más me aflige a mí es que estamos al borde del precipicio, en cualquier momento un médico puede ser atacado por cualquiera de estas leyes”. [Otra médica expresó su ansiedad ante la posibilidad de que la ley se utilizara “políticamente para destruir a cualquier médico que critique públicamente al gobierno”.]

## NO TIENEN VOZ EN SU TRATAMIENTO

El actual marco legal no permite que los profesionales médicos involucren a mujeres y niñas en un debate coherente sobre sus opciones de tratamiento. Por ejemplo, si se determina que una paciente en las primeras fases de su embarazo padece una enfermedad potencialmente mortal, pero tratable, la paciente no tiene más remedio que continuar con el embarazo, aunque hacerlo puede significar la muerte para ella. Las opciones de que dispone dependerían completamente de lo seguro que se sienta el médico para proporcionarle un tratamiento a pesar de las consecuencias legales.

Unos ginecólogos pusieron a Amnistía Internacional el ejemplo de una mujer embarazada diagnosticada de cáncer de cérvix. Una médica dijo a Amnistía Internacional: “Antes, ninguna mujer era obligada a tener un aborto terapéutico, ni a someterse a un tratamiento. Todas tenían el derecho de decidir sobre su tratamiento, sobre su vida y su muerte. A la mujer se la informaba de las opciones disponibles y luego tenía todo el derecho de decir: ‘Entiendo los riesgos, sé que puedo morir, pero elijo continuar de todos modos con este embarazo’. Era mi obligación apoyarla en esta decisión. Del mismo modo, si una mujer me decía: ‘No, ya tengo hijos, lo que necesito es vivir. Me pone triste perder este embarazo, pero quiero el tratamiento contra el cáncer para que me dé una oportunidad’, yo era capaz de respetar su decisión de elegir vivir”. El marco legal reformado ya no permite a los médicos tener en cuenta la opinión de la paciente.

El empoderamiento de las mujeres permitiéndoles participar de forma significativa en los procesos de toma de decisiones que las afectan ha resultado ser fundamental a la hora de garantizar el éxito de programas encaminados a reducir la pobreza y aumentar la igualdad entre hombres y mujeres. Esto resulta especialmente pertinente cuando la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre la atención de la salud ya es limitada.

## LA PENALIZACIÓN DEL ABORTO IMPIDE A LAS MUJERES BUSCAR TRATAMIENTO

En todas las etapas del embarazo, pero particularmente durante los tres primeros meses, puede producirse un aborto espontáneo por motivos totalmente naturales. La publicidad que se ha dado a la ley ha ayudado a exacerbar los temores entre las mujeres que abortan espontáneamente de que se las acusará de inducirse el aborto.<sup>60</sup> Es especialmente preocupante que las mujeres y niñas que abortan espontáneamente puedan estar bajo sospecha de haber conseguido que les practiquen un aborto si presentan síntomas de aborto espontáneo y no se dispone de pruebas ni conocimientos médicos para evaluar si el embarazo terminó sin intervención externa.<sup>61</sup> Por temor a ser procesadas penalmente, algunas mujeres que sufren complicaciones tras abortos espontáneos retrasan pedir tratamiento médico. Las mujeres que sufren complicaciones tras un aborto inseguro tienen un gran aliciente para no buscar tratamiento médico. Temerosas de ser procesadas, retrasan el momento de solicitar el tratamiento que necesitan y al hacerlo ponen en peligro sus propias vidas.

Un trabajador de la salud contó a Amnistía Internacional cómo una mujer ingresada en un hospital tras un aborto espontáneo pidió a los médicos que no intervinieran, aterrorizada ante la posibilidad de que el tratamiento se considerara prueba de que había puesto fin a su embarazo intencionadamente. La mujer contó al trabajador de la salud que temía que su vecina, que sabía que estaba embarazada, la denunciara por haber abortado, aunque el aborto había sido espontáneo.

A menudo resulta difícil, y en ocasiones imposible, comprobar si una mujer ha abortado espontáneamente o si el aborto ha sido inducido. Y con la ley actual, no es probable que las autoridades se fíen de la palabra de la mujer, así que las mujeres y las niñas se arriesgan a ser investigadas y acusadas falsamente de haber abortado. Como explicó un ginecólogo: “[N]o existe manera de comprobar científicamente que se realizó un aborto inducido a menos que existan lesiones en el cuello uterino. Si alguien sufrió un aborto espontáneo, otra persona puede acusarla de que fue un aborto inducido y no hay forma real de demostrarlo”.

Según los médicos y las mujeres entrevistadas por Amnistía Internacional, el temor a ser acusadas de aborto inducido también puede disuadir a las mujeres que experimentan dificultades en el embarazo de buscar atención médica.

Esta atmósfera de temor y recriminación podría reflejarse también en el caso de una mujer que, según supo Amnistía Internacional, fue insultada por el personal médico, que sospechaba que se había provocado un aborto y la hizo esperar hasta que el resto de las pacientes estuvieron atendidas.

Los profesionales de la medicina también temen ser procesados: “El médico al estar atendiendo a una paciente con aborto espontáneo puede ser acusado de estar interrumpiendo un embarazo”. Los médicos, temerosos de ser acusados de practicar un aborto, pueden retrasar el momento de intervenir incluso cuando se trata de un aborto espontáneo en una fase ya avanzada, especialmente si hay latido fetal.

## 4/EL ABORTO COMO OPCIÓN PARA LAS VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN EMBARAZADAS

**“¿Y de las niñas embarazadas producto de violación y que viven en la pobreza? No tienen más opción [legal] que parir.”**

Trabajadora de salud de un centro que ofrece apoyo psicosocial a supervivientes de violencia sexual, entrevistada por Amnistía Internacional en octubre de 2008

Con la reforma del Código Penal, las mujeres y las niñas que quedan embarazadas en Nicaragua como consecuencia de una violación o de un incesto no tienen ahora más remedio que llevar a término el embarazo o buscar abortos inseguros e ilegales.

En todo el mundo la violación y el incesto suelen ser delitos poco denunciados, y Nicaragua no es una excepción. Sin embargo, las estadísticas disponibles indican que muchas de las personas que sufren violencia sexual son niñas y adolescentes.<sup>62</sup> En más de la mitad de los casos de violación registrados en Nicaragua las víctimas son niñas menores de 18 años, según los archivos de la Comisaría de la Mujer y del Instituto de Medicina Legal.<sup>63</sup> Según el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua, en el 77 por ciento de los casos de violación denunciados en diciembre de 2008 (295 de 379 casos) la víctima era una niña de menos de 17 años.

Al ser los delitos de violencia sexual poco denunciados, esto compromete la fiabilidad de los datos sobre el número de embarazos producto de una violación.<sup>64</sup> Para arrojar luz sobre este asunto, la sección nicaragüense de Católicas por el Derecho a Decidir llevó a cabo un estudio de las noticias sobre violaciones publicadas en la prensa local, a fin de analizar los informes de violación en los medios de comunicación. Los resultados muestran que, según los periódicos, entre 2005 y 2007, 1.247 niñas fueron violadas o víctimas de incesto. Según los informes, 198 de estos delitos (el 16 por ciento) acabaron en embarazo. La inmensa mayoría de las niñas que quedaron embarazadas como consecuencia de una violación o un incesto (172 de las 198) tenían entre 10 y 14 años.<sup>65</sup>

Organizaciones no gubernamentales locales e internacionales que proporcionan apoyo a las supervivientes de violación e incesto dijeron a Amnistía Internacional que el estudio no refleja



© Amnistía Internacional

Joven superviviente de violencia sexual, Nicaragua, 2008. Un estudio reciente halló que entre 2005 y 2007 la inmensa mayoría de las niñas que quedaron embarazadas tras ser violadas tenían entre 10 y 14 años.

la verdadera magnitud del problema, especialmente en las zonas rurales.<sup>66</sup> La directora de una ONG religiosa que trabaja con víctimas de violencia de género y abuso sexual contó que recientemente habían apoyado a una niña de nueve años embarazada, víctima de incesto, para que llevara a término el embarazo. Cuando se le preguntó si se había ofrecido a la niña alguna alternativa durante el asesoramiento inicial, la organización dijo que habría sido imposible hacerlo, puesto que no había otras opciones disponibles.

Las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la asistencia médico-legal de las víctimas de violencia sexual afirman que las víctimas de agresión sexual necesitan unos servicios de salud que sean integrales y que tengan en cuenta las particularidades de género para afrontar las consecuencias que tiene su experiencia para su salud psíquica y mental y

ayudarlas a recuperarse de un acontecimiento sumamente angustioso y traumático. Señalan que las supervivientes pueden sufrir toda una gama de lesiones físicas, genitales y no genitales, o en casos extremos, fallecer. La mortalidad puede ser consecuencia tanto del propio acto de violencia como de actos de represalia o de suicidio. Además, las víctimas de violación tienen mayor peligro de sufrir embarazo no deseado, aborto no seguro, enfermedades de transmisión sexual, incluido VIH/sida, disfunción sexual, infertilidad, dolor pélvico y enfermedad pélvica inflamatoria e infecciones del tracto urinario. Las directrices de la OMS incluyen la prueba de embarazo, la prevención de embarazos y el acceso a servicios de aborto seguro entre los servicios que deben garantizarse a las víctimas de violación.<sup>67</sup>

No debe subestimarse la importancia que tiene para las víctimas de violación poder disponer de esta gama de servicios y opciones. Las mujeres y las niñas objeto de violencia sexual experimentan una falta de control sobre sus cuerpos y una violación de su integridad física. Obligarlas a llevar a término un embarazo no deseado, producto de una violación o un incesto perpetúa esa falta de control. Los expertos en trauma postviolación subrayan que un elemento fundamental para sanar es recuperar la sensación de control. Como dijo a Amnistía Internacional la madre de una víctima de violación tras experimentar ella y su hija la violencia sexual: “Si les pudiera pedir algo a los funcionarios de aquí, les pediría que escucharan y que creyeran en las palabras de las víctimas de violación y que cambiaran el tratamiento de las víctimas de violencia sexual. Les pediría que pararan de negarles a las víctimas de violación la opción de tener un aborto terapéutico”.<sup>68</sup> Todas las víctimas de violación entrevistadas por Amnistía Internacional subrayaron la importancia de poder disponer de todas las opciones para tener el control sobre las consecuencias de la violación y el abuso, a fin de poder decidir personalmente lo mejor para ellas, incluido el aborto terapéutico.

Dado que la nueva ley niega a las víctimas de violación la opción de poder acceder legalmente a servicios de aborto, las obliga a llevar a término el embarazo contra su voluntad, y esto prolonga e intensifica su sufrimiento físico y psicológico. Ante esas circunstancias, algunas tratan de abortar por medios ilegales e inseguros, arriesgando su salud, su libertad e incluso su vida. Un médico relató a Amnistía Internacional que justo esa semana había atendido a una madre y a su hija de 15 años. La hija, que había sido violada por un vecino, había descubierto que se había quedado embarazada a consecuencia de la violación. Estaba atormentada y había intentado quitarse la vida cortándose las venas.<sup>69</sup>

“M”, de 18 años, contó a Amnistía Internacional el dolor físico y psíquico que sufrió cuando, tras sobrevivir a una violación, quedó embarazada. “M” tenía 17 años cuando un familiar la violó reiteradamente. Contó a Amnistía Internacional:

*“Yo fui a recoger la ropa para lavar que estaba en mi cuarto, cuando él se metió en mi cuarto por la fuerza y me violó tres veces. Mientras tanto, me decía que me iba a matar a mí y a mi mamá. Yo lloraba y suplicaba [...] me puso la pistola y yo tenía terror, horror. Él me dijo que tenía que permanecer callada”.*

Tiempo después, explicó que por miedo a que algo le pasara a ella o a su familia no habló sobre el tema y que se sintió muy traumatizada durante todo este tiempo y que lloró mucho.

*“Yo hablé después de seis meses porque no me venía mi regla y no podía soportar más el silencio. Yo me había puesto la inyección [contraceptiva], pero no sé qué paso allí, no pensé que yo podía estar embarazada, yo pensé que mi regla no me venía a causa de la brutalidad con la que él me había agarrado.”*

*“La doctora me revisó y me informó que estaba embarazada. Yo me puse a llorar y llorar y llorar. Ella me decía: ‘¿Pero qué te pasó, qué te pasó?’, pero yo no podía decirle. Tiempo después casi me muero por pre-eclampsia, estuve en el hospital por más de una semana. Por fin me operaron y me hicieron una cesárea.”*

También le contó a Amnistía Internacional:

*“Muchas veces he sentido ganas de suicidarme –el juicio fue como una pesadilla de diez meses de duración–. Tenía que volverlo a ver, y volverlo a ver significaba volver a caer una y otra vez [...] sentía como que me moría de manera lenta, lenta, lenta. Cuando fracasó el caso, me puse histérica. Mi mamá también se puso muy mal. Ella sabía que yo no era la culpable. Además, yo tenía un bebé de él a quien tenía que aceptar. Lo que me pasó me cortó mis ilusiones, mis esperanzas. Yo querría ser una persona que trabaja afuera, pero paso todo el día en la casa cuidando al bebé [...] no puedo ni dormir y me siento muy insegura, muchos de mis días son una pesadilla, es muy difícil seguir adelante y me siento muy triste y muy cansada. Yo me pregunto por qué me pasaron estas cosas”.*

Representantes de varias organizaciones no gubernamentales y varios profesionales de la medicina expresaron a Amnistía Internacional su temor de que, al negarles la posibilidad de decidir sobre su futuro, en Nicaragua se esté empujando a las mujeres y las niñas embarazadas a quitarse la vida. En concreto les preocupaba la situación de las jóvenes víctimas de violación a quienes, como consecuencia de la reforma de la ley, se obliga a continuar con el embarazo sin tener en cuenta sus deseos ni los riesgos psicológicos o físicos que puede conllevar un embarazo de este tipo. Un análisis del Ministerio de Salud de las cifras de mortalidad materna correspondientes a 2007 y 2008 encontró que las principales causas de las muertes maternas de adolescentes habían sido la ingestión de veneno y la pre-eclampsia (hipertensión).<sup>70</sup>

## DOLOR Y SUFRIMIENTO MENTAL

El dolor y el sufrimiento mental resultantes de penalizar el aborto y de negar el acceso a servicios de aborto seguros se manifiestan, entre otras, en las siguientes situaciones:

- Miedo y horror de una mujer o una niña al descubrir que está embarazada –en algunos casos tras violaciones o agresiones sexuales repetidas durante un largo periodo dentro del ámbito familiar–, sentimientos exacerbados por la certeza de que no puede pedir ayuda en ningún sitio a menos que prosiga con el embarazo en contra de su voluntad.
- Miedo a buscar atención médica cuando el aborto es espontáneo, ante la posibilidad de ser acusada de haber inducido el aborto, lo que demoraría el tratamiento y pondría en peligro su salud y su vida.
- Angustia de procurar una alternativa insegura e ilegal, y sufrimiento ante un tratamiento dudoso con resultados inciertos y sin asistencia postoperatoria adecuada, así como ante la posibilidad de ser encarcelada en el caso de ser descubierta.
- Temor a ser detenida y encarcelada.
- Temor de que la privación de libertad cause sufrimiento a personas que están a su cargo.

- Miedo a ser tachada de delincuente o asesina por solicitar un aborto.
- Ansiedad por no poder acceder a la atención médica adecuada.
- Miedo al deterioro de la salud e incluso a la muerte si sigue adelante con un embarazo de riesgo, especialmente en el caso de niñas que todavía no han alcanzado la madurez física y por ello es probable que sufran un parto doloroso, prolongado y potencialmente peligroso.
- Depresión severa al no recibir el asesoramiento médico-social necesario.
- Temor a las consecuencias que tendrá en la familia y la sociedad el descubrimiento del embarazo.
- Temor a las consecuencias de que se descubra que se ha practicado un aborto.

Combinación de estos temores con el dolor físico, que desembocará en depresión severa, conductas autodestructivas o, como se ha apuntado anteriormente, suicidio.

La investigación en salud pública ha establecido un vínculo causal entre el embarazo no deseado y los suicidios entre mujeres. Según la OMS “[el] suicidio está asociado de manera desproporcionada con los embarazos en la adolescencia y parece ser el último recurso para mujeres con un embarazo no deseado en situaciones en las que las opciones son limitadas; por ejemplo, cuando una mujer soltera no ha podido obtener anticonceptivos de forma legal y no se dispone de un servicio legal de interrupción del embarazo”.<sup>71</sup>

La madre de una niña superviviente de abuso sexual lee un folleto sobre abusos a menores en un centro de apoyo, en octubre de 2008. Muchas víctimas de violencia sexual son niñas o adolescentes.



© Amnistía Internacional

Representantes de varias ONG dijeron a Amnistía Internacional que en la actualidad el gobierno no investiga sistemáticamente si el embarazo no deseado es un factor que influye en los suicidios de mujeres y niñas. Informaron de un importante aumento del número de suicidios de mujeres y niñas y expresaron su preocupación de que la cifra real de suicidios debidos a embarazos no deseados pudiera ser muy superior a la oficial.

Una mujer que trabaja en un centro que proporciona atención psicosocial y legal a mujeres víctimas de violencia sexual dijo a Amnistía Internacional: “Esta ley es lo más cruel para las víctimas de violación [...]. Estoy confiando en que no me llegue un caso de una niña embarazada producto de violación. Algunos de mis colegas ya han recibido casos así, y lo sólo que podemos hacer es ayudarlas psicológicamente. No tenemos dinero para ayudarlas a sobrevivir, esto sería mentira, pero sólo apoyarlas psicológicamente. Me hace sentir muy mal. Imagínense que yo tengo más de treinta años trabajando con mujeres y niñas [sobrevivientes de violencia], siento una frustración terrible”. Esta mujer dijo a Amnistía Internacional que al menos en el pasado las niñas que se veían en esta situación podían ir al hospital y pedir que se les practicara un aborto terapéutico.

En su sentencia de 2006 que despenalizó el aborto, la Corte Constitucional de Colombia habló sobre el derecho de las víctimas de violación a un aborto seguro y legal si deciden que no desean seguir adelante con el embarazo, y concluyó: “[E]s difícil imaginar atropello contra ellos más grave [...]. La mujer que como consecuencia de una vulneración de tal magnitud a sus derechos fundamentales queda embarazada no puede jurídicamente ser obligada a adoptar comportamientos heroicos, como sería asumir sobre sus hombros la enorme carga vital que continuar el embarazo implica, ni indiferencia por su valor como sujeto de derechos, como sería soportar impasiblemente que su cuerpo, contra su conciencia, sea subordinado a ser un instrumento útil de procreación [...]. Pero no puede ser obligada a procrear ni ser objeto de sanción penal por hacer valer sus derechos fundamentales y tratar de reducir las consecuencias de su violación o subyugación”.<sup>72</sup>

La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, aprobada por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer el 15 de septiembre de 1995, afirma: “Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”.

La violación es la denegación extrema de este derecho. En circunstancias específicas constituye una forma de tortura y trato cruel, inhumano o degradante.<sup>73</sup> En tales casos, una víctima de violación tiene derecho a la rehabilitación más completa posible. La rehabilitación total debe abordar tanto el impacto constante de la violación inicial como sus efectos posteriores, incluido un embarazo que la víctima puede no desear llevar a término.

Toda mujer que ha quedado embarazada a consecuencia de la violencia sexual, incluido el incesto, debe tener acceso a servicios de apoyo, incluido el acceso a un aborto seguro y legal, al tratamiento de lesiones físicas y enfermedades de transmisión sexual, al asesoramiento y apoyo sobre evitación y manejo del embarazo y a servicios de asesoramiento y apoyo social.<sup>74</sup>

En la causa *Tysiac v. Poland*, los principales aspectos de los que se ocupó el Tribunal Europeo de Derechos Humanos fueron los obstáculos innecesarios que frustraron el acceso a un aborto seguro y la ausencia de un recurso efectivo. El Tribunal consideró que Polonia no había proporcionado un mecanismo efectivo para garantizar la disponibilidad o legalidad del aborto terapéutico, ni en el proceso de consulta entre la mujer y sus médicos ni entre los propios médicos. El Tribunal reconoció que Alycia Tysiac había sufrido gran aflicción y angustia y que se había vulnerado su derecho a la intimidad, consagrado en el artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, en particular debido a la falta de imparcialidad de los procedimientos. Los remedios civiles y penales retroactivos no eran suficientes.

En el caso de Nicaragua, actualmente no hay ningún remedio en absoluto, pues no existe mecanismo alguno para someterse a un aborto legal.

# 5/DENEGACIÓN O RETRASO DEL TRATAMIENTO EN CASO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Las afecciones que sufren las mujeres embarazadas, ya sean originadas por el propio embarazo (como la pre-eclampsia) o agravadas por él (como la malaria) pueden poner en peligro la vida y la salud del feto y de la madre. Éstas también pueden peligrar debido a un parto obstruido o prematuro. En cada situación de riesgo médico, los facultativos tratarán de preservar o recuperar la vida y la salud tanto del feto como de la madre. Pero algunas intervenciones médicas llevadas a cabo durante el embarazo o el parto con el fin de preservar la salud y la vida de la madre o del feto, o de ambos, pueden causar una lesión o la muerte no intencionadas del feto. Algunas de esas intervenciones son, por ejemplo, el tratamiento contra la malaria o el cáncer, o el parto acelerado o quirúrgico.

El artículo 148 del Código Penal establece las penas por los daños o lesiones graves causados al embrión o el feto: “El que, por cualquier medio o procedimiento, causare en el no nacido una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su normal desarrollo, o provoque en el mismo una grave y permanente lesión física o psíquica, será castigado con pena de prisión de dos a cinco años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de dos a ocho años”.

La redacción del artículo 148 supone que cualquier tratamiento médico adecuado que provoque lesiones en el embrión o el feto o su muerte podría considerarse delito penal, aunque el profesional de la medicina no tuviera intención de causar daño. De hecho, el marco de la ley podría llevar a la penalización de los cuidados médicos encaminados a salvar la vida del feto durante un parto difícil si dicha actuación le provoca lesiones graves o la muerte. No es sorprendente, por tanto, que muchos profesionales de la salud dijeran a Amnistía Internacional que les causaba gran ansiedad tratar a mujeres y niñas embarazadas y asistir en partos con complicaciones.

Esta disposición viola la exigencia de *mens rea*, exigencia de demostrar que el acusado ha provocado intencionalmente lesiones o ha actuado imprudentemente con resultado de lesiones, y que tiene un umbral más alto que la negligencia. En ciertas circunstancias puede ser adecuado procesar a un proveedor de servicios médicos que provoca intencionadamente



Una médica en un hospital público de Chinandega, enero de 2009. Ahora, un profesional de la medicina que proporcione cualquier tipo de tratamiento a una mujer o una niña embarazada que provoque de forma no intencionada lesiones al feto podría ser encarcelado.

© I pas

lesiones o actúa con imprudencia temeraria. Sin embargo, éstos son los únicos casos en los que se deben aplicar sanciones penales.

El artículo 149 afirma: “Quien por imprudencia temeraria ocasione en el no nacido las lesiones descritas en el artículo anterior, será sancionado con pena de uno a dos años de prisión e inhabilitación especial de dos a cinco años para ejercer cualquier profesión médica o sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos públicos o privados, por tiempo de uno a cinco años. La embarazada no será penada al tenor de este precepto”. Esto parece penalizar una conducta que podría tratarse más adecuadamente en virtud de procedimientos médicos profesionales. Por ejemplo, un médico u otro personal médico puede llevar a cabo intervenciones médicas sin la formación o el cuidado profesional adecuados y causar con ello accidentalmente lesiones o muerte al feto o la mujer.

El actual marco legal obliga a las mujeres y las niñas nicaragüenses a correr riesgos innecesarios. El tratamiento de las complicaciones obstétricas se ha convertido en una lotería. El tratamiento que reciben las mujeres no depende de lo que aconsejan los Protocolos Obstétricos, sino de si el profesional de la medicina en cuestión se siente con suficiente confianza como para proporcionar el mejor tratamiento en la práctica y desafiar la ley. Una médica contó que los profesionales de la medicina tenían que tratar de no pensar en un posible procesamiento mientras luchaban por asegurarse de que el tratamiento que daban era el que, según su criterio médico, prometía el mejor resultado posible para la paciente. La médica dijo a Amnistía Internacional: «El resultado ideal es salvar la vida tanto de la paciente como del feto [...]. [C]uando eso no es posible, la paciente debe ser estabilizada, de lo contrario tanto el feto como la embarazada morirán».

Amnistía Internacional apoya que exista una mayor rendición de cuentas como parte de los esfuerzos por garantizar los derechos de las pacientes a la mejor atención posible de la salud. Si la actuación médica viola derechos humanos fundamentales o criterios prácticos acordados, los responsables deben rendir cuentas. Sin embargo, penalizar procedimientos médicos esenciales no conllevará una mayor rendición de cuentas de la profesión médica. El desarrollo de los Protocolos Obstétricos fue un paso importante y positivo hacia la igualdad de acceso a una atención de salud de calidad para mujeres y niñas cuando hay complicaciones obstétricas. Reforzar el apoyo y la formación que reciben los profesionales de la salud sobre la forma de aplicar los Protocolos Obstétricos es fundamental para ofrecer el tratamiento adecuado cuando surgen complicaciones en el embarazo. Ofrecer las instalaciones adecuadas y la capacidad técnica que les permita proporcionar atención oportuna y de calidad también es esencial.

## 6/OBLIGACIONES DE DERECHOS HUMANOS DE NICARAGUA

La obligación de los Estados a hacer realidad progresivamente el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud está consagrado en varios instrumentos internacionales y regionales en los que Nicaragua es Estado Parte. La Constitución nicaragüense dispone: “En el territorio nacional toda persona goza de la protección estatal y del reconocimiento de los derechos inherentes a la persona humana, del irrestricto respeto, promoción y protección de los derechos humanos, y de la plena vigencia de los derechos consignados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos; en la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de la Organización de las Naciones Unidas y en la Convención Americana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos”.<sup>75</sup>

En la región de América, como en otros lugares, se están retirando o reformando leyes restrictivas sobre el aborto.<sup>76</sup> Por ejemplo, en 2006 la Corte Constitucional de Colombia halló que la prohibición total del aborto era inconstitucional y contraria a las obligaciones del país en virtud del derecho internacional de los derechos humanos. La Corte falló que el aborto debía ser legal en ciertas circunstancias, como cuando continuar con el embarazo constituía una amenaza para la vida o la salud de la mujer; cuando el feto presentaba graves malformaciones que hacían inviable la vida y cuando el embarazo era resultado de violación o incesto. La Corte argumentó que el deber constitucional del Estado de proteger la vida no exigía la penalización del aborto: “Si bien el sistema legal protege al feto, no le concede el mismo nivel o grado de protección que concede a una persona”. La Corte concluyó que “todo código penal que prohíba el aborto en todas las circunstancias suprime los derechos humanos fundamentales de la mujer”.<sup>77</sup>

### COMITÉ CONTRA LA TORTURA DE LA ONU

Nicaragua es Estado Parte en la Convención contra la Tortura. El 15 de mayo de 2009, tras examinar la situación de Nicaragua respecto a las obligaciones del Estado en virtud de dicha Convención, el Comité contra la Tortura de la ONU concluyó que Nicaragua debía reformar su marco legal en relación con el aborto. El Comité señaló con preocupación que otros tres comités de expertos de la ONU habían solicitado la revocación de la prohibición total del aborto.<sup>78</sup> El comité de expertos señaló que la prohibición total era para ellos causa de

“profunda preocupación”, ya que exponía a mujeres y niñas a una constante amenaza de graves violaciones de sus derechos, especialmente cuando la continuación del embarazo supone un riesgo para su vida o si el embarazo es producto de una violación.<sup>79</sup> El Comité expresó también su preocupación por la situación de los defensores y defensoras de los derechos humanos en Nicaragua, en especial de los que defienden los derechos de las mujeres y los derechos reproductivos.<sup>80</sup>

## COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES DE LA ONU

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales vigila la aplicación del derecho a la salud tal como lo recoge el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y emite directrices sobre la forma en que debe interpretarse dicho Pacto. En su Observación general n.º 143, el Comité señaló que “la promulgación de legislación o adopción de políticas que sean manifiestamente incompatibles con las preexistentes obligaciones legales nacionales o internacionales relativas al derecho a la salud” podría ser una medida regresiva.<sup>81</sup> La entrada en vigor de la ley reformada sobre el aborto constituye una medida regresiva en virtud del derecho internacional.<sup>82</sup>

En noviembre de 2008, el Comité expresó su preocupación por la prohibición del aborto en toda circunstancia y recomendó que Nicaragua reformara su legislación restrictiva sobre el aborto y permitiera el aborto terapéutico cuando la continuación del embarazo amenazara la salud y la vida de la mujer o cuando el embarazo fuera consecuencia de una violación.<sup>83</sup>

El Comité ha afirmado que la realización del derecho de la mujer a la salud exige la eliminación de todas las barreras que restringen su acceso a los servicios de salud, educación e información, también en el área de la salud sexual y reproductiva.<sup>84</sup>

## COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS DE LA ONU

El Comité de Derechos Humanos de la ONU fue creado por el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en el que Nicaragua es Estado Parte. El Comité ha concluido que, a fin de dar efecto al derecho a la vida, los Estados deben adoptar medidas positivas para detener las muertes evitables, incluidas medidas para terminar con los abortos clandestinos que pongan en peligro la vida.<sup>85</sup> El Comité ha subrayado que Nicaragua ha incumplido sus obligaciones en virtud del Pacto al no confirmar formalmente y proporcionar garantías de que la profesión médica debe ajustarse a los protocolos de buenas prácticas para el tratamiento de las complicaciones obstétricas, y que los profesionales de la salud pueden hacerlo sin temor a ser procesados.<sup>86</sup>

El Comité de Derechos Humanos de la ONU fue categórico respecto a su recomendación final a Nicaragua en octubre de 2008 sobre la prohibición del aborto: “El Estado parte debería ajustar su legislación sobre el aborto de conformidad con las disposiciones del Pacto. Asimismo debería adoptar medidas para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados, de forma que no tengan que recurrir a abortos ilegales o inseguros que puedan poner su vida en peligro o realizarlos en el extranjero. Asimismo, el Estado debería evitar penalizar a los profesionales de la medicina en el ejercicio de sus responsabilidades profesionales”.<sup>87</sup> El Comité expresó asimismo su preocupación por que la prohibición no

excluyera el aborto terapéutico en casos en los que el embarazo supusiera un peligro para la vida de la mujer o la niña embarazada, y por el impacto de la prohibición sobre las supervivientes de violación. El Comité afirmó que obligar a una víctima de violación a llevar a término un embarazo o tratar de conseguir un aborto inseguro constituía una violación de la prohibición de la tortura recogida en el artículo 7 del Pacto, entre otras disposiciones.

Según el Comité de Derechos Humanos de la ONU, negar a las mujeres el acceso a servicios de salud reproductiva constituye una violación de sus derechos reproductivos. Negarles el acceso a atención obstétrica para salvar su vida, incluida asistencia post-aborto orientada a salvar su vida, es una violación de su derecho a la vida y una forma de trato cruel, inhumano y degradante.<sup>88</sup>

## CONVENCIÓN DE BELÉM DO PARÁ

Nicaragua es Estado Parte en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará). La Convención afirma que “debe entenderse como violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (artículo 1) e incluye la violencia que es “perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra” (artículo 2.c). El artículo 4 explica los derechos concretos de las mujeres que el Estado tiene la obligación de fomentar y proteger: “Toda mujer tiene derecho [...] a que se respete su vida [y] a que se respete su integridad física, psíquica y moral [...]”. El artículo 6.a de la Convención de Belém do Pará establece el derecho de las mujeres “a ser libre de toda forma de discriminación”.<sup>89</sup> El marco legal reformado vulnera estos derechos y otros recogidos en la Convención.

## COMITÉ DE LA ONU PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER

El Comité de la ONU para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, que vigila el cumplimiento por parte de los Estados de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, ha señalado: “El acceso de la mujer a una adecuada atención médica tropieza también con otros obstáculos” que contravienen la obligación del Estado de respetar los derechos humanos de las mujeres, como “las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones”. El Comité ha pedido expresamente a los Estados que enmienden la legislación que penalice el aborto “a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos”.<sup>90</sup> En 1999, el Comité halló que la penalización del aborto en todas las circunstancias en Colombia constituía una violación del derecho de las mujeres a la salud y a la vida.

## CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS

Nicaragua es Estado Parte en la Convención Americana sobre Derechos Humanos. La presidenta de la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha comentado que “en ciertos casos, como el de un embarazo que ponga en peligro la vida o la salud de la madre, o que sea resultado de una violación, la penalización del aborto implica una violación de la obligación del Estado de proteger la vida de la madre”.<sup>91</sup>

En la decisión *De la Cruz Flores v Perú* (2004), la Corte Interamericana de Derechos Humanos confirmó el derecho de la profesión médica a no ser penalizada por la prestación de servicios de atención de la salud fundamentales a los que está obligada de acuerdo a su ética médica. La Corte halló otra vulneración más por parte del Estado al haber obligado éste a los médicos a revelar información confidencial, violando el principio de confidencialidad entre médico y paciente.<sup>92</sup> El juez García Ramírez señaló: “En mi concepto, el Estado no puede vulnerar la protección de la salud y la vida que los médicos tienen a su cargo a través de normas o interpretaciones de éstas que disuadan al médico de cumplir su deber, sea porque lo amenacen con la aplicación de una pena, amenaza que pudiera inhibir la prestación del servicio médico, sea porque lo induzcan a hacer distinciones contrarias a los principios de igualdad y no discriminación, sea porque lo obliguen a desviarse de la función que les corresponde y asumir otra que entre en conflicto con aquélla, proponga dilemas inaceptables o altere de raíz la relación entre el médico y el paciente, como sucedería si se obligara al médico a constituirse en denunciante –o delator– de los pacientes que atiende”.<sup>93</sup>

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos es responsable de promover los derechos consagrados en la Convención Americana sobre Derechos Humanos y de recibir las denuncias sobre casos en los cuales se alegaban violaciones de los derechos de particulares por los Estados Parte. El relator especial de la Comisión sobre los derechos de la mujer, Víctor Abramovich, escribió al ministro de Exteriores nicaragüense en noviembre de 2006 señalando que “el aborto terapéutico está reconocido internacionalmente como un servicio de salud especializado y necesario para las mujeres” y que “[L]a negación de este servicio de salud constituye una violación de la vida de las mujeres y de su integridad física y psicológica. También sería un obstáculo [la prohibición del aborto terapéutico] para la labor de los profesionales de la salud, cuya obligación es proteger la vida y prestar el tratamiento adecuado a sus pacientes”.<sup>94</sup>

En una entrevista realizada en marzo de 2007, tras la introducción de la ley reformada, se preguntó al relator Abramovich si creía que la penalización del aborto era una violación de derechos humanos, a lo que éste contestó: “[S]ería correcto sacar el aborto del ámbito penal, tal vez fijar alguna reglamentación [...], pero despenalizarlo”.<sup>95</sup>

Al preguntarle específicamente sobre la derogación del aborto terapéutico por Nicaragua, Abramovich informó de que durante una audiencia de la Comisión, donde se había tratado la cuestión de la vulneración de la Convención por parte de Nicaragua, se habían contado varios casos de médicos que habían arriesgado su libertad y su carrera para salvar la vida de una mujer, y dijo: “Si [los médicos] intervenían, cometían un delito; si no, la mujer se moría. [...] por cuestiones humanitarias los médicos realizaron el aborto. La norma va contra el sentido común. Ya no es una discusión filosófica”.<sup>96</sup>

## 7/CONCLUSIONES

Nicaragua debe hacer frente a muchas dificultades en la batalla contra la pobreza, la malnutrición, la enfermedad y el desempleo y la necesidad urgente de mejorar el acceso a servicios básicos como la atención de la salud y la educación. Harán falta décadas para resolver muchos de estos problemas. Y sin embargo, la mayoría de los motivos de preocupación relativos a los derechos humanos asociados con la prohibición total del aborto podrían resolverse de forma rápida y fácil.

Amnistía Internacional considera que la prohibición total del aborto es una grave violación de las obligaciones de Nicaragua de proteger, respetar y hacer realidad los derechos humanos de las mujeres y las niñas en virtud de su Constitución y de los tratados internacionales en los que es Estado Parte. La reforma del Código Penal es una medida regresiva con arreglo al derecho internacional y hace que Nicaragua se aleje de una política de salud pública de probada eficacia.

Las leyes que tienen graves consecuencias para el derecho a la salud y la vida de las mujeres y las niñas deben basarse en pruebas médicas y en experiencia en salud pública. Está claro que no es el caso de esta ley. Los defensores y defensoras y los derechos humanos de las mujeres han sido sometidos a hostigamiento legal y acusados de apología del delito por hacer campaña en favor del aborto terapéutico. A otros –profesionales de la medicina y de la enfermería– este hostigamiento legal les ha causado cierto temor y los ha disuadido de participar demasiado activamente en la campaña sobre el tema, lo cual ha acallado más el debate público informado sobre las consecuencias de la ley.

La prohibición del aborto es discriminatoria dadas sus negativas consecuencias para las mujeres y las niñas. La ley reformada es discriminatoria porque niega a mujeres y niñas el acceso legal a una atención de la salud adecuada, mientras que los derechos de hombres y niños no se vulneran de la misma manera.

La eliminación del acceso legal al aborto terapéutico obliga a las mujeres y niñas embarazadas a sufrir el trauma físico y psicológico de continuar con el embarazo, aunque esto suponga un peligro para su salud o sus vidas, cuando dicho embarazo es el resultado de una violación o cuando el feto presenta graves anomalías y ninguna perspectiva viable de vida. Aunque la violación se reconoce internacionalmente como una forma de tortura en muchas circunstancias, en Nicaragua incluso los limitados datos disponibles muestran que se trata de un problema generalizado e indica que se tolera ampliamente. Debido a la frecuencia con que se cometen actos de violación e incesto contra jóvenes y adolescentes (en la mayoría de los casos perpetrados por hombres y familiares de más edad), las consecuencias de la nueva ley recaen desproporcionadamente sobre las menores de 18 años. La ley nicaragüense penaliza ahora un aspecto internacionalmente reconocido de reparación por la vulneración de derechos humanos que constituye la tortura cuando ésta se perpetra en forma de violación.

La penalización de todas las formas de aborto tiene el efecto de retrasar e incluso negar a las mujeres y las niñas toda una gama de tratamientos que podrían, inintencionadamente, tener como consecuencia la interrupción del embarazo. En pocas palabras, la ley reformada en Nicaragua constituye un obstáculo para que las mujeres y las niñas accedan a la atención de la salud que necesitan.

El actual marco legal obliga a las mujeres nicaragüenses a asumir riesgos innecesarios con su salud y sus vidas. Los efectos de la ley son más señalados entre las mujeres y las niñas que viven en la pobreza, las que dependen del sistema de salud pública y no tienen recursos para buscar tratamiento fuera de Nicaragua, las que viven en zonas rurales y las supervivientes de violencia sexual. Las mujeres y las niñas que, en su desesperación, buscan un aborto inseguro, arriesgan su salud y sus vidas y pueden ser procesadas penalmente y encarceladas.

El hecho de que las mujeres y las niñas que quedan embarazadas a consecuencia de una violación o un incesto se vean ahora obligadas a llevar sus embarazos a término constituye una violación de sus derechos humanos. La continuación involuntaria del embarazo causa un incalculable sufrimiento físico y mental a la mujer o la niña. El efecto de la ley es que las supervivientes de violación no disponen de la gama de opciones necesarias ni del apoyo adecuado en la decisión que tomen sobre la forma de afrontar las consecuencias del trauma de la violencia sexual. El hecho de que mujeres y niñas víctimas de violación se vean obligadas a buscar servicios de aborto inseguro es una violación de derechos humanos. Si la mujer o la niña se suicida o muere por habersele negado atención médica durante el embarazo, esta violación se convierte en una violación de su derecho a la vida.

La penalización del aborto deja a los profesionales de la medicina en una situación legal riesgosa. Los obliga a actuar en contra de los principios éticos; a negar a sus pacientes el tratamiento más beneficioso posible para su salud, y a exponerse a penas de prisión si actúan de conformidad con los procedimientos y protocolos oficiales de buenas prácticas para interrumpir un embarazo que pone en peligro la vida o la salud de mujeres o niñas.

La penalización del aborto en todas las circunstancias ha creado una situación en la que algunos médicos retrasan el tratamiento de mujeres y niñas por temor a ser procesados por provocar un aborto o causar lesiones al feto. A corto plazo, tales retrasos pueden causar una gran ansiedad y angustia. También pueden tener graves consecuencias para la salud a largo plazo de la mujer o la niña, agravando problemas de salud preexistentes o impidiéndole tener hijos en el futuro. En el peor de los casos, los retrasos pueden poner su vida en peligro. Aunque aún no ha habido procesamientos en aplicación de la ley, la prohibición del aborto tiene un efecto amedrentador sobre la capacidad de los profesionales de la medicina y los trabajadores de la salud de proporcionar el tratamiento indicado desde el punto de vista médico.

El temor al procesamiento implica que actualmente las mujeres y las niñas retrasan la búsqueda de tratamiento o incluso deciden no ir al hospital cuando sufren hemorragias, sepsis u otras complicaciones graves tras abortos inseguros o espontáneos. La decisión de retrasar el tratamiento puede tener graves consecuencias para su salud e incluso costarles la vida.

La prohibición del aborto y las leyes punitivas que la acompañan pesan mucho sobre la profesión médica y constituyen un obstáculo para que los profesionales formulen un juicio clínico independiente y las mujeres accedan oportunamente a la atención indicada desde el punto de vista médico. Contradice los procedimientos de buenas prácticas establecidos por el

Ministerio de Salud que rigen la atención de las complicaciones durante el embarazo y crea una incertidumbre legal para los médicos. En la medida en que la ley no permite excepciones cuando existen graves peligros para la vida o la salud de la mujer o la niña, continúa poniendo en peligro la prestación de su atención médica.

La realidad es que, aunque no ha habido aún casos de persecución penal, el efecto amedrentador de la nueva ley es tal que algunos profesionales de la medicina pueden sentirse justificados para no ofrecer tratamientos, mientras que otros pueden sencillamente sentirse incapaces de hacerlo, por temor a vulnerar la ley. El resultado de este efecto amedrentador son retrasos en el diagnóstico y el tratamiento, en perjuicio de las mujeres y niñas nicaragüenses que buscan atención médica.

Salvo que se retiren las leyes penales y se promulgue una disposición legal que permita el aborto terapéutico para proteger la salud y la vida de la mujer embarazada, el marco legal seguirá siendo un obstáculo para que los profesionales de la medicina tomen decisiones basadas en buenas prácticas cuando se enfrenten a complicaciones obstétricas. El gobierno nicaragüense, a través del marco legal reformado sobre el aborto, está obligando a los profesionales de la medicina a poner en peligro su carrera y tal vez su libertad si cumplen los Protocolos Obstétricos para conservar la vida o la salud de una mujer.

El gobierno de Nicaragua debe derogar los artículos 143, 145, 148 y 149 del Código Penal para respetar, proteger y realizar los derechos de las mujeres y las niñas en Nicaragua, incluido su derecho a la vida, la salud y la dignidad. Amnistía Internacional pide a las autoridades nicaragüenses que cumplan con sus obligaciones en virtud del derecho internacional de los derechos humanos y revoquen esta legislación retrógrada antes de que más mujeres y niñas sufran innecesariamente o pierdan la vida.

## 8/RECOMENDACIONES

### AMNISTÍA INTERNACIONAL INSTA A LAS AUTORIDADES NICARAGÜENSES A:

- Derogar los artículos 143, 145, 148 y 149 del Código Penal y despenalizar el aborto en todas las circunstancias. Las mujeres y las niñas no deben ser objeto de sanciones penales bajo ninguna circunstancia por buscar o conseguir que se les practique un aborto.
- Reformar la ley para permitir el aborto terapéutico en casos de embarazo consecuencia de violación o incesto y en circunstancias en las que continuar con el embarazo pone en peligro la salud o la vida de la mujer o la niña. Las reformas deben garantizar que el aborto seguro es accesible sin restricciones irrazonables.
- Garantizar que los profesionales de la medicina no sean sancionados penalmente por proporcionar servicios de aborto seguro.
- Garantizar que todas las instituciones promueven y refuerzan el conocimiento y la aplicación de los Protocolos Obstétricos en el tratamiento de complicaciones obstétricas.
- Eliminar la obligación legal y los obstáculos prácticos que obligan a mujeres y niñas embarazadas como consecuencia de una violación o un incesto a continuar involuntariamente con el embarazo.
- Reformar sin demora la ley para garantizar que las víctimas de violación tienen acceso a remedios integrales, incluido el asesoramiento, la atención médica y el apoyo psicosocial y legal de acuerdo con las directrices de la Organización Mundial de la Salud y asegurarse de que tienen pleno apoyo para tomar decisiones libres e informadas sobre la forma de enfrentarse a las consecuencias de la violación, incluida la decisión de si continuar con el embarazo o interrumpirlo.
- Asegurarse de que se investigan plenamente los casos de suicidio de niñas o mujeres en edad reproductiva para determinar si contribuyó a ellos un embarazo no deseado.
- Garantizar que las mujeres y los hombres reciben y tienen acceso a servicios e información de planificación familiar para tomar decisiones informadas sobre el sexo y la reproducción, sin coacción y discriminación.
- Aumentar la prestación de servicios prenatales, maternos y postnatales y de ayuda y apoyo para la crianza de los hijos.
- Asegurarse de que los defensores de los derechos humanos y los profesionales de la medicina que hacen campaña para sensibilizar sobre el efecto negativo de la ley reformada y para promover y defender los derechos humanos de las mujeres y las niñas pueden llevar a cabo su legítima labor sin restricciones ni temor a sufrir represalias, de acuerdo con la Declaración sobre los Defensores de los Derechos Humanos de la ONU.

# TERMINOLOGÍA

**Aborto:** Terminación del embarazo por cualquier causa antes de que el feto pueda vivir fuera del útero.<sup>97</sup>

**Aborto espontáneo:** Aborto que no se indujo artificialmente.<sup>98</sup> Se trata de la expulsión prematura del útero de un feto no viable.<sup>99</sup> La edad gestacional (punto del embarazo) en que un aborto se convierte en parto de feto muerto a efectos informativos depende de la política de cada país.<sup>100</sup>

**Aborto inducido:** Se define como “la interrupción intencional del embarazo antes de que el feto sea viable, por medios mecánicos (quirúrgicos) o fármacos”.

**Aborto inseguro:** El procedimiento para poner fin a un embarazo no deseado, llevado a cabo por personal sin la capacitación necesaria o en un entorno donde faltan los mínimos recursos médicos, o ambas cosas.<sup>101</sup>

**Asistencia post-aborto:** Los cuidados administrados para tratar las complicaciones derivadas de un aborto. Entre los elementos clave se encuentran el tratamiento de urgencia de complicaciones derivadas del aborto, asesoramiento y servicios de planificación familiar, así como acceso a servicios integrales de salud reproductiva.<sup>102</sup>

**Asistente de partería cualificado:** Es el profesional sanitario acreditado (partero/a, médico/a o enfermero/a) que ha recibido una formación teórica y práctica que lo capacita para atender los partos normales y para diagnosticar, tratar y derivar las complicaciones obstétricas. Lo ideal es que los asistentes cualificados vivan y formen parte de la comunidad a la que atienden. Deben ser capaces de asistir un parto normal, llevar a cabo intervenciones básicas, iniciar tratamientos y supervisar la derivación de la madre y el niño para intervenciones que estén más allá de su competencia o cuya realización sea imposible en un lugar determinado.<sup>103</sup> El porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado es uno de los indicadores de la meta 5a (Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes) del Objetivo de Desarrollo del Milenio nº 5 (Mejorar la salud materna).

**Cuidados obstétricos de emergencia (COEm):** Los cuidados obstétricos de emergencia básicos comprenden la administración de antibióticos, oxitócicos y anticonvulsivos por vía parenteral, extracción manual de la placenta, aspiración manual al vacío y extracción al vacío, además de estabilización de la mujer y el recién nacido para su derivación, asistencia prederivación y derivación. Los cuidados obstétricos de emergencia completos incluyen, además de las funciones anteriores, cirugía (cesárea) y transfusión sanguínea segura.<sup>104</sup>

**Eclampsia:** Estado que aparece en mujeres embarazadas o que acaban de dar a luz, que se caracteriza por convulsiones seguidas de coma más o menos prolongado. La mujer normalmente presenta hipertensión y proteinuria (exceso de proteínas séricas en la orina). Las crisis convulsivas pueden aparecer durante o después del parto.<sup>105</sup>

**Feto:** Etapa de desarrollo prenatal entre el embrión y el nacimiento.<sup>106</sup>

**Hipertensión:** La hipertensión se diagnostica en una mujer embarazada cuando su presión sanguínea excede de cierto nivel. La hipertensión puede ser consecuencia del embarazo (si no había un historial previo de hipertensión) o existir con anterioridad y verse agravada por el embarazo.<sup>107</sup>

**Morbilidad materna:** Enfermedad, incapacidad o daño físico graves, tales como fístula o prolapso uterino, provocados por complicaciones derivadas del embarazo.<sup>108</sup>

**Mortalidad materna:** Muerte de una mujer durante el embarazo o en el plazo de 42 días después de la terminación del embarazo –con independencia de la duración del mismo o de dónde haya tenido lugar– por cualquier causa relacionada con el embarazo o con su tratamiento, o que se vea agravada como resultado de ambos, pero no por causas accidentales o incidentales. La muerte materna tardía se define como la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas que se produce en el intervalo de tiempo comprendido entre 42 días y un año después del fin del embarazo.<sup>109</sup>

**Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar:** Las mujeres con alguna necesidad insatisfecha en materia de planificación familiar para limitar o espaciar los nacimientos son las mujeres en edad fértil y sexualmente activas que no usan ningún método anticonceptivo y afirman no desear más hijos. Como indicador para el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (“Mejorar la salud materna”), la necesidad insatisfecha se expresa como un porcentaje de las mujeres casadas o que viven en pareja de mutuo acuerdo.

**Planificación familiar:** Implica la capacidad de las parejas e individuos de prever y conseguir el número de hijos deseados, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de éstos. Se consigue mediante la anticoncepción –definida como cualquier forma capaz de impedir un embarazo– y mediante el tratamiento de la infertilidad involuntaria. El efecto anticonceptivo puede obtenerse por medios temporales o permanentes.<sup>110</sup>

**Ratio de mortalidad materna:** Número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.<sup>111</sup>

**Salud reproductiva:** La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y a tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables para planificar la familia de su elección, así como a otros métodos elegidos libremente para la regulación de la fertilidad que no estén legalmente prohibidos, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.<sup>112</sup>

**Salud sexual:** La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no se trata sólo de la ausencia de enfermedades, disfunciones o dolencias. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin sufrir coacción, discriminación ni violencia. Para obtener y conservar la salud sexual, deben respetarse, protegerse y hacerse efectivos los derechos sexuales de todas las personas.<sup>113</sup>

# NOTAS FINALES

1 Artículos 143 y 145 del Código Penal reformado (Ley Número 64, Código Penal de la República de Nicaragua). Los artículos 148 y 149 del Código Penal también suponen un importante problema para la prestación de cuidados obstétricos en Nicaragua. Véase [http://www.poderjudicial.gob.ni/arc-pdf/CP\\_641.pdf](http://www.poderjudicial.gob.ni/arc-pdf/CP_641.pdf), consultado el 23 de marzo de 2009.

2 El artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño de la ONU define como niño todo ser humano menor de 18 años de edad. Véase <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>.

3 Las circunstancias en las que se permitía el aborto terapéutico no estaban definidas expresamente en la legislación nicaragüense. Sin embargo, en las normas que regían esta práctica, el Ministerio de Salud definía el aborto terapéutico como: "La interrupción del embarazo antes de la vigésima semana de gestación debido a patologías maternas [...] agravadas por el embarazo o que tengan efectos negativos sobre el desarrollo y crecimiento del feto". Ministerio de Salud, Norma de Atención al Aborto, Managua, Nicaragua, 1989.

4 El artículo 165 del anterior Código Penal, en vigor desde 1893, disponía: "El aborto terapéutico será determinado científicamente, con la intervención de tres facultativos por lo menos y el consentimiento del cónyuge o pariente más cercano a la mujer, para los fines legales".

5 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES), Population Division, World Abortion Policies, [http://www.un.org/esa/population/publications/2007\\_Abortion\\_Policies\\_Chart/2007\\_WallChart.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/2007_Abortion_Policies_Chart/2007_WallChart.pdf), y Centro de Derechos Reproductivos, Factsheet on World Abortion Laws, disponible en [http://reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/pub\\_fac\\_abortionlaws2008.pdf](http://reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/pub_fac_abortionlaws2008.pdf), consultados el 23 de marzo de 2009.

6 Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, "Directrices éticas relativas al aborto provocado por razones no médicas", noviembre de 2006, párrs. 1 y 2. Véase <http://www.figo.org/files/figo-corp/docs/Ethics%20Guidelines%20-%20Spanish%20Version%2006%20-2009.pdf>, consultado el 10 de diciembre de 2008.

7 Reed Boland y Laura Katzive, "Developments in Laws on Induced Abortion: 1998-2007", International Family Planning Perspectives, 2008, 34(3):110-120; OMS, Aborto sin Riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2003, p. 16.

8 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud aprobada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 al 22 de junio de 1946, que fue firmada el 22 de julio de 1946 por representantes de 61 Estados (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, n.º 2, p. 100) y entró en vigor el 7 de abril de 1948, [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).

9 Artículos 143-149, Ley 641: Código Penal de la República de Nicaragua, Capítulo II: "Aborto, manipulaciones genéticas y lesiones al no nacido".

10 Organización Mundial de la Salud (OMS), "Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence", 2003, [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/med\\_leg\\_guidelines/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/index.html), consultado el 18 de marzo de 2009.

11 Véase Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general n.º 24: La mujer y la salud (artículo 12 de la Convención), párrs. 14 y 31.c. Disponible en [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/HRI.GEN.1.Rev.8.Sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/HRI.GEN.1.Rev.8.Sp?Opendocument), consultado por última vez el 21 de junio de 2009.

12 Entre las restricciones razonables podrían figurar los casos de aborto sin autorización legal, especialmente en el caso de pacientes incapaces de dar su consentimiento, o de negligencia criminal. Amnistía Internacional se opone al aborto forzado como violación grave de los derechos humanos de las mujeres.

13 Olga María Reyes, estudiante de Derecho de 22 años, murió a consecuencia de un embarazo ectópico en noviembre de 2006, justo después de que el aborto terapéutico se hubiera eliminado de la ley como opción legal. Su familia, así como expertos que analizaron su historial clínico y las circunstancias de su muerte, atribuyeron el retraso en tratarla, que ocasionó su fallecimiento, al temor de las personas que la atendieron a ser procesadas en virtud del marco legal reformado. Véase Human Rights Watch, Por sobre sus cadáveres: Denegación de acceso a la atención obstétrica de emergencia y el aborto terapéutico en Nicaragua, disponible en <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/nicaragua1007spwebwcover.pdf>, consultado el 9 de febrero de 2009.

14 Asamblea General de la ONU, Resolución A/55/L.2, 8 de septiembre de 2000, párrafo 19; Objetivos de Desarrollo del Milenio, véase: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>.

15 El Objetivo de Desarrollo del Milenio número 5 prevé la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y lograr la cobertura universal de la atención especializada en partos para 2015. Véase [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/topics/mdg/en/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/mdg/en/index.html), consultado el 23 de marzo de 2009.

16 Véase el informe presentado por Nicaragua al Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales en octubre de 2007, (E/C.12/NIC/4), 22 de octubre de 2007, párrs. 503 y 505.

17 Un importante proyecto relativo a la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna fue la publicación de los Protocolos Obstétricos. Otro fue el aumento del número de profesionales de la medicina destinados a zonas rurales y remotas de Nicaragua y del número de casas maternas en zonas rurales, donde las mujeres pueden alojarse en las últimas etapas de su embarazo para asegurarse de que disponen de atención médica profesional cerca cuando es necesario (véase el informe de Nicaragua al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, octubre de 2007, párrs. 970–974). El gobierno también ha aumentado los recursos dedicados a la planificación familiar y a la detección del cáncer de cérvix. Véase el párrafo 14 del acta resumida (parcial) de la 31 reunión del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales para examinar el informe de Nicaragua (Summary record (partial) of the 31st meeting of the Committee on Economic Social and Cultural Rights to consider the Nicaragua State Party Report), E/C.12/2008/SR.31, noviembre de 2008.

18 Véanse OMS, Aborto sin Riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud, Ginebra, 2003 (p. 15), y también Global and Regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, 5.ª edición, Organización Mundial de la Salud, 2003. Disponible en: [http://who.int/reproductive-health/publications/unsafeabortion\\_2003/ua\\_estimates03.pdf](http://who.int/reproductive-health/publications/unsafeabortion_2003/ua_estimates03.pdf).

19 Cifras tomadas de un estudio publicado en noviembre de 2006 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), titulado “Derogación del derecho al aborto terapéutico en Nicaragua: Impacto en salud”, p. 9. Disponible en: <http://www.bertha.gob.ni/adolescentes/descarga/doc1/Derogacion%20del%20%20Aborto%20Terapeutico%20en%20Nicaragua.pdf>.

20 En ese año, 38 mujeres y niñas murieron a causa de hemorragia, 20 de hipertensión y enfermedades relacionadas, 3 de sepsis, 4 de tromboembolia pulmonar (TEP) (coágulo de sangre en los pulmones, que en el embarazo puede suceder durante y después del parto), 2 de abortos inseguros y una de embolia de líquido amniótico (ELA) (reacción alérgica de la mujer embarazada al fluido amniótico u otra sustancia que entre en su torrente sanguíneo, que a menudo desemboca en colapso cardiopulmonar).

21 Ministerio de Salud, Análisis Comparativo de Situación de Mortalidad Semanas Epidemiológicas 1 a la 53, Años: 2007-2008.

22 Estudio llevado a cabo por la doctora Karen Padilla, La Muerte Materna en Nicaragua: La vida de cada mujer cuenta, IPAS Centroamérica, junio de 2008.

23 Informe presentado por Nicaragua al Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 22 de octubre de 2007, (E/C.12/NIC/4), párr. 502, p. 106.

24 Véase por ejemplo “Rosario Murillo dice que el FSLN se opone tajantemente al aborto y respalda totalmente la posición de la jerarquía católica”, 15 de agosto de 2006, disponible en <http://www.radiolaprimerisima.com/noticias/2528>; y “PLC, ALN y FSLN contra el aborto terapéutico”, El Nuevo Diario, 12 de octubre

de 2006, <http://impreso.elnuevodiario.com.ni/2006/10/12/politica/31159>, ambos consultados el 23 de marzo de 2009.

25 Más información sobre la situación de los defensores y defensoras de los derechos humanos de las mujeres en el documento de Amnistía Internacional Defender el derecho de las mujeres a la vida y a la salud. Defensoras de los derechos humanos en Nicaragua (Índice AI: AMR 43/001/2008).

26 El folleto al que se refiere este párrafo fue publicado el 8 de noviembre de 2006 en los principales periódicos de Nicaragua.

27 “La evaluación de los efectos para los derechos humanos es el proceso por el cual se predicen las posibles consecuencias para el disfrute de los derechos humanos de una política, un programa, o un proyecto propuesto. El objetivo de la evaluación es informar a los encargados de adoptar decisiones y a las personas que probablemente serán afectadas, a fin de que puedan mejorar la propuesta en el sentido de reducir los posibles efectos negativos y aumentar los positivos” (Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ante la Asamblea General de la ONU, Doc. ONU A/62/214, 8 de agosto de 2007, párrafo 37).

28 Véanse párrs. 29-32 del acta resumida de la reunión del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (E/C.12/2008/SR.31) consultado el 10 de febrero de 2009.

29 Uno de tales argumentos, presentado por algunas autoridades religiosas de Nicaragua, es que actualmente no hay ninguna ocasión en que sea necesario el aborto o la interrupción del embarazo, ya que los avances de la Medicina eliminan tales riesgos durante el embarazo. Véase <http://www.aciprensa.com/noticia.php?n=15509> y Terra Actualidad – EFE, “El cardenal nicaragüense Obando y Bravo afirma que quien aborta se auto excomulga”, mayo 2007.

30 Véase por ejemplo Organización Panamericana de la Salud (OPS), Derogación del derecho al aborto terapéutico en Nicaragua: Impacto en salud, de noviembre de 2006, disponible en <http://www.euram.com.ni/Terapeutico/Archivos%20PDF/Doc%20Varios/Derogacion%20del%20Derecho%20al%20Aborto%20Terapeutico%20en%20Nicaragua%20Impacto%20en%20Salud.pdf>, consultado el 23 de marzo de 2008. Representantes de UNICEF, PNUD, UNFPA, OPS y OMS, junto con los embajadores de Noruega, Países Bajos, la Comisión Europea, Finlandia, Dinamarca, Islandia y el representante del Departamento de Desarrollo Extranjero e Internacional de Reino Unido, firmaron una carta dirigida a la Asamblea Nacional expresando su honda preocupación el 20 de octubre de 2006.

31 Carta de fecha 10 de noviembre de 2006, de Víctor Abramovich, relator de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, y Santiago A. Canton a Norman Calderas Cardenal, ministro de Relaciones Exteriores de Nicaragua. (Traducción de Amnistía Internacional.)

32 Véase la declaración, disponible en <http://www.euram.com.ni/Terapeutico/Archivos%20PDF/Antes%20Penalizacion/Sociedades%20Medicas,%20Enfermeria%20y%20Universidades,%20Declaracion.pdf>, y también la declaración de la SONIMEG, en [http://www.sonimeg.net/index.php?option=com\\_content&view=section&layout=blog&id=8&Itemid=13](http://www.sonimeg.net/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=8&Itemid=13), ambas consultadas el 23 de marzo de 2009.

33 Véase Ministerio de Salud de Nicaragua, Normas y Protocolos para la Atención de Complicaciones Obstétricas, diciembre de 2006 (en archivo de Amnistía Internacional).

34 Comunicado de la Coordinadora Civil, 19 de octubre de 2006, disponible en <http://www.puntos.org.ni/boletina/contenido.php?CodBole=140&key=1946&subsec=1963>, consultado el 23 de marzo de 2009.

35 Véase la Declaración de Sociedades Médicas Nicaragüenses y Facultades de Medicina sobre la Penalización del Aborto Terapéutico, 20 de octubre de 2006; disponible en <http://www.euram.com.ni/Terapeutico/Archivos%20PDF/Antes%20Penalizacion/Sociedades%20Medicas,%20Enfermeria%20y%20Universidades,%20Declaracion.pdf>, y el *amicus curiae* presentado por la Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia ante la Corte Suprema de Nicaragua el 28 de mayo de 2007, p. 22.

36 Véase Datos sobre la salud sexual y reproductiva de la juventud nicaragüense, de mayo de 2008, disponible en [http://www.guttmacher.org/pubs/2008/07/02/fb\\_Nicaragua.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/2008/07/02/fb_Nicaragua.pdf); y UNPF, Personalising Population – Background on Nicaragua, disponible en: <http://www.unfpa.org/focus/nicaragua/background.htm>, ambos consultados el 23 de marzo de 2009.

37 *Amicus curiae* presentado por la Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia (SONIGOB) ante la Corte Suprema de Nicaragua el 28 de mayo de 2007, p. 16. Ejemplar en los archivos de Amnistía Internacional.

38 *Ibid.*, p. 16.

39 Organización Panamericana de la Salud (OPS), Derogación del derecho al aborto terapéutico en Nicaragua: Impacto en salud, de noviembre de 2006, disponible en <http://www.euram.com.ni/Terapeutico/Archivos%20PDF/Doc%20Varios/Derogacion%20del%20Derecho%20al%20Aborto%20Terapeutico%20en%20Nicaragua%20Impacto%20en%20Salud.pdf>, consultado el 23 de marzo de 2009.

40 Protocolos Obstétricos, p. 26.

41 Protocolos Obstétricos, p. 26.

42 Protocolos Obstétricos, p. 124.

43 Protocolos Obstétricos, p. 124.

44 Organización Panamericana de la Salud (OPS), Derogación del derecho al aborto terapéutico en Nicaragua: Impacto en salud, de noviembre de 2006, disponible en <http://www.minsa.gob.ni/bns/observatorio/documentos/otros/Derogacion%20del%20Derecho%20al%20Aborto%20Terapeutico%20en%20Nicaragua%20Impacto%20en%20Salud.pdf>, consultado el 23 de marzo de 2008.

45 Protocolos Obstétricos, pp. 124-133.

46 Véase la clasificación del embarazo ectópico en OMS, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, versión para 2007, capítulo XV; disponible en español en <http://www.infosalud.com.mx/Publicaciones/pc%20554-1.htm#>, consultado el 10 de diciembre de 2008.

47 Véase página 377 de Normas y Protocolos para la Atención de Complicaciones Obstétricas del Ministerio de Salud, Ministerio de Salud nicaragüense, diciembre de 2006. Ejemplar en los archivos de Amnistía Internacional.

48 Ministerio de Salud, Análisis Comparativo de Situación de Mortalidad Semanas Epidemiológicas 1 a la 53, Años: 2007-2008.

49 Protocolos Obstétricos, p. 183.

50 Dr. Luis Távora Orozco, Por qué la anencefalia debe justificar el aborto terapéutico, Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, de febrero de 2006, disponible en <http://www.promsex.org/files/Anencefalia.pdf>, consultado el 23 de marzo de 2009.

51 Entrevista con profesionales de la Ginecología nicaragüenses de Amnistía Internacional, octubre de 2008, y doctor Luis Távora Orozco, Por qué la anencefalia debe justificar el aborto terapéutico, Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

52 Véase K.L. v Perú, Comité de Derechos Humanos, Comunicación N.º 1153/2003, 24 de octubre de 2005, y también el análisis del caso K.L. v Perú efectuado en *Interights Bulletin* Vol. 15. N.º 3, 2006, pp. 102-104.

53 Decisión de la Corte Suprema de la Nación Argentina, S.T. v Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 11 de enero de 2001.

54 Artículos 147-149 del Código Penal.

55 Entrevistas realizadas por Amnistía Internacional en octubre y noviembre de 2008.

56 El Ministerio de Salud es responsable del registro y la regulación de los médicos en Nicaragua y puede retirar su licencia para ejercer la Medicina. Véase Ley General de Salud, Capítulo Único de las Medidas Administrativas, Artículos 77-86, en especial el 84. Si la investigación de las denuncias contra un médico revela posibles infracciones del Código Penal, también pueden remitirse al Ministerio Público. Las denuncias contra profesionales de la salud pueden presentarse directamente a la policía para su investigación.

57 Véase AMR 43/002/2008, Amnesty International Submission to the UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Disponible en <http://www.amnesty.org/en/library/asset/AMR43/002/2008/en/36414c3c-9392-11dd-8293-ff015cefb49a/amr430022008en.pdf>

58 Párrs 29-32 del acta resumida (parcial) de la 31 reunión del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales para examinar el informe de Nicaragua, E/C.12/2008/SR.31, 10 de noviembre de 2008, disponible (sólo en inglés) en <http://tb.ohchr.org/default.aspx?country=ni>, consultado por última vez el 21 de junio de 2009. (Traducción de Amnistía Internacional.)

59 Párr. 13 de las Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos de la ONU (CCPR/C/NIC/CO/3) de 30 de octubre de 2008; disponible en [http://www.pnud.org.ni/files/doc/1228928031\\_Binder1.pdf](http://www.pnud.org.ni/files/doc/1228928031_Binder1.pdf), consultado el 23 de marzo de 2009.

60 Un aborto espontáneo es la expulsión prematura del útero de un feto no viable. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/pcpnc/pcpnc.pdf>.

61 Preocupación expresada durante entrevistas llevadas a cabo por Amnistía Internacional con varios profesionales de la medicina, la ginecología y la obstetricia durante octubre y noviembre de 2009.

62 Ann Olsson, Mary Ellsberg, Staffan Berglund, Andrés Herrera, Elmer Zelaya, Rodolfo Peña, Felix Zelaya y Lars-Åke Persson, "Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based anonymous survey", *Child Abuse and Neglect*, Volumen 24, n.º 12, diciembre de 2000, pp. 1579-1589. Véase también Anuario Estadístico de la Policía Nacional 2006, 2.10 Características de las Mujeres Víctimas de la Delincuencia a Nivel Nacional por Tipología en año 2006, p. 53, en el que se informa que, de las 1.462 violaciones denunciadas

ese año, aproximadamente 1.004 de las supervivientes tenían menos de 18 años y, de éstas, la mayoría tenían menos de 14.

63 Véanse Corte Suprema de Justicia, Instituto de Medicina Legal, Subdirección de Vigilancia y Epidemiología Forense, Boletín Estadístico Mensual Número 12, diciembre 2008, y también Policía Nacional – Comisaría de la Mujer, Características de las Mujeres Víctimas de la Delincuencia a Nivel Nacional, 1 Semestre de 2008, donde figura que de las 945 víctimas de violación registradas en el primer semestre de 2008, unas 626 tenían menos de 17 años. Ambos documentos, en los archivos de Amnistía Internacional.

64 El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación general n.º 12, párr. 4, recomienda que los Estados Partes que incluyan en sus informes periódicos al Comité información sobre “[d]atos estadísticos sobre la frecuencia de cualquier tipo de violencia contra la mujer y sobre las mujeres víctimas de la violencia”. En la Recomendación general n.º 19, artículo 24. c, recomienda que “[l]os Estados Partes alienten la recopilación de estadísticas y la investigación de la amplitud, las causas y los efectos de la violencia y de la eficacia de las medidas para prevenir y responder a ella”. Disponible en [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/HRI.GEN.1.Rev.8.Sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/HRI.GEN.1.Rev.8.Sp?Opendocument), consultado el 23 de marzo de 2009.

65 Católicas por el Derecho a Decidir, “Medios de Comunicación y abuso sexual”, 18 de abril de 2008.

66 Opiniones expresadas por representantes de ONG locales a delegados de Amnistía Internacional durante una visita a Nicaragua en junio de 2008.

67 OMS, Guidelines for the Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence, pp. 2 y 28.

68 Entrevista de Amnistía Internacional a la madre de una víctima y a su vez víctima de violación (nombres no revelados), Nicaragua, octubre de 2008.

69 Entrevista a un ginecólogo de Managua, Nicaragua, en noviembre de 2008 (nombre no revelado). Asimismo, expertos entrevistados que trabajan en el ámbito de los abusos sexuales destacaron su preocupación por el elevado número de suicidios, que podría estar vinculado a la continuación forzada del embarazo. Aunque el Estado no ha investigado si los suicidios corresponden a víctimas de violencia sexual, la prevalencia de la violencia sexual contra niñas y adolescentes en Nicaragua y el aumento de muertes de adolescentes como consecuencia de la ingesta de veneno se abordan en Análisis Comparativo de Situación de Mortalidad Materna. Semanas Epidemiológicas 1 a la 53. Años: 2007-2008, Ministerio de Salud, 5 de enero de 2009.

70 Análisis Comparativo de Situación de Mortalidad Semanas Epidemiológicas 1 a la 53. Años: 2007 – 2008, Ministerio de Salud, 5 de enero de 2009

71 OMS y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Mental health aspects of women’s reproductive health. A global review of the literature, 2009, p. 9, disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563567\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563567_eng.pdf), consultado el 23 de marzo de 2009. (Traducción de Amnistía Internacional.)

72 Véase la sentencia de la Corte Constitucional colombiana C-355/2006, extractos de sentencias de Cortes Constitucionales publicados por Women’s Link Worldwide, p. 52.

73 “Se admite por lo general, como lo hacen antiguos Relatores Especiales sobre la tortura y la jurisprudencia regional, que la violación constituye tortura cuando tiene lugar por instigación, o con el consentimiento y la aquiescencia, de funcionarios públicos” (Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak, en el Séptimo Período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos, Doc. ONU, A/HRC/7/3, 15 de enero de 2008, párrafo 34). El relator especial sobre la tortura reconoció también la violencia en el ámbito familiar como una de las “formas de violencia que puedan constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante” (id, párrafo 44) y explicó las diferentes manifestaciones de la aquiescencia del Estado en la violencia en el ámbito familiar (id, párrafo 46). Además llamó la atención hacia el sentimiento de protección frente a la estigmatización social que afirman sentir las víctimas de la violencia sexual en Guatemala cuando el delito se define como “tortura”, en lugar de violación, embarazo forzado o esclavitud sexual (id, párrafo 66).

74 Organización Mundial de la Salud (OMS), Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/med\\_leg\\_guidelines/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/index.html), consultado el 23 de marzo de 2009.

75 Artículo 46 de la Constitución de Nicaragua, disponible en <http://www.constitution.org/cons/nicaragu.htm>, consultado el 23 de marzo de 2009.

76 Véase Reed Boland y Laura Katzive, “Developments in Laws on Induced Abortion:1998–2007”, International Family Planning Perspectives, 2008, 34(3):110-120. Este estudio halló que al menos 16 países habían aumentado el acceso legal a servicios de aborto seguro. Los países que así lo habían hecho en América, por diversos motivos, son Colombia, México (D.F.) y Santa Lucía. El estudio está disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3411008.pdf>, consultado el 22 de junio de 2009 y, además, OMS, Aborto sin Riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2003, p.16.

77 Véase la sentencia de la Corte Constitucional colombiana C-355/2006, extractos de sentencias de Cortes Constitucionales publicados por Women’s Link Worldwide.

78 Véase párrafo 16 de las Observaciones finales del Comité contra la Tortura, 14 de mayo de 2009, CAT/C/NIC/CO/1.

79 Véanse párrafos 15 y 16 de las Observaciones finales del Comité contra la Tortura, 14 de mayo de 2009, CAT/C/NIC/CO/1.

80 *Ibid.*, párr. 18.

81 Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, párrs. 43 y 48 (E/C.12/2000/4), disponible en <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>, consultado el 21 de junio de 2009.

82 Véase *Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000)*, párrafo 32, disponible en <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>, consultado el 21 de junio de 2009.

83 En sus Observaciones finales el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “insta al Estado Parte a que revise su legislación en materia de aborto y a que estudie la posibilidad de prever excepciones a la prohibición general del aborto para los casos de aborto terapéutico y los embarazos resultantes de violación o incesto. Asimismo, el Estado parte debería adoptar medidas para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados, de forma que no tengan que recurrir a abortos ilegales o inseguros que puedan poner su vida en peligro o realizarlos en el extranjero. Asimismo, el Estado debería evitar penalizar a los profesionales de la medicina en el ejercicio de sus responsabilidades profesionales” (párr. 26). Véase E/C.12/NIC/CO/4, consultado el 21 de junio de 2009.

84 Observación general n.º 14 (Derecho a la salud). Véase también Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general n.º 16 (“La igualdad de derechos del hombre y de la mujer al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales”).

85 Véase Comité de Derechos Humanos, Observación general n.º 28, artículo 3, Igualdad de derechos entre hombres y mujeres, párr. 10, (Doc. ONU CCPR/C/21/Rev.1/Add.10), 2000.

86 Véase Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos de la ONU (Doc. ONU CCPR/C/NIC/CO/3), 2008, párr. 13.

87 Véase Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos de la ONU (Doc. ONU CCPR/C/NIC/CO/3), 2008, párr. 13.

88 Véase Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos de la ONU (Doc. ONU CCPR/C/NIC/CO/3), 2008, párr. 13.

89 Nicaragua se convirtió en Estado Parte en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) el 12 de diciembre de 1995. Los artículos 1, 2, 3, 4 (a, b, c, d, e, f, y g), 6, 7 (a, c, e, f, g), 8 (a, b, c, g, h, i) son todos de particular relevancia para la situación de las mujeres desde la prohibición total del aborto. El texto completo de la Convención de Belém do Pará está disponible en <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>, consultado el 23 de marzo de 2009.

90 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N.º 24 (20 periodo de sesiones, 1999), párrs. 14 y 31, disponible en HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), consultado el 21 de junio de 2009.

91 Véase Cecilia Medina Quiroga, presidenta de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, “La Convención Americana: Teoría y Jurisprudencia”, Centro de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile, Santiago, 2003, p. 78.

92 Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso De la Cruz Flores v Perú. Fondo, reparaciones y costas. Sentencia, 18 de noviembre de 2004. Serie C N.º 115; véanse especialmente los párrafos 97, 100, 101 y 102.

93 Voto razonado del juez Sergio García Ramírez en la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre el caso De la Cruz Flores, 18 de noviembre de 2004, párr. 8.

94 Carta de fecha 10 de noviembre de 2006 de Víctor Abramovich, relator de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, y Santiago A. Canton a Norman Calderas Cardenal, Ministro de Exteriores de Nicaragua. (Traducción de Amnistía Internacional.)

95 Entrevista con el relator sobre los derechos de la mujer de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Víctor Abramovich, 9 de marzo de 2007, disponible en [http://www.iidh.ed.cr/comunidades/DerechosMujer/noticia\\_despliegue.aspx?Codigo=3937](http://www.iidh.ed.cr/comunidades/DerechosMujer/noticia_despliegue.aspx?Codigo=3937), consultado el 23 de marzo de 2009.

96 Entrevista con el relator sobre los derechos de la mujer de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Víctor Abramovich, 9 de marzo de 2007, disponible en: [http://www.iidh.ed.cr/comunidades/DerechosMujer/noticia\\_despliegue.aspx?Codigo=3937](http://www.iidh.ed.cr/comunidades/DerechosMujer/noticia_despliegue.aspx?Codigo=3937), consultado el 23 de marzo de 2009.

97 [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_RHR\\_00.13.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_00.13.pdf).

98 Organización Mundial de la Salud, Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica – Glosario, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243592653\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243592653_spa.pdf)

99 <http://www.who.int/reproductive-health/publications/pcpnc/pcpnc.pdf>.

100 [http://www.who.int/reproductive-health/publications/interagency\\_manual\\_on\\_RH\\_in\\_refugee\\_situations/a3.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/interagency_manual_on_RH_in_refugee_situations/a3.pdf).

101 [http://www.who.int/reproductive-health/publications/interagency\\_manual\\_on\\_RH\\_in\\_refugee\\_situations/a3](http://www.who.int/reproductive-health/publications/interagency_manual_on_RH_in_refugee_situations/a3).

102 [http://www.who.int/reproductive-health/publications/rtis\\_gep/glossary.htm](http://www.who.int/reproductive-health/publications/rtis_gep/glossary.htm).

103 <http://www.unfpa.org/mothers/terms.htm>.

104 [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/clossary\\_fact\\_sheet.pdf](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/clossary_fact_sheet.pdf).

105 [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_RHR\\_00.13.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_00.13.pdf).

106 Organización Mundial de la Salud, Glosario, <http://www.who.int/peh-emf/publications/Glossary.pdf>.

107 [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_RHR\\_00.13.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_00.13.pdf).

108 <http://www.unfpa.org/mothers/terms.htm>.

109 Organización Mundial de la Salud, UNICEF, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Mortalidad materna en 2000: Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF y el UNFPA, [http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal\\_mortality\\_2000/mme.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/mme.pdf).

110 Definición utilizada por el Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores en Reproducción Humana de la OMS y la División de Salud Familiar, <http://www.euro.who.int/document/e68459.pdf>.

111 [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_RHR\\_00.13.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_00.13.pdf).

112 Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, A/CONF.171/13, párrafo 7.2, [http://www.who.int/reproductive-health/publications/studying\\_unsafe\\_abortion/glossary.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/studying_unsafe_abortion/glossary.html).

113 OMS, definición provisional, octubre de 2002, <http://www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html>.

YA SEA EN UN CONFLICTO DE GRAN REPERCUSIÓN O EN UN RINCÓN PERDIDO DEL PLANETA,  
**AMNISTÍA INTERNACIONAL**  
ACTÚA EN FAVOR DE LA JUSTICIA,  
LA LIBERTAD Y LA DIGNIDAD  
PARA TODAS LAS PERSONAS  
Y PERSIGUE EL RESPALDO  
DE LA OPINIÓN PÚBLICA PARA  
CONSTRUIR UN MUNDO MEJOR.

#### ¿QUÉ PUEDES HACER?

Activistas de todo el mundo han demostrado que es posible oponer resistencia a quienes socavan los derechos humanos. Intégrate en este movimiento. Haz que las cosas cambien. Pide responsabilidades a quienes están en el poder.

- Únete a Amnistía Internacional e intégrate en un movimiento formado por personas de todo el mundo que trabajan para poner fin a las violaciones de derechos humanos. Ayúdanos a hacer que las cosas cambien.
- Haz un donativo en apoyo del trabajo de Amnistía Internacional.

#### Juntos conseguiremos que se nos oiga.

Me interesa recibir información sobre cómo unirme a Amnistía Internacional.

Nombre y apellidos

Domicilio

País

Correo-e

Quiero hacer un donativo a Amnistía Internacional (indica la divisa de tu donativo).

Cantidad

Con cargo a mi

Visa

Mastercard

Número

Caduca en

Firma

Envía este formulario a la oficina de Amnistía Internacional de tu país.  
Oficinas de Amnistía Internacional en todo el mundo:  
<http://www.amnesty.org/es/worldwide-sites>

Si en tu país no hay oficina, envía el formulario al Secretariado Internacional en Londres:  
**Amnistía Internacional**, Secretariado Internacional, Peter Benenson House,  
1 Easton Street, London WC1X 0DW, Reino Unido.

...QUIERO  
AYUDAR

www.amnesty.org/es



