



Por sobre sus cadáveres
Denegación de acceso a la atención obstétrica de emergencia y el
aborto terapéutico en Nicaragua

Presentación 1

Breve historia del aborto y la norma jurídica en Nicaragua3

Efectos de la norma sobre el aborto terapéutico 6

 Denegación de acceso al aborto en casos en que peligran la vida o la salud de la
 mujer embarazada 6

 Denegación o tardanza en prestar otros tipos de atención obstétrica de urgencia
 9

 Temor a solicitar tratamiento..... 13

Recomendaciones 15

 Al Presidente de la República de Nicaragua..... 15

 Al Ministerio de Salud de Nicaragua..... 15

 A la Asamblea Nacional de Nicaragua 16

 A la cooperación internacional y organismos de Naciones Unidas 16

Agradecimientos 17

Presentación

Nicaragua es uno de apenas tres países en todo el mundo en prohibir el aborto bajo cualquier circunstancia, incluso en caso de violación, incesto o peligro para la vida o la salud de la mujer embarazada.¹ Este tipo de prohibiciones totales son totalmente incompatibles con las obligaciones que imponen los derechos humanos internacionales, incluyendo el derecho a la vida, la salud y la no discriminación, y su imposición puede tener -y de hecho tiene- serias consecuencias para la vida y la salud tanto de mujeres como de niñas.

En el caso de Nicaragua, la norma antiaborto que se promulgó en noviembre del 2006 y reafirmó en septiembre del 2007 prohíbe incluso el aborto terapéutico hasta entonces permitido en la ley.² En lo medular, la norma dispone pena de cárcel para quien realice un aborto -incluso cuando esté en juego la vida de la embarazada- así como para la mujer que se lo procure, por cualquier motivo. Aun cuando los casos llevados a proceso parecen ser escasos, la proscripción tiene consecuencias tangibles que se pueden resumir en tres grandes categorías:

1. Denegación de acceso al aborto en casos en que peligran la vida o la salud de la mujer embarazada;
2. Denegación o tardanza en prestar otros tipos de atención obstétrica de emergencia; y
3. Un fuerte temor a solicitar tratamiento por emergencias obstétricas.

El resultado concreto han sido muertes que podrían haberse evitado.

Pese a ser el más difícil de medir, el mayor efecto potencial de prohibir el aborto bajo toda circunstancia es un fuerte incremento en el temor de mujeres y niñas a solicitar atención médica por complicaciones del embarazo, en especial las

¹ Los demás son Chile y El Salvador. Véase Centro para los Derechos Reproductivos, “Leyes sobre aborto en el mundo,” www.reproductiverights.org/pdf/pub_fac_abortionlaws_spanish.pdf (consultado el 19 de septiembre del 2007).

² El aborto terapéutico no está definido en la ley nicaragüense sino en una norma del Ministerio de Salud: 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 de Nicaragua, Dirección de Atención Médica/Dirección de Atención Integral a la Mujer, “Norma de atención al aborto”) agosto de 1989.

hemorragias, por temor a ser imputadas por aborto. Si bien el gobierno nicaragüense tiene protocolos de práctica clínica orientados a paliar en parte los efectos de la prohibición, no fiscaliza su cumplimiento ni parece investigar o sancionar adecuadamente a los profesionales de la salud que niegan o entorpecen innecesariamente el acceso a servicios que son perfectamente legales. El gobierno nicaragüense tampoco ha hecho esfuerzos por contrarrestar las equivocadas percepciones públicas en torno al aborto, la prohibición total y las alternativas legales existentes. Se estima que esta falta de diligencia pueda haber causado muertes adicionales por causas no directamente relacionadas con la prohibición propiamente tal.

En el interés de cautelar los derechos humanos de la mujer, entre ellos el derecho a la vida, la integridad física, la salud y la no discriminación, Human Rights Watch llama al gobierno nicaragüense a derogar la norma del Código Penal que penaliza el aborto y a garantizar jurídicamente el acceso al aborto voluntario y seguro. Asimismo, e independientemente de la situación legal del aborto, Nicaragua debe garantizar inmediatamente el acceso a la atención obstétrica de emergencia a toda mujer y niña que lo requiera.

Breve historia del aborto y la norma jurídica en Nicaragua

El 13 de septiembre del 2007 la Asamblea Nacional aprobó un nuevo Código Penal que mantiene la prohibición del aborto bajo toda circunstancia, polémica medida promulgada en noviembre del 2006 durante el transcurso de una reñida campaña presidencial.

El Código establece penas de uno a tres años de presidio para quien efectuar el aborto y de uno a dos años para la mujer que se lo procure.³ El Código no permite excepciones, ni siquiera cuando peligra la vida de la mujer embarazada.

Tanto la promulgación de la medida como el voto de septiembre del 2007 se atribuyen al deseo de los partidos políticos de captar el apoyo de las iglesias católica y evangélica.⁴ Durante el último año la medida ha sido abiertamente criticada como nefasta y atentatoria contra las obligaciones de derechos humanos del país por diversos organismos de Naciones Unidas,⁵ la Comisión Europea, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y varias agencias de la cooperación internacional.⁶

Hasta noviembre del 2006 el Código Penal nicaragüense, en vigor desde 1893, penalizaba todo aborto salvo el que se efectuare por razones “terapéuticas”.⁷ Aún así, en los hechos el acceso al aborto terapéutico se venía restringiendo paulatinamente. Al año 2005 el Ministerio de Salud nicaragüense estimaba que el 10 por cien de los embarazos -un total de 7500 casos-⁸ terminaban en aborto o pérdida.

³ Código Penal de la República de Nicaragua, reformado el 13 de septiembre del 2007, art. 143.

⁴ Impresión unánime entre fuentes gubernamentales y no gubernamentales consultadas. Entrevistas realizadas por Human Rights Watch, Managua, 12 al 16 de agosto del 2007.

⁵ Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud.

⁶ Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID) del Reino Unido y representantes de las embajadas de Italia, Francia, Suecia, Canadá, Holanda, Dinamarca y Noruega.

⁷ Ver nota 2.

⁸ Organización Panamericana de la Salud (OPS), “Derogación del Aborto Terapéutico en Nicaragua: Impacto en Salud”, (Managua, Nicaragua: OPS 2007), p. 14, citando al Ministerio de Salud de Nicaragua.

De ellos, apenas seis fueron catalogados como motivados por razones terapéuticas o médicas.⁹

A fin de facilitar la implementación de la norma del Código Penal que permitía el aborto terapéutico, en 1989 el Ministerio de Salud instruyó a todos los centros hospitalarios a conformar un comité permanente, compuesto por médicos y trabajadores sociales, a cargo de determinar los casos que podrían acogerse al aborto comprendido en la ley.¹⁰ Según un estudio académico, la única institución donde se conformó dicho comité fue en el Hospital Bertha Calderón, el mayor hospital materno-infantil del país.¹¹ En 1990, tras la asunción de la conservadora mandataria Violeta Chamorro, el también conservador director del Hospital designado por el nuevo gobierno disolvió el comité lo cual restringió notablemente el acceso al aborto terapéutico.

Un estudio realizado por especialistas de la Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia (SONIGOB), entre otros, da cuenta de una fuerte disminución -de 368 en 1989 a tan solo 2 en 1999-¹² en el número de abortos terapéuticos solicitados en este centro. Aunque no lo imposibilitó totalmente, la disolución del comité permanente del Hospital Bertha Calderón hizo extremadamente difícil el acceso al aborto terapéutico.

Médicos que integraron el comité expresaron a Human Rights Watch que la prohibición total les quitó la última posibilidad de entregar atención necesaria:

Después [de que disolvieron el comité] ... los casos no llegaban a la papelería. ... El médico residente resuelve y lo desaparece.... Pero

⁹ El resto de los abortos y pérdidas atendidas en el sistema público ese año estuvo compuesto por 397 embarazos ectópicos (no catalogados oficialmente como abortos), 232 casos de embarazo molar, 1183 otros embarazos anormales, 211 abortos espontáneos, 49 otros abortos y más de 5400 abortos no clasificados, algunos de los cuales podrían haber sido inducidos ilegalmente. *Ibíd.*

¹⁰ Lois Wessel, "Reproductive Rights in Nicaragua: From the Sandinistas to the Government of Violeta Chamorro," *Feminist Studies*, Vol. 17(1991), Kingwood College, p. 6.

¹¹ *Ibíd.*, p. 4.

¹² H.L. McNaughton, M.M. Blandón y L. Altamirano, "Should Therapeutic Abortion be Legal in Nicaragua: The Response of Nicaraguan Obstetrician-Gynaecologists," *Reproductive Health Matters*, vol. 10.19, mayo del 2002, p. 112.

ahora, desde que se firmó la ley, no se trata ningún sangrado [en los hospitales públicos], hasta sangrados post menopausia.¹³

En enero del 2007, grupos de derechos humanos y de la mujer presentaron sendos recursos de inconstitucionalidad ante la Corte Suprema.¹⁴ En septiembre del 2007, momento en que la Asamblea Nacional ratificó el Código Penal que prohíbe el aborto, la Corte aún no se pronunciaba al respecto.¹⁵

Aunque Human Rights Watch no logró obtener antecedentes oficiales respecto de médicos o mujeres procesadas por aborto, ningún médico o funcionario entrevistado recordó un solo caso. A juzgar por la experiencia de otros países, es muy probable que éstos sean muy escasos.

¹³ Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. (nombre omitido), Managua, 14 de agosto del 2007.

¹⁴ Recursos de inconstitucionalidad de la Ley 603, enero del 2007, archivos de Human Rights Watch.

¹⁵ Las disposiciones concretas del Código Penal que se pedía revocar (Ley 603) fueron sustituidas en septiembre del 2007 por un nuevo Código Penal. En consecuencia, aun cuando las disposiciones relevantes son las mismas, los recursos presentados ante la Corte Suprema perdieron validez y deberán presentarse de nuevo.

Efectos de la norma sobre el aborto terapéutico

Las mujeres tienen miedo de atenderse. Ése es el primer paso. ...Y los médicos tienen miedo de atenderlas. ...Es un factor psicológico. ...Y eso sí puede haber causado muertes.

—Oficial de una agencia de Naciones Unidas en Nicaragua¹⁶

A pesar de tener menos de un año de vigencia al momento de nuestra visita a Nicaragua en agosto del 2007, los efectos deletéreos de la norma jurídica estaban a la vista. Si bien -hasta donde se sabe- no hay médicos procesados por el delito de aborto, la sola posibilidad de verse imputados por salvar una vida tiene efectos funestos.

Denegación de acceso al aborto en casos en que peligran la vida o la salud de la mujer embarazada

La inclusión del aborto terapéutico en la norma jurídica se orienta a suprimir el acceso a servicios legales cuyo sentido es salvar vidas y preservar la salud. En consecuencia, se acate o no, ésta contraviene directamente las normas internacionales de derechos humanos sobre el derecho a la vida, la salud y la no discriminación, así como una serie de otros derechos humanos claramente establecidos.¹⁷

No es factible dimensionar cuántas mujeres se hayan visto impedidas de acceder a un aborto terapéutico seguro, o con qué efectos, a raíz de la prohibición. Funcionarios del Ministerio de Salud de Nicaragua señalaron a Human Rights Watch que no disponen de documentación oficial en torno a los efectos de la prohibición, ni intenciones de recopilarla.¹⁸

¹⁶ Entrevista de Human Rights Watch con oficial de Naciones Unidas (nombre omitido), Managua, 15 de agosto del 2007.

¹⁷ Para un completo análisis sobre el derecho internacional de los derechos humanos y el aborto en el contexto nicaragüense, véase Human Rights Watch, Memorial en derecho *amicus curiae* sobre las disposiciones relacionadas con el aborto de la Ley 603 de 2006 (Código Penal), presentado por Human Rights Watch ante el Pleno de la Corte Suprema de Justicia, agosto del 2007, hrw.org/pub/amicusbriefs/nicaragua0807spweb.pdf.

¹⁸ Entrevista de Human Rights Watch con funcionario del Ministerio de Salud (nombre omitido), Managua, 13 de agosto del 2007; y con el Dr. Jorge Orochena, Director de Control de Calidad del Ministerio de Salud, Managua, 14 de agosto del 2007.

No obstante, un médico de un importante centro hospitalario de Managua atestiguó respecto de un caso:

Aquí [en el hospital] hemos tenido mujeres que han fallecido... Por ejemplo, [nombre omitido] fue a un centro y se hizo un ultrasonido. Era claro que necesitaba un aborto terapéutico. Nadie quiso hacer un aborto porque el feto se quedaba vivo. La señora se quedó dos días sin hacerle nada hasta que expulsó el feto solo. En ese entonces ya estaba en situación de choque séptico y murió cinco días después. Esto fue en marzo 2007.”¹⁹

Existen dos grandes motivos por los que es prácticamente inevitable que la nueva norma jurídica provoque muertes maternas prevenibles. En primer lugar, porque incluso en países con sistemas de salud universal y métodos anticonceptivos modernos, es imposible pronosticar y prevenir todos los embarazos que puedan poner en peligro la vida o la salud de la gestante. Por ende, no es factible eliminar de raíz la necesidad de contar con el aborto terapéutico. En segundo lugar, porque es perfectamente posible prever el efecto de determinadas patologías sobre la salud de la gestante o sobre el buen desarrollo de la preñez. En consecuencia, las muertes o graves efectos sobre la salud que se derivan de la denegación del aborto terapéutico son en muchos casos previsibles y prevenibles.²⁰

Es igualmente inevitable que las mujeres que bajo la anterior norma jurídica tenían acceso al aborto terapéutico se vean hoy obligadas a recurrir a una atención clandestina –y potencialmente insalubre- para salvar sus vidas o cautelar su salud, como fue el caso de Mariana S., de 30 años, y de Sofía M., de 20.

Mariana S. padece de un trastorno crónico que le exige ingerir medicamentos a diario. Al saber que estaba embarazada, suspendió el tratamiento bajo la

¹⁹ Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. Francisco del Palacio, Subdirector de Educación del Hospital Alemán-Nicaragüense, Managua, 16 de agosto del 2007.

²⁰ Ciertas dolencias son predictoras de alto riesgo maternal, entre ellas la diabetes, las cardiopatías y la hipertensión arterial no controlada. Otras afecciones que ponen en peligro la salud materna y podrían requerir la interrupción del embarazo son las que surgen durante éste, p. ej., eclampsia o preeclampsia que no responden a tratamiento, el síndrome HELLP y otras. Véase American Medical Association, Jerrold B. Leikin y Martin S. Lipsky, eds., *Complete Medical Encyclopedia* (Nueva York: Random House Reference, 2003), pp. 496, 1011, 1015.

recomendación de un farmacéutico. Mariana S. narró así el rápido deterioro de su estado de salud: “Inmediatamente que me embaracé empecé con mis problemas de salud horribles. ...Me puse bien mal, me afectó mucho. ...No me sentía bien de andar en la calle, casi me desmayaba. ...Pasé como cinco días sin dormir ...con malestares y dolores.”²¹

Como madre soltera con dos hijos, Mariana S. decidió que para cuidarlos adecuadamente debía interrumpir su embarazo. Mariana S. estaba al tanto de la norma antiaborto: “Sentí mucho miedo. ...Lo traumático fue el no poder hablar de eso, porque era un delito.” Luego de tratar de inducir un aborto con inyecciones y pastillas, Mariana S. supo de una clínica de costo asequible y afortunadamente no sufrió complicaciones a raíz de la intervención.

Sobre la norma antiaborto dijo lo siguiente: “Yo considero que antes sí me lo hubieran hecho [practicado un aborto terapéutico] por el problema de [salud] que tengo. ...Que despenalicen el aborto terapéutico [otra vez] porque van a salvar más vidas así. En mi caso, por ejemplo, el aborto me salvó a mí y a los dos hijos que ya tengo.”²²

Sofía M., paciente psiquiátrica de 20 años de edad, pasó por igual trance. Su médico señaló a Human Rights Watch que Sofía M. padecía de un trastorno mental que, sin tratamiento, provoca conductas violentas.²³ En marzo del 2007, al descubrir que estaba embarazada, Sofía M. supo que no podría llevar su embarazo a término: “No quiero matar la vida. Pero en mi caso no lo puedo tener. ...No naciera sano el niño porque no puedo dejar de tomar las pastillas. ...Si yo no puedo cuidarme sola, ¿cómo voy a cuidar a un niño?”²⁴

Sofía M. y su madre deambularon de una clínica en otra, sin encontrar a nadie dispuesto a hacer un aborto, por temor a la nueva ley: “Dijeron no, no podían porque era algo que no estaba en la ley.” Eventualmente localizaron a un prestador

²¹ Entrevista de Human Rights Watch con Mariana S. (seudónimo), Managua, 16 de agosto del 2007.

²² Entrevista de Human Rights Watch con Mariana S. [seudónimo], Managua, 16 de agosto del 2007.

²³ Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. (nombre omitido), Managua, 16 de agosto del 2007.

²⁴ Entrevista de Human Rights Watch con Sofía M. (seudónimo), Managua, 16 de agosto del 2007.

clandestino a través de una amiga, relatando a Human Rights Watch la angustia de tener que recurrir a un servicio ilegal: “Tenía miedo, no sabía cómo era.”²⁵

Denegación o tardanza en prestar otros tipos de atención obstétrica de urgencia

En la mayoría de los casos, la penalización total del aborto, incluyendo el de carácter terapéutico, tiene además un efecto restrictivo sobre el acceso a los servicios de salud reproductiva en general.²⁶ En diversos países este efecto inhibitorio se atribuye, por un lado, a la información incompleta, inexacta o simplemente inaccesible en torno a la norma jurídica, y por el otro, al temor de los funcionarios públicos a sufrir represalias por actuar al margen de lo dispuesto en la ley. Nicaragua no es la excepción.

“El efecto [de la prohibición] lo hemos visto en el personal médico,” señala a Human Rights Watch el Dr. Jorge Orochena, funcionario del Ministerio de Salud. “Hemos tenido situaciones que deben atenderse, [pero] por miedo no atienden rápido.”²⁷ Esta apreciación fue confirmada por una profesional que se desempeña en una clínica popular en las cercanías de un importante hospital de Managua: “El mero día que pasa la ley [penalizando todo tipo de aborto], viene gente a la clínica desde el hospital. Empiezan a venir, me dicen, ‘en el hospital me dicen que acá me va a atender, que allá no pueden.’ ...Muchas no eran ni que ver con el aborto.”²⁸

En un intento por paliar los efectos de la norma, en diciembre del 2006 el Ministerio de Salud difundió una serie de protocolos obligatorios para la atención de la gran mayoría de las emergencias obstétricas, entre ellas embarazos ectópicos y atención post-aborto.²⁹

²⁵ Entrevista de Human Rights Watch con Sofía M. [seudónimo], Managua, 16 de agosto del 2007.

²⁶ Respecto de la relación entre penalización del aborto y acceso a la atención post-aborto, véase, por ejemplo, Human Rights Watch, *Decisión prohibida: Acceso de las mujeres a los anticonceptivos y al aborto en Argentina*, junio del 2005, vol. 17, Nº 1 (B). Véase además, en lo general, Human Rights Watch, *Víctimas por partida doble: Obstrucciones al aborto legal por violación en México*, marzo del 2006, vol. 18, Nº (1)B, hrw.org/spanish/informes/2006/mexico0306/index.htm.

²⁷ Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. Jorge Orochena, Managua, 14 de agosto del 2007.

²⁸ Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. (nombre omitido), Managua, 14 de agosto del 2007.

²⁹ Ministerio de Salud, Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas, Managua, diciembre del 2006.

De ser respetados, es posible que estos protocolos pudieran subsanar buena parte de las negativas consecuencias de la norma jurídica. Sin embargo, la investigación realizada por Human Rights Watch indica que en ocasiones los protocolos no son acatados. Más aún, nuestras entrevistas con pacientes, personal médico y funcionarios del Ministerio de Salud apuntan a que donde se desestiman las normas o se dilata su aplicación, generalmente se debe directamente al temor que provoca la norma jurídica.

Un funcionario del Ministerio de Salud que declaró bajo reserva de identidad señaló que “En un hospital de referencia nacional ...nos dijeron claramente los especialistas [de obstetricia y ginecología] que si se presentaba un caso [de emergencia obstétrica], no le iban a poner más atención. ...Interpretan [los protocolos] como les conviene para no verse involucrados”, agregando que, no obstante, no todo el personal médico ha reaccionado de igual forma: “Si hubiera una negatividad de totalmente no atender a las mujeres, ya tendríamos a estas alturas cualquier cantidad de muertes maternas [y no es así].”³⁰

El Ministerio de Salud no fiscaliza la aplicación de los protocolos, no sistematiza las quejas recibidas en casos de retraso o denegación de la atención médica, y hasta la fecha no investiga los efectos de la norma jurídica en las vidas y la salud de las mujeres.³¹ El gobierno tampoco ha hecho esfuerzos por educar a la población en torno a la legitimidad de la atención post-aborto, cualquiera que sea la causa de éste, ni parece investigar y sancionar adecuadamente a todos los profesionales de la salud que niegan o entorpecen innecesariamente el acceso a servicios que son perfectamente legales.

A pesar de la falta de datos y estudios oficiales, queda claro que la denegación o retraso en la atención de emergencias obstétricas afecta a centenares de mujeres y niñas nicaragüenses cada año. La Organización Panamericana de la Salud estima que cada día una mujer nicaragüense se enfrentará con un embarazo ectópico³² y

³⁰ Entrevista de Human Rights Watch con funcionario del Ministerio de Salud (nombre omitido), Managua, 13 de agosto del 2007.

³¹ Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. Jorge Orochena, Managua, 14 de agosto del 2007.

³² El embarazo ectópico es un cuadro médico en el cual el óvulo fertilizado se implanta fuera del útero. En su mayoría ocurren en las trompas de Falopio, pero pueden ocurrir (aunque con menor frecuencia) en los ovarios, en el cuello del útero y en la

cada dos días con un aborto por embarazo molar³³ y con un embarazo asociado con cáncer.³⁴ Todos estos casos generan la necesidad de contar con atención obstétrica de emergencia, generalmente para tratar abortos sépticos,³⁵ posteriores infecciones y/o choques sépticos³⁶ y, en el caso de los embarazos ectópicos, para remover quirúrgicamente el óvulo fertilizado.³⁷ Es más, los protocolos de salud nicaragüenses instruyen directamente la atención completa e inmediata de todas estas emergencias.

El caso de Olga María Reyes, de 24 años de edad, ilustra hasta qué punto el temor médico a verse imputados por aborto incide en retrasar la atención obstétrica de urgencia, al extremo de causar la muerte. Olga María, quien cursaba un embarazo de seis a ocho semanas, falleció en un hospital público de León en abril del 2007 debido, según los médicos que hablaron con la familia, a la tardía remoción de un embarazo ectópico. Pese a que Olga María había presentado una ecografía hecha en una clínica privada que demostraba ruptura del embarazo ectópico, se le dejó esperando por horas, a pesar de las normas del Ministerio de Salud que exigen la pronta atención de los embarazos ectópicos. Cuando Olga María fue operada ya era

cavidad abdominal. Aunque las más de las veces las causas son desconocidas, ciertos factores incrementan el riesgo. Los síntomas incluyen opresión en el bajo abdomen (generalmente concentrada en un costado), sangramiento vaginal, náuseas y vómitos. Las pacientes con embarazos ectópicos generalmente desconocen estar embarazadas. Los síntomas se manifiestan más comúnmente seis o más semanas después de la última regla. El mayor riesgo del embarazo ectópico ocurre al presentarse ruptura, siempre acompañada de un profuso sangramiento. Los dolores abdominales se intensifican a medida que la sangre se acumula en la cavidad abdominal; luego se podrán experimentar dolor de hombro, sensación de debilidad, mareos o desmayos. American Medical Association, Jerrold B. Leikin y Martin S. Lipsky, eds., *Complete Medical Encyclopedia* (Nueva York: Random House Reference, 2003), p. 497. Traducción de Human Rights Watch.

³³ El embarazo molar es un embarazo anormal probablemente derivado de la fertilización de un óvulo vacío; es decir, sin cromosomas. En este cuadro el huevo fertilizado se degenera y la placenta se convierte en una masa de tejido con la apariencia de un racimo de uvas. *Ibíd.*, p. 855. Traducción de Human Rights Watch.

³⁴ OPS, “Derogación del aborto terapéutico in Nicaragua: Impacto en salud,” p. 14.

³⁵ Un aborto espontáneo es la pérdida de un embarazo antes de que el feto se haya desarrollado lo suficiente como para sobrevivir fuera del útero o antes de la vigésima semana de gestación, aproximadamente. Un aborto espontáneo incompleto es un cuadro en que parte del feto permanece en el útero y debe ser extraída por un médico. Leikin y Lipsky, eds., *Complete Medical Encyclopedia*, p. 850. Traducción de Human Rights Watch.

³⁶ El choque séptico es un cuadro que representa riesgo vital. Lo produce el ingreso y rápida multiplicación de una infección bacteriana en el torrente sanguíneo, con la consiguiente producción de toxinas. Este cuadro requiere de atención médica inmediata, incluyendo la administración de antibióticos por vía intravenosa y de procedimientos médicos destinados a mantener la tensión arterial y el volumen sanguíneo. Especialmente susceptibles son los recién nacidos, los adultos mayores y las embarazadas. *Ibíd.*, p. 1104. Traducción de Human Rights Watch.

³⁷ En ciertos casos el embarazo ectópico termina en aborto espontáneo. En otros se producen hemorragia y shock gravísimo, lo que obliga a una rápida intervención quirúrgica para detener la pérdida de sangre y salvar la vida de la paciente. Véase OPS, “Derogación del Aborto Terapéutico en Nicaragua: Impacto en Salud” p. 14.

demasiado tarde. Falleció de un paro cerebral provocado por una hemorragia masiva.³⁸

Cabe aclarar que en Nicaragua la normativa vigente no prohíbe la interrupción del embarazo ectópico, intervención que la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud no considera como aborto terapéutico dado que, por definición, presupone la remoción de un óvulo fertilizado inviable.³⁹

Otro botón de muestra lo constituye el caso de la hija de 22 años de Ángela M., quien a pesar de presentar una hemorragia asociada al embarazo pasó varios días en un hospital público de Managua sin recibir atención, no obstante la obligación bajo la normativa y pautas vigentes en el sentido de atender prontamente las emergencias con riesgo vital. En noviembre del 2006, a días de haberse promulgado la prohibición total del aborto, Ángela M. relató a Human Rights Watch la inexcusable falta de atención: “Ella estaba sangrando... Por eso la llevé de emergencia al hospital... pero le dijeron los médicos que no tiene nada... Volvió a sentirse mal [con fiebre y hemorragias] y el martes la ingresaron... Le pusieron suero con la presión baja... ‘Mami’, me dice, ‘no me están dando trato’... No le pusieron nada, nada.”⁴⁰

De las observaciones hechas por los médicos, Ángela M. concluye que a su hija no la atendieron por temor a verse acusados de efectuar un aborto terapéutico. La hija de Ángela M. fue trasladada a otro centro hospitalario de Managua cuando era ya demasiado tarde: “Murió de un paro cardíaco... Me la llevaron toda morada, irreconocible. Para mí que ni era mi hija.”⁴¹

En las entrevistas con personal médico realizadas por Human Rights Watch conocimos muchos otros casos de emergencias obstétricas que, debiendo haber

³⁸ Entrevista conjunta de Human Rights Watch e Ipas con Claudia Pérez, Nagarote, 15 de agosto del 2007; y con José Agustín Pérez, Nagarote, 15 de agosto del 2007. La ficha clínica de Olga María Reyes corrobora el relato. Archivos de Human Rights Watch.

³⁹ Véase Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/ (consultada el 18 de septiembre del 2007), Capítulo XV.

⁴⁰ Entrevista conjunta de Human Rights Watch e Ipas con Ángela M. (seudónimo), Managua, 14 de agosto del 2007.

⁴¹ *Ibíd.*

sido tratadas, incluso en plena vigencia de la nueva norma jurídica, terminaron con las pacientes abandonadas a su suerte. “Una muchacha de 17 años vino a mi clínica,” relató un médico. “Los familiares me llegaron a pedir ayuda. El hospital dice que no le atienden el sangrado por la ley. ...Era un embarazo de 12 semanas, sangrando. ...La reviso, era un aborto incompleto con sangrado.”⁴²

En efecto, y no obstante la prohibición total del aborto inducido, las normas de atención post-aborto exigen a los hospitales públicos atender de forma integral casos tales como el de la hija de Ángela M. y el de la muchacha de 17 a quien devolvieron del hospital. En caso de abortos incompletos o espontáneos en mujeres que cursan hasta doce semanas de embarazo, el tratamiento incluye “disponer la evacuación del útero lo más pronto posible,” es decir, la terminación del aborto o pérdida.⁴³ En mujeres que cursan más de doce semanas de embarazo, se instruye al personal médico a que “procure la expulsión espontánea del producto de la concepción y posteriormente haga limpieza de la cavidad uterina.”⁴⁴

Temor a solicitar tratamiento

Pese a ser el más difícil de medir, el mayor efecto potencial de prohibir el aborto bajo toda circunstancia es un fuerte incremento en el temor de mujeres y niñas a solicitar atención médica por complicaciones del embarazo, en especial las hemorragias, por temor a ser imputadas por aborto. Todas las mujeres y familiares entrevistadas por Human Rights Watch se manifestaron afectadas por una fuerte angustia en tal sentido, en especial debido a la amplia cobertura de prensa que se da al tema.

Si bien es cierto que el gobierno nicaragüense tiene la obligación de velar por la libertad de prensa y expresión, tiene también la correspondiente obligación de garantizar el acceso a información exacta y completa en torno a problemas de salud

⁴² Entrevista realizada por Human Rights Watch con [nombre omitido], Managua, 13 de agosto del 2007,

⁴³ Protocolo de atención post-aborto y sus diferentes formas clínicas, en Ministerio de Salud, “Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas”, p. 111.

⁴⁴ *Ibíd.*

pública, en especial su prevención y control.⁴⁵ Donde en el ámbito público predomine información incompleta o inexacta —como la que difunden grupos contrarios a la despenalización del aborto terapéutico, en uso por cierto de su legítimo derecho a expresarse— el Estado podrá tener la responsabilidad de llevar a cabo campañas de información pública destinadas a rectificar las percepciones erróneas. Ello adquiere especial relevancia respecto de servicios médicos que pueden salvar vidas, tales como la atención post-aborto, la que en palabras del Ministerio de Salud de Nicaragua, se orienta a “prevenir las complicaciones que originan la muerte y discapacidad de la mujer embarazada.”⁴⁶

⁴⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Observaciones generales), Observación general Nº 14,” 11 de agosto del 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4, párrafos 12(b), 16 y nota 8.

⁴⁶ Protocolo de atención post-aborto y sus diferentes formas clínicas, en Ministerio de Salud, “Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas”, p. 103.

Recomendaciones

Human Rights Watch exhorta al gobierno nicaragüense a cautelar los derechos humanos de la mujer, incluyendo el derecho a la vida, la integridad física, la salud, la no discriminación, la privacidad, la libertad, la información, la libertad de conciencia y religión, igual protección de la ley y a decidir el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos. Independientemente de la situación legal del aborto, Nicaragua debe garantizar inmediatamente el acceso a la atención obstétrica de emergencia a toda mujer y niña que lo requiera, incluyendo la atención post-aborto y las intervenciones necesarias para evitar la morbilidad materna.

Precisamos a continuación algunas recomendaciones esenciales.

Al Presidente de la República de Nicaragua

- Confirmar públicamente el derecho de la mujer al acceso inmediato y expedito al aborto en condiciones de seguridad cuando ello sea necesario para cautelar su vida o salud, apoyando reformas de ley que faciliten el acceso a servicios de aborto voluntario y seguro.
- Educar a la población en torno a la existencia de atención obstétrica de emergencia en hospitales y consultorios públicos, incluyendo, de forma explícita, la entrega de una atención post-aborto digna, independientemente de la situación legal del aborto.

Al Ministerio de Salud de Nicaragua

- Destinar un volumen adecuado de recursos a difundir las normas nacionales de atención obstétrica de urgencia y a capacitar al personal en su aplicación.
- Investigar y sancionar de forma proactiva al personal que no se esfuerce por aplicar de forma integral las normas ministeriales sobre atención obstétrica de emergencia. En casos de reincidencia, la sanción podría incluir la suspensión o prohibición del ejercicio de la profesión.

- Recopilar y analizar datos de forma sistemática e informar periódicamente al público sobre el volumen de quejas recibidas respecto de la demora o denegación de servicios en el sistema de salud pública.
- Investigar y documentar de forma proactiva y caso a caso las causas de la morbilidad materna.
- Procurar que toda mujer sepa y entienda que recibirá en las clínicas y centros hospitalarios públicos o privados una atención post-aborto digna, con prescindencia de la situación legal del aborto.

A la Asamblea Nacional de Nicaragua

- Dictar un marco jurídico que otorgue a la mujer acceso expedito al aborto voluntario y seguro, incluyendo en ello la derogación de las disposiciones del Código Penal que penalizan el aborto, en especial las que castigan a la mujer que haya tenido un aborto inducido y a los médicos que presten dichos servicios.

A la cooperación internacional y organismos de Naciones Unidas

- Representar a Nicaragua la importancia de revocar las restricciones legales en contra del aborto y de garantizar la entrega de servicios de aborto legal en condiciones seguras.
- Destinar recursos a documentar y difundir las causas de la morbilidad materna en Nicaragua.
- Destinar mayores recursos al financiamiento de programas de salud reproductiva en Nicaragua, respaldando las campañas informativas de organismos gubernamentales y no gubernamentales dedicados a sensibilizar a la mujer respecto de su derecho a la anticoncepción y el aborto.

Agradecimientos

Human Rights Watch agradece a todas las mujeres, médicos y funcionarios públicos que accedieron a conversar con nosotros sobre el doloroso y difícil tema del aborto.

Agradecemos además a las colaboradoras de Ipas Centroamérica en Nicaragua por su inestimable apoyo durante nuestra investigación en terreno, sin el cual ésta no habría culminado con éxito, o incluso sido posible.

El presente informe fue elaborado por Marianne Møllmann, Directora de Advocacy de la División de Derechos de la Mujer, en base a una investigación realizada en conjunto con la investigadora Ángela Heimbürger, de la misma División. Nicole Bucheri, Ruchi Lohani y Emily Newman, pasantes de la División de Derechos de la Mujer, hicieron importantes aportes a la investigación y redacción del informe. Éste fue corregido por Janet Walsh, Directora Ejecutiva subrogante de la División de Derechos de la Mujer, y por Daniel Wilkinson, Subdirector de la División de las Américas, y revisado por Aisling Reidy, asesora jurídica, e Ian Gorvin, consultor de la Oficina de Programas de Human Rights Watch.