

El trasfondo político de la penalización del aborto terapéutico en Nicaragua en 2006, y su relación con los derechos humanos de las mujeres.



Tesis de maestría
Rakel Helgheim

Español y Estudios Latinoamericanos
Instituto de Lenguas Extranjeras
Universidad de Bergen

Mayo de 2009

Samandrag

Denne oppgåva har som mål å undersøke reforma av abortlova i Nicaragua i 2006, ut frå eit kjønns- og menneskerettsperspektiv. I oktober 2006 vedtok Nasjonalforsamlinga i Nicaragua å annullere artikkel 165 frå den nasjonale straffelova. Denne artikkelen garanterte retten til medisinsk abort i tilfelle der dette var eit naudsynt inngrep for å verne om kvinna sitt liv eller helse. Min påstand er at ein studie av denne lovendringa kan fungere som eit analytisk verktøy for å evaluere i kva grad den nicaraguanske staten respekterer, vernar og fremjar kvinners menneskeretter. Eg konkluderer med at vi bør forstå kriminaliseringa av medisinsk abort i Nicaragua i 2006 ikkje berre som ei einskild historisk hending, men at det er meir fruktbart å studere denne hendinga som ein sentral del av ein lenge pågåande forhandlingsprosess mellom feministiske og anti-feministiske interesser i forholdet stat – kjønn i Nicaragua. Dersom ein vurderer morsrolla som eit konstituerande element i den kvinnelege identiteten, kan ei statleg regulering av fridomen til å kontrollere eigen fertilitet vere ein viktig maktmekanisme for å halde i hevd tradisjonelle kjønnsstrukturar i samfunnet. Bakgrunnen for kriminaliseringa av medisinsk abort i 2006 synleggjer viktige sider ved det aktuelle politiske klimaet i Nicaragua, og gjennom å studere lovendringa kan ein kaste lys over heilt sentrale aspekt ved den generelle menneskerettssituasjonen til kvinner og jenteborn i landet.

Agradecimientos

Esta tesis no hubiera sido posible escribir sin el apoyo de muchas personas.

Agradezco primeramente, y de manera profunda, a todas las personas que me brindaron entrevistas. Gracias por compartir conmigo de manera muy sincera, franca y amable sus opiniones y experiencias acerca de un tema tan polémico, como es la penalización del aborto terapéutico en Nicaragua.

Muchas gracias a mi tutora, María Álvarez-Solar, por sus comentarios sinceros y sus consejos precisos. Gracias también a Synnøve Ones Rosales, por darme ánimo y consejos en la fase inicial del proyecto.

Gracias a Sigrun Anmarkrud por compartir su conocimiento y encanto por Nicaragua y por tomar un interés tan entusiasmado en mi proyecto, tu ayuda ha sido muy importante. Gracias también a Gerhilde Schutt y colegas por su ayuda y consejos. Muchas gracias a Rigo Sampson por toda la ayuda. A ti, a Ana María, a Flavio y a los otros amigos de León, les agradezco mucho por hacer de mi estancia en Nicaragua una experiencia tan agradable. ¡Espero que nos volvamos a ver!

Desde hace muchos años, me fascina el feminismo y el tema del género. La fascinación por el estudio académico de ese tema, tal vez empezó durante mi segundo año de estudios. Una compañera de la universidad me dijo un día, que siempre se había preguntado por qué durante cientos de años, y en prácticamente todas las sociedades del mundo, ha habido una relación binaria y jerárquica entre los sexos. Dijo que para ella, entender eso era una cuestión fundamental, existencial. Ese comentario nunca me salió de la cabeza. Si yo me defino como mujer, ¿qué significa ese “ser mujer” para mi lugar en el mundo? ¿Es cuerpo? ¿Acción? ¿Destino? Quiero agradecer a mis amigas, amigos y a mi familia, porque siempre puedo discutir estas cosas, y otras más o menos importantes, con ustedes. Es lo que me ha impulsado a estudiar los temas de esta tesis.

Índice

Índice	i
Lista de abreviaturas	iii
1. Introducción	1
1.1. Presentación del tema y el contenido de la tesis.....	1
2. Metodología	4
2.1. Fuentes.....	4
2.1.1. Fuentes primarias	4
2.1.2. Fuentes secundarias.....	6
2.2. Estrategias metodológicas utilizadas	7
2.3. Limitaciones metodológicas	10
3. Aclaración conceptual y marco teórico	12
3.1. Conceptos centrales	12
3.2. Historia y género	18
3.2.1. Historia y género en América Latina	19
3.3. Estado, sociedad y género	20
3.4. Salud reproductiva y aborto.....	21
3.4.1. La legislación nacional, los derechos humanos, y la construcción de un conflicto materno-fetal	24
3.5. Resumen del capítulo.....	30
4. Contexto histórico	32
4.1. Breve trasfondo histórico de Nicaragua	32
4.2. Políticas de género: De la revolución al neoliberalismo	33

4.2.1. Movimientos de mujeres en Nicaragua: Feminismo y anti-feminismo	35
4.3. El FSLN en un nuevo período	37
4.4. La reforma del Código Penal de Nicaragua y la polémica del aborto	42
4.5. Resumen del capítulo.....	45
5. Análisis	47
5.1. El trasfondo de la penalización del aborto terapéutico.....	47
5.1.1. Conclusiones preliminares	66
5.2. Los derechos humanos.....	68
5.2.1. Conclusiones preliminares	80
5.3. La ley del aborto: De jure y de facto	82
5.3.1. Conclusiones preliminares	97
6. Conclusiones generales	100
6.1. Conclusiones generales.....	100
6.2. Reflexiones sobre una futura investigación del tema	105
Bibliografía	107
Anexos	114
Anexo 2: Declaración de asentimiento	114
Anexo 3: Artículos 143, 144, 145 del Código Penal de Nicaragua.....	115

Lista de abreviaturas

En orden alfabético:

- AMNLAE: Asociación de Mujeres Nicaragüenses Luisa Amanda Espinoza
- Anprovida: Asociación Nicaragüense de Pro-Vida
- CDR: Comité de Derechos Humanos
- CEDAW: Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer
- CENIDH: Centro Nicaragüense de Derechos Humanos
- CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud
Conexos
- CIDH: Comisión Interamericana de Derechos Humanos
- CIDS: Centro de Investigación en Demografía y Salud
- CIPD: V Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994)
- CRC: Convención Internacional sobre los Derechos del Niño [y la Niña]
- CISAS: Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud
- END: El Nuevo Diario
- FSLN: Frente Sandinista de Liberación Nacional
- ICCPR: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- ICESCR: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- LP: La Prensa
- MAM: Movimiento Autónomo de Mujeres
- MRS: Movimiento Renovador Sandinista
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- ONG: Organización no gubernamental
- ONU: Organización de Naciones Unidas
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- PLC: Partido Liberal Constitucionalista
- SILAIS: Sistema Local de Atención Integral a la Salud
- SONIGOB: Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia

1. Introducción

1.1. Presentación del tema y el contenido de la tesis

En octubre de 2006, la Asamblea Nacional de la República de Nicaragua aprobó con votación unánime la derogación del artículo 165 del Código Penal nacional. El artículo, que se remontaba al Código Penal de 1837, garantizaba el derecho de la mujer a acceder al aborto terapéutico. El aborto terapéutico es la terminación del embarazo antes del tiempo de la viabilidad fetal, con el propósito de proteger la vida o la salud de la mujer. La penalización del aborto terapéutico formó parte de una reforma amplia del Código Penal de Nicaragua. El nuevo Código Penal entró en vigencia el nueve de julio de 2008, y dispone una penalización del aborto sin contemplar excepciones.

En esta tesis, me acercaré al cambio de la ley del aborto en Nicaragua desde un enfoque basado en el género y en un marco integral de derechos humanos. Me propongo investigar cómo, y por qué, se llevó a cabo una reforma legislativa que restringe tan radicalmente los derechos reproductivos de la mujer, en un período en que estos derechos son cada vez más reconocidos a nivel internacional. Consideraré cuáles instituciones y grupos sociales tenían un papel principal en el proceso, y cuáles son los argumentos principales en los discursos empleados por ellos.

Mi hipótesis, basada en lo que sugieren Cook y Dickens (2003), es que el grado de control ejercido por un Estado sobre la libertad de decisión de ciudadanos y ciudadanas sobre su cuerpo y fertilidad, puede funcionar como un factor indicativo de la situación sociopolítica de ese Estado y para evaluar su actitud hacia los derechos humanos. Ahora bien, una tesis de la presente envergadura no permitirá dar un análisis exhaustivo de la situación sociopolítica actual de Nicaragua ni de la manera en que el Estado de Nicaragua respeta, protege y cumple con los derechos humanos.

Lo que me propongo, es con la base de información recogida, poder analizar algunos aspectos particulares de la interrelación Estado-género en la Nicaragua de hoy. Por lo

tanto, mi pregunta central en esta tesis es: *¿En qué manera podemos ver el cambio de la ley del aborto en Nicaragua como un factor indicativo de la situación sociopolítica actual del país, y especialmente en lo relacionado con el deber del Estado de proteger, respetar y cumplir con los derechos humanos de las ciudadanas?*

Utilizaré teoría sobre la interrelación entre el Estado y el género, sobre el control estatal de la reproducción, y sobre los derechos humanos desde una perspectiva de género y de salud. Además de las fuentes escritas primarias y secundarias, haré un análisis cualitativo de la información obtenida en 19 entrevistas, las cuales realicé en Nicaragua entre julio y septiembre de 2008. Las personas entrevistadas son en su mayoría personajes públicos, que de manera profesional o por vía de activismo civil están involucrados en, o conocen de, el trasfondo y las consecuencias del cambio legislativo de 2006.

Partiendo de un marco integral de derechos humanos, considero fundamental el estudio de los procesos de control estatal sobre la reproducción. Aunque los derechos sexuales y reproductivos son cada vez más reconocidos internacionalmente, todavía el tema del aborto es controversial en los foros internacionales. No se ha podido, por ejemplo, llegar a un acuerdo para elaborar un estándar internacional mínimo para la regulación jurídica del aborto. Aunque se hace mención de la problemática de los abortos inseguros en varios documentos de derechos humanos, el lenguaje sigue siendo vago, caracterizado por el compromiso, y abierto a la interpretación. Opino que el desarrollo de trabajos académicos sobre el aborto es esencial para seguir fortaleciendo una discusión abierta, informada y sin prejuicios de esta problemática.

El tema del aborto abarca varias disciplinas y debe ser estudiado desde perspectivas multidisciplinarias. Un estudio del fenómeno de aborto puede partir de enfoques tan diferentes (aunque a menudo interrelacionados) como la medicina, la bioética, la sociología, la antropología, la teología, el derecho y la historia, entre otras disciplinas. En todos los casos, considero que es imprescindible tener presente la perspectiva de género. Sólo las mujeres pueden quedar embarazadas. Este simple hecho implica que

un estudio sobre el aborto, en cualquiera de las disciplinas, debe considerar el género como uno de los factores principales de análisis.

La tesis se divide en los siguientes seis capítulos: Introducción, metodología, aclaración conceptual y marco teórico, contexto histórico, análisis, y conclusiones generales. En el primer capítulo presento el tema y el contenido de la tesis. En el segundo capítulo presento las fuentes y estrategias metodológicas utilizadas. En el tercer capítulo introduzco el marco teórico de la tesis. Aquí, se aclaran algunos de los conceptos utilizados con frecuencia en la tesis, y se presentan teorías centrales, sobre el género como una categoría de análisis, la historia y el género en América Latina, Estado, sociedad y género, y sobre el aborto y los derechos humanos. El capítulo cuatro comprende el contexto histórico. Aquí presento un breve recorrido del período actual de gobierno, las políticas de género, y los movimientos de mujeres de Nicaragua. Los capítulos tres y cuatro se concluyen con un breve resumen de los elementos claves del capítulo.

El capítulo cinco comprende el análisis, el cual se divide en tres partes. Primero, se analiza el trasfondo de la penalización del aborto terapéutico en 2006. Segundo, procuro evaluar la actitud del Estado de Nicaragua hacia los derechos humanos de las mujeres, utilizando la penalización del aborto terapéutico como el factor principal de análisis. En la tercera parte, analizo los posibles impactos de la penalización del aborto terapéutico y considero si existe una brecha entre lo que dispone la ley del aborto de jure y lo que ocurre de facto en la sociedad. Cada parte del análisis se concluye con unas conclusiones preliminares. En el último capítulo de la tesis, presento las conclusiones generales. Finalmente, se presentan unas reflexiones sobre las posibilidades para una futura investigación del tema.

2. Metodología

2.1. Fuentes

2.1.1. Fuentes primarias

Las fuentes primarias utilizadas son orales y escritas. Las fuentes escritas son documentos de derecho internacional y nacional, además de documentos de carácter político. Utilizo el Código Penal de la República de Nicaragua y la Constitución Política de Nicaragua, y dos sentencias del tribunal de apelaciones de la Sala Penal de Estelí. Además, utilizo la transcripción del debate en la Asamblea Nacional el 26 de octubre de 2006. También utilizo tratados y convenios internacionales de la Organización de Naciones Unidas (ONU). La fuente oral consiste en 18 entrevistas individuales y una entrevista colectiva, con un total de 23 personas entrevistadas. Las entrevistas fueron realizadas en cuatro localidades de Nicaragua, en León, Managua, Chinandega y Nueva Guinea, entre julio y septiembre del 2008. Fueron realizadas con una duración promedio de 45 minutos.

Para sistematizar las entrevistas, las clasifiqué en seis categorías (véase Cuadro 1). Según Francisco Alía Miranda (2005), la cantidad de entrevistados se convierte en calidad. Por lo tanto, procuré entrevistar al mayor número de personas posible de cada categoría. Sin embargo, no ha sido posible tener un número igual de entrevistados de todas las categorías. Hay varias razones para ello, lo cual discutiré más adelante en la presentación de las limitaciones metodológicas.

CUADRO 1		
Categoría	Número de personas entrevistadas	Nombre y cargo / organización
1: Personas representantes de organizaciones y organismos no gubernamentales	Siete	<ul style="list-style-type: none"> A. María Teresa Crespín, del Movimiento Contra el Abuso Sexual B. Nydia Loredó Pérez, directora de la Asociación de Mujeres Nicaragüenses Luisa Amanda Espinoza (AMNLAE) en León C. Wendy Flores, abogada del Centro Nicaragüense de Derechos Humanos (CENIDH) D. Mercedes Toruño, directora de la Asociación Mary Barreda E. Marta María Blandón, directora de IPAS Centroamérica F. Juana Jiménez, integrante de la coordinación política del Movimiento Autónomo de Mujeres (MAM) G. Rafael Cabrera Artola, presidente de la Asociación Nicaragüense de Pro-Vida (Anprovida) y ginecoobstetra
2: Representantes del ámbito político	Dos	<ul style="list-style-type: none"> A. Imara Martínez, miembro del partido político Movimiento Renovador Sandinista (MRS) y organizada en el Movimiento Feminista de León B. José Bernard Pallais Arana, diputado del Partido Liberal Constitucionalista (PLC) y presidente de la Comisión de Justicia de la Asamblea Nacional
3: Representantes del sector de la salud	Siete	<ul style="list-style-type: none"> A. William Ugarte, investigador del Centro de Investigación en Demografía y Salud (CIDS) B. Víctor M. Gutiérrez Mendoza, coordinador del equipo regional de Occidente del Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud (CISAS) C. Y.Z., ginecóloga del centro de salud de Chinandega D. E.F., médico asistencial especialista en medicina familiar del hospital de Nueva Guinea E. S.C., ginecóloga y obstetra del hospital materno-infantil Berta Calderón en Managua F. Estela Borge Guzmán, directora de la Casa Materna de Nueva Guinea G. Nombre Omitido (N.O.), cargo superior de un hospital materno-infantil de Nicaragua
4: Representantes de instituciones religiosas	Cuatro (Una entrevista colectiva)	<ul style="list-style-type: none"> • Monseñor Silvio Antonio Selva González, vicario general de la diócesis de León y Chinandega

		<ul style="list-style-type: none"> • Julio José Oporte., sacerdote en León • E.V.V., secretaria del Obispo de León y Chinandega • M.Z., ayudante en la diócesis de León y Chinandega
5: Personas que trabajan en instituciones del Estado	Una	Ivania Lainez Ruti, coordinadora del programa integral materno-infantil del SILAIS en León
6: Otros	Dos	<p>A. Claribel Castillo, vicerrectora de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN), recinto de Nueva Guinea</p> <p>B. Mayelis Toruño, coordinadora de la Comisión de Género de Nueva Guinea</p>

2.1.2. Fuentes secundarias

Las fuentes secundarias utilizadas son escritas. He recogido estas fuentes en Noruega y durante mi trabajo de campo en Nicaragua. De la bibliografía debo destacar, entre otros, los trabajos hechos por Karen Kampwirth (2004, 2008), Victoria González (2001) y Maxine Molyneux (1985, 2003) sobre Nicaragua y movimientos de mujeres, feminismo y anti-feminismo y políticas de género, y el trabajo de Nikki Craske (1999) sobre la mujer y la política en América Latina. También cabe destacar los trabajos de Rebecca J. Cook y coautores (Cook, 1991, Cook et al., 1999, Cook y Dickens, 2003), en los cuales se elabora la relación entre la legislación del aborto y los derechos humanos. Además, considero muy interesantes los argumentos de Susanna Rance (1996, 1997, 2008) sobre la importancia del discurso en hablar de temas tales como la salud, la reproducción y el aborto.

En adición, utilizo el informe del Centro Nicaragüense de Derechos Humanos sobre los derechos humanos en Nicaragua en 2007 (Centro Nicaragüense de Derechos Humanos (CENIDH), 2008), y dos publicaciones de la organización Ipas Centroamérica (Gómez y Blandón, 2007, Espinoza y Padilla, 2008). Una de estas publicaciones es un análisis de los impactos de la penalización del aborto terapéutico en 2006, y la otra presenta un análisis de la cobertura del cambio legislativo en los más importantes diarios nicaragüenses entre 2006 y 2007. Utilizo también siete artículos de la Revista Envío, una revista mensual de la Universidad Centroamericana

de Managua, Nicaragua. Estos artículos contienen comentarios de analistas nicaragüenses sobre la actual situación política, económica y social de Nicaragua. Por último, artículos de los diarios El Nuevo Diario, La Prensa, y el diario digitalizado BBC-Mundo, han sido útiles para investigar datos relacionados con personajes y eventos políticos actuales.

2.2. Estrategias metodológicas utilizadas

La modalidad de la entrevista fue una estrategia principal en la recogida de datos para la tesis. Para encontrar y seleccionar las fuentes orales, utilicé el método llamado “snowballing” (Kampwirth, 2004:13). Para ello contacté a varias personas, tanto antes como después de mi llegada al país y a través de teléfono, correo y en persona, para solicitar entrevistas. Preguntaba a mis contactos si me podían recomendar con quién hablar, y así iba construyendo una red de contactos que a su vez podían facilitar nuevas entrevistas. Considerando que fue mi primera visita a Nicaragua, y que mis contactos de antemano en el país eran pocos, esa era la manera más conveniente de seleccionar mis fuentes.

Según Alía Miranda (2005), se puede destacar tres métodos principales para realizar la entrevista: de manera dirigida, semidirigida, o libre. En este trabajo utilicé la entrevista semidirigida, en la cual se permite un grado de flexibilidad y espontaneidad dentro del marco temático de la entrevista.

Este método puede presentar algunos desafíos, precisamente por su flexibilidad. Como sugiere Alía Miranda, el análisis de las entrevistas semidirigidas puede resultar complejo, ya que la libertad con que se desarrollan las entrevistas puede hacer más difícil la comparación entre ellas. También se corre el riesgo, como lo pude comprobar en algunas ocasiones, de que la persona entrevistada empieza a alejarse del tema de la investigación. El método libre o parcialmente dirigido requiere por lo tanto, de tiempo y paciencia. (Alía Miranda, 2005:349) Sin embargo, el tiempo disponible es un factor que a veces está fuera del control de la entrevistadora.

Aún teniendo en cuenta los desafíos relacionados con la entrevista semidirigida, es mi valoración que la flexibilidad de ese método es una ventaja para la investigación. Si las personas entrevistadas sienten la libertad de reflexionar y expresar sus opiniones y experiencias del tema, se puede producir un discurso más amplio y natural. Considero también que en este proceso fue importante abrir un espacio que me permitiera modificar mis preguntas iniciales y seguir nuevas ideas en el transcurso del trabajo de campo. Pienso que ello me ha permitido ampliar mi conocimiento del tema más que hubiese sido posible a través del uso de cuestionarios predeterminados.

Para evitar que la entrevista se perdiese en digresiones y para luego poder hacer un análisis coherente de la totalidad de las entrevistas, elaboré una guía general para cada entrevista. De manera general, mis intenciones eran hacer un mapa de los actores sociales y políticos relacionados con el tema del aborto, escuchar sus opiniones variadas sobre el tema, y ampliar mi entendimiento del trasfondo del cambio legislativo. La naturaleza de las preguntas variaba según la persona entrevistada y no siempre fueron hechas todas las preguntas de la guía. Sin embargo, considero que las siete preguntas presentadas a continuación (Cuadro 2) son centrales para la investigación, por lo cual procuré incluirlas en todas las entrevistas.

CUADRO 2

1. ¿Cuál cree Usted que fue la principal razón para penalizar el aborto terapéutico en Nicaragua?
2. ¿Quiénes considera Usted como los actores principales en el proceso antes del cambio de ley?
3. ¿Cómo caracteriza la información pública que se distribuyó sobre la reforma legislativa?
4. ¿Diría Usted que esta ley afecta de manera equitativa a las mujeres de altos y bajos recursos?
5. ¿Cuáles son las opciones que tiene una mujer / niña ahora, si lleva un embarazo de alto riesgo?
6. Varios organismos de derechos humanos, tanto nacionales como internacionales, han criticado esta ley por estar en violación de los derechos humanos de la mujer y la niña. ¿Qué opina Usted de eso?
7. Con la situación actual, ¿cuál puede ser el camino adelante?

El método de transcripción de las entrevistas se basa en los principios sugeridos por Toutier-Bonazzi en Alía Miranda (2005:354). La transcripción ha sido realizada lo más pronto posible, y he transcrito toda la entrevista. Las dudas, los silencios y las interrupciones se señalan con puntos suspensivos. Errores por parte del entrevistado o frases que requieran mayor explicación, se comentan en notas a pie de página. Las palabras expresadas con una entonación fuerte se indican, en este caso, con exclamación. Si la persona entrevistada está citando comentarios o conversaciones, se imprimen los caracteres en cursiva.

En el caso de que la persona entrevistada no represente una organización o un oficio público, se considera precisa la discreción y se señala su nombre con iniciales. En el caso de que la persona entrevistada o personas nombradas sean personajes públicos o representantes de una organización, se señala su nombre completo. En el caso de que la persona entrevistada haya solicitado la anonimidad, o en el caso de que personas nombradas sean ajenas al asunto, se omite su nombre.

Existen algunos pasajes que no he podido descifrar, ya sea por la calidad sonora de la grabación, o por otras razones. En el caso de que sean menos de tres palabras, se señalan de la siguiente manera: (poco audible). Si son pasajes de tres o más palabras se indican con (pasaje poco audible), siempre entre corchetes. Al principio de la entrevista se señala el número de la entrevista, el nombre de la persona entrevistada, el título profesional o cargo de la persona, y el lugar y la fecha de la entrevista. Donde es posible, se abre la entrevista con la primera pregunta hecha por la entrevistadora y se cierra con el comentario final de la persona entrevistada.

Para facilitar la citación de las entrevistas en el texto, las citaciones corresponderán a las categorías previamente explicadas (véase Cuadro 1). A título de ejemplo, una cita de la entrevista con María Teresa Crespín del Movimiento Contra el Abuso Sexual será citada como (1A: p.). Consúltense las transcripciones en Anexo 1. Este proyecto

se ha reportado a la Comisión Ética de Investigación de la Universidad de Bergen¹, y cada participante de las entrevistas ha firmado una declaración de asentimiento, véase Anexo 2.

2.3. Limitaciones metodológicas

Ya he mencionado algunas dificultades que se pueden presentar al trabajar con la entrevista parcialmente dirigida. También es preciso hacer una reflexión sobre los otros desafíos con los cuales me he enfrentado durante la investigación.

Principalmente, me quiero centrar en algunas reflexiones críticas sobre la representatividad, un punto que me parece importante discutir en relación con la presente investigación.

Al hablar de América Latina como un campo de estudio y un denominador común, uno siempre debe estar consciente de la inmensa variación que existe dentro de ese marco cultural y geográfico. Lo mismo podemos decir de América Central. Así también en Nicaragua, la diversidad cultural, étnica y geográfica dentro del país es tal que un estudio de esta envergadura siempre tendrá ciertas limitaciones en cuanto a la representatividad. En el trabajo de campo procuré no limitar mis fuentes a las zonas urbanas del país, sino que también realicé entrevistas con personas que viven fuera de las ciudades más centrales. Eso ha sido de gran valor para mi entendimiento de la situación. Sin embargo, el tiempo disponible para la investigación fue un factor que me limitaba en ese sentido, además que fue necesario contactar a personas que tienen posiciones públicas en organizaciones o en la vida política, quienes generalmente viven en la capital o en lugares centrales del país.

En el transcurso del trabajo de campo, resultó difícil contactar con ciertos grupos de informantes. Más importante en este sentido fue la cada vez más aparente dificultad

¹ Personvernombodet for Forsking, Norsk Samfunnsvitenskapleg Datateneste

de obtener entrevistas con empleados de instituciones del Estado, y con integrantes y políticos del partido de gobierno, el Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN). Mi impresión, basada en lo que me informaron personas con conocimiento del partido, fue que había una resistencia entre las personas vinculadas al FSLN a hablar públicamente del tema.

Es posible que aquella resistencia se debiera a un mensaje del liderazgo del partido a sus integrantes de no hablar en público del tema del aborto, tal como sostuvieron varias personas que entrevisté. Pero no es mi deber en esta tesis elaborar especulaciones sobre las razones por las cuales no me fue posible entrevistar a personas vinculadas al FSLN sobre el tema del aborto terapéutico. Operé con un período limitado de tiempo y una red limitada de contactos, y no puedo excluir la posibilidad de haber obtenido contactos en el FSLN si estas circunstancias hubieran sido otras. Lo cierto es que la atmósfera política alrededor del tema de esta investigación es densa, y que la temática es tanto polémica como rodeada de tabúes y silencios. Este hecho en sí puede constituir una limitación, la cual es preciso tener en cuenta durante un trabajo de campo sobre este tema.

3. Aclaración conceptual y marco teórico

3.1. Conceptos centrales

Debemos reconocer el poder del lenguaje, sostiene Susanna Rance: “Los discursos – propios y ajenos – hacen y construyen, nos representan y tienen efectos tangibles en nuestros cuerpos y vidas. No son fijos, sino cambiantes y susceptibles de negociación.” (Rance, 1996:4) De acuerdo a esta perspectiva, es preciso aclarar algunos conceptos que se utilizarán con frecuencia en esta tesis, como son: Salud reproductiva y su interrelación con los derechos humanos, aborto, mortalidad materna o reproductiva, género, y maternidad.

Con salud reproductiva entendemos, según la definición del Programa de Acción de la V Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo, 1994:

[U]n estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades, en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor y con sus funciones y procesos. Según esto, la salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres a estar informados y a tener acceso a los métodos de planificación familiar de su elección que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y a otros métodos de su elección para la regulación de la fecundidad que no sean ilegales, así como el derecho a acceder a los servicios sanitarios adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo de forma segura y que proporcionen a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. (...) (de Francisco et al., 2007:9)

Ligados al concepto de salud reproductiva están los derechos reproductivos, enfatizados por varios organismos de derechos humanos y acordados internacionalmente en conferencias significativas como la CIPD en El Cairo, 1994, la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Pekín, 1995, y más recientemente en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se entienden los derechos reproductivos como parte integral del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, tal como está acertado en la Observación General 14 sobre la aplicación del Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR por sus siglas en inglés). (Organización de Naciones Unidas (ONU), 2000)

El derecho a la salud está integrado también en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, y en la Convención sobre los Derechos del Niño [y la Niña] (CRC). Pero los derechos reproductivos no sólo se relacionan con el derecho a la salud. Una perspectiva integral de los derechos reproductivos tiene que considerar la naturaleza interrelacionada e inalienable de todos los derechos humanos, por lo que también están relacionados los derechos acordados en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR). (Helgheim, 2007)

Con aborto se entiende, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir antes de las 22 semanas de edad gestacional con peso fetal de 500 gr. y longitud céfalo nalgas de 25 cm. Un aborto puede ocurrir de manera espontánea o inducida. Se puede clasificar el aborto según factores como la condición jurídica, las condiciones sanitarias en que sucede, y la causa clínica. (Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS), 2007)

Como dice Rance (2008), es importante tener en cuenta las diferentes connotaciones e implicancias políticas que un discurso sobre aborto conlleva. Los términos comúnmente utilizados pueden ser útiles, pero por su carácter controversial es necesario discutir los posibles significados de algunos de ellos.

Refiriendo a las condiciones en que se realiza el aborto, se habla frecuentemente del aborto seguro o inseguro. El término aborto inseguro, tiende a ser modificado en la traducción del inglés al castellano, dice Rance, en parte como resultado de la influencia de la Iglesia Católica en el debate sobre estos temas en los países de habla castellana. El concepto de aborto inseguro “sugiere la posibilidad del aborto seguro, concepto negado desde el principio católico”. (Rance, 2008:556) En vez de aludir a la seguridad o inseguridad de un aborto, se tiende a hablar más del riesgo, dando lugar a

traducciones tales como el aborto realizado en condiciones no adecuadas. Según las indicaciones de la OMS, “el aborto en condiciones no adecuadas se define como el procedimiento para terminar un embarazo no deseado ya sea practicado por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un ambiente carente de estándares médicos mínimos, o ambos”. (Rance, 2008:556)

Por último, hay una tendencia a enfocar en la condición jurídica del aborto, así dando lugar a términos como el aborto legal o ilegal. Algunos autores argumentan que estos términos resultan poco útiles. Un acercamiento basado en los derechos humanos implica que las personas tengan el derecho de acceder a servicios seguros de aborto, como parte de su habilidad de ejercer decisiones libres sobre su propia fecundidad. La mención del aborto en códigos legales tiende a enfatizar un carácter criminal del aborto, perdiendo así de vista un marco más integral de salud y de derechos. (Rance, 2008, Cook y Dickens, 2003, Cook, 1991) Relacionado tanto con el aspecto jurídico como con el aspecto de seguridad está el término aborto clandestino, el cual tiende a estar asociado con el aborto inseguro.

La mortalidad materna es definida por la Organización Mundial de la Salud en la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos de 1992 (en adelante CIE) como:

[L]a muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (OMS, 2008a)

Se clasifican las muertes maternas en función de sus causas directas o indirectas. Las muertes maternas directas resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, intervenciones, omisiones o tratamiento incorrecto. Las muertes maternas indirectas se deben a enfermedades existentes en la mujer desde antes del embarazo o enfermedades que evolucionan durante el embarazo, y que son agravadas por los efectos fisiológicos del mismo. La determinación y clasificación de las causas en muchos casos resultan complicadas, por lo que la CIE propone el término alternativo;

muerte relacionada con el embarazo, la cual se entiende como “cualquier muerte durante el embarazo, el parto o el puerperio, incluso si es por causas accidentales o incidentales”. (OMS, 2008a)

Las muertes por complicaciones de un aborto son, por lo anteriormente definido, incluidas en las causas de las muertes maternas. Sin embargo, tal y como dice Rance (1996:6), es preciso mirar críticamente “la atribución de “materno” a un evento que se caracteriza, en el mejor de los casos, por la decisión de la mujer de no ejercer la maternidad, en ese embarazo específico”. De manera alternativa, Rance sugiere aplicar el término mortalidad reproductiva, el cual fue propuesto por primera vez en 1979 por Valerie Beral. Esta definición incluiría las muertes por complicaciones del embarazo, del aborto inducido, y de la contracepción en mujeres de edad fértil². (Rance, 1997:17)

En vista de los argumentos presentados y la temática de esta tesina, considero más pertinente utilizar el término mortalidad reproductiva, con el cual se entenderá lo mismo que define la Organización Mundial de la Salud como mortalidad materna, según la CIE.

No obstante las inmensas variaciones culturales, históricas, sociales y geográficas en que vivimos en el mundo, vivimos siempre en un mundo compartido entre dos sexos, como dicen Conway et al. (1987:22) Este hecho es objeto de interpretaciones muy variadas, interpretaciones que tienen impacto tanto en el nivel social como individual. La producción de normas de conducta femenina y masculina es mediada por interacciones complejas entre instituciones sociales, económicas, políticas y religiosas, y esta producción ejerce una función central de autoridad social, según el planteamiento de Conway et al. (1987)

² Originalmente, Beral aplica el término “edad reproductiva”. Aquí, de acuerdo con la terminología

Basado en la definición de Joan Scott (1986:1067), podemos decir que género es: “Un elemento constitutivo de relaciones sociales que se basan en diferencias percibidas entre los sexos, y una manera primaria de significar relaciones de poder”³.

Según esta definición, el género es una categoría dinámica que varía en el tiempo. Las normas de género son transmitidas explícita e implícitamente, por ejemplo a través de discursos y símbolos. Los sistemas de género en la historia son sistemas binarios, basados en la oposición entre lo masculino y lo femenino, y generalmente estructurados en una relación jerárquica. Por tanto, el concepto de género implica alguna relación de diferencia, pero también está intrínsecamente relacionado con el concepto de la igualdad. Mediante el estudio de las interrelaciones de género, se ha planteado algunos problemas principales: ¿Cómo podemos entender el problema de la igualdad en un mundo de diferencias sexuales biológicas, y cómo ha sido definido e implementado el principio de la igualdad en relación con esas diferencias? Para responder a estas preguntas se ha intentado identificar los factores sociales que producen las normas de género. (Conway et al., 1987)

Tal vez el fenómeno que más se considera como una diferencia principal entre hombres y mujeres, es la habilidad de la mujer de quedar embarazada y ejercer la maternidad. ¿Por qué aclarar el concepto de la maternidad, entonces? A primera vista puede parecer obvia su definición. Pero no debemos entender la maternidad sólo como un hecho biológico que constituye una diferencia física entre hombres y mujeres. La maternidad no es sólo una experiencia personal, dado que la manera de interpretar este concepto tiene implicancias culturales, sociales y políticas. Como dice Nikki Craske (1999:10), aunque el rol de la maternidad sea biológicamente determinado, la maternidad también adquiere un valor cultural determinado por las relaciones de género en la sociedad. Por ejemplo, en muchas sociedades de América

sugerida por Rance, utilizo “edad fértil” como alternativa a la palabra más determinista “reproductiva”.

³ Mi traducción.

Latina, la maternidad es vista como el rol principal para las mujeres, mientras que la paternidad no es considerada como el rol primario para los hombres. (Craske, 1999)

El concepto de maternidad, por lo tanto, influye mucho en la percepción de la identidad. Los valores de la Iglesia Católica y el culto a la virgen María en muchos países latinoamericanos, han tenido influencia en la construcción de una femineidad idealizada, donde la pureza moral, el cuidado maternal, el auto-sacrificio y la crianza son vistos como instintos naturales femeninos: en otras palabras, la maternidad como el destino natural de la mujer. Y como identidad cultural, propone Craske, la maternidad parece ser muy resistente a cambios estructurales en la sociedad. Pero es importante destacar que aunque veamos la maternidad como una parte importante de la construcción de la identidad femenina, los significados que se asocien con ella no son fijos ni invariables. (Craske, 1999)

Por eso, regímenes y partidos políticos tanto de la derecha como de la izquierda, y varias organizaciones de la sociedad civil, han utilizado un discurso basado en la maternidad como una estrategia para la movilización, idealizando la experiencia de la maternidad como el destino de las mujeres⁴. La maternidad interpretada como la identidad natural femenina, puede por un lado funcionar como una legitimación de la subordinación y la exclusión de las mujeres de la esfera pública, pero también ha sido utilizada para movilizar al activismo político y ha funcionado como un catalizador para que las mujeres obtengan ciertos derechos en el ámbito social. Si la maternidad es percibida por las mujeres como un elemento constitutivo de su identidad personal, tal vez es lógico que este elemento sea también importante para la formación de su identidad política, y que sea utilizado en los discursos empleados por ellas como activistas. (Craske, 1999)

⁴ Para ejemplos interesantes de cómo se ha utilizado la maternidad como una estrategia de movilización política, véase CRASKE, N. (1999) *Women and Politics in Latin America*, Oxford, Polity Press.

3.2. Historia y género

Según Elena Hernández Sandoica (2004), después de la Segunda Guerra Mundial se inició una profesionalización de la Historia de las mujeres como una corriente específica dentro de la historia general. Pero como dice Sissel Rosland (2008), no fue hasta los años 1960 y 70 que las mujeres empezaron de manera muy significativa a penetrar en los estudios históricos, como tema, sujetos y objetos históricos, y como investigadoras. Varios historiadores feministas criticaron en ese tiempo el término Historia de las mujeres, y propusieron un nuevo discurso. Se llamó a reconocer el carácter social y relacional de la división sexual de poder, y el término género se propuso como alternativa al término biológico sexo.

Aparecían así las ambiciones de un nuevo paradigma dentro de la historia, donde el objetivo ya no era sólo el de dar visibilidad a las mujeres. Aunque la mayoría de las investigaciones todavía trataban a las mujeres como objeto de estudio principal, hubo mayor entendimiento de la necesidad de basar la investigación en las relaciones de género. Tan importante era estudiar la formación histórica del rol masculino en relación al femenino, como era estudiar la formación histórica del rol femenino en relación al masculino. (Rosland, 2008)

En las palabras de Conway et al. (1987:29), el estudio de género empezó a verse como “una manera de entender a la mujer no como un aspecto aislado de la sociedad, sino como una parte integrada de ella”⁵. Como dice Eugenia Rodríguez Sáenz (2005:11), la historia empezó a ser una herramienta importante para visibilizar cambios y continuidades en las relaciones de poder, y para mostrar cómo ciertas normas y actitudes en las relaciones de género han sido construidas, reproducidas y transformadas a través de los tiempos.

⁵ Mi traducción.

Fundamental para escribir una nueva historia, que incluya y especifique la experiencia de la mujer, es desarrollar el género como una categoría propia de análisis, propone Joan Scott en el artículo “Gender: A Useful Category of Historical Analysis” de 1986. Según Scott, es necesario negar la cualidad fija y permanente de la oposición binaria en la relación femenina-masculina, para introducir una historización genuina y una deconstrucción de los términos de diferencia sexual. Hay que provocar un cambio en las metodologías tradicionales de la historia, para implementar el género como una categoría de análisis de los sistemas de relación social y sexual, argumenta Scott. De esta manera se podrá cuestionar cuál es el efecto del género en las relaciones sociales e institucionales, y cómo se puede teorizar el género para aclarar su significancia para la concepción y la construcción del poder. (Scott, 1986)

3.2.1. Historia y género en América Latina

En 1985, Asunción Lavrín escribe que aunque el área de investigación dedicada a las experiencias de las mujeres está experimentando mayor legitimación y refinamiento, “los historiadores de la América Latina tienen aún que emprender el estudio de las mujeres (...) de una manera llena de sentido, completa e innovadora”. (Lavrín, 1985:9) Similarmente, pero veinte años después, Eugenia Rodríguez Sáenz dice que los estudios de género en América Central han incrementado de manera significativa durante la década de 1995-2005, pero que en comparación con otros países del continente, todavía hay muchos áreas de la investigación histórica de género que merecen ser desarrollados de manera más completa. (Rodríguez Sáenz, 2005)

De manera general, Rodríguez Sáenz divide en tres las tendencias historiográficas de la investigación de género en América Central. Primero, la investigación que tiende a centrarse en el estudio de “mujeres excepcionales”, dando visibilidad a aquellas mujeres que en ciertos períodos históricos hayan transgredido el rol tradicional y penetrado en las esferas asociadas con los hombres. (Rodríguez Sáenz, 2005) Esta tendencia ha sido criticada por Lavrín (1985:10) por a su vez contribuir a mantener en la anonimidad los “individuos normales dedicados a sus actividades diarias”, “representativos de sus épocas y de sus sociedades”.

La segunda tendencia que destaca Rodríguez Sáenz es lo que llama la historia contributiva o la nueva historia social. Aquí se ve una perspectiva más amplia con estudios interdisciplinarios, con enfoque en problemas actuales. Se estudian fenómenos sociales como el rol de las mujeres en relación a la familia, el matrimonio, la violencia, los derechos, y la participación de las mujeres en procesos sociales y revolucionarios. Emergen estudios sobre los mecanismos de poder del Estado y el control de la sexualidad y la reproducción. Sin embargo, dice Rodríguez Sáenz, este último campo de estudio todavía no se ha recibido con debida atención en los círculos académicos. Por último observa Rodríguez Sáenz que emerge una tercera tendencia historiográfica, en la cual la historia centrada principalmente en las mujeres empieza a ceder lugar a un interés en los estudios sobre las relaciones de género y la masculinidad. (Rodríguez Sáenz, 2005)

3.3. Estado, sociedad y género

Durante la década de 1980, América Latina experimentó un giro hacia la democracia, después de un período caracterizado por la instalación de regímenes militares y dictatoriales en varios países de la región. En este período emergieron nuevas tendencias de la teoría social, que contribuyeron a reconceptualizar el papel del Estado e investigar más profundamente la relación Estado-sociedad. Se reavivó el interés por el estudio de la ciudadanía, con un enfoque principal en los procesos de inclusión y exclusión dentro de los Estados-nación. Dentro de ese marco, se estudiaba la ciudadanía como un fundamento de la relación Estado-sociedad, algo que también llevó a la teorización de un enfoque de género en estos análisis. En la década de 1990 se ve una tendencia a desplazar el enfoque, del estudio del poder del Estado al estudio de la sociedad. (Molyneux, 2003)

Recientes investigaciones sobre el Estado, dice Molyneux (2003:69), ponen atención en el poder limitado del mismo y contestan la idea del Estado como todopoderoso. Se concibe el Estado como un “lugar de lucha”, con un poder transformador limitado. Se visibilizan las debilidades, la ineficacia, la negligencia y la corrupción que pueden

caracterizar los Estados. Se desarrollan teorías sobre la relación Estado-sociedad como una interrelación con una causalidad recíproca, así contestando anteriores modelos simplistas que consideran las relaciones sociales como efecto del Estado. Esto da lugar a un estudio más complejo de las interrelaciones Estado-género, y a investigaciones sobre la manera en que los Estados están “implicados en el ordenamiento de las relaciones de género en las sociedades que dirigen”. (Molyneux, 2003:71)

Estudios sobre las relaciones Estado-género pueden plantear preguntas sobre cómo se producen y reproducen normas implícitas y explícitas de género. Por ejemplo, ¿cuál es la relación entre el poder del Estado y leyes sobre mujeres? (Scott, 1986:1074) Se puede estudiar el estatus legal de los derechos reproductivos de las mujeres en un Estado, para medir la eficacia de las políticas de género de tal Estado, y para averiguar si el Estado respeta los derechos ciudadanos de las mujeres. (Cook y Dickens, 2003:45) A propósito, en 2003, Maxine Molyneux escribe:

Los estados latinoamericanos han intervenido en diverso grado en la “organización social de las relaciones entre los sexos”, pero es difícil determinar si la era de las pretensiones intervencionistas está tocando a su fin o, por el contrario, dichas pretensiones están cobrando una nueva, aunque dispersa, fuerza. (Molyneux, 2003:111)

3.4. Salud reproductiva y aborto

Según el Centro de Derechos Reproductivos (2008), son 33 los países y Estados independientes del mundo, siete de los cuales se sitúan en América Latina y el Caribe⁶, que prohíben el aborto sin explícitamente garantizar la excepción para salvar la vida de la mujer. En muchos de estos países, se contempla la interpretación del estado de necesidad, en el cual el aborto no es considerado delito en el caso de que sea necesario para salvar la vida de la mujer. Nicaragua, El Salvador y Chile son los únicos tres países donde la legislación ha sido reformada recientemente para abolir

⁶ Son Chile, Surinam, El Salvador, Honduras, Nicaragua, República Dominicana, Haití.

cualquier excepción a la prohibición del aborto. En estos países, según el estudio del Centro de Derechos Reproductivos (2008), se considera poco probable la aplicación del argumento del estado de necesidad. En Chile se penalizó totalmente el aborto durante el último año del régimen de Augusto Pinochet, en 1989, y en El Salvador se penalizó en 1998, durante la presidencia de Ernesto Zedillo.

La Organización Mundial de la Salud estima 15.000 muertes reproductivas en América Latina y el Caribe para 2005. La mayor parte de estas muertes son evitables. Un 11 por ciento de todas las muertes reproductivas en la región son resultados de abortos inseguros. Las cifras de la OMS muestran una incidencia anual de abortos inseguros en América Latina de 3.900.000. De estos, 900.000 se dan en América Central. (OMS, 2007b, 2008a) De todas las mujeres que se someten a abortos inseguros en América Latina, entre un 10 y un 50 por ciento necesitan atención médica para el tratamiento de las complicaciones, y entre un 30 y un 45 por ciento sufren complicaciones graves que atentan contra su vida e imponen costos grandes al sistema de salud. (Organización Panamericana de la Salud (OPS) y OMS, 2007)

El aspecto socioeconómico es un factor determinante para cuáles mujeres tienen acceso efectivo a servicios de salud reproductiva. Según Crane y Smith (2006), el problema de los abortos inseguros es mayor entre la población que vive en la pobreza. Las mujeres que tienen suficientes recursos económicos a menudo tienen acceso a servicios seguros de aborto, también en los países donde estos servicios están restringidos por la ley, argumentan Crane y Smith. (Crane y Smith, 2006)

Cabe precisar que las estadísticas sobre el aborto inducido y muertes reproductivas en muchas partes del mundo son poco exactas. Particularmente en países con ingresos bajos e intermedios hay problemas con grandes subregistros y sistemas poco eficientes de sistematización de la información estadística. Aún así, es evidente que la mortalidad reproductiva y el aborto inseguro constituyen un problema grave de salud pública en la región latinoamericana. En la Estrategia Mundial de la OMS para la Salud Reproductiva, el eliminar los abortos inseguros es identificado como un

elemento fundamental de los servicios de salud sexual y reproductiva. (de Francisco et al., 2007)

La cifra exacta de la mortalidad, morbosidad y servicios de salud relacionados con el aborto en Nicaragua se desconoce. La OPS y OMS estima para 2006, una tasa de al menos 17.410 abortos espontáneos, 870 abortos por embarazos ectópicos, 174 embarazos molares y 174 embarazos complicados con cáncer. La tasa de aborto hospitalario en 2005 fue de 72 abortos por 1000 nacidos vivos, y del total de los abortos estimados para 2005, el 40,77 por ciento fue atendido en los hospitales públicos del país. De estos abortos, la mayoría corresponde a situaciones donde el producto de la concepción es inviable, como en los casos de malformaciones congénitas, embarazo ectópico o mola hidatiforme, o a abortos espontáneos sin causa conocida. Es preciso destacar, que del total de abortos atendidos en los hospitales públicos en 2005, el 77 por ciento de los abortos no fue clasificado adecuadamente. (OPS y OMS, 2007)

Según las estimaciones de OPS y OMS para 2006, cada día en Nicaragua 48 mujeres sufren abortos espontáneos, y según cifras de 2005, 21 mujeres en esta situación buscaron atención médica obstétrica de emergencia en los hospitales públicos. Las cifras indican que una mujer cada día se enfrenta con un embarazo ectópico, y cada dos días con un aborto por un embarazo molar y un embarazo asociado con cáncer, los cuales son complicaciones obstétricas que requieren la realización inmediata de la interrupción del embarazo, a propósito de proteger la vida de la mujer. (OPS y OMS, 2007)

En un estudio llevado a cabo en el Hospital Bertha Calderón en Managua entre 2003 y 2006, Carlos Largaespada Díaz concluye que la edad, la escolaridad y la procedencia son los principales factores de riesgo asociados con la mortalidad reproductiva. Las mujeres analfabetas, de procedencia rural y de muy temprana o avanzada edad, son las más susceptibles de presentar complicaciones durante el proceso reproductivo, argumenta Largaespada. (Largaespada Díaz, 2007) Según cifras del Ministerio de

Salud de Nicaragua, en 2008 las muertes reproductivas en adolescentes representaron el 24 por ciento del total de muertes reproductivas, lo que indica que la mortalidad y morbilidad reproductiva en menores de edad constituye un problema serio en el país. (Ministerio de Salud de la República de Nicaragua, 2009)

Tal como proponen Andrés de Francisco et al. (2007), la salud sexual y reproductiva es un campo de estudio complejo y polifacético, por lo cual requiere ser estudiado desde una perspectiva multidisciplinaria. Según Juan J. Llovet y Silvina Ramos (1998), la mayoría de las investigaciones sobre aborto inducido en América Latina se han acercado al tema desde la perspectiva biomédica, epidemiológica o socio-demográfica. Estudios descriptivos y comparativos pretenden analizar la prevalencia, la incidencia, la cualidad de los servicios, las normas legales y las características del aborto, para revelar la magnitud y las características del fenómeno. Dicen Llovet y Ramos que la perspectiva que ha sido menos aplicada en este campo de estudio, es el análisis de la dimensión sociopolítica del aborto inducido. (Llovet y Ramos, 1998)

Proponen que es urgente y fundamental que investigaciones sobre aborto inducido se ocupan de un análisis más profundo y sistemático de las dimensiones ideológicas y sociales del fenómeno. Estos análisis particularmente deben considerar lo relacionado con la legislación y los procesos judiciales, las políticas públicas de salud, la aceptabilidad social del aborto, y las actitudes de instituciones sociales como la Iglesia Católica. Así, por ejemplo, se puede problematizar el clima social en que políticos y activistas actúan acerca de este tema, el análisis de reformas legales recientes o planeados, y el efecto que las normas judiciales tienen sobre la población y sobre las estructuras de género. (Llovet y Ramos, 1998)

3.4.1. La legislación nacional, los derechos humanos, y la construcción de un conflicto materno-fetal

Las normas culturales y las ideologías que rodean las concepciones que tenemos de género y de reproducción, están cargadas de significados. Son fragmentadas, a menudo contradictorias, y son origen de mucho debate. (Browner, 2000:774) En un

24

estudio sobre los determinantes y los impactos de la legislación del aborto, el economista H. Medoff concluye que la política de aborto de un Estado es determinada por la influencia ejercida por grupos e instituciones sociales fuertes sobre los legisladores. Medoff propone que en el asunto del aborto, los legisladores opinan y votan de acuerdo a un análisis de costo y beneficio, evaluando cuántos votos se ganaría y cuántos se perdería en apoyar los intereses de los defensores u opositores del aborto. (Medoff, 2002)

Según John M. Paxman et al. (1993), las regulaciones judiciales son un factor determinante para la cualidad de los servicios de salud reproductiva en un Estado. En países con leyes restrictivas de aborto, como es el caso de la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe, frecuentemente hay muy limitado acceso a servicios seguros relacionados con el aborto. Las restricciones legales hacen que el sistema de salud no se esfuerza por ofrecer tales servicios de salud, como por ejemplo los servicios pos-aborto, aunque estos servicios son permitidos por la ley. (Paxman et al., 1993)

De esta manera, las leyes restrictivas contribuyen a reforzar prejuicios existentes contra el aborto y, contrario a su intención, estimulan prácticas peligrosas como el aborto clandestino e inseguro. En muchos casos, hay una brecha entre lo que la ley estipula, de jure, y lo que realmente ocurre, de facto. Esto puede ocurrir por una falta de prioridad política, por una aplicación poco eficiente de la ley o por la falta de conocimiento de las autoridades sobre cómo se deben interpretar las regulaciones. (Paxman et al., 1993)

Rebecca J. Cook et al. (1999) arguyen que los cambios de la legislación del aborto a nivel mundial tienden a reflejar tres tendencias diferentes. La primera tendencia es el uso tradicional del derecho penal como un instrumento para controlar la moralidad, en este caso para expresar y hacer cumplir la prohibición moral del aborto. Segundo, hay una tendencia a colocar el aborto dentro de un contexto de salud y bienestar, con enfoque en el daño que barreras legales al aborto pueden causar a la salud de la mujer

y la familia. Finalmente hay una tendencia más reciente, que tiende a basarse en un fundamento de derechos humanos, considerando la accesibilidad y asequibilidad a servicios seguros de aborto como un aspecto central de los derechos humanos de las mujeres y las niñas.

Aunque permanece la tendencia de utilizar el derecho penal para castigar y estigmatizar un comportamiento del cual se desapruueba moralmente, como el aborto, en los últimos años hay mayor entendimiento de que este enfoque no es funcional, concluyen Cook et al. Debido a la creciente investigación cuantitativa y cualitativa sobre el aborto, y el reconocimiento a nivel internacional de la importancia de mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres, la mayoría de los países están ampliando las indicaciones legales para permitir el aborto para preservar la salud y el bienestar de las mujeres. (Cook et al., 1999)

He mencionado que en las últimas décadas, hay creciente acuerdo internacional de que existe un estrecho vínculo entre el acceso al aborto y el ejercicio pleno de los derechos humanos de las mujeres. Aunque el lenguaje utilizado en los tratados internacionales que refieren a la legislación del aborto sigue siendo caracterizado por la polémica que rodea la discusión sobre estos temas, se han dado pasos importantes hacia el reconocimiento de que el acceso legal y efectivo al aborto seguro resulta esencial para el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres. Especialmente los órganos de supervisión de los tratados internacionales de la Organización de Naciones Unidas (ONU), han emitido observaciones coherentes y exhaustivas sobre la relación entre la legislación nacional del aborto y los derechos humanos. Según Human Rights Watch (2005), los órganos de supervisión de la ONU emitieron entre mediados de la década de 1990 hasta comienzos de 2005, al menos 122 observaciones finales referidas a 93 países donde abordaron de manera sustantiva este vínculo. (Human Rights Watch, 2005)

Existe limitada jurisprudencia en América Latina que sirva de precedente para establecer los deberes de los Estados en materia del aborto, pero cabe destacar en este

sentido el caso de KL vs. Perú. Karen Llantoy, una menor de 17 años de edad y embarazada con un feto anencefálico, fue forzada a llevar el embarazo a su término. El director del hospital negó la solicitud de KL de acceder a un aborto terapéutico, por lo que tuvo que dar a luz y amamantar al infante, quien murió después de cuatro días. En noviembre de 2005, el Comité de Derechos Humanos de la ONU concluyó que el Estado de Perú había violado los artículos 7, 17 y 24 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Estos artículos conciernen el derecho de no ser sometida a tratos crueles, inhumanos y degradantes, el derecho a la intimidad y el derecho de la protección especial de las menores de edad. (Center for Reproductive Rights, 2005)

Es preciso aclarar que desde un enfoque de derechos humanos, se entiende el embarazo forzado no sólo como la negativa de otorgar un aborto en estados de necesidad, como cuando la salud física o mental de la mujer está en riesgo, “sino también la negativa del estado a otorgar servicios de aborto cuando la interrupción del embarazo se solicita por otras indicaciones”. (Cook et al., 1999:7) Como dicen Cook et al., cualquier otra circunstancia en que las personas sean forzadas a proveer el recurso de su cuerpo en contra de su voluntad para el sustento de otros, sería condenada como una violación clara de los derechos humanos. Así lo vemos por ejemplo, en los casos de donación forzada de órganos o sangre, y en el servicio militar forzado. (Cook et al., 1999)

La carga impuesta sobre las mujeres en los casos de embarazo forzado, es sin paralelos, dicen Cook et al. Desde una perspectiva de derechos, es un acto de discriminación en base al sexo, una violación del derecho a la intimidad y a la seguridad de la persona, una violación del derecho a gozar de los beneficios del progreso científico, y una violación del derecho de no ser sometido a tratos crueles, inhumanos y degradantes, para mencionar algunos de los derechos humanos que se vinculan con el acceso al aborto. (Cook et al., 1999)

En 1869, la Iglesia Católica Romana declaró por primera vez que la vida humana merecía total protección desde el momento de la concepción. La declaración, entonces

un punto de vista nuevo de esa institución, tuvo mucho impacto, y ha sido muy debatida. Los tribunales internacionales, y muchos tribunales nacionales, adoptan la posición de que la protección jurídica de las personas empieza cuando nacen vivas y viables. La mayoría de los tribunales nacionales consideran que no es su deber entrar en discursos morales, espirituales y filosóficos, sino interpretar la ley de acuerdo a sus tradiciones jurídicas. Sin embargo, algunos países tienen disposiciones en sus constituciones políticas que reflejan las declaraciones de la Iglesia Católica Romana, explícitamente otorgando un estatus legal al feto desde el momento de la concepción. (Cook y Dickens, 2003)

En cuanto a la Constitución Política de la República de Nicaragua, su artículo 23 sobre la inviolabilidad del derecho a la vida, dispone lo siguiente: “El derecho a la vida es inviolable e inherente a la persona humana.” (Asamblea Nacional de Nicaragua, 1987) Esta formulación no hace mención de la vida antes del nacimiento, y debemos suponer por tanto, que se refiere a la persona humana nacida viva y viable.

Generalmente, se considera que los convenios internacionales de derechos humanos no son aplicables antes del nacimiento. Dos convenios han sido particularmente origen de debate: La Convención sobre los Derechos del Niño [y la Niña] (CRC), y la Convención Americana sobre Derechos Humanos. En el preámbulo de la CRC, se dice: “Teniendo presente que, como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño, "el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento"”. (Organización de Naciones Unidas (ONU), 1989)

Sin embargo, está reconocido que el primer artículo de la CRC recupera la noción del niño y la niña como seres humanos nacidos vivos y viables. En consecuencia, más que implicar que la protección del feto tiene prioridad por sobre la protección de las personas ya nacidas, la mencionada cita del preámbulo puede referir a la prestación de servicios adecuados de salud prenatal y posnatal, buena nutrición y cuidado obstétrico adecuado y accesible. No obstante, como dicen Cook y Dickens, los Estados que

interpretan que el preámbulo da derechos al no nacido, no siempre aceptan una obligación legal a otorgar estos servicios. (Cook y Dickens, 2003)

El primer artículo de la Convención Americana sobre Derechos Humanos dispone lo siguiente: “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción”. (ONU, 1969) La inclusión de la expresión “en general”, indica un reconocimiento de que la protección del feto no significa renunciar a la protección de la vida de la persona ya nacida. En el caso del aborto, la protección del feto no necesariamente es una prioridad frente a la preservación de la vida, la salud y el bienestar de la mujer, o de otros niños y niñas bajo su custodia.

Frecuentemente mencionado en relación con este debate, es la histórica decisión de la Suprema Corte de Estados Unidos de 1973 en el caso *Roe vs. Wade*, en la cual la Corte reconoció el derecho constitucional a la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal. En 1981, esta decisión fue tratada en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. La Comisión concluyó que la decisión en el caso *Roe vs. Wade* es compatible con la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y sostuvo que la Convención Americana no es aplicable al no nacido. (Cook y Dickens, 2003)

Los defensores de intervenciones legales en el embarazo y restricciones al aborto, frecuentemente recurren a un discurso que describe el feto como un niño todavía no nacido, equiparando sus necesidades, sus vulnerabilidades y sus emociones con los de un niño ya nacido. De esa manera defienden la necesidad de restringir las libertades de la persona ya nacida (la mujer) en base de un argumento de proteger al “niño no nacido” contra un abuso infantil *in vitro*. (Martin y Coleman, 1995)

Está implícito en ese tipo de argumentación que las mujeres embarazadas constituyen una categoría particular de mujeres, quienes no pueden compartir los derechos básicos de los cuales gozan los otros ciudadanos y ciudadanas. En la creación de derechos para el feto, se construye un imaginado conflicto materno-fetal, en el cual el feto ya

no es visto como una parte integrada e inalienable de la persona embarazada, sino como una persona independiente de la mujer, con necesidades contrapuestas a las necesidades de ella. (Martin y Coleman, 1995)

3.5. Resumen del capítulo

En este capítulo he presentado una aclaración de los conceptos centrales y el marco teórico de la tesis. Los conceptos que considero más importantes para la tesis y de los cuales he presentado definiciones, son los siguientes: salud reproductiva y su interrelación con los derechos humanos, aborto, mortalidad materna o reproductiva, género, y maternidad. El marco teórico de la tesis comprende teorías que tratan temas relacionados con estos conceptos, como son: teorías de género en la historia, la interrelación Estado-género, el problema de los abortos inseguros y la relación entre la legislación del aborto y los derechos humanos.

Según Rodríguez Sáenz (2005), la historia de género en América Central ha experimentado un gran desarrollo en las últimas décadas, aunque ciertas áreas de estudio no han recibido debida atención, especialmente el estudio de los mecanismos de control de la sexualidad y la reproducción. Según Molyneux (2003), el interés por la ciudadanía y las interrelaciones Estado-género en América Latina se reavivó en la década de 1980. Hemos visto que la relación dinámica entre género, sociedad y Estado puede ser estudiado para averiguar la relación entre el poder del Estado y leyes sobre mujeres, como sugiere Scott (1986).

La muerte reproductiva y los abortos inseguros constituyen un problema serio de salud a nivel mundial, y las cifras son alarmantes en la región de América Latina y el Caribe. Llovet y Ramos (1998) dicen que las investigaciones sobre este tema deben estudiar de manera sistemática la dimensión sociopolítica del aborto inducido.

Los tribunales de derechos humanos internacionales, y la mayoría de tribunales nacionales, consideran que el derecho a la vida es aplicable a la persona humana nacida viva y viable. (Cook y Dickens, 2003) Sin embargo, defensores de

30

restricciones radicales del aborto, recurren a un discurso que otorga derechos al feto como una “persona no nacida”, así construyendo un supuesto conflicto materno-fetal. (Martin y Coleman, 1995)

4. Contexto histórico

4.1. Breve trasfondo histórico de Nicaragua

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, viven aproximadamente 5,532 000 de habitantes en Nicaragua. (OMS, 2008b) La región del Pacífico es la zona más densamente poblada, y es el centro de poder económico y político del país. Las Regiones Autónomas del Atlántico Norte y Sur son escasamente pobladas y carecen de infraestructura. Estas zonas han sufrido y siguen sufriendo exclusión de los sistemas nacionales de poder y de toma de decisiones. En gran parte, son habitadas por comunidades criollas e indígenas. (Library of Congress Federal Research Division, 2005)

Nicaragua tiene una historia convulsionada, caracterizada por el intervencionismo externo y la guerra civil interna. El largo período de dictadura de la familia Somoza, que duró prácticamente ininterrumpida de 1936 a 1979, era caracterizado por grandes diferencias sociales, censura, represión y violencia institucional. Especialmente en los últimos años de la dictadura, el país enfrentaba una situación económica y social muy difícil. Gran parte de la población vivía en un estado de pobreza, sin acceso a servicios adecuados de salud y de educación.

En 1961, como respuesta a esa situación, el Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN) fue formado por Carlos Fonseca, Tomás Borge y Silvio Mayorga. Iniciaron una lucha guerrillera contra la dictadura, que en 1966 estuvo presidida por Anastasio Somoza Debayle. Un terremoto en 1972 tuvo graves consecuencias para la población, con un efecto especialmente devastador en la capital Managua. Esto, junto con el asesinato al conocido periodista Pedro Joaquín Chamorro por los militares en 1978, contribuyó a aumentar la oposición civil al régimen. Mujeres sandinistas crearon en 1977 la Asociación de Mujeres ante la Problemática Nacional, que más tarde se llamaría Asociación de Mujeres Nicaragüenses Luisa Amanda Espinoza (AMNLAE).

El 19 de julio de 1979, la lucha del FSLN culminó en una insurrección popular

masiva y lograron tomar el control del palacio nacional. Con Daniel Ortega Saavedra como presidente, se instalaron en el poder e iniciaron un proyecto de gobierno que tendría profundos impactos en la organización social del país. Poco después empezó una guerra contrarrevolucionaria contra la revolución sandinista, con el apoyo financiero y militar del gobierno estadounidense. La guerra tendría fuertes impactos en Nicaragua y en la región centroamericana durante la mayor parte de la década de 1980.

En 1990 se celebraron elecciones democráticas y ganó una coalición de catorce partidos llamada UNO, liderada por Violeta Barrios de Chamorro, viuda del periodista Pedro Joaquín Chamorro y conocida opositora a la política del FSLN. Con Barrios de Chamorro en la presidencia, se inició un período de políticas neoliberales y reformas al modelo del Fondo Monetario Internacional, y en las siguientes elecciones los votantes siguieron apoyando a gobiernos liberales de la derecha. En 1996 Arnoldo Alemán fue electo presidente, y en 2002 ganó Enrique Bolaños Geyer. En las elecciones de 2006, 16 años después de la pérdida de 1990, ganó nuevamente el FSLN, siempre con Daniel Ortega como candidato a la presidencia. (Booth y Walker, 1999, González y Kampwirth, 2001, Kampwirth, 2008)

4.2. Políticas de género: De la revolución al neoliberalismo

El artículo 27 de la Constitución Política de la República de Nicaragua, proclamada en 1987 por el gobierno revolucionario del FSLN, establece el derecho a la no-discriminación “por motivos de nacimiento, nacionalidad, credo político, raza, *sexo*, idioma, religión, opinión, origen, posición económica o condición social”⁷. (Asamblea Nacional de Nicaragua, 1987) Después de llegar al poder, los sandinistas introdujeron varias medidas dirigidas a cambiar aspectos fundamentales de la desigualdad entre hombres y mujeres. Sin embargo, en la práctica había considerable distancia entre la

⁷ Mi cursiva

intención y la realización de estas ideas. (Molyneux, 1985)

En la lucha revolucionaria, el FSLN integró y movilizó a muchas mujeres. Según Molyneux (1985), antes de la toma del poder las mujeres constituían alrededor de un 30 por ciento de sus fuerzas de combate. Muchas que no se organizaron en la guerrilla contribuyeron y apoyaron de manera más indirecta a la lucha del movimiento. El FSLN debe su gran éxito revolucionario más que nada a esta aparente habilidad de trascender la separación de género y de clase en la lucha de oposición al régimen, dice Molyneux (1985). Como propone Karen Kampwirth (2004), un resultado de la lucha guerrillera fue que miles de mujeres tuvieron la oportunidad de trascender sus roles tradicionales de género, y obtener conocimientos organizativos fundamentales para luego poder organizarse en movimientos civiles y políticos.

Sin embargo, argumenta Molyneux (1985), aunque bien el rol social de las mujeres en este tiempo fue politizado, esto no significó que los roles tradicionales de género se disolvieron. Muchas de las estructuras de división y discriminación sexual permanecieron intactas. Un ejemplo es la estrategia de reclutamiento del FSLN, que puso énfasis en el papel de la mujer como una figura maternal en la creación de una sociedad más justa y humanitaria. Según Lois Wessel (1991), las mujeres eran concebidas y descritas como las madres de los mártires de la lucha revolucionaria, o como las futuras madres de los ciudadanos de la nueva sociedad.

Algunas autoras indican como un problema la insistencia de la organización de mujeres sandinistas, AMNLAE, en la supuesta interdependencia entre la emancipación de la mujer y la realización de los objetivos de la revolución. Un ejemplo es el apoyo aparentemente incondicional que AMNLAE promovió al FSLN, un partido dominado por líderes hombres, sin simultáneamente promulgar críticas al sistema jerárquico y patriarcal existente en el mismo partido. (Molyneux, 1985, Kampwirth, 2004)

La parte conservadora de la Iglesia Católica era la más poderosa institución de

ideología opuesta a la política del FSLN, y ejercía gran influencia para reducir las reformas en las áreas relacionadas con la educación, la esfera de la familia y el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva. En adición, la difícil situación nacional que resultó de la contrarrevolución tuvo impacto en las prioridades del gobierno. En muchos casos debía ganar el pragmatismo político por sobre de la ideología social, comprometiendo especialmente las políticas dirigidas a la igualdad de género. (Molyneux, 1985)

Bajo el gobierno de Violeta B. de Chamorro, las ideas feministas fueron retórica y prácticamente atacadas y las políticas oficiales buscaron reforzar la tradicional división sexual de labores. (Kampwirth, 2004) Según Wessel (1991), en este período los derechos reproductivos de la mujer fueron ignorados y limitados. La Iglesia Católica y el movimiento llamado Pro-familia, que promovía restricciones radicales a la accesibilidad al aborto y la educación sexual, ejercieron una fuerte influencia. Se retiró el programa de educación sexual en la escuela pública y se cancelaron varios programas de salud materna-infantil. Durante el período de gobierno de Barrios de Chamorro, por primera vez en Nicaragua se empezó a hablar de una feminización de la pobreza. (Wessel, 1991)

En esta realidad, las organizaciones no gubernamentales feministas se multiplicaron, con la ayuda de organizaciones y redes internacionales y pan-americanas. Desde entonces, las fronteras entre el Estado y la sociedad civil se clarificaron y los movimientos feministas adoptaron una posición más autónoma, frecuentemente en oposición hacia el Estado. (Ewig, 1999)

4.2.1. Movimientos de mujeres en Nicaragua: Feminismo y anti-feminismo

La fuerza del movimiento de mujeres en Nicaragua es a menudo vista como un resultado de la organización de tantas mujeres en la guerrilla y en la política durante la revolución sandinista, como podemos ver en la obra muy interesante de Karen Kampwirth sobre feminismo y revolución (2004). No obstante, como dice Victoria González (2001), se evidencia el activismo político de las mujeres nicaragüenses ya

desde la primera mitad de los 1800. En los 1880 surgieron los primeros movimientos sufragistas y en 1920, un grupo de mujeres de la clase media de la zona urbana del país empezaron a identificarse como feministas.

Esta primera ola del feminismo ganó fuerza y recorrió el país hasta la década de 1940, cuando una nueva generación de mujeres se apropió del movimiento feminista, dice González (2001). Creció un movimiento de mujeres anti-feministas, organizadas en el Partido Liberal Nacionalista de los Somoza. Aunque estas mujeres, la mayoría católicas de la clase media de la región del Pacífico, promovían el acceso de la mujer a la educación, al trabajo y a la participación política, no se identificaban con el feminismo. Las mujeres pro-somocistas defendían un régimen sumamente clientelista, en el cual las mujeres fueron sistemáticamente oprimidas a través de la institucionalización de la prostitución y la violencia sexual contra prisioneras. El movimiento de mujeres somocista era anti-feminista en el sentido de que impidió el crecimiento de la primera ola del feminismo en Nicaragua, y frenó considerablemente la reaparición del feminismo en la segunda mitad del siglo XX. (González, 2001)

Durante los últimos años de la dictadura de Somoza, la corrupción, el desempleo y la represión aumentó significativamente, y el enfoque en la ciudadanía de la mujer y su acceso al trabajo disminuyó. En ese tiempo, algunas de las mujeres somocistas empezaron a apoyar al movimiento sandinista. Después de la revolución sandinista, la gran masa de mujeres que se habían movilizado en la lucha anti-somocista empezó un proceso para independizarse del partido FSLN y consolidarse como movimientos civiles autónomos. En ese período emergió y creció una segunda ola del feminismo en Nicaragua. (González, 2001)

Simultáneamente, como una reacción a la reaparición del feminismo, emergió un nuevo movimiento anti-feminista⁸. Algunas organizaciones que tenían fuertes lazos

⁸ Para la definición de Kampwirth del término anti-feminista, véase KAMPWIRTH, K. (2008) Neither
36

con el Estado, empezaron en la década de 1990 a ejercer influencia en los ministerios de la salud, la educación y la familia. Abogaron por una política más conservadora, y uno de sus objetivos primarios era la abolición del derecho al aborto terapéutico. Los grupos anti-feministas no son un movimiento en la misma manera que podemos describir el movimiento feminista, dice Kampwirth (2008). Mientras un gran número de organizaciones, grupos y personas en Nicaragua se identifican con el movimiento feminista, hay muy pocas organizaciones que abiertamente están en oposición a él. La mayoría de ellas se definen a sí mismos no como anti-feministas, sino como pro-vida o pro-familia, y son pocas organizaciones en total. (Kampwirth, 2008)

Sin embargo, tal y como sugiere Kampwirth, la fuerza de un movimiento no necesariamente tiene correlación con su número de integrantes. Hacia la mitad de la primera década de 2000, la fuerza del movimiento anti-feminista en Nicaragua había aumentado en mayor grado que la del movimiento feminista, en cuanto a su influencia en y acceso a instituciones centrales del Estado. Esto se debe principalmente a que los grupos anti-feministas gozan de un considerable apoyo de la jerarquía de la Iglesia Católica y de varias organizaciones evangélicas conservadoras. También tienen el apoyo económico de diferentes redes internacionales, tales como el Pro-Life International, una organización con base en los Estados Unidos que promueve la prohibición del aborto. (Kampwirth, 2008)

4.3. El FSLN en un nuevo período

Desde que perdió las elecciones en 1990, el partido sandinista, liderado por Daniel Ortega, intentaba buscar la vía para volver a gobernar el país. La pérdida electoral había llevado a una crisis interna del FSLN, y no faltaban las voces críticas a las tendencias jerárquicas, patriarcales y personalistas que se habían ido desarrollando en el partido. A mitad de la década de 1990 se fundó el partido disidente Movimiento

Renovador Sandinista (MRS). En ese tiempo, durante el gobierno de Arnoldo Alemán, se formaron alianzas estratégicas entre el FSLN y el partido liderado por Alemán, el Partido Liberal Constitucionalista (PLC). (Marenco, 2008)

Esta alianza entre los dos partidos, popularmente llamada El Pacto, causó y sigue causando fuertes reacciones críticas en Nicaragua. Según Dionisio Marenco, alcalde de Managua por el FSLN entre 2004 y 2008, la alianza sirvió en un primer lugar el objetivo de garantizar al FSLN la recuperación de espacios políticos y una presencia en las instituciones públicas del Estado. Según dice Marenco, se cumplió tan bien con ese objetivo que fue decisivo para que el FSLN ganara las elecciones presidenciales en 2006. (Marenco, 2008) El Pacto ha sido criticado por contribuir a establecer un sistema prácticamente bipartidista, donde los dos partidos mayoritarios reparten entre sí los espacios políticos y estratégicos de poder, y donde se negocian tratados secretos entre los líderes partidarios.

Un ejemplo es el caso del mencionado ex-presidente Arnoldo Alemán, quien en diciembre de 2002 fue sentenciado a 20 años de cárcel por los delitos en perjuicio del Estado de lavado de dinero, fraude, malversación de fondos, asociación e instigación para delinquir y delito electoral, sentencia ratificada en apelaciones en 2007. En enero de 2009, Alemán, junto con las otras personas relacionadas con estos delitos, fue liberado de toda responsabilidad. El sobreseimiento definitivo fue emitido por la Sala Penal de la Corte Suprema de Justicia, y ha sido denunciado por diversos medios de comunicación como la culminación de un proceso de negociaciones entre Alemán y Daniel Ortega. (Equipo Envío, 2009, Redacción BBC Mundo, 2009)

Daniel Ortega, por su parte, fue acusado en 1998 por su hijastra Zoilamérica Narváez Murillo, por haber abusado sexualmente de ella desde los once años de edad. La denuncia fue bloqueada en los tribunales nacionales, ya que Ortega se amparó en su inmunidad legislativa como entonces diputado de la Asamblea Nacional. El caso fue presentado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), como una denuncia contra el Estado de Nicaragua por obstrucción y denegación de justicia.

En octubre de 2001 el caso fue declarado admisible, y Ortega renunció su inmunidad jurídica para que el caso pudiera ir a la corte. Sin embargo, en diciembre de 2001 fue sobreesido, al declararse prescrito el caso. En marzo de 2002, el CIDH sugirió una solución amistosa entre el Estado y la demandante, y el proceso de negociación siguió hasta febrero de 2003, cuando Zoilamérica Narváez abandonó el caso. En 2004 se reconcilió públicamente Zoilamérica Narváez con su madre, Rosario Murillo. (Redacción BBC Mundo, 2001a, b, Equipo Nitlapan Envío, 2008b)

Este caso tuvo repercusiones imprevistas, cuando en agosto de 2008 Ortega no acudió a la ceremonia de la toma de posesión de la presidencia de Fernando Lugo en Paraguay, a la que estuvo invitado. Supuestamente, suspendió el viaje debido a un pronunciamiento oficial de la Secretaria de la Mujer del gabinete de Lugo, Gloria Rubín, quien repudió la presencia en el país del “violador Daniel Ortega Saavedra”. Una semana después, Daniel Ortega viajó a Honduras para participar en la firma del ingreso de ese país al tratado comercial ALBA, donde fue recibido con grandes protestas y manifestaciones callejeras relacionadas con las acusaciones de abuso sexual. En rechazo de la acogedora bienvenida dada al presidente nicaragüense por las autoridades hondureñas, la Ministra del Instituto de la Mujer de Honduras, Selma Estrada, renunció a su cargo. (Equipo Nitlapan Envío, 2008b)

En la campaña electoral del FSLN de 2006, era notable un cambio de discurso del partido. ¿En qué manera había cambiado su retórica? Lo más inmediatamente visible fueron los colores. Como lo dice Kampwirth (2008), el rojinegro característico del FSLN se volvió rosado, y Daniel Ortega cambió su traje militar por una camisa blanca. Grandes afiches de colores alegres pronunciaban el eslogan “Unidad y reconciliación”, mostrando fotos de Ortega dándose la mano con antiguos enemigos de la lucha contrarrevolucionaria. Su candidato a vicepresidente fue el ex-comandante de la guerrilla contrarrevolucionaria, Jaime Morales Carazo. En otros afiches se podía leer el eslogan “¡Respeto a la propiedad!”, marcando claramente un distanciamiento de la política de expropiación de tierras de los años 1980. Al mismo tiempo, el discurso todavía se centraba en la lucha contra la pobreza, el desempleo, el hambre y

la corrupción. (BBC Mundo, 2006a, b)

De esta estrategia de la “reconciliación”, un factor provocó reacciones especialmente fuertes: la nueva alianza del FSLN con la parte conservadora de la Iglesia Católica. Un poco más de un año antes de las elecciones, Daniel Ortega y su pareja por 27 años, Rosario Murillo, se casaron en una ceremonia católica. El casamiento fue una señal del acercamiento a la jerarquía religiosa por parte de Ortega y su partido. Rosario Murillo lideró la campaña electoral de Ortega y se transformó en un importante personaje político a su lado. Sus pronunciamientos acertados sobre la intención del partido de abolir el aborto terapéutico fueron vistos como un paso definitivo hacia una alianza con la Iglesia Católica. Según Kampwirth (2008), las elecciones de 2006 son representativas de una tendencia regional, en la cual aparecen y crecen sofisticados movimientos anti-feministas como una reacción a la segunda ola del feminismo. (Kampwirth, 2008)

Las críticas tras la decisión de abolir el aborto terapéutico no son las únicas que ha sufrido el gobierno sandinista en su nuevo período en el poder. El antes mencionado Pacto es objeto de mucha discusión. El FSLN y el PLC son acusados de dividir entre sí los poderes institucionales del Estado, de ejercer clientelismo y de politizar aparatos supuestamente autónomos del Estado. El gobierno es criticado por no cumplir con sus promesas en la reducción de la pobreza y el alto nivel de desempleo y subempleo, y por la falta de transparencia y mal manejo de las finanzas públicas. (Equipo Nitlapan Envío, 2008a, b, Báez, 2009) A inicios de 2009, El Nuevo Diario publicó los resultados del estudio Índice de Percepción de la Corrupción 2008, en el cual Nicaragua aparece como el país más corrupto de América Central. (Martínez, 2009b)

El organismo civil de observación electoral Ética y Transparencia, ha llevado a cabo una investigación de las elecciones municipales de Nicaragua, las cuales se realizaron en noviembre de 2008 en los municipios del Pacífico, y en enero de 2009 en los municipios de las regiones Atlánticas. En la investigación se concluye que hubo irregularidades y fraude en al menos 40 municipios del Pacífico. (Martínez, 2009a)

Las acusaciones de fraude electoral han llevado a una crisis de legitimidad del gobierno, al que se le acusa de haber garantizado el control del Consejo Supremo Electoral, restando credibilidad a la autonomía de esa institución. (Equipo Nítlapan Envío, 2008b, a)

Alarmante también, es la cada vez más difícil situación que viven las organizaciones no gubernamentales (ONG) y los activistas de la sociedad civil bajo el actual gobierno, y especialmente aquellas organizaciones que trabajan los temas de los derechos de la mujer y la niña, y los derechos sexuales y reproductivos.

En noviembre de 2007, fue presentada una denuncia ante la Fiscalía General de la República contra nueve mujeres dirigentes de redes y organizaciones feministas de Nicaragua. Se trata de acusaciones de cometer los delitos de encubrimiento y asociación ilícita para delinquir, y la apología del delito de aborto. La acusación fue vinculada al llamado Caso Rosita, mundialmente conocido en 2003, cuando una niña nicaragüense de nueve años quedó embarazada por una violación. Las nueve mujeres acusadas fueron involucradas en el Caso Rosita, por su acompañamiento y apoyo público a la familia de la niña, y por abogar por el derecho de la niña a interrumpir su embarazo. (Equipo Envío, 2008) En mayo de 2009, la investigación de las acusaciones contra las nueve mujeres todavía estaba sin resolver en la Fiscalía.

De manera similar, en octubre de 2008, la Fiscalía General de la República inició una investigación de ocho ONG nacionales e internacionales, acusadas de lavar dinero y triangular fondos ilegalmente para sus actividades. En este caso también se empleaba el término “apología del delito”, refiriendo a aquellas organizaciones que organizaban actividades para protestar contra la penalización del aborto terapéutico e informar sobre los derechos en salud sexual y reproductiva. Las acusaciones fueron desestimadas el 22 de enero de 2009, pero poco después se anunció que la Cancillería de la República preparara un manual de regulación de los fondos de la cooperación externa que reciben las ONG. (Equipo Envío, 2009)

También en octubre de 2008, Dora Zeledón, la directora de la organización autónoma pero tradicionalmente afiliada al FSLN, AMNLAE, puso su renuncia de esa organización tras alegar que las bases del FSLN le estaban sometiendo a amenazas y “hechos que violentan la autonomía, lineamientos de estrategia y estatutos de nuestra organización”. (Potosme, 2008)

4.4. La reforma del Código Penal de Nicaragua y la polémica del aborto

El nuevo Código Penal de Nicaragua fue aprobado finalmente en la Asamblea Nacional en noviembre de 2007. El nuevo Código Penal es el quinto en la historia del país, y varios elementos de la reforma del código han originado debate en el país. Podemos destacar en ese aspecto, el cambio de las penas por el delito de lavado de dinero, el cambio de las penas por los delitos de abuso sexual, la abolición del artículo que penalizaba el llamado delito de “sodomía”, y la abolición del artículo que garantizaba el aborto terapéutico. (Picado, 2008)

El nuevo Código Penal fue aprobado en lo general en 2000. En 2002 empezó el largo proceso de aprobación del código en lo particular. Regularmente, los 568 artículos del código debieran haber sido aprobados según su numeración. Por ende, la discusión de los artículos que conciernen los delitos contra la vida, entre los cuales se destaca la figura del aborto, estaba determinada para julio de 2004. Pero la polémica discusión del aborto no se podía resolver fácilmente en la Asamblea. (Palacios, 2004) La discusión de estos artículos fue suspendida por más de dos años, mientras los legisladores siguieron discutiendo la aprobación de los otros artículos del código.

En el Código Penal aprobado en lo general en 2000, la figura del aborto terapéutico quedó vigente. Esta estipulaba que el aborto terapéutico “será determinado científicamente, con la intervención de tres médicos especialistas del Ministerio de Salud y el consentimiento de la mujer. Este no será punible en ningún caso”.

(Marenco, 2000b) Pero en relación con la reforma legislativa en curso, se reavivó el debate público sobre el aborto en Nicaragua⁹. En agosto de 2000, la jerarquía de la Iglesia Católica llamó a realizar una marcha contra el aborto para manifestar su opinión frente a los diputados de la Asamblea Nacional: Que el aborto terapéutico era “la manera que se ha encontrado para legalizar el aborto”, y que debería ser penalizado. (Marenco, 2000a)

El movimiento feminista por su parte, acusaba a los legisladores de modificar la tipificación de los delitos en función de los intereses de la Iglesia Católica y de ciertos partidos políticos, comprometiendo los derechos de las mujeres y los niños y niñas. Estas acusaciones estaban relacionadas, entre otro, con que el nuevo Código Penal bajara las penas para agresores sexuales y en los casos de violencia intrafamiliar, y con las indicaciones de que se pudiera abolir el aborto terapéutico del Código Penal. (Sandoval, 2002)

El 6 de octubre de 2006, a pocas semanas de las elecciones presidenciales, líderes religiosos de la Iglesia Católica y de las comunidades evangélicas en Nicaragua unieron sus fuerzas para organizar una marcha contra el aborto terapéutico en Managua. Lograron movilizar a una gran cantidad de personas, y fueron atendidos frente a la Asamblea Nacional por la Junta Directiva. Los líderes de la marcha entregaron al presidente de la Asamblea Nacional, René Núñez, una lista que supuestamente contuvo cerca de doscientas mil firmas demandando la derogación de la figura del aborto terapéutico. Núñez se comprometió públicamente a reformar la ley de acuerdo a la demanda de los líderes de la demostración y derogar dentro de poco tiempo, el artículo que permitía el aborto terapéutico. (Pérez y Pérez, 2006)

⁹ Para una perspectiva detallada del debate sobre la figura del aborto terapéutico en 2000, véase LUZ MCNAUGHTON, H., BLANDON, M. M. & ALTAMIRANO, L. (2002) Should Therapeutic Abortion Be Legal in Nicaragua: The Response of Nicaraguan Obstetrician-Gynaecologists. *Reproductive Health Matters*, 10 (19), 111-119. <<http://www.jstor.org/stable/3775779>> [29/1/2009]

Y efectivamente, veinte días después de la manifestación, el artículo 165 fue derogado del Código Penal vigente con votación unánime de la Asamblea Nacional. La decisión produjo un debate explosivo en el país. Organismos de derechos humanos, movimientos de mujeres y el gremio médico, tanto internacionales como nacionales, se pronunciaron fuertemente en contra de la derogación. Grupos en oposición y a favor del aborto terapéutico, respectivamente iniciaron campañas mediáticas para influir en los diputados e incidir en la comunidad vociferando sus opiniones del tema. Para la sociedad civil que trabaja por los derechos de las mujeres y las niñas, y para la gran mayoría del gremio médico, la esperanza era que se pudiese revertir la decisión en la votación sobre los artículos del aborto en el nuevo Código Penal, en septiembre del año siguiente. (López Vigil, 2007)

El 12 de enero de 2007, la Campaña 28 de Septiembre por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe y el Movimiento Autónomo de Mujeres (MAM), con la asesoría técnica-jurídica del Centro de Derechos Constitucionales, presentaron ante la Corte Suprema de Justicia un recurso por inconstitucionalidad contra la ley 603, Ley de Derogación al Artículo 165 del Código Penal Vigente. (Centro de Derechos Constitucionales, 2007) El recurso nunca fue resuelto en la Corte.

Algunos políticos, notablemente los diputados del partido MRS y el diputado liberal José Pallais, trataron de resolver el conflicto proponiendo incluir en el nuevo Código Penal una eximente a la penalización. (Pantoja, 2007, Asamblea Nacional de Nicaragua, 2007a) Sin embargo, en la votación final sobre estos artículos el 13 de septiembre de 2007, el aborto terapéutico quedó penalizado por 62 votos a favor y tres en contra. (El Nuevo Diario, 2007) El nuevo Código Penal fue aprobado finalmente en noviembre del mismo año, y entró en vigencia el nueve de julio de 2008¹⁰.

¹⁰ Consúltense los artículos del nuevo Código Penal que conciernen el aborto en Anexo 3.

Se interpuso entonces otro recurso de inconstitucionalidad, debido a que el nuevo Código Penal anuló la ley 603. El recurso de inconstitucionalidad parcial contra el nuevo Código Penal fue presentado ante la Corte Suprema de Justicia el 15 de julio de 2008. (Equipo Nitlapan Envío, 2008a) La Sala de lo Constitucional de la Corte no emitió sentencia dentro del plazo de 45 días correspondientes según el artículo 49 de la Ley de Amparo (Sala de lo Constitucional), y en mayo de 2009 el recurso todavía estaba sin resolver en la Corte.

4.5. Resumen del capítulo

En este capítulo he presentado un breve recorrido de la historia contemporánea de Nicaragua, concentrándome en los sucesos relacionados con la revolución sandinista en 1979, y la época que siguió con la pérdida del partido sandinista en las elecciones democráticas de 1990. También presenté de manera breve un panorama del surgimiento de los movimientos de mujeres del país. Pretendí resumir cómo las políticas de género cambiaron del período de los sandinistas en la década de 1980, al gobierno neo-liberal de Violeta B. de Chamorro en la década de 1990. En esa época, creció un sofisticado movimiento anti-feminista como una reacción a la segunda ola del feminismo en Nicaragua, dice Kampwirth (2008). Estas organizaciones tenían considerable influencia en instituciones importantes del Estado a mitad de la primera década de 2000, cuando se estaba discutiendo la aprobación de un nuevo Código Penal en Nicaragua.

Como parte de su estrategia electoral para las elecciones presidenciales de 2006, el FSLN demostró un acercamiento a la jerarquía católica, y se pronunció a favor de la abolición del aborto terapéutico. En este período, se realizó una marcha grande en contra del aborto liderada por las iglesias Católica y evangélicas de Nicaragua, y en un pronunciamiento público la Junta Directiva de la Asamblea Nacional se comprometió a derogar del Código Penal vigente, el artículo que garantizaba el aborto terapéutico. La decisión creó reacciones fuertes y un intenso debate público. El 26 de octubre de 2006, la Asamblea Nacional derogó el artículo del aborto terapéutico del Código Penal vigente, y a pesar de las muchas críticas de la comunidad internacional

y de la sociedad civil nicaragüense, el nuevo Código Penal fue aprobado en noviembre de 2007 sin que se lograra revertir la penalización total del aborto.

5. Análisis

5.1. El trasfondo de la penalización del aborto terapéutico

¿Por qué se penalizó el aborto terapéutico en Nicaragua, en un período en que los derechos reproductivos de la mujer son cada vez más reconocidos a nivel internacional? Por cierto, la pregunta es amplia y no tiene una respuesta simple. Pero es necesario hacérsela para intentar de entender el clima político en el cual se llevó a cabo la reforma legislativa. En este capítulo, me propongo analizar el trasfondo de la penalización del aborto terapéutico en Nicaragua en 2006. Como base para el análisis utilizaré la información recogida en las entrevistas. También analizaré algunos de los argumentos que presentaron los legisladores en el debate en la Asamblea Nacional el 26 de octubre de 2006. Consideraré los siguientes temas: ¿Por qué se penalizó el aborto terapéutico? ¿Cuáles eran las fuerzas principales en el proceso de reforma legislativa? ¿Cómo se caracteriza la información pública que se ha distribuido sobre esta reforma?

Como hemos visto, la penalización del aborto terapéutico fue parte de un proceso largo de negociaciones sobre la reforma del Código Penal de Nicaragua. Inicialmente, el artículo que contemplaba la figura del aborto terapéutico estaba incluido en el nuevo Código Penal, que fue aprobado en lo general en 2000. A un año de la aprobación final del nuevo Código Penal, Nicaragua se encontró en el último período de campañas políticas para las elecciones presidenciales de 2006. El contexto político de aquel entonces, era por lo tanto caracterizado por una lucha entre diversos intereses políticos y sociales.

En este período, el debate sobre el tema del aborto terapéutico, el cual tantas veces anteriores había originado debate en el país, parece haber resurgido con mayor fuerza. El tema del aborto terapéutico se integró en las campañas políticas y empezó a discutirse como uno de los ejes de campaña de varios partidos. Como he mencionado, el Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN) con Daniel Ortega como candidato a la presidencia, enfocó su campaña en la reconciliación y el acercamiento

con la jerarquía católica. Incorporaron a su retórica un discurso que atacó fuertemente la práctica del aborto. Rosario Murillo, esposa de Ortega y líder de su campaña electoral, abogó especialmente por la derogación de la figura del aborto terapéutico del Código Penal. En una entrevista en Radio Ya durante la campaña electoral, Murillo acertó que su partido decía “no al aborto, sí a la vida”. (Kampwirth, 2008)

Un acontecimiento tuvo particular impacto. Fue anunciada la convocación a una marcha en contra del aborto, organizada por los líderes de la Iglesia Católica y las comunidades evangélicas, y por la organización civil Asociación Nicaragüense de Pro-Vida (Anprovida). La marcha iría a parar frente a la Asamblea Nacional, para demandar con una lista de firmas la exclusión de la figura del aborto terapéutico del nuevo Código Penal de Nicaragua. El mismo día que partió la manifestación, el diario nicaragüense La Prensa escribe en su editorial:

El aborto terapéutico se mantiene en el nuevo Código Penal, pero como sólo ha sido aprobado en lo general y falta aprobarlo en lo particular, es oportuna la movilización de las iglesias católica y evangélicas y de las organizaciones próvida que abogan por su exclusión. (...) tal vez ha llegado el momento de reconsiderar [la disposición legal sobre el aborto terapéutico] y excluirla del Código Penal. (La Prensa, 2006)

Frente a la manifestación, el presidente de la Asamblea Nacional, René Núñez, se comprometió a proponer a la Asamblea Nacional una reforma al Código Penal vigente, anunciando que eso sería la manera “más rápida de cumplir con la demanda de los sectores religiosos”. Se pondría el tema en la agenda dentro de una semana, pronunció Núñez. (Pérez y Pérez, 2006) Este acontecimiento contribuyó a cambiar el panorama. De pronto, el debate sobre la derogación del artículo del aborto terapéutico ya no se trataba del nuevo Código Penal, como estaba previsto, sino que se propuso como una reforma de la legislación vigente. ¿Qué significó esto?

Primero podemos decir que con esta decisión, se redujo el período de tiempo previsto para discutir la derogación, en el cual se podría haber hecho las debidas consultas a diferentes sectores de la sociedad. Varias de las personas que entrevisté expresaron que se sentían excluidos del proceso de toma de decisión por el corto período de

tiempo que se tomó para discutir la propuesta. Wendy Flores, abogada del Centro Nicaragüense de Derechos Humanos (CENIDH), dijo que la ley 603 (Ley de Derogación del Artículo 165) fue aprobada sin que se respetara lo establecido por la ley de participación ciudadana para el proceso de aprobación de una ley. Flores expresó que se debía haber realizado consultas e investigaciones con médicos, científicos y expertos en derecho. “Nunca hubo diálogo con los diputados de la Asamblea Nacional, porque (...) nos agarró, cómo decirlo, como de sorpresa. Nunca esperamos que iban a penalizar totalmente el aborto”, manifestó Flores. Opinó que en el corto período de tiempo en que se aprobó la ley, no fue posible analizar los impactos que tendría la derogación de la figura del aborto terapéutico. (1C:150)

Ipas Centroamérica ha trabajado durante muchos años el tema del aborto y la salud sexual y reproductiva de las mujeres, y por tanto han jugado un rol importante en el debate público en Nicaragua sobre el aborto terapéutico. Marta María Blandón, directora de esa organización, expresó que la rápida decisión de los legisladores les tomó por sorpresa:

A pesar de que habían muchas amenazas de que esto iba a ocurrir, siempre pensamos que era una manera de mantener el límite entre nuestra demanda de aborto electivo (...) y lo que era el aborto terapéutico (...). Entonces pensamos que siempre había como un juego político, para que nosotros no pidiéramos más de lo que existía, amenazaban con quitar el aborto terapéutico. (1E:159)

Blandón describió al proceso de aprobación de la ley como “fuera de todo orden legislativo”. Según ella, el FSLN tuvo un papel central para propiciar un trámite más rápido de aprobación de la ley, “como que hubiera sido una guerra y hubiera que resolverla en término de emergencia”. Con cierto sarcasmo, añadió que “la emergencia era que querían congraciarse con la Iglesia Católica, para que estos apoyaron su campaña política (...)”. (1E:160) Víctor M. Gutiérrez Mendoza, coordinador del equipo regional de Occidente del Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud (CISAS), dijo que durante el proceso de aprobación de la ley, prácticamente no hubo diálogo entre la sociedad civil y el Estado. Gutiérrez caracterizó el proceso como excesivamente rápido y opinó que se habría necesitado

más tiempo para poder analizar la propuesta de ley. Él también expresó sorpresa por la decisión tomada: “[E]s un tema que se venía planteando desde hace tiempo, pero ya hablarlo de cambiarlo por ley, no se veía. (...) [F]ue rapidísimo. Se planteó, se pasó y se aprobó. No hubo tiempo de mucha discusión.” (3B:241)

Opiniones similares expresaron los otros informantes del sector de la salud con quienes hice entrevistas. Muchos expresaron que sienten una considerable distancia entre su quehacer profesional y lo que se decide a nivel de la política nacional, y que sienten que sus experiencias y opiniones no son tomadas en cuenta. E.F., especialista en medicina familiar del Hospital de Nueva Guinea, expresó que los legisladores están muy ajenos al quehacer diario de los profesionales de la salud que trabajan a lo largo del país. “[N]o es lo mismo estar haciendo política (...) a aplicar esas políticas ya directamente en el terreno con la gente”, dijo E.F. (3D:257) [Nombre Omitido (N.O.)], quien tiene un cargo superior de un hospital materno-infantil en Nicaragua, y cuyo nombre permanecerá anónimo, expresó de manera similar que “desgraciadamente no somos los que hacemos el ejercicio de la profesión, los que hacemos las leyes.” (3G:286)

S.C., ginecóloga y obstetra del Hospital Bertha Calderón en Managua, comentó que los legisladores generalmente tienen poco conocimiento sobre lo que sucede en los hospitales, y sobre las necesidades de las mujeres. Por ende, “se ponen a hacer leyes inútiles, que no tienen ninguna función de ser, más que un contenido político”, opinó S.C. (3E:268) Ella dijo que aunque no hubo consulta por parte de los legisladores a la Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia (SONIGOB), la SONIGOB por iniciativa propia contactó a los legisladores para mandar una propuesta de ley. Sugirieron una lista específica de condiciones para las cuales se debía despenalizar la interrupción del embarazo. El trabajo de incidencia y el pliego que hizo la SONIGOB no fue reconocido por los legisladores, según S.C: “[S]e hicieron seminarios con varios ginecólogos, se llenaron entrevistas, y ellos mandaron el pliego, por el que hubo una actitud negativa totalmente de la Asamblea.” (3E:269)

Ivania Lainez Ruti, coordinadora del programa integral materno infantil del SILAIS (Sistema Local de Atención Integral a la Salud) en León, también dijo que el proceso de aprobación de la ley pasó muy rápido y que no hubo consulta. Según ella, es común que las leyes en el país pasan sin las debidas consultas, pero que en los procesos de elaborar normas institucionales, los procesos de consulta son más largos. Por ejemplo, en la elaboración de los protocolos de atención de emergencias obstétricas vigentes en el país, se consultó con diferentes expertos en la materia y con los especialistas, según Lainez. (5:307)

De las personas que entrevisté, unos pocos expresaron que sí se sintieron incluidos en el proceso de discusión de la ley de derogación del aborto terapéutico. Nydia Loredó Pérez, directora de AMNLAE en León, expresó unas opiniones ambiguas al respecto. Consideró que a través de las acciones de incidencia de AMNLAE en los niveles locales, lograron un diálogo con los concejales, con el alcalde y con algunos diputados. Dijo que registraron “alguna voluntad política (...) que permitiera que por los menos el Estado se sentara a platicar”. Loredó expresó que “[e]n el caso de nosotros como asociación, se sentaron. (...) Por ejemplo la compañera Dora Zeledón abordó a varios diputados, nosotros estuvimos respaldando su diálogo.” (1B:128)

Loredó expresó en la entrevista que la prioridad máxima de su trabajo era el compromiso con los derechos de la mujer, pero curiosamente también expresó un lazo fuerte con el FSLN, lo cual tradicionalmente ha sido la posición política de esta asociación. La postura oficial de AMNLAE es que demandan la restitución del derecho al aborto terapéutico, y según Loredó han sido categóricas en esa posición. Sin embargo, es mi impresión que en mi entrevista con ella, hasta cierto punto defendió la actitud del partido sandinista en este asunto. Cuando le pregunté si había cierta decepción dentro de AMNLAE respecto a la postura del FSLN sobre el aborto terapéutico, me respondió lo siguiente: “Como mujer sí, como organización. (...) Pero sí nos dieron la oportunidad de (...) manifestar nuestra posición.” Describió como un “logro político” que AMNLAE y la entonces directora de esa asociación, Dora Zeledón, lograron que el presidente de la República se sentara con ellas en una

reunión sobre este tema. (1B:136) También insistió en que no se pudo culpar al partido sandinista por la aprobación de la ley de derogación del aborto terapéutico:

[E]l gobierno sandinista no aprobó la ley. La aprobó el gobierno de Bolaños. (...) Entonces, el actuar del partido ha sido esperar y respetar lo que ya está electo por los diputados. En ese caso, la Iglesia Católica fue la que influyó. Entonces, el no confrontarse con la Iglesia, porque es parte del Estado. (1B:132)

Cuando pregunté por el voto final en 2007, Loredó sostuvo que todavía no se había dado un voto final: “No está, dijéramos, penalizado. (...) Es algo temporal, una estrategia, que podemos cambiarla.” (1B:136) Reconoció problemas como la negativa de la Corte Suprema de resolver el recurso de inconstitucionalidad contra la ley, pero dijo que “si la estrategia política no es conveniente en este momento, presionar que se dé una resolución al fallo, es mejor darle tiempo mientras nos preparamos.” (1B:129)

Rafael Cabrera Artola, presidente de Anprovida y ginecoobstetra, expresó que su organización fue consultada por los legisladores en el proceso de discusión de la ley: “Sí fuimos consultados, y fuimos escuchados, y fuimos consultados oficialmente en la comisión que tuvo que dictaminar la ley.” Cabrera afirmó que en cuatro ocasiones habían participado en sesiones de la Comisión de Justicia de la Asamblea Nacional, y que en estas sesiones habían estado presentes también organizaciones que estaban a favor del aborto. También, dijo, “[dimos] posiciones a la Corte Suprema de Justicia, dimos también conversaciones a las diferentes bancadas de la Asamblea Nacional.” (1G:180) Cabrera opinó que hubo una consulta amplia, y que los legisladores después votaron según su conciencia: “¿Quién tuvo los argumentos que fueron aceptados por los legisladores? Nosotros. Hasta ahí puedo llegar.” (1H:186)

De manera parecida, Silvio A. Selva González, vicario general de la diócesis de León y Chinandega, expresó que sintió que fueron escuchados por los diputados en este proceso, y que la legislación del aborto en el nuevo Código Penal sigue la misma línea que propone la Iglesia. Cuando le pregunté si opinó que la actitud de la Iglesia en este asunto había influido en la decisión de los legisladores, respondió que “la Iglesia no involucra en los políticos. La política es para los laicos. (...) Pero eso no implica que

no orientemos a los políticos. Hay que orientar a los políticos.” (4:292) Expresó también que el diálogo con el gobierno últimamente había “mejorado muchísimo más”. (4:295)

La derogación del aborto terapéutico del Código Penal vigente en 2006, fue un precedente significativo a la discusión sobre los artículos del aborto en el nuevo Código Penal el año siguiente. Varias organizaciones de la sociedad civil, apoyadas por organismos de la comunidad internacional, iniciaron un trabajo para lograr revertir la decisión de los legisladores cuando votarían sobre el nuevo Código Penal en 2007. Pero ya excluido el aborto terapéutico del Código Penal vigente a través de la ley 603, este trabajo se hizo difícil. Juana Jiménez del Movimiento Autónomo de Mujeres (MAM) expresó que como no habían previsto la decisión de los legisladores, esta ubicó al movimiento de mujeres en una condición difícil. Como dijo Jiménez, “no es lo mismo luchar por que se mantenga un derecho, a ahora luchar por que se restituya”. Ella consideró que el trámite extraordinariamente rápido fue un “oportunismo” por parte del FSLN, para “a cualquier costo demostrar que sí está siendo coherente con los acuerdos con la jerarquía católica.” (1F:172)

Según Kampwirth (2008), el movimiento feminista de mujeres de Nicaragua, a pesar de su histórica fuerza y unión, sufría en 2006 de una división interna debida a conflictos personales y desacuerdos sobre discursos y simbolismos. Aunque entre las organizaciones que forman parte del movimiento hubo consenso sobre el tema del aborto terapéutico, hubo desacuerdos sobre la estrategia que debieron seguir para promover su mensaje. El movimiento anti-feminista por su parte, nunca antes había logrado una unión tan fuerte como en el período antes de las elecciones en 2006, dice Kampwirth. (Kampwirth, 2008)

Algunas de las mujeres que entrevisté se preguntaron cómo los actores que organizaron la marcha contra el aborto lograron movilizar a tantas personas, mientras que para sus propias manifestaciones por los derechos de las mujeres, no lograron movilizar a tantos. Expresaron que la experiencia les había hecho reflexionar sobre su

propia fuerza y sus estrategias. Pero también hubo las que sintieron que el tema del aborto terapéutico había llevado a una mayor unión entre diferentes organizaciones de la sociedad civil, por ejemplo a través de la coordinación de una gran variedad de organizaciones en el Grupo Estratégico por la Despenalización del Aborto Terapéutico.

El tema del aborto es, como en la mayor parte de América Latina, un tema muy controversial en Nicaragua. Cuando en octubre de 2006 el debate sobre el aborto se dio en el contexto de las campañas electorales, el debate era especialmente caracterizado por un lenguaje politizado y sensacionalista. Las retóricas utilizadas por las partes que oponían y promovían la penalización del aborto, reflejaron la densa situación política en las últimas semanas antes de las elecciones presidenciales. La información pública que se distribuyó sobre la reforma salió por la mayor parte en los medios de comunicación, y a través de las campañas mediáticas de las organizaciones civiles y religiosas.

Víctor Gutiérrez del CISAS, caracterizó la información pública que se distribuyó como muy politizada y partidista, y como una “campaña bastante fuerte, mezclado entre lo religioso y lo partidario.” Dijo que una parte de la campaña contra el aborto enfocó en acusaciones contra organismos de la sociedad civil. El PLC particularmente, sostuvo Gutiérrez, acusó a los ONG de tener clínicas donde “se estaban enriqueciendo haciendo abortos”. (3B:239) Ese tipo de acusaciones fue confirmado en mi entrevista con los representantes del sector religioso. Julio José Oporte, sacerdote en León, opinó que “hay dos grupos de médicos (...) Unos que se afilian al lado abortista, porque de alguna manera les conviene hasta en su economía personal.” (4:295)

Nydia Loredó de AMNLAE León destacó los fuertes discursos visuales que utilizaron los grupos por la penalización del aborto: “[T]oda una manipulación de videos, (...) panfletos enormes, donde presentaron los pedazos de niños que te daba pavor ver eso. Aún yo que estoy a favor, me sentí impactada (...)”. (1B:127) Wendy Flores del

CENIDH también describió los anuncios que pusieron las instituciones religiosas en los medios de comunicación:

[T]odo el día en cada comercial, una pequeña campaña pero con mensajes muy fuertes, y a veces con imágenes muy duras, muy crueles. Por ejemplo un feto dentro de una botella, un vasito, un... o sea, imágenes que impactan realmente (...) y además, con la utilización de la religión (...) (1C:149)

Mis fuentes en el sector de la salud afirmaron que no habían recibido ninguna información oficial desde el Ministerio de Salud sobre la reforma legislativa. “Porque es un tema tabú”, opinó Estela Borge Guzmán, directora de la Casa Materna de Nueva Guinea. “Aquí el Ministerio de Salud, no pasó nada. (...) Nadie iba para decir, nadie nos reunió, por lo menos a decir una mentira, pues. (...) el Estado, y sobre todo el Estado, no explicó nada.” (3F:277) [N.O.] dijo que no había visto la ley publicada, y criticó que no se había aclarado el contenido de la ley al gremio médico: “[N]o se ha hecho una definición completa a todo el gremio médico de todo lo que contiene la reforma. (...) no conocemos bien todo el código, cómo quedó.” (3G:285)

S.C. del Hospital Bertha Calderón informó que los médicos de ese hospital habían asistido a charlas abiertas y sesiones informativas sobre la figura legal del aborto, para aprender cómo la ley afectaría su trabajo diario. Ninguna de esas charlas fue organizada a nivel estatal, sin embargo: “La Sociedad de Ginecología, la universidad, la UNAN, la facultad de medicina, y llegaron abogados a hablar sobre el tema. Hubo una sesión. Entonces más o menos se aclaró la figura.” (3E:264) E.F. del hospital de Nueva Guinea expresó que sienten la falta de información clara sobre el contenido y los efectos de la nueva ley, y especialmente sobre cómo deben interpretar la ley en casos complejos. Dijo que se sienten confundidos sobre su nueva situación de trabajo:

[N]i siquiera me imagino cómo va a ser nuestra atención a ese tipo de paciente una vez que la ley esté completamente implementada. (...) el Ministerio de Salud tendrá que dar sus pautas para definir cómo nosotros vamos a actuar. (...) no nos ha reunido, ni nos ha dicho; esos casos son los que ustedes pueden hacer (...) o aclararlo, cómo va a ser la situación, todavía el Ministerio de Salud no lo ha hecho. (3D:259)

Ipas Centroamérica ha publicado un análisis de cómo se desarrolló la opinión pública

en Nicaragua ante la derogación del aborto terapéutico en los principales medios escritos de comunicación, El Nuevo Diario (END) y La Prensa (LP), en el período comprendido del 26 de octubre de 2006 al 20 de octubre de 2007. Del cien por ciento de los artículos periodísticos que estos diarios publicaron sobre aborto terapéutico en este período de tiempo (en total 338 artículos), el 61 por ciento fueron artículos publicados por END y el 39 por ciento fueron publicados por LP. La mayoría del total de los artículos, el 66,6 por ciento, presentó un enfoque a favor del aborto terapéutico. (Espinoza y Padilla, 2008)

El análisis muestra que la mayor parte de la vocería a favor del aborto terapéutico pertenecía a la sociedad civil nacional, entre los que se destacan el Movimiento Feminista, el Movimiento Autónomo de Mujeres (MAM), y el Centro Nicaragüense de Derechos Humanos (CENIDH). Además tenían presencia organizaciones internacionales como Human Rights Watch, Save The Children, y el Centro de Derechos Reproductivos. (Espinoza y Padilla, 2008)

También en la vocería a favor se destacan las sociedades y asociaciones de medicina y ginecología y las escuelas públicas de medicina, la Procuraduría de Derechos Humanos de la Niñez, la Procuraduría de Derechos Humanos de la Mujer y hasta cierto grado, el Ministerio de Salud. En el campo político formaron parte de la vocería a favor del aborto terapéutico los diputados del partido Movimiento Renovador Sandinista (MRS), y la posición de José Pallais, diputado del PLC y presidente de la Comisión de Justicia de la Asamblea Nacional. La principal vocería en contra del aborto terapéutico, según el análisis, fueron la Iglesia Católica, los partidos políticos FSLN, PLC y Alianza Liberal Nicaragüense (ALN), y las organizaciones civiles Anprovida y la Comisión por la Verdad. (Espinoza y Padilla, 2008)

Lo encontrado por Ipas Centroamérica en su análisis de los medios escritos de comunicación, se refleja en las opiniones de las personas que entrevisté. Hay gran consenso entre mis fuentes de que los actores más centrales en este proceso fueron, principalmente, de los tres siguientes sectores de la sociedad: Los partidos políticos

mayoritarios PLC y FSLN, la jerarquía de la Iglesia Católica, y las organizaciones civiles, las cuales podemos dividir en tres grupos. Primero, grupos anti-feministas como la Asociación de Pro-Vida y sus afiliados, quienes luchan contra la práctica del aborto en todas sus formas. Segundo, el movimiento feminista de mujeres y las organizaciones de salud y derechos humanos, quienes de diferentes maneras abogan por la restitución del derecho al aborto terapéutico. Y tercero, las organizaciones de tipo laboral, como son las asociaciones de médicos, ginecólogos y obstetras. Estas también en su mayoría se han pronunciado en contra de la penalización del aborto terapéutico.

No cabe duda de que la jerarquía de la Iglesia Católica tuvo bastante influencia en el proceso de reforma de la ley del aborto en Nicaragua. Eso confirmó también el presidente de la Asociación Nicaragüense de Pro-Vida, Rafael Cabrera, quien describió el trabajo por la penalización del aborto terapéutico como una cooperación entre Anprovida y otras organizaciones de tipo civil y religioso. Cabrera dijo que “lógicamente le pedimos a la Iglesia Católica y la Iglesia Evangélica que nos apoyaran”, y que este trabajo fue basado en una “unidad muy clara, muy franca, y una participación igual.” (1G:181) Si analizamos algunos de los argumentos de los legisladores que promovieron la derogación de la ley 165 durante el debate en la Asamblea Nacional el 26 de octubre de 2006, vemos que su argumentación está fuertemente influida por un discurso religioso. La diputada Delia Arellano Sandoval dijo lo siguiente en defensa de subir las penas por practicar un aborto:

Si le damos las penas bajas, ¿dónde está el valor de la vida? ¿Dónde está el valor que le da Dios a la vida? Porque la palabra de Dios dice que desde antes que nosotros seamos engendrados en el vientre de la madre, ya Dios tiene un propósito para cada uno de nosotros. (Asamblea Nacional de Nicaragua, 2007a)

De manera parecida, el diputado suplente Lombardo Martínez Cabezas dijo:

[P]arte de nuestra identidad nacional se identifica con la fe católica. (...) Decía el Papa: La justicia social pertenece al ámbito de lo político y no al ámbito de la fe. Es decir, la Iglesia de Roma nos señala el camino de lo que debe ser la praxis y el pensamiento político. (Asamblea Nacional de Nicaragua, 2007a)

Lo que también es interesante en los argumentos de los diputados, es que presentan una cierta imagen de la mujer que opta por la práctica del aborto, aludiendo a una supuesta inmoralidad e irresponsabilidad, ética y sexual, de la mujer. El diputado Noel Pereira Majano presentó una visión de “una sociedad hipócrita, que prefiere que la prostituta vaya allá, que cobre unos cuantos pesos, y luego, para seguir, para que tenga su útero vacío, va a matar al fruto de esa unión.” (Asamblea Nacional de Nicaragua, 2007a) Es interesante ver cómo Pereira se refiere a “la prostituta” en su descripción de una situación de aborto. La alusión a la prostituta tiene connotaciones históricas y simbólicas, las cuales nos pueden decir algo de la visión de la mujer que se presenta en esta cita.

Como vimos en el capítulo de contexto histórico, durante el régimen de los Somoza, la prostitución fue institucionalizada y organizada en burdeles estatales. Victoria González (2001:46) dice que para la oposición anti-somocista, la figura de la prostituta llegó a representar la corrupción moral de la dictadura, que hasta hoy es vista como un período de “extremo caos sexual”. Las mujeres somocistas eran especialmente atacadas porque no utilizaron un discurso maternalista para justificar su activismo político, dice González, a diferencia del discurso de movilización de las mujeres sandinistas. La imagen de la dictadura como un período de inmoralidad sexual fue utilizada tanto por la izquierda como por los conservadores en oposición, y esto contribuyó a reforzar normas establecidas que restringían la participación de la mujer en la esfera pública. Es decir, una mujer que asume un rol político y público, es vista como una mujer de una moral sexual dudosa. (González, 2001)

Tanto las mujeres somocistas como las mujeres anti-somocistas, han sido criticadas por sus opositores por ser mujeres públicas, en el sentido de que “mujer pública” significa tener una sexualidad corrompida que las hace trascender sus roles tradicionales de género, dice González (2001). Cuando el diputado Noel Pereira hace alusión a la prostituta y “su útero vacío”, evoca justamente este simbólico discurso. La mujer que elige la no-maternidad, tiene una sexualidad corrompida, una moral dudosa, unas intenciones impuras.

Todas estas características son antagónicas a una femineidad idealizada, basada en la percepción de que la identidad femenina está intrínsecamente relacionada con la maternidad. Es más, son características asociadas en la tradición cristiana con el pecado. En mi entrevista con el sacerdote Julio Oporte, él caracterizó a una mujer que elige un aborto como una persona con una conciencia deformada, que no tiene principios en su vida. (4:296) No es sorprendente entonces, que el diputado José Castillo Osejo argumenta que la mujer que se encuentra en una situación de un embarazo problemático tiene la culpa por su propia situación:

¿Cómo puede permitir esa madre, que manos extrañas penetren en su interior para que un asesino destruya la vida de un ser que no puede defenderse? (...) ¿Por qué el crimen? Si una mujer sabe a través de sus pre exámenes (...) que no debe someterse (...) a un embarazo porque corre peligro, (...) no puede someterse a un embarazo. (Asamblea Nacional de Nicaragua, 2007a)

Una vez iniciado el estado físico de embarazo entonces, la maternidad se percibe como una consecuencia ineludible, forzada. Esta visión coincide con la imagen de la femineidad idealizada basada en el culto a la virgen María, suponiendo que la maternidad es el destino natural de las mujeres y que por lo tanto, la mujer puede (y debe) aguantar el auto-sacrificio en cumplimiento con este rol. Rafael Cabrera de Anprovida expresó una visión similar en mi entrevista con él: “[S]i se trata a la mujer, que le da su lugar como mujer y como persona que lo que está en su vientre es un ser humano, y que es su hijo, la madre siempre es la madre. E incluso, tú sabes que se dice; una madre da la vida por sus hijos.” (1G:193)

Los mismos prejuicios que se dirigen hacia las mujeres que optan por un aborto, son dirigidos hacia las y los defensores del derecho de las mujeres a decidir. Juana Jiménez del MAM caracterizó al debate sobre el aborto terapéutico como deshonesto: “[N]o debatieron jurídicamente (...) fue en un nivel de mucha vulgaridad, donde la homofobia es lo que se impuso en los argumentos de los diputados a favor de que se eliminara.” (1F:172) El 14 de septiembre de 2007, El Nuevo Diario tiene un reportaje de la votación final en la Asamblea Nacional, en el cual se citan los comentarios de algunos de los diputados. Según END, el diputado liberal Freddy Torres se dirigió

59

hacia las activistas feministas diciéndoles “que nunca han sido madres porque su condición no les permite ser madres”, añadiendo que “nunca las minorías asesinas se van a imponer”. Wilfredo Navarro, por su parte, sostuvo que las mujeres defendían el aborto “porque son lesbianas”. (Córdoba y Pantoja, 2007)

Los argumentos de los diputados evidencian una visión de la mujer que aboga por su autodeterminación, como una mujer con una sexualidad corrompida, con deseos y características antagónicas a la femineidad idealizada. Otros argumentos se centran en un discurso más explícitamente religioso, en el cual se demoniza a las personas que promueven el derecho a decidir. Rafael Cabrera utilizó por ejemplo la descripción “los brujos a favor del aborto”. (1G:186) El vicario general Silvio A. Selva caracterizó a los que promueven el derecho al aborto como “demonios”, siendo apoyado en ese punto de vista por el sacerdote Julio Oporte, quien manifestó: “Dios dio un mandato, que no es meramente una ideal. Es *crezcan, reproduzcanse y llenen la faz de la tierra*. Los abortistas están de alguna manera impidiendo el plan de Dios.” (4:297)

El calificativo “abortista” es también interesante y frecuentemente utilizado por los que se oponen al aborto. Al respecto, Marta María Blandón de Ipas Centroamérica comentó lo siguiente:

Como existen tantos tabúes sobre el tema, cualquier médico que se pronuncia a favor del aborto terapéutico, ya es catalogado por la comunidad e incluso por algunos de sus colegas, como abortista. Y el calificativo de abortista es muy pesado en este país. Tiene una connotación social, moral, ética y religiosa fuerte. (...) nadie quiere ser señalado o ubicado dentro de esa categoría. (1E:163)

Entonces, es evidente que la desconfianza y el prejuicio no sólo se dirigen hacia las activistas feministas, sino también hacia otros sectores de la sociedad civil y profesional que defienden la necesidad del aborto – ya sea terapéutico o electivo. Los argumentos sobre la salud y el bienestar de la mujer y la niña expresados por organizaciones de salud y asociaciones de medicina, a menudo son desestimados, como en esta cita del diputado Wilfredo Navarro del debate en la Asamblea Nacional:

Aquí no se trata de traer criterios técnicos y que nos traten de enredar con teorías todas raras sobre la decisión o la soberanía de la mujer para decidir si debe tener su hijo o no; aquí lo que se discute es que si ese ser al que se le cercena la vida, tiene derecho o no a vivir. (Asamblea Nacional de Nicaragua, 2007a)

Si volvemos a la cita que vimos anteriormente del diputado Noel Pereira, es evidente que no distingue entre una situación de aborto por un embarazo no deseado y la situación de un aborto terapéutico, el cual supuestamente fue el tema del debate. Esta confusión de términos era uno de los fenómenos que criticaron la mayoría de mis fuentes. José Pallais, diputado del PLC y presidente de la Comisión de Justicia de la Asamblea Nacional, opinó que el debate en la Asamblea fue caracterizado por la falta de argumentos técnicos, y que varios de los diputados no entendían bien lo que era un aborto terapéutico: “Confunde lo que es aborto general con aborto terapéutico. (...) O se trató de confundir que el debate era de penalización o no penalización.” (2B:224)

Marta María Blandón de Ipas Centroamérica puso énfasis en que los abortos terapéuticos constituyen un porcentaje mínimo de los procedimientos de interrupción de embarazos que se llevan a cabo. Tener una eximente a la penalización para abortos terapéuticos es necesario, porque “ninguna mujer tendría que morirse por no tener derechos a optar por un procedimiento médico que salve su vida”, expresó Blandón. (1E:163) La mayoría de mis fuentes expresaron opiniones similares y arguyeron por la necesidad médica del aborto terapéutico. Sin embargo, el argumento utilizado por algunas de las personas que promueven la penalización del aborto, es que el aborto terapéutico funciona como una legitimación de abortos por razones no médicas. Wilfredo Navarro, por ejemplo, argumentó en el debate en la Asamblea Nacional con que “[e]l concepto terapéutico es un eufemismo para cubrir un crimen”. (Asamblea Nacional de Nicaragua, 2007a)

Rafael Cabrera de Anprovida opinó que el aborto terapéutico era necesario “posiblemente a finales del siglo XIX, a la mitad del siglo XX”, pero que el avance de la medicina y de las técnicas quirúrgicas ha hecho que hoy en día cualquier caso se puede resolver sin la necesidad de hacer un aborto: “[E]n el momento actual no hay

ninguna razón para decir que hay que hacer un aborto terapéutico. (...) consideramos que si existe una figura de aborto terapéutico, entonces eso abren las puertas a ese aborto por demanda.” (1G:184) Su argumento es contestado por Y.Z., ginecóloga del Centro de Salud de Chinandega, quien con cierta ironía se refirió a los limitados recursos económicos y materiales del sistema de salud público en Nicaragua, y los retos que enfrentan para ofrecer una atención de calidad. Y.Z. descalificó el argumento de que el aborto terapéutico sea un procedimiento innecesario: “Ellos no me van a decir que en Nicaragua existe toditito para que una paciente descompensada se me salve, si en las salas de cuidado intensivo a veces no hay ni ventiladores.” (3C:252)

Según el análisis previamente mencionado de Ipas Centroamérica, uno de los principales aspectos del debate público sobre el aborto terapéutico era la definición del mismo. No obstante, un 88,8 por ciento de los artículos periodísticos no presentaron una definición científica del aborto terapéutico, sino que se centraron en otros temas relacionados. De los artículos que sí definieron el aborto terapéutico, la mayoría presentó una definición correcta y sólo tres artículos presentaron una definición errónea. Un 98 por ciento de los artículos no ofrece ninguna información relacionada con el tiempo de gestación en el cual se debe realizar un aborto terapéutico. De los 14 artículos que lo mencionan, cinco contemplan un tiempo mayor de 20 semanas de gestación. (Espinoza y Padilla, 2008)

El desconocimiento de algunos de los legisladores sobre los fenómenos que se estaban discutiendo es evidente, si vemos por ejemplo la descripción de Wilfredo Navarro de un procedimiento de aborto: “el crimen culmina cuando el abortista, mediante una sonda succiona la masa encefálica del bebé, que durante todo el proceso de aborto se ha estado agitando y huyendo con su pequeño cuerpo, para tratar inútilmente de defenderse.” (Asamblea Nacional de Nicaragua, 2007a) Lo interesante en esta cita es la manera en que se describe al feto como un “bebé”, con sentimientos y habilidades que asociamos con las personas nacidas. Se le asigna habilidades que en las personas son adquiridas a través de un aprendizaje social, como la de defenderse y huir de

algún peligro. En esta manera de describir un aborto, se construye un supuesto conflicto entre la madre y el feto, asignándole a este último una vida sentimental propia, física y mentalmente separado de la vida de la mujer.

Por último, el papel de los partidos políticos en este proceso es de suma importancia. En este aspecto se destacan los dos partidos mayoritarios, PLC y FSLN, y el partido MRS. Varios de mis fuentes comentaron que se distinguió el partido MRS por su posición clara en contra de la penalización del aborto terapéutico. Fueron diputados de ese partido, notablemente Víctor Hugo Tinoco y Mónica Baltodano, los que en el debate sobre el nuevo Código Penal en septiembre de 2007 formularon la propuesta de incluir una eximente a la penalización para casos específicos. Diputado del PLC y presidente de la Comisión de Justicia, José Pallais, también apeló para introducir un artículo con excepciones, marcando su distanciamiento de la postura de la mayoría de sus colegas del PLC con respecto a este tema.

La mayoría de mis fuentes opinaron que el hecho de que hubo voto cerrado a favor de la penalización del aborto terapéutico en el FSLN fue, en principio, una estrategia política del liderazgo del partido. Está claro que la postura del FSLN contra el aborto terapéutico tiene un fondo político. Podemos verlo como parte central de una táctica para garantizar el apoyo de la jerarquía católica, y así obtener votos de la comunidad religiosa para las elecciones presidenciales en 2006.

Imara Martínez, miembro del partido MRS y activista en el Movimiento Feminista de León, informó que al movimiento de mujeres que cabildeaba por la restitución del aborto terapéutico, algunos dirigentes y diputados del FSLN y representantes de AMNLAE en el departamento de León y Chinandega les aseguró que la derogación era una medida temporal que formaba parte de la campaña política: “Que no nos preocupáramos, porque eso era solo por campaña. Que cuando estuvieron de nuevo en el poder, como efectivamente están hoy, lo iban a cambiar.” Pero, expresó Martínez, “cuando te amarras con la Iglesia Católica, no hay manera que después desmontes eso (...) la prueba está en que eso prosperó y se consolidó”. (2A:205)

La alianza del FSLN con la jerarquía católica, además del antes mencionado Pacto con el PLC, es sintomático de un desarrollo negativo más profundo en la cultura interna del partido, opinó Martínez. “[E]l Frente Sandinista sucumbió a la corrupción”, dijo. “Cambió completamente sus principios, la ética, el principio del bien común.” (2A:206) También otros de mis fuentes expresaron preocupaciones similares sobre el desarrollo del FSLN en su segundo período de gobierno. Muchos criticaron lo que vieron como tendencias de partidismo en instituciones del Estado que deben ser neutrales, como por ejemplo en la Corte Suprema de Justicia y en el Consejo Supremo Electoral. También se expresó preocupación por una creciente intolerancia hacia la oposición política y las críticas de la sociedad civil. En relación a esto, la antes mencionada acusación contra las nueve mujeres líderes fue caracterizada por varios como una persecución política.

Juana Jiménez del MAM, es una de las nueve mujeres que están siendo investigadas por la Fiscalía por “la apología del delito de aborto”, entre otras acusaciones. Jiménez expresó que percibe la acusación como un mensaje amenazante dirigido directamente a las y los activistas políticos y de derechos humanos. El carácter progresista del movimiento de mujeres en Nicaragua constituye una amenaza para el gobierno en el contexto político actual, según Jiménez. Por tanto, opinó, el gobierno utiliza la denuncia como una herramienta política de censura, con el interés de “amenazar, amedrentar y también de coartar, el ejercicio de liderazgo de las mujeres que nos toca estar al frente de las organizaciones.” (1F:175)

Muchas de las personas que entrevisté expresaron que el clima político de ahora es caracterizado por fuertes tensiones, y por los intentos del gobierno de censurar a los actores de la sociedad civil, pero también a partidarios y empleados del Estado, si estos manifiestan desacuerdo con su política. Varios de mis informantes sostuvieron que hay una renuencia entre los diputados del FSLN y los empleados del Estado a hablar públicamente de temas controversiales como el aborto, por temor a ser destituidos de sus cargos. José Pallais caracterizó la situación de esta manera:

[E]stamos viendo limitaciones de libertades, cierre de espacios, atacando a las organizaciones de la sociedad civil (...) atacándose a los medios de comunicación, judicializando a la política, persiguiendo a los adversarios políticos. (...) no con la censura directa (...) sino más sutil, utilizando la publicidad estatal (...) la amenaza con las licencias (...) incluso la amenaza personal (...) (2B:225)

Nydia Loredó de AMNLAE León, consideró un logro que Dora Zeledón, la entonces directora de esa asociación, había podido manifestar abiertamente una postura contraria al FSLN en el tema del aborto, sin que “hubiesen dicho, [la] vamos a exculpar (...) por haber dado declaraciones públicas (...)”. (1B:136) Extraña coincidencia en ese aspecto, es la renuncia de Dora Zeledón de su cargo poco después, tras acusar a las bases sandinistas de violentar la autonomía de AMNLAE. Según END, Rosario Murillo en función de su cargo como Secretaria del Consejo de Comunicación del gobierno, fue quien presionó por la destitución de Zeledón de su cargo. (Potosme, 2008)

Al analizar el discurso del gobierno actual, sobresale una retórica caracterizada por un tono crecientemente hostil. Voces críticas a la política del gobierno son descritas como supuestos enemigos, traidores de la patria y representantes de una fuerza imperialista. Como un ejemplo, quiero destacar una cita de Rosario Murillo, quien critica al movimiento feminista en un artículo en la revista *La Voz del Sandinismo*. En el artículo, Murillo caracteriza al movimiento civil como una fuerza violenta e imperialista que busca imponer una cultura ajena a través de una “guerra político-cultural”. El discurso es fuertemente anti-feminista. Es notable la manera en que Murillo describe a las activistas feministas. Al igual que en los comentarios de los diputados anteriormente citados, las mujeres que trasgreden los roles tradicionales de género son descritas como anti-mujeres, antagónicas a la femineidad idealizada:

Estamos frente a una provocación permanente (...) para intentar cambiar la escala de valores (...). Proclaman el aborto, sin respeto a la cultura (...) Este es el “feminismo” chatarra (...) en manos de mujeres que ni viven como mujeres, ni conocen el alma femenina (...) no son carne, ni hueso de mujer; No tienen lazos familiares o afectivos estables; desdeñan esos dichosos y benditos vínculos del cariño incondicional (...). (Murillo, 2008)

5.1.1. Conclusiones preliminares

En este capítulo, me propuse investigar el trasfondo de la penalización del aborto terapéutico en Nicaragua en 2006. Mi pregunta principal fue, ¿por qué se penalizó el aborto terapéutico? Para responder a esa pregunta fue necesario estudiar el trasfondo político de aquel entonces, y analizar quiénes fueron los actores principales en el debate sobre el aborto terapéutico. También consideré la información pública que se distribuyó en el país sobre el cambio legislativo.

Los últimos pasos del proceso de reforma del Código Penal de Nicaragua coincidió con el período de las elecciones presidenciales. Sólo semanas antes de las elecciones, el debate sobre la figura del aborto terapéutico resurgió con mayor fuerza. Este tiempo estaba caracterizado por una lucha entre diversos intereses políticos, lucha que influyó también en el ámbito jurídico. Encontré que debido al contexto electoral, el tema del aborto terapéutico fue discutido por medio de un lenguaje politizado, dándose un debate marcado por el sensacionalismo, las imágenes visuales y la propaganda política. Aprovechando el contexto electoral, los grupos de la sociedad civil y religiosa intentaron incidir en los legisladores y en los partidos políticos, buscando cómo influir en el proceso de reforma legislativa.

El hecho de que se hizo un trámite rápido para derogar la figura del aborto terapéutico del Código Penal vigente en 2006, a diferencia de intentar eliminarla del nuevo Código Penal que estaba por aprobarse un año más tarde, fue un acontecimiento imprevisto por muchos de la sociedad civil. Encontré que la derogación de la figura del aborto terapéutico del Código Penal vigente fue un factor decisivo para que se pudiese aprobar la penalización total del aborto en el nuevo Código Penal, el cual fue aprobado en noviembre de 2007 y entró en vigencia en julio de 2008.

Por ende, se puede concluir que la penalización del aborto terapéutico en parte fue resultado de un contexto político muy específico, como es el tiempo de las elecciones generales. El clima político denso del período electoral, permitió que algunos sectores de la sociedad pudiesen ejercer mayor presión sobre la toma de decisión de los

legisladores. Se integró el tema del aborto en los ejes de campaña electoral de los partidos políticos, quienes en el debate dieron a conocer públicamente su postura frente al aborto, como parte de su compromiso a diferentes grupos de votantes.

Recordando el modelo de Medoff (2002), considero muy probable que un determinante significativo para la decisión de los legisladores de penalizar el aborto terapéutico en Nicaragua en 2006, fue la evaluación de los legisladores en base de un análisis de costo y beneficio relativo a la situación específica de las elecciones. Es decir, que la influencia ejercida por grupos e instituciones sociales fuertes sobre los legisladores les hizo evaluar que ganarían más votos apoyando los intereses de los grupos que oponían el aborto, que los grupos que estaban a favor. En este sentido, la influencia ejercida sobre los legisladores por la jerarquía de la Iglesia Católica es la que parece destacarse de manera más notable, aunque debemos considerar en conjunto con este actor, los líderes de las comunidades evangélicas y la Asociación Nicaragüense de Pro-Vida (Anprovida), los cuales también son actores muy centrales en este proceso.

Podemos dividir en tres grupos, quienes eran los actores centrales en el debate público sobre el aborto terapéutico y en el proceso de reforma: Los partidos políticos, el sector religioso, y las organizaciones de la sociedad civil. La principal vocería a favor del aborto terapéutico fueron el movimiento feminista de mujeres, el gremio médico organizado, y otras organizaciones de la sociedad civil que trabajan temas relacionados con los derechos humanos y la salud, tanto de la comunidad nacional como internacional. Del ámbito político el partido MRS fue el único que mantuvo una posición a favor del aborto terapéutico, y en adición se destacaron posiciones personales como la del diputado del PLC y presidente de la Comisión de Justicia, José Pallais.

La principal vocería en contra del aborto terapéutico, fueron la jerarquía de la Iglesia Católica, líderes de la comunidad evangélica, y ciertas organizaciones de la sociedad civil, entre las que se destaca particularmente Anprovida. Como dice Kampwirth

(2008), en 2006 el movimiento anti-feminista en Nicaragua tenía gran influencia en el Estado. Esto a pesar de que en comparación, el número de organizaciones de la sociedad civil que simpatizan con el movimiento feminista es mucho mayor que el número de grupos que están en oposición a él.

La Iglesia Católica, como organización internacional e institución nacional, tiene una posición histórica de poder en Nicaragua. Analizando algunos de los argumentos de los legisladores durante el debate en la Asamblea Nacional el 26 de octubre de 2006, encontré que muchos de ellos utilizaron un discurso fuertemente influido por la postura de la Iglesia.

Lo otro que encontré al analizar los argumentos del debate, fue una confusión general sobre las definiciones técnicas de los conceptos bajo discusión. Fue evidente el desconocimiento de los legisladores de los temas que estaban debatiendo. El debate, como he mencionado, se dio en un nivel simplista, caracterizado por el apuro de las autoridades de llegar a una conclusión. La información pública que fue distribuida sobre el aborto terapéutico y sobre la reforma legislativa, reflejó estas tendencias. El prejuicio contra las activistas feministas y contra las mujeres que optan por la no maternidad, y el deseo de mantener y reproducir estructuras tradicionales de género, forman parte esencial del trasfondo de la penalización del aborto terapéutico en Nicaragua en 2006.

5.2. Los derechos humanos

He mencionado que una manera de evaluar la actitud de un Estado hacia los derechos humanos, es analizar el grado de control ejercido por ese Estado sobre la libertad de decisión de ciudadanos y ciudadanas sobre su cuerpo y fertilidad. En este capítulo pretendo evaluar la actitud del Estado de Nicaragua hacia su deber de respetar, proteger y cumplir con los derechos humanos de las ciudadanas, considerando el contexto específico de la penalización del aborto terapéutico como el factor principal de análisis.

Además de la información recogida en las entrevistas, utilizaré el informe del Centro Nicaragüense de Derechos Humanos (CENIDH) sobre los derechos humanos en Nicaragua en 2007, y ocho documentos de la Organización de Naciones Unidas (ONU). Estos son: Las más recientes observaciones finales sobre Nicaragua del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), del Comité de Derechos Humanos (CDH), y del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW); la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (en adelante: Convención de la Mujer), El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR), y la Convención sobre los Derechos del Niño [y la Niña] (CRC); y por último, la Observación General 14 sobre el artículo 12 del ICESCR y la Recomendación General 24 sobre el artículo 12 de la Convención de la Mujer.

Al analizar la actitud del Estado de Nicaragua hacia los derechos humanos de las mujeres, es preciso tener conciencia de la naturaleza interrelacionada e inalienable de todos los derechos humanos. Si bien utilizo la legislación del aborto como factor principal de análisis, es necesario considerarla como parte de una visión amplia de la situación de los derechos humanos de las mujeres en Nicaragua. Para tener un panorama de la situación actual de los derechos humanos de la mujer en Nicaragua, quiero enfocar en algunos puntos centrales que señalan los organismos de observación de los derechos humanos de la ONU. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) presentó sus más recientes observaciones finales sobre Nicaragua en febrero de 2007. El Comité señala varios puntos de preocupación respecto a la situación de los derechos humanos de las mujeres en Nicaragua, a continuación destacaré tres puntos principales de estas observaciones.

Primero, CEDAW observa con preocupación que la Convención de la Mujer no ha sido plenamente incorporada a la legislación nacional de Nicaragua, y que no existen los suficientes mecanismos legales para asegurar su implementación. El Comité sugiere que Nicaragua haga una revisión integral de su legislación nacional para identificar y eliminar leyes discriminatorias. También señala que el Estado debe

priorizar la sistematización de datos e indicadores estadísticas desagregados por sexo, para poder asesorar la situación de las mujeres y medir la eficacia de programas y políticas dirigidos a mejorar su situación.

(Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW), 2007)

Segundo, CEDAW caracteriza el reconocimiento y la protección de los derechos reproductivos de las mujeres en Nicaragua como no adecuado según lo acordado en el artículo 12¹¹ de la Convención de la Mujer y la Recomendación General 24 sobre la implementación de este artículo. Especialmente expresa preocupación por el derecho a la salud de las mujeres pobres, rurales, indígenas y afro-descendientes. El Comité insta al Estado de Nicaragua a tomar medidas concretas para mejorar el acceso de las mujeres a servicios adecuados de salud, particularmente los servicios de salud sexual y reproductiva. De manera específica, el CEDAW recomienda que el Estado de Nicaragua revise sus leyes sobre el aborto, para eliminar provisiones que penalizan a las mujeres que se someten a un aborto, y garantizar el acceso a servicios de salud adecuados para tratar las complicaciones de abortos inseguros. También recomienda que se priorice la situación de las adolescentes y, como medida preventiva, que se promulgue información y educación sexual, especialmente ajustadas a la edad de los escolares. (CEDAW, 2007)

Tercero, CEDAW señala la necesidad urgente de tomar medidas para reducir todas las formas de violencia contra la mujer, en particular la violencia en relaciones cercanas y la violencia intrafamiliar. Los puntos señalados por CEDAW resuenan en las observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en noviembre de 2008, y del Comité de Derechos Humanos en diciembre de 2008. Ambos Comités señalan los problemas de la violencia de género, que en los últimos

¹¹ El artículo 12 de la Convención de la Mujer concierne el derecho de la mujer a la salud, véase ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU) (1979) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. ONU.
<http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/c_elim_disc_mutxt.htm> [17/4/2009]

años ha aumentado en Nicaragua. Expresan particular preocupación por la violencia contra la mujer en relaciones cercanas, el asesinato a mujeres (feminicidio) y la violencia sexual, y la falta de un acceso efectivo a la justicia para las víctimas de violencia de género.

Ambos Comités expresan también preocupación sobre la prohibición total del aborto. El Comité de Derechos Humanos señala como problemático que el Estado de Nicaragua no haya clarificado los contenidos de la legislación por escrito al gremio médico del país. Ambos Comités instan al Estado a que revise y ajuste sus leyes de aborto. (Comité de Derechos Humanos (CDH), 2008, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 2008)

Hay muy poca información estadística sistemáticamente desagregada por sexo en Nicaragua. En cuanto a datos estadísticos sobre la muerte reproductiva y sobre los servicios de salud relacionados con abortos en el país, hay grandes subregistros y una falta de sistematización de los datos registrados. El Centro de Investigación en Demografía y Salud (CIDS) de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en León, cuenta con un sistema de vigilancia activo que ha facilitado la creación de una plataforma de información sobre temas relacionados con demografía y salud, particularmente la salud reproductiva. William Ugarte, investigador del CIDS, afirmó que para determinar las causas de las muertes reproductivas es necesario hacer un seguimiento de los casos, valorando cada muerte reproductiva de manera individual e investigando los aspectos relacionados con la muerte.

Ugarte expresó desconfianza hacia las estadísticas que se presenten oficialmente, porque la falta de sistematización hace que las estadísticas estén susceptibles a la manipulación. (3A:231) Las muertes reproductivas deben ser clasificadas según sus causas, pero frecuentemente, la determinación y clasificación exacta de las causas resulta complicada o imposible. Esto puede ser por ejemplo, por falta de conocimiento sobre el sistema de clasificación, por asuntos técnicos o por la falta de un reporte adecuado sobre las circunstancias de la muerte. Además, es un problema en muchos

países donde la inscripción de defunciones en los sistemas de registro civil no es sistemática, que las muertes no quedan registradas. (OMS, 2008a)

Claribel Castillo, vicerrectora de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) en el recinto de Nueva Guinea, puso énfasis en la falta no sólo de estadísticas desagregadas por sexo, sino también por etnia. En las Regiones Autónomas del Atlántico viven varias comunidades indígenas, quienes frecuentemente viven al margen del sistema oficial de toma de decisión. En esta parte del país hay menos infraestructura y muy limitado acceso a servicios de salud pública, incluido los servicios de educación e información. Las personas en las comunidades acuden más a los curanderos tradicionales que a los centros de salud, manifestó Castillo. Actualmente ha mejorado la comunicación entre el sistema de salud pública y la medicina tradicional, y las parteras tradicionales de la comunidad reciben capacitaciones para el trabajo que hacen en la comunidad. Esto es necesario, porque generalmente las mujeres no acuden a los centros de salud en el proceso de embarazo y parto, si no se encuentran en una situación de emergencia. (6A:314)

Ya que prácticamente no existen datos estadísticos sobre la salud sexual y reproductiva desagregados por sexo y etnia, es difícil establecer la magnitud de los problemas de la mortalidad reproductiva e infantil en las comunidades de las Regiones Autónomas del Atlántico. Debemos suponer que hay un subregistro significativo de la mortalidad reproductiva y las complicaciones de salud relacionadas al embarazo en estas regiones. Debido a eso, el Estado de Nicaragua no puede medir efectivamente las consecuencias de la implementación de leyes y políticas que afectan la salud de las mujeres en esta parte del país.

William Ugarte del CIDS expresó que en el trabajo de hacer estudios cualitativos en base a los datos estadísticos, se enfrentan con dificultades en cuanto al acceso a la información. Es difícil obtener acceso a los expedientes médicos, y muchas veces la información que está registrada sobre los casos es incompleta. Además, sostuvo Ugarte, la información gubernamental relevante para investigar los casos está

indisponible para ellos. (3A:232)

Wendy Flores del CENIDH también expresó que hay muchas barreras formales que impiden que se haga pública la información estadística, y que desde la penalización del aborto terapéutico, el Estado prácticamente ha estado ocultando información relacionada con el aborto. Por ejemplo, lamentó que en las páginas web de los diferentes ministerios, estadísticas que antes estaban accesibles ya no están abiertas. Para acceder a este tipo de información tienen que solicitarla, dijo Flores, pero se encuentran con una renuencia por parte del gobierno a brindar la información. (1C:145)

El segundo punto que destaqué de las observaciones de los tres comités de observación de los derechos humanos, es lo relacionado con los derechos en salud y los derechos reproductivos. Como he mencionado, los derechos reproductivos son parte integral del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. La salud reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor y con sus funciones y procesos, e implica que las personas tengan la libertad de decidir si quieren tener hijos, cuándo y con qué frecuencia. Esto implica que las personas tengan el derecho a estar informadas, tener acceso a métodos de planificación de su elección, y tener acceso a los requeridos servicios de salud que sean adecuados y seguros. (de Francisco et al., 2007)

¿Qué implica esto para los Estados que son partes a los pactos y convenciones de derechos humanos, en su elaboración de las leyes de aborto en su legislación nacional? Lo pueden clarificar la Observación General 14 y la Recomendación General 24 de la ONU.

La Recomendación General 24 sobre la implementación del artículo 12 de la Convención de la Mujer, acierta que “[l]a obligación de respetar los derechos exige que los Estados Partes se abstengan de poner trabas a las medidas adoptadas por la

mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud”, y que tales trabas pueden ser por ejemplo, “leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones.” (ONU, 1999:§14) Menciona de manera específica la legislación del aborto: “En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos”. (ONU, 1999:§31c)

La Observación General 14 sobre el artículo 12¹² del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR) aclara que un Estado estaría en violación de su deber de respetar el derecho a la salud si las acciones, políticas o leyes de ese Estado “son susceptibles de producir lesiones corporales, una morbosidad innecesaria y una mortalidad evitable.” Menciona como ejemplo, “la suspensión de la legislación o la promulgación de leyes o adopción de políticas que afectan desfavorablemente al disfrute de cualquiera de los componentes del derecho a la salud”. La Observación General 14 aclara también que un Estado estaría en violación del deber de cumplir con el derecho a la salud si no adopta un enfoque de la salud basado en la perspectiva de género, y si no reduce las tasas de mortalidad reproductiva. (ONU, 2000:§50,52)

El aborto está penalizado en Nicaragua aún en los casos en que representa un servicio de salud necesario para prevenir lesiones corporales y morbosidad innecesaria que resultarían de la continuación del embarazo, o para evitar la muerte de la mujer. Según lo acertado en los artículos 12 de la Convención de la Mujer y el ICESCR, y las clarificaciones de la Observación General 14 y la Recomendación General 24, es evidente que la negativa del Estado de Nicaragua de garantizar la accesibilidad del

¹² El artículo 12 del ICESCR es el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, véase ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU) (1966) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ONU.
<<http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm>> [17/4/2009]

servicio seguro de aborto en casos en que el embarazo represente un riesgo a la salud de la mujer, es una violación del derecho de la mujer a la salud. Una prohibición de este servicio de salud evidencia una negligencia por parte del Estado de su deber de respetar y cumplir con el derecho a la salud.

La implementación de leyes que penalizan el aborto representa además, una violación del derecho a no ser discriminada, puesto que el aborto es un servicio de salud especializado y requerido exclusivamente por las mujeres. Frecuentemente, la discriminación en base al sexo tiene una doble característica. En sus observaciones finales sobre Nicaragua, los tres Comités expresaron particular preocupación por el limitado acceso de las mujeres pobres, rurales, indígenas y afro-descendientes a servicios adecuados de salud. Hemos visto que Crane y Smith (2006) arguyen que el aspecto socioeconómico es un factor determinante para cuáles mujeres tienen acceso efectivo a servicios de salud. Comúnmente, las mujeres que tienen suficientes recursos económicos, pueden en efecto acceder a servicios seguros de aborto aún en los países que tienen leyes restrictivas, mientras que las mujeres que viven en la pobreza se ven forzadas a acudir a servicios de aborto inseguros. (Crane y Smith, 2006)

Basado en lo que confirmó la mayoría de mis fuentes, esto parece ser también la situación en Nicaragua. Es decir, un aborto clandestino puede ser llevado a cabo bajo condiciones adecuadas o no adecuadas, lo cual tiende a ser relativo a las condiciones económicas de la persona que solicita el servicio. De esa manera, la penalización del aborto en Nicaragua en la práctica perjudica más a las mujeres y familias de bajos recursos económicos, y a las que viven en zonas rurales con menos acceso a servicios de salud en general, incluyendo servicios de información sobre la salud sexual y reproductiva.

Además, como señaló Wendy Flores del CENIDH, una ley que penaliza el aborto sin excepciones es discriminatoria en base a la edad. Según S.C. del Hospital Bertha Calderón, generalmente ven más complicaciones en los embarazos que se presentan

en los extremos de la vida, en las mujeres muy jóvenes y las mujeres muy adultas. Afirmó que alrededor del veinte por ciento de las mujeres que reciben atenciones en el hospital por embarazos y partos, son mujeres menores de 19 años. Muchos de los casos de menores embarazadas están relacionados con situaciones de abuso. María Teresa Crespín del Movimiento Contra el Abuso Sexual, informó que esa organización tiene varias experiencias con niñas de entre 10 y 13 años de edad que quedan embarazadas tras haber vivido situaciones de abuso sexual.

En relación a las situaciones de violación de menores, Rafael Cabrera de Anprovida sostuvo que aunque la violación es un trauma, no debería existir otra alternativa para la niña que la de tener acceso al acompañamiento psicológico y al servicio de adopción del hijo. Como mencioné anteriormente, sus argumentos se basan en una visión de la mujer como un ser creado para la maternidad, independientemente de su madurez mental o física. Refiriendo a ejemplos de niñas violadas de diez y once años de edad que llevaron el embarazo a su término y después dejaron en adopción al hijo, manifestó que “ahí se caen todos los mitos de que porque tiene tantos años se va a morir. (...) no es razón pues, de que van a hacer un aborto simplemente por la edad de la mamá, de la niña.” (1G:187)

Sin duda, un embarazo producto de violación en una menor de edad puede causar no sólo lesiones físicas en la niña, sino que también puede causar serios traumas psicológicos, especialmente si la niña es forzada a llevar el embarazo a su término, o presionada a someterse a un procedimiento de aborto inseguro. A continuación examinaré los artículos 3, 16, 24 y 39 de la Convención sobre los Derechos del Niño [y la Niña] (CRC)¹³, para relacionar la legislación nacional del Estado de Nicaragua con los derechos humanos de las niñas. El artículo 3.1 del CRC establece lo siguiente:

¹³ Véase ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU) (1989) Convención sobre los Derechos del Niño. ONU. <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/ninos/ares44_25.htm> [1/3/2009]

En todas las medidas concernientes a los niños tomadas por las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño. (ONU, 1989)

Este artículo lo podemos ver en relación con el artículo 24 de la misma convención, el cual establece el derecho de los niños y niñas al disfrute del más alto nivel posible de salud. Es evidente que una legislación nacional como la de Nicaragua, en la cual una niña está obligada a llevar un embarazo que represente un riesgo a su salud física o mental, no atiende al interés superior de la niña como una consideración primordial ni tampoco cumple con el deber de reconocer el derecho de la niña al más alto nivel posible de salud.

La legislación de Nicaragua niega el acceso al servicio seguro de aborto en los casos de embarazo en menores de edad producto de violación o incesto. En este aspecto, la legislación nacional del Estado de Nicaragua es incompatible con el derecho de la niña a estar libre de injerencias arbitrarias en su vida privada y ataques a su honra y reputación, y con el derecho de la niña a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques, como establece el artículo 16 del CRC. Además, la negación del servicio de aborto en el caso de violación de menores representa una negligencia por parte del Estado de su deber de promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de niñas víctimas de explotación o abuso, como establece el artículo 39 del CRC. (Helgheim, 2007)

Los derechos reproductivos implican también el derecho de toda persona a estar informada. La educación sexual en el sistema de educación pública en Nicaragua es muy limitada. Varios de mis informantes mencionaron que hace algunos años, el Ministerio de Educación elaboró un manual sobre educación sexual que se iba a utilizar en la enseñanza secundaria. Según María Teresa Crespín del Movimiento Contra el Abuso Sexual, el manual era de buena calidad y representaba una reforma amplia de la educación sexual en la escuela. No obstante, el documento nunca llegó a implementarse en el sistema de educación. Según dijeron mis informantes, el Ministerio de Educación abandonó el proyecto tras la presión que ejerció la Iglesia

Católica, la cual se pronunció en contra del manual. Actualmente, debido a la falta de un programa oficial de educación sexual, la mayor parte de la información sobre salud sexual y reproductiva en las escuelas es distribuida por organizaciones no gubernamentales.

Según la experiencia de Víctor Gutiérrez del Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud (CISAS), el Estado pone restricciones excesivas a su trabajo en promulgar información sobre salud sexual y reproductiva a los escolares. “Hace unos cinco años”, dijo Gutiérrez, “no nos permitían ir a las escuelas a hablar del condón por la prevención de los EST, el VIH y el Sida.” Ahora, aunque ya no está explícitamente prohibido, hay barreras formales que en la práctica impiden el acceso de los ONG a las escuelas, opinó Gutiérrez: “[C]on este gobierno ahorita, tengo que ir a sacar un permiso al Ministerio de Educación para poder ir a una escuela a dar una charla. Tiene que ser por escrito.” (3B:243)

Respecto al tipo de información que pueden dar en las escuelas, también se ven afectados por la penalización del aborto terapéutico: “No podemos hablar sobre aborto (...) me pueden acusar de que estoy promoviendo el aborto terapéutico, y la ley lo prohíbe.” (3B:243) Generalmente, el nivel de educación sexual es muy bajo entre la población nicaragüense, opinó William Ugarte del CIDS, mucho como resultado de la falta de un programa de educación sexual en la enseñanza pública. Mucha de la información que uno adquiere es a través de los medios de comunicación, y por lo tanto puede tener un carácter comercial más que informativo, observó Ugarte. (3A:233)

La falta de información desmitificada puede contribuir a que se reproduzcan las actitudes de machismo y discriminación contra la mujer, y a que se fortalezca una desconfianza hacia las unidades de salud. Ugarte destacó la importancia de que tanto los hombres como las mujeres estén informados sobre la salud sexual y reproductiva, dado que la mujer frecuentemente tiene menos poder de decisión que el hombre en las relaciones de pareja, tanto en las relaciones entre adultos como entre jóvenes:

“[A]unque la mujer conozca sobre su situación de salud, casi siempre tiene que tomar la decisión con la pareja. (...) la mayoría de las veces el joven toma las decisiones en las relaciones de pareja, sobre la mujer.” (3A:234)

El tercer punto que destaqué de las observaciones de los Comités de derechos humanos, es el problema creciente de la violencia de género en Nicaragua. Según el informe del Centro Nicaragüense de Derechos Humanos (CENIDH) sobre los derechos humanos en Nicaragua en 2007, las violaciones de los derechos de la mujer más frecuentes en el país son los casos de violencia intrafamiliar y sexual. La Comisaría de la Mujer y la Niñez recibieron 15.042 denuncias de violencia intrafamiliar y sexual para el primer semestre del año 2007. En la mayoría de los casos atendidos por la Comisaría, la víctima de violencia tenía entre 10 y 25 años, según los datos presentados por CENIDH. El informe observa que sólo un porcentaje mínimo de las mujeres víctimas de violencia logran llegar a las instancias judiciales apropiadas, lo que evidencia la precariedad del sistema de administración de justicia para este tipo de denuncias. (Centro Nicaragüense de Derechos Humanos (CENIDH), 2008)

En este aspecto, es preciso volver a referir a la Observación General 14 sobre el artículo 12 del ICESCR, que aclara que “el no proteger a las mujeres contra la violencia, y el no procesar a los autores de la misma”, representa una violación por parte del Estado de su deber de proteger el derecho a la salud. (ONU, 2000:§51)

Un problema estrechamente relacionado con la violencia de género es el abuso sexual infantil. Según CENIDH, tanto el abuso sexual en relaciones cercanas, como la explotación sexual comercial en Nicaragua tienen proporciones preocupantes. En este último aspecto, la mayoría de las víctimas de la explotación son personas que viven en situaciones de pobreza. (CENIDH, 2008) María Teresa Crespín del Movimiento Contra el Abuso Sexual, afirmó que en el primer trimestre del año 2008, la policía en la Comisaría de la Mujer reportó 1900 casos de violencia sexual, de los cuales un 54 por ciento era contra niñas, niños y adolescentes. En adición, dijo, se estima que hay

al menos un veinte por ciento más que no se reporta. (1A:115)

Crespín relacionó el abuso sexual con la cultura machista, y opinó que aunque algunos aspectos legales de la situación de los menores han avanzado, las estructuras de poder de la sociedad no permiten avances efectivos, porque la discriminación de la mujer genera violencia. “El abuso sexual es un asunto de poder”, manifestó. “Generalmente abusan los padres, los tíos, los hombres de la casa, de las niñas y los niños, y son los mismos que están abusando a las mujeres.” (1A:118)

Mercedes Toruño es directora de la Asociación Mary Barreda, que trabaja con mujeres adultas en prostitución, con niñas y adolescentes en trabajo infantil de alto riesgo de explotación sexual, y con la violencia intrafamiliar y sexual contra la mujer y la niñez. Ella expresó que porque la explotación sexual comercial de niñas y niños es una modalidad de prostitución encubierta, es difícil establecer con exactitud la magnitud del problema. Su experiencia del trabajo de la asociación en León es que la explotación sexual comercial afecta particularmente a las mujeres adolescentes de la población de bajos recursos. Frecuentemente, dijo Toruño, las niñas que son explotadas para fines comerciales vienen huyendo de hogares donde experimentan violencia intrafamiliar, o son forzadas a trabajar en lugares de alto riesgo, como en los mercados. (1D:151, 157)

5.2.1. Conclusiones preliminares

En este capítulo he procurado evaluar la actitud del Estado de Nicaragua hacia su deber de respetar, proteger y cumplir con los derechos humanos de las mujeres. He considerado varios aspectos de la situación actual de derechos humanos de las mujeres y las niñas en Nicaragua, siempre basándome en la penalización del aborto terapéutico en la legislación nicaragüense como el factor principal de análisis.

Para analizar este tema, utilicé los siguientes instrumentos internacionales de derechos humanos: El artículo 12 de la Convención de la Mujer, que concierne el derecho de la mujer a la salud, y el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos,
80

Sociales y Culturales (ICESCR), que acierta el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud. Para aclarar las implicancias del deber del Estado de Nicaragua de respetar, proteger y cumplir con el derecho a la salud, utilicé la Recomendación General 24 sobre el artículo 12 de la Convención de la Mujer, y la Observación General 14 sobre el artículo 12 del ICESCR. También utilicé los artículos 3, 16, 24 y 39 de la Convención sobre los Derechos del Niño [y la Niña] (CRC), para evaluar la actitud del Estado de Nicaragua hacia los derechos de las menores de edad. También consideré algunos puntos principales de las más recientes observaciones finales sobre Nicaragua del CEDAW, del CDH y del CESCR.

Encontré que una legislación como la nicaragüense, en la cual se penaliza el aborto en todas circunstancias, representa una violación del derecho de la mujer a la salud, tal como está acertado este derecho en el artículo 12 de la Convención de la Mujer y el artículo 12 del ICESCR. La penalización del aborto terapéutico representa una discriminación en base al sexo, ya que el servicio negado en este caso es un servicio de salud especializado y requerido sólo por las mujeres. Dado que la población que vive en situaciones de pobreza y en las zonas rurales del país tienen menos acceso a la atención adecuada de salud en general, es muy probable que la penalización del aborto terapéutico tenga un impacto más profundo en las mujeres pobres, rurales, indígenas y afro-descendientes. En este sentido, la discriminación en base al sexo adquiere una doble característica.

Nicaragua tiene un índice alto de violencia contra la mujer. En este aspecto encontré que el Estado de Nicaragua desatiende su deber de proteger el derecho de la mujer a la salud, según aclara la Observación General 14 sobre el artículo 12 del ICESCR. Muchos casos de embarazos en niñas y adolescentes son resultados de abuso sexual, o pueden ocurrir por la falta de una educación sexual apropiada y el limitado acceso a medidas anticonceptivas. Examinando algunos de los artículos de la CRC, pude concluir que la penalización del aborto terapéutico en Nicaragua representa una violación de los derechos de las niñas a la salud, a estar libre de injerencias arbitrarias en su vida privada y ataques a su honra y reputación, y a la protección de la ley contra

esas injerencias o ataques. Además, representa una violación del deber del Estado de atender al interés superior de la niña como una consideración primordial, y de promover la reintegración y recuperación de las niñas que han sufrido abuso sexual.

Encontré también que el Estado de Nicaragua tiene estadísticas insuficientes en el área de la salud. Las estadísticas no están sistemáticamente desagregadas por sexo ni por etnia, algo que obstaculiza una evaluación del impacto y el alcance de la implementación de la nueva ley del aborto. Si el Estado no puede medir de manera eficaz los efectos de su propia política de género o los programas de salud dirigidos hacia las mujeres, difícilmente podrá reducir de manera significativa la mortalidad reproductiva.

5.3. La ley del aborto: De jure y de facto

La penalización del aborto terapéutico en Nicaragua causó una explosión de reacciones, tanto a nivel nacional como internacional. En este capítulo examinaré algunas de las reacciones que se manifestaron, para comentar sobre los posibles impactos de la penalización del aborto terapéutico en la sociedad nicaragüense. Utilizaré como base para el análisis, la información recogida en las entrevistas y tres informes sobre los impactos de la penalización del aborto terapéutico en Nicaragua, de las organizaciones Human Rights Watch (HRW), OPS y OMS, e Ipas Centroamérica. Enfocaré principalmente en los impactos relacionados con la salud. Además, procuro analizar si existe una brecha entre lo que estipula la ley (de jure) y lo que realmente ocurre en la sociedad (de facto). Aquí consideraré también dos sentencias judiciales de la Sala Penal de Estelí.

De los informes de OPS y OMS (2007), Ipas Centroamérica (Gómez y Blandón, 2007) y HRW (2007), podemos destacar tres impactos principales en salud que consideran que son probables consecuencias de la derogación del aborto terapéutico en Nicaragua. Primero, dicen que la penalización del aborto terapéutico puede incrementar los riesgos de abortos clandestinos inseguros, debido a la negación del acceso al aborto seguro ante los casos de malformaciones congénitas, complicaciones

obstétricas y embarazos asociados con cáncer. Ya que estas condiciones a menudo requieren de un procedimiento de terminación del embarazo, es probable que algunas de las mujeres que enfrentan estas situaciones, al ser negadas el acceso al aborto legal, intenten buscar un servicio clandestino. Hemos visto que los abortos inseguros constituyen un problema grave de salud pública que contribuye a gran parte de las muertes reproductivas evitables en la región. La tendencia a nivel mundial es que el problema de abortos clandestinos es mayor en los países que tienen leyes restrictivas del aborto. (OPS y OMS, 2007)

Segundo, los tres informes ponen énfasis en la mortalidad y morbilidad reproductiva e infantil. Según un informe presentado por el Ministerio de Salud en enero de 2009, el número total de muertes reproductivas en 2008 refleja una disminución de un 19 por ciento comparado con el año 2007. Las muertes reproductivas directas disminuyeron un seis por ciento en 2008 en comparación con 2007, mientras que las muertes reproductivas indirectas se incrementaron en un siete por ciento. Las muertes reproductivas no obstétricas presentan una tendencia estable de un siete por ciento del total de las muertes reproductivas, según el informe del Ministerio de Salud. Notablemente, las muertes reproductivas en adolescentes incrementaron del 18 por ciento del total de muertes reproductivas en 2007 al 24 por ciento en 2008. En ambos períodos, el mayor número de muertes corresponde a mujeres procedentes del sector rural, y las fallecidas eran en su mayoría personas de bajo nivel educativo. (Ministerio de Salud de la República de Nicaragua, 2009)

Según el informe de Ipas Centroamérica sin embargo, en el período comprendido entre noviembre de 2006 y agosto de 2007, hubo un incremento de un cien por ciento de la mortalidad reproductiva indirecta, comparado con el mismo período de 2005 a 2006. (Gómez y Blandón, 2007) Recordamos que la mortalidad reproductiva indirecta es la que se debe a enfermedades existentes desde antes del embarazo o que evolucionan durante el embarazo, y que son agravadas por los efectos fisiológicos del mismo. Por lo tanto, el aumento de muertes reproductivas por causas indirectas puede ser una indicación de los impactos de la penalización del aborto terapéutico.

Human Rights Watch señala que no pueden dimensionar de manera precisa cuántas mujeres se hayan visto impedidas de acceder a un aborto terapéutico a raíz de la prohibición y con qué efectos, debido a que el Ministerio de Salud no dispone de documentación oficial sobre esto, ni de intenciones de recopilarla. Sin embargo, argumenta HRW, es prácticamente inevitable que la denegación del servicio de aborto terapéutico en casos donde el embarazo ponga en peligro la vida o la salud de la mujer, provoque morbilidad y muertes reproductivas previsibles y prevenibles. (Human Rights Watch (HWR), 2007)

Marta María Blandón de Ipas Centroamérica expresó que a pesar de experimentar dificultades en recopilar evidencias, tomando como base los datos oficiales del Ministerio de Salud, han podido hacer una evaluación de 12 casos de muertes reproductivas en los cuales consideran que de haber tenido acceso al aborto terapéutico, pudiera haberse evitado la muerte. Blandón confirmó que no pueden establecer con exactitud estas cifras, y que las aproximaciones están basadas en un análisis cualitativo de ciertos casos donde han podido conocer los diagnósticos de ingreso de la paciente, la semana de gestación y la causa de muerte. Destacó que en adición al aumento de las muertes reproductivas indirectas, otro dato interesante es que aumentaron las muertes reproductivas no obstétricas después de la penalización del aborto terapéutico. Estas son muertes por causas accidentales o incidentales, en mujeres embarazadas pero que no tienen relación con complicaciones obstétricas.

Sin embargo, dijo Blandón, al analizar las muertes no obstétricas en este período, encontraron que una gran mayoría de ellas eran muertes causadas por suicidio. Todas ellas eran mujeres menores de 25 años que se suicidaron estando embarazadas con menos de 20 semanas de gestación. Muchas de ellas habían tomado sustancias como insecticidas o plaguicidas, y procedían de áreas rurales, dijo Blandón. Esto hace suponer que las muertes reproductivas causadas por intentos de deshacerse de un embarazo, pueden incrementar como efecto de la penalización del aborto terapéutico. Probablemente, este impacto será más profundo en el grupo poblacional que vive en

la pobreza y en áreas rurales, dijo Blandón, ya que estas mujeres tienen menos acceso a información y servicios de salud. (1E:161)

Es conocido que los niños y niñas huérfanos menores de cinco años tienen un riesgo incrementado de morir comparado con los que tienen a sus madres vivas. Un incremento en la mortalidad reproductiva entre madres, lo cual es una consecuencia prevista de la penalización del aborto terapéutico, estaría por lo tanto relacionado con un incremento en la mortalidad infantil. (OPS y OMS, 2007) Wendy Flores del CENIDH expresó preocupación por esto, ya que en gran parte de los hogares nicaragüenses, la madre es la única cabeza de la familia. Existe mucha irresponsabilidad paterna y generalmente los niños que pierden a sus madres quedan a cargo de sus abuelos o en abandono, dijo Flores. (1C:143)

Tercero, los tres informes argumentan que la penalización del aborto terapéutico tendrá un impacto negativo en la calidad de atención a la salud reproductiva. Las dudas en el personal médico acerca de cómo deben actuar ante las complicaciones obstétricas, pueden provocar retrasos en la atención. Además de restringir el aborto de por sí, la penalización total del aborto tiene un efecto restrictivo sobre el acceso a los servicios de salud reproductiva en general, incluyendo servicios que están plenamente permitidos por ley. (Human Rights Watch (HWR), 2007, Gómez y Blandón, 2007, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS), 2007). Tales servicios pueden ser por ejemplo, la atención pos-aborto o la atención en el caso de huevo muerto y retenido.

La tendencia registrada en los informes fue confirmada por mis fuentes en el sector de la salud. Mencioné anteriormente que el Estado a través del Ministerio de Salud no ha informado oficialmente al gremio médico del país sobre las implicancias de la reforma legislativa, y que la falta de información clara sobre sus derechos y deberes según la nueva ley ha provocado una confusión en el sector de la salud. Vimos que esta falta de clarificación fue criticada en las observaciones finales sobre Nicaragua en 2008 del Comité de Derechos Humanos (CDH). El CDH señaló que el Estado de

Nicaragua debería haber aclarado por escrito que el personal sanitario puede seguir el protocolo de emergencias obstétricas. (CDH, 2008)

Esta observación es interesante, porque señala un punto importante para un estudio del impacto de la reforma legislativa. En diciembre de 2006, menos de dos meses después de la derogación del artículo 165 del Código Penal, el Ministerio de Salud introdujo unas nuevas normas administrativas para la atención de emergencias obstétricas en el sistema de salud. Según la información que brindaron mis fuentes, estas normas fueron elaboradas en colaboración con especialistas en ginecología y obstetricia.

HRW dice que de ser respetados estos protocolos de atención, posiblemente pudieran subsanar buena parte de las consecuencias negativas de la penalización. Sin embargo, el Ministerio de Salud no fiscaliza la aplicación de los protocolos ni tampoco sistematiza las quejas que recibe sobre casos en que se ha dilatado su aplicación. Según la investigación de HRW, los protocolos son ocasionalmente desestimados, algo que puede ser efecto del temor que provoca la penalización del aborto en el personal sanitario. (HRW, 2007)

Algunos de los ginecólogos y obstetras con quienes hice entrevistas, expresaron que se sienten muy confundidos con respecto a cómo deben actuar ahora, especialmente porque vieron claras discrepancias entre la ley penal del aborto y los protocolos de atención de emergencias obstétricas. Otros me dijeron que tras haber recibido capacitación en talleres organizados por la SINEGOB y por organizaciones no gubernamentales como Sí Mujer, se sienten seguros de que son las normas de atención las que rigen su actuar profesional, sobre el texto legislativo.

En base a las entrevistas que hice, encontré que hubo mayor confusión y más dudas entre el personal sanitario que trabaja en centros de salud y hospitales pequeños, que entre las personas que trabajan en hospitales de referencia nacional especializados en la salud materna e infantil. Esto no es sorprendente, dado que el conocimiento y la

experiencia del personal en los hospitales especializados es mayor en los casos de complicaciones obstétricas graves. Aún así, esto nos indica que el impacto en la calidad de atención a la salud será mayor en las unidades de salud pequeños y en las zonas rurales con poca infraestructura.

Según S.C. del Hospital Bertha Calderón en Managua, hubo un período después del cambio legislativo, en que otros hospitales y unidades de salud empezaron a referir pacientes al Bertha Calderón por condiciones que según el sistema de atención deberían haber resuelto en las mismas unidades de salud. Ella pensó que la inseguridad acerca de cómo les afectaba la nueva ley, hizo que se abstuviesen de atender a los casos – una especie de asistencia pasiva, como lo llamó S.C. Al trasladar a una paciente se le está sometiendo a demoras innecesarias en su atención, lo cual puede resultar en complicaciones que se hubieran podido evitar si se hubiera manejado el caso en las unidades de salud. Pero después de que abordaron el problema con las unidades de salud y estas se reunieron en los talleres de la SINEGOB, entre otros, el problema disminuyó, según S.C.:

[P]or ejemplo una membrana rota (...) si no se expulsa el feto (...) da una infección que pueda llevar a la muerte de ella. (...) Lo que se hacía relativamente en esos casos era poner un aborto terapéutico (...) empezó a darles temores, y mandaban hasta que se empezó a hablarlo (...) porque ciertos casos que podían resolverse en las unidades de salud, estaban convulsionando mucho el hospital (...). [S]e hicieron reuniones, para tratar de que a tiempo se disolviera el temor (...) (3E:264)

S.C. manifestó que en el principio, la nueva ley creó algunos temores también entre el personal del Hospital Bertha Calderón. La decisión de penalizar el aborto terapéutico inicialmente creó revuelo y conflicto entre los médicos, pero después de que se abordó el tema en talleres y capacitaciones jurídicas, el cambio legislativo no llevó a cambios muy profundos en la atención y el actuar del personal. La práctica diaria del hospital en relación a los casos de complicaciones obstétricas graves, generalmente sigue igual que antes, expresó S.C. Afirmó que no habían muerto mujeres en el hospital por causa de que los médicos tuvieran una actitud pasiva en relación al procedimiento de atención:

Por ejemplo, hay cantidades de mujeres con embarazos ectópicos. Entonces no vamos a estar esperando (...) para meterle a operar a una mujer que sabes que te va a morir porque se te va a desangrar. (...) vas directamente a operarla (...) no actúas pasivamente. Se actúa igual que antes en este particular. (3E:266)

Yo le indiqué que pareciera que el hospital había tomado una decisión muy consciente en relación a la nueva legislación. A lo que me respondió S.C. que Bertha Calderón es el hospital de referencia de todo el país, y llegan mujeres en situaciones muy graves a ese hospital, por lo que es necesario establecer rutinas y normas seguras: “Si no tomas una actitud en el hospital al que llega todo (...) entonces vas a tener un montón de muertas ahí. (...) Generalmente se trabaja igual, si la mujer requiere de tratamiento, no se va a pensar dos veces, el procedimiento hay que hacerlo.” (3E:264)

En un aspecto ha habido cambios en las rutinas del hospital, dijo S.C. Llevan un registro especial para los casos médicos-legales, que son por ejemplo los casos de mujeres que han sufrido violencia y las mujeres que han tomado medicamentos o han hecho intentos para provocarse un aborto. Ahora, deben ser registrados todos los casos en que las mujeres ingresadas han hecho intentos para provocar abortos, pero en la práctica es difícil cumplir con esta medida. Primero porque la determinación de la causa de un aborto incompleto es compleja, no siempre se puede saber si el aborto fue espontáneo o provocado. Además, no se puede interrogar a todas las mujeres que entran. Algunas llegan muy graves al hospital y requieren de tratamiento inmediato en cuidado intensivo, y también hay muchas mujeres que se fugan del hospital, según S.C. (3E:265)

[N.O.] expresó que los médicos del hospital donde trabaja, se sienten en riesgo frente a su nueva situación de trabajo. Dijo que en el período antes de que se aprobó la ley y en el tiempo inicial después de su aprobación, el temor del personal tuvo un impacto en la calidad de atención: “[A]lgunos colegas entraron en temor. Ya no querían ni a la pos-expulsión, tenían temores de atender.” (3G:285) Ahora dijo que se aclaró más la situación y que están trabajando en base a la aplicación de los protocolos de atención del Ministerio de Salud. Sin embargo, hay muchas inseguridades debidas a las contradicciones que experimentan entre lo que establece la ley penal y lo que

establecen las normas de atención. La situación parece paradójica según lo que expresó [N.O.]. Si actúan según los protocolos sienten que se exponen al riesgo de ser procesados por actuar contra la ley, y si actúan según la ley ponen en riesgo la vida de la mujer, por lo que dicen los protocolos.

Rafael Cabrera de Anprovida, por su parte, no vio ninguna contradicción entre lo que establecen los protocolos de atención de emergencias obstétricas y la penalización del aborto terapéutico. Él opinó que la inseguridad del personal sanitario es producto de la ignorancia y el desconocimiento de los médicos del sistema jurídico que les rige. “En la medida de que yo ignoro el ejercicio de mi especialidad”, manifestó, “tengo que tener temor de lo que no conozco bien”. (1G:188) Cabrera sostuvo que los protocolos de atención del Ministerio de Salud dicen exactamente cuál procedimiento tienen que seguir para cada caso particular, y que por ejemplo en el caso de eclampsia, la interrupción del embarazo para salvar la vida de la mujer y del feto está permitida.

No obstante, cuando le pregunté si se había visto en una situación donde había tenido que interrumpir un embarazo antes de las 22 semanas por este tipo de causa, respondió que nunca había ocurrido excepto en los casos de abortos espontáneos incompletos. Precisó que la interrupción del embarazo es aceptable en los casos de embarazos mayores de 31 semanas, en los cuales aseguró que los niños pueden salir bien de salud después de pasar un período en el cuidado intensivo pediátrico después del nacimiento inducido. (1G:194-195)

Es evidente que la información que tiene el personal sanitario sobre el contenido y significado de la ley, es esencial para su entendimiento de su propia situación de trabajo en relación a las emergencias obstétricas. Una de las doctoras que entrevisté pensó que al seguir la nueva ley tal como está, tendrían que dejar de atender a los casos de huevo muerto y retenido, por ejemplo. Ella precisó que aunque piensan que el tratamiento de ese tipo de casos está incluido en la penalización total del aborto, todavía el personal médico de esa unidad de salud está tratando en un cien por ciento esos casos según lo que establecen los protocolos de atención. Pero, manifestó, “si la

ley se aplicara a como se dice pues, ni siquiera esos casos pudiésemos hacer.” Afirmó que como “todavía el Ministerio de Salud no nos ha dicho qué casos podemos hacer y qué casos no podemos hacer, entonces por eso todavía seguimos tratando casos como esos.” (3D:259)

Es evidente que la falta de clarificación de la figura jurídica y su relación con los protocolos de atención crea mucha confusión. “[A] nivel de ginecología, de medicina, se sabe que es un aborto en un embarazo de menos de veinte semanas. Pero a la ley, no lo establece, no lo tome en cuenta como tal. O sea, ni de chiquito, ni de mediano, ni de grande puedo sacar a ese niño”, dijo Y.Z. del centro de salud de Chinandega. (3C:249) Por ejemplo, muchas de las personas que entrevisté interpretaron que la ley penaliza también la interrupción de un embarazo ectópico, en el cual el óvulo fertilizado se implanta fuera del útero. Según la CIE, el tratamiento del embarazo extrauterino no puede tener otra solución que la terminación del embarazo, ya que el óvulo en este caso no es viable y la condición requiere de un tratamiento inmediato para evitar la ruptura y el desangre. (OMS, 2007a) En consecuencia, la interrupción de un embarazo ectópico no puede ser considerada como un acto punible.

Y.Z. refirió a un caso de otro hospital, de un embarazo ectópico en una mujer diabética. En ese caso, los médicos vieron la necesidad de operar a la mujer mientras estuvo en una condición estable y todavía no había reventado o empezado a sangrar. Los médicos estaban convencidos de que para estar dentro del marco legal, no pudieron interrumpir el embarazo antes de que hubiese ruptura o sangrado. Sin embargo, no quisieron actuar de una manera pasiva y poner en peligro la vida de la paciente. Para no tener que esperar hasta que se descompensara la mujer para poder ofrecerle tratamiento, se vieron forzados a falsificar los datos y registrar que la mujer estaba sangrando y que por tanto hubo que operarla inmediatamente. El caso muestra que el desconocimiento de los médicos sobre sus derechos y deberes según la ley, puede causar situaciones peligrosas. Al haber esperado hasta que el estado de la paciente se empeorara para iniciar el tratamiento, podrían haber causado serias complicaciones en la mujer.

En los casos aquí mencionados, el personal sanitario parece haber encontrado una solución a las emergencias obstétricas, la mayoría de las veces acatando los protocolos de atención. Sin embargo, el temor que sienten los médicos por actuar de una forma que creen contraria a lo establecido por la ley, es en sí un impacto negativo en el sistema de salud. El temor a ser enjuiciados por prestar un servicio necesario para proteger la salud de la paciente, es una carga emocional innecesaria que puede causar situaciones prevenibles de retraso o denegación de servicios de salud perfectamente legales. Además, como vimos en el último caso mencionado, aunque los médicos busquen la manera de tratar a la paciente, el temor puede motivarlos a registrar los casos inadecuadamente. De esa manera, será aún más difícil llevar un registro confiable para evaluar la situación de la salud reproductiva de las mujeres y medir los impactos de la penalización del aborto.

De alguna manera, el problema de las emergencias obstétricas en relación a la ley parece reducirse a una cuestión de lenguaje. Según S.C. del Hospital Bertha Calderón, los talleres que realizaron sobre la nueva ley destacaron la importancia de dejar un registro claro de las acciones del personal sanitario en todos los casos. Esto puede servir para que después, no sea acusado el médico de haber actuado mal, dijo S.C. Señaló que aunque las acciones son las mismas que se hacían antes, ahora es importante emplear un lenguaje más de acuerdo con el que empleen los protocolos de atención. Por ejemplo, en vez de escribir que se realizó un aborto terapéutico, se escribe que se hizo un legrado porque la mujer estaba sangrando: “[H]ay que ver bien lo que vas a escribir. No vas a poner aborto terapéutico porque eso no existe. Y si lo pones, vos mismo estás poniendo que estás infringiendo la ley. (...) es una cuestión de acostumbrarse a poner lo que se debe de poner, pues.” (3E:271)

Ivania Lainez Ruti del programa materno-infantil del SILAIS de León, manifestó una visión similar de la situación. Ella dijo que aunque ya no está permitido el aborto terapéutico, lo que tienen de respaldo los médicos son los protocolos de atención de emergencias obstétricas. Lainez expresó que si se basan en estas normas de atención,

tendrán el respaldo de las autoridades del Ministerio de Salud, según lo que les manifestó la ahora ex ministra de salud, Maritza Cuan, poco tiempo después de la derogación del artículo del aborto terapéutico. No se registraría en ninguna circunstancia que se haya realizado un aborto terapéutico, puesto que está prohibido. Los casos quedarían registrados bajo las categorías establecidas por los protocolos de atención a las emergencias obstétricas, como son por ejemplo la eclampsia, la placenta previa, la hemorragia etc. (5:302)

He mencionado que en muchos de los países de América Latina donde existen leyes restrictivas del aborto, hay una brecha entre lo que estipula la ley (de jure) y lo que realmente ocurre en la sociedad (de facto). (Paxman et al., 1993) La información que recolecté de las entrevistas, señala que Nicaragua no es la excepción. Según José Pallais, diputado del PLC y presidente de la Comisión de Justicia, en la práctica hay una “plena impunidad y permisividad social” hacia las clínicas o personas que practican abortos clandestinos en el país: “Yo tengo aquí más de 40, 50 años de no conocer que existe en nuestros juzgados ningún caso de persecución penal por aborto.” (2B:224) Pallais lo consideró muy improbable que vaya a haber casos de persecución penal por aborto en el futuro: “No está en las prioridades ni de la policía nacional, ni en el Ministerio Público, ni en la Fiscalía andar persiguiendo este tipo de casos. Ni en la gente denunciándolo (...)”. (2B:226)

De mi búsqueda en los registros digitalizados de la Corte Suprema de Justicia de Nicaragua, pude encontrar dos casos relacionados con el delito de aborto. Ambos casos fueron resueltos en el tribunal de apelaciones de la Sala Penal de Estelí, en febrero y junio de 2001. En uno de los casos, la madre de una niña de 13 años de edad fue acusada, junto con una partera, de haber provocado un aborto en la niña, según el artículo 162 del entonces Código Penal. El acusador fue el padre de la niña. Aunque se comprobó que la niña había estado embarazada y que había sufrido un aborto, el tribunal encontró que no hubo suficiente prueba para determinar si el aborto fue provocado, por lo que no se pudo afirmar la responsabilidad penal de las enjuiciadas. Por ende, las enjuiciadas fueron sobreesidas de los cargos. El otro caso es una

denuncia contra una mujer por haber causado lesiones dolosas en otra mujer, las cuales tuvieron como consecuencia el aborto espontáneo de esa mujer. En este caso, se dictó auto de segura y formal prisión para la autora de las lesiones dolosas. En ambos casos, se confirmaron las sentencias que habían emitido anteriormente el Juzgado de Distrito Penal de Estelí. (Tribunal de Apelaciones Sala Penal de Estelí, 2001a, b)

Al igual que José Pallais, Marta María Blandón de Ipas Centroamérica expresó que considera improbable que vaya a haber un caso de persecución penal por aborto en el futuro próximo. Opinó que el gobierno presenta un doble discurso: “[P]or un lado, hablan de que son pro-vida, que protegen la vida desde el momento de la concepción, pero por otro lado, mandan el mensaje que sigan haciendo lo que han estado haciendo siempre en los centros de salud.” (1E:164) Blandón opinó que el gobierno intenta silenciar el debate sobre el tema, porque la fuerte controversia que la penalización total del aborto ha creado en la comunidad internacional y en la sociedad civil nicaragüense ha contribuido a aumentar la oposición y las críticas hacia el gobierno:

[E]xiste como un mandato de parte de la máxima dirigencia del gobierno (...) de que nadie está autorizado a hablar de eso. Es un tema con el cual no quieren seguir, le ha traído muchos problemas a este gobierno (...) es como la piedra en el zapato. Que molesta, porque casi en todos los foros (...) a nivel internacional, siempre están preguntando qué pasó (...) (1E:162)

José Pallais opinó que la penalización del aborto terapéutico no logra el objetivo de disminuir la ocurrencia de abortos clandestinos, y que eso demuestra que la motivación que estaba detrás de la decisión de los legisladores era puramente política:

[C]ualquier mujer que se quiere hacer un aborto aquí va a veinte lugares en Managua donde se hacen. Y me refiero a veinte lugares con algo de condiciones (...) Porque hay 300, 400, 500 lugares, donde se lo van a hacer sin condiciones sanitarias y sin personal preparado (...). (2B:227)

Según Paxman et al. (1993), la brecha entre lo que se dice de jure y lo que se hace de facto, puede ocurrir porque el Estado no prioriza la aplicación de las leyes o porque hay poco conocimiento sobre la interpretación correcta de las leyes. Un caso que explicó Estela Borge Guzmán, directora de la Casa Materna de Nueva Guinea, es

93

interesante en este último aspecto. En una reunión del Comité de Salud de esa región, en la cual estaban reunidos delegados de diferentes ONG, de la alcaldía, del SILAIS y de la policía, una delegada había presentado un informe sobre las atenciones a la salud registradas por el hospital en un período limitado de tiempo.

Como parte de eso, la delegada informó del número de atenciones que se habían prestado por complicaciones relacionados con abortos espontáneos y abortos incompletos en un trimestre, según Borge. Al dar su informe, la delegada recibió reacciones muy negativas de parte de los oficiales que representaron la policía de Nueva Guinea. En abierta reunión empezaron a cuestionar su presentación, diciendo que el personal sanitario debió haber denunciado a estas pacientes a la policía y poniendo en duda si el hospital estaba cumpliendo con la ley al tratar este tipo de casos, manifestó Borge, quien consideró que la actitud de la policía fue abusiva.

El caso muestra que la falta de clarificación sobre la interpretación correcta de la nueva ley no sólo afecta a la atención a la salud, sino que también puede tener un impacto en la actitud de los funcionarios que están a cargo de aplicar las leyes. La falta de conocimiento de la policía en este caso es evidente. Según Borge, después de este acontecimiento, no se volvió a informar sobre las atenciones relacionadas con abortos en el SILAIS de esa región: “[N]unca más se volvió a dar información en ese aspecto. Porque nadie quiere correr un riesgo, de perder su trabajo, de que te sancionen (...).” (3F:279)

Está claro que si los funcionarios del Estado, como la policía, no reciben capacitación adecuada sobre la interpretación correcta de la nueva ley, la actitud de ellos hacia casos relacionados con el aborto puede variar según la zona en que trabajan, según sus convicciones personales o según su experiencia en el tema. Esto puede contribuir a aumentar el sentido de inseguridad y temor entre el personal sanitario y entre las mujeres que experimentan complicaciones en sus embarazos. Borge opinó que casos como el mencionado de Nueva Guinea, contribuye a que las mujeres que se han sometido a abortos clandestinos y que deberían acudir a una unidad de salud para

recibir atención pos-aborto, evitan buscar esta ayuda por el temor de ser denunciadas: “[L]a mujer no va a llegar al hospital. ¿A qué? Porque con sólo que diga aborto, ya sabe ella que está en peligro.” (3F:279)

Como anteriormente mencionado, el aborto terapéutico se refiere a situaciones en que el embarazo representa un riesgo a la salud o a la vida de la mujer o la niña. En consecuencia, las situaciones en las cuales se acude a ese servicio de salud son muy específicas y representan un pequeño porcentaje de la totalidad de abortos que ocurren. Si estudiamos el acceso efectivo al aborto terapéutico en el sistema de salud de Nicaragua antes de la reforma legislativa, encontramos que el acceso siempre ha sido bastante restringido.

En el primer período de gobierno de los sandinistas, la accesibilidad al aborto terapéutico se incrementó algo, según Wessel (1991). En 1989, el Ministerio de Salud elaboró unas normas administrativas para la atención de estos casos. De acuerdo a estas normas, los hospitales debían establecer un comité para la evaluación de los casos en los cuales se solicitaba el servicio del aborto terapéutico. La única unidad que formalmente estableció este tipo de comité fue el Hospital Bertha Calderón, donde recibieron entre diez y quince mujeres cada semana que solicitaron el servicio de aborto terapéutico por razones de salud o por la situación socioeconómica. La mayoría de los casos fueron aceptados por el comité. (Wessel, 1991)

A pesar de la elaboración de estas normas, su divulgación fue limitada y poco sistemática, y muchas unidades de salud ignoraban la actitud del Ministerio de Salud hacia los abortos terapéuticos. Muchos de los directores de otros hospitales y centros de salud no querían arriesgarse a tener problemas jurídicos al inducir abortos. Por lo tanto, la mayoría de los casos fueron determinados de manera individual o bien, fueron referidos al Bertha Calderón. Desde que se instaló el gobierno de Violeta B. de Chamorro en el poder en 1990, la posibilidad de acceder al servicio de aborto terapéutico se vino restringiendo notablemente. El nuevo director del Bertha Calderón cerró el comité y empezó a evaluar los casos individualmente, disminuyendo

drásticamente el número de abortos terapéuticos realizados en el hospital. Según Wessel, de un promedio de 30 abortos terapéuticos por mes en 1989, el hospital aprobó solamente uno durante el primer mes bajo el nuevo director. (Wessel, 1991)

Esta tendencia restrictiva parece haber seguido en las décadas siguientes. Según un estudio de Luz McNaughton et al. (2002), registros del Hospital Bertha Calderón muestran que no fue oficialmente autorizado ningún aborto terapéutico en el hospital entre 1997 y 2001, aunque en la práctica, algunos de los ginecólogos y obstetras del hospital que entrevistaron informaron que habían prestado este servicio para salvar la vida de sus pacientes. (Luz McNaughton et al., 2002) En 2000, la figura que estaba incluida en la propuesta para el nuevo Código Penal establecía que el acceso al aborto terapéutico sería determinado con la intervención de tres médicos especialistas del Ministerio de Salud y el consentimiento de la mujer. Esto hubiera sido una mejora del Código Penal anterior, según el cual se necesitaba también el consentimiento del esposo o del pariente más cercano a la mujer para autorizar el servicio.

Sin embargo, el requerimiento de la aprobación de tres expertos del Ministerio de Salud para cada caso de aborto terapéutico, hubiera representado una barrera administrativa que en alto grado impediría el acceso efectivo de las mujeres al servicio legal de aborto terapéutico. Especialmente las mujeres que viven en áreas alejadas de las zonas urbanas y con poca posibilidad de acceder a servicios de salud en general, pero también las mujeres que desean ser tratadas en clínicas privadas, se hubieran visto afectadas por estas barreras formales. (Luz McNaughton et al., 2002)

Teniendo en cuenta que la accesibilidad al aborto terapéutico en la práctica era sumamente restringida antes de la penalización del aborto en 2006, y que existen muy limitadas estadísticas de la mortalidad y morbilidad reproductiva y de las complicaciones relacionadas con abortos en el país, es difícil establecer con exactitud si los aspectos destacados por OPS y OMS, Ipas Centroamérica y HRW realmente representan consecuencias directas de la penalización del aborto terapéutico.

Es probable por ejemplo, que el incremento de la mortalidad reproductiva debida a causas indirectas y no obstétricas, sea una consecuencia de la nueva legislación que refleja el temor tanto por parte del personal sanitario como las mujeres mismas, de ser enjuiciados por sus acciones. Aún así, muchos de los impactos en la sociedad que aquí han sido destacados, también podrían haberse dado antes de la reforma legislativa, puesto que la regulación jurídica del aborto también en ese período era muy restrictiva. En consecuencia, quizás sea más pertinente considerar los impactos de la penalización del aborto terapéutico en 2006 no como cambios drásticos y repentinos, sino como una prolongación de los impactos que durante muchos años ha causado el control estatal excesivamente riguroso, de la habilidad reproductiva de las ciudadanas en Nicaragua.

5.3.1. Conclusiones preliminares

En este capítulo, he analizado algunos posibles impactos de la penalización total del aborto en Nicaragua. Como punto de partida utilicé tres informes sobre las consecuencias de la penalización del aborto terapéutico en 2006, de las organizaciones Human Rights Watch (HRW), OPS y OMS, e Ipas Centroamérica. Estudié los impactos previstos por estas organizaciones en relación con la información que recogí en las entrevistas. Destaqué tres impactos principales, como son: El posible incremento de los abortos clandestinos inseguros, el posible incremento de la mortalidad y morbilidad reproductiva e infantil, y el posible impacto negativo en la calidad de atención a la salud reproductiva.

Procuré analizar, además, si existe una brecha entre lo que estipula la ley de jure, y lo que ocurre de facto en la sociedad. Según mi análisis de la información recogida en las entrevistas, esta hipótesis fue confirmada. Prácticamente no existen precedentes en los tribunales penales nicaragüenses para casos que conciernen la figura del aborto, y en los dos casos que pude encontrar de 2001, dos de las tres personas denunciadas (todas mujeres) fueron sobreseídas de los cargos. La mayoría de mis fuentes consideraron que no está en las prioridades del gobierno asegurar una aplicación efectiva de la penalización del aborto.

Al parecer, el gobierno no ha brindado una clarificación de la penalización del aborto terapéutico al sector responsable para aplicar la ley en la práctica, como la policía. Esto puede resultar en que se presenten interpretaciones arbitrarias de la ley del aborto, algo que por su parte puede contribuir a aumentar la inseguridad y el temor en la población en general, y en particular en los profesionales de la salud. En consecuencia, la brecha que existe entre la regulación de jure y de facto del aborto en Nicaragua, está estrechamente relacionada con el impacto de la penalización del aborto terapéutico en la atención a la salud reproductiva, y también con el posible incremento de los abortos clandestinos.

Encontré que los impactos destacados por OPS y OMS, Ipas Centroamérica y HRW son muy probables y reales tendencias actuales en la sociedad nicaragüense. No cabe duda de que estas tendencias están relacionadas con la penalización total del aborto. Pero es importante tener en mente, que es difícil establecer de manera firme si son consecuencias directas o exclusivas de la penalización del aborto terapéutico en 2006. Dado que los abortos terapéuticos corresponden a un porcentaje mínimo de la totalidad de abortos que ocurren, pienso que al analizar estos impactos no debemos perder de vista la anterior legislación del aborto en Nicaragua.

Muchas de las reacciones que se han dado después de la penalización del aborto terapéutico en Nicaragua, tienden a describir la reforma legislativa como un cambio drástico, pero la anterior regulación legal del aborto también era muy restrictiva. Por eso, aún no sabemos con seguridad si los impactos de la reforma de 2006 son muy diferentes o mucho más dramáticos que los que ya estaban manifestándose en la sociedad producto de la restricción general del aborto. Fenómenos como el incremento de abortos clandestinos, el incremento de muertes causadas por intentos de deshacerse de un embarazo no deseado y el deterioro de la calidad de atención a la salud reproductiva, pueden también considerarse consecuencias de la anterior penalización general del aborto.

Mi conclusión por lo tanto, es que debemos estudiar los impactos de la penalización del aborto terapéutico en 2006 como una continuación y un agudizamiento de los impactos que durante muchos años ha estado causando las fuertes restricciones del aborto en Nicaragua. En mi opinión, esta perspectiva puede ser más conveniente para estudiar la interrelación Estado-genero en Nicaragua actualmente, y para analizar el trasfondo sociopolítico de la penalización del aborto terapéutico.

6. Conclusiones generales

6.1. Conclusiones generales

Conforme mi pregunta central en esta tesis, he procurado investigar en qué manera el cambio de la ley del aborto en Nicaragua puede funcionar como un factor indicativo de la situación sociopolítica actual del país, y especialmente para indicar en qué grado el Estado de Nicaragua respeta, protege y cumple con los derechos humanos de las ciudadanas. A través del análisis de estos temas, encontré que el estudio de la penalización del aborto terapéutico en 2006 es una manera funcional de evaluar la actitud del Estado de Nicaragua hacia los derechos humanos de las ciudadanas. Encontré también que el trasfondo de la reforma legislativa nos indica varios puntos centrales del clima político actual del país. A continuación presentaré las conclusiones generales del análisis.

Mi observación es que la decisión de los legisladores de votar por la penalización del aborto terapéutico en 2006, fue determinado en parte, por el modelo que propone Medoff (2002). Según esta teoría, los legisladores votan de acuerdo a un análisis de costo y beneficio, evaluando cuántos votos ganarían votando en apoyo de los intereses de los opositores del aborto terapéutico y cuántos votos ganarían apoyando los intereses de los que están a favor. En este sentido, encontré que el contexto específico de las elecciones presidenciales de 2006 fue un determinante significativo para que el proceso de aprobación de la ley pudiera pasar tan rápido.

Recordamos que Molyneux (2003) describe el Estado como un lugar de lucha, y que la interrelación Estado-sociedad tiene una causalidad recíproca. Los Estados están implicados en el ordenamiento de las relaciones de género en la sociedad, pero no a través de una causalidad simple. Los intereses de varios grupos e instituciones de la sociedad influyen en el Estado y por tanto, en las relaciones sociales. En el caso de Nicaragua, la fuerza del movimiento anti-feminista había incrementado en 2006. A pesar de que pocos grupos se afilian a este movimiento comparado con el movimiento feminista, la influencia del movimiento anti-feminista en instituciones del Estado en

aquel período fue mayor. (Kampwirth, 2008)

Esto se atribuye en parte a la influencia de la jerarquía de la Iglesia Católica, institución que tiene una posición histórica de poder en Nicaragua. Los grupos e instituciones que forman parte del movimiento anti-feminista no se definen a sí mismos como tal, sino que se identifican como pro-vida o pro-familia, y se caracterizan por una pretensión de mantener las estructuras tradicionales de género y por la oposición al aborto en todas sus formas. (Kampwirth, 2008) Efectivamente, si se considera que la maternidad es un elemento constitutivo de la identidad femenina y el destino natural de las mujeres, el control estatal de la habilidad reproductiva constituye un mecanismo de poder importante para mantener y reproducir estructuras tradicionales de género.

No sólo podemos interpretar la decisión de los legisladores como una estrategia electoral. Al analizar los argumentos de los legisladores en el debate sobre el aborto terapéutico en la Asamblea Nacional el 26 de octubre de 2006, es evidente que la decisión de algunos de los legisladores también estuvo determinada por sus propias convicciones morales y religiosas. Sobresalen argumentos fuertemente influidos por un discurso religioso, en los cuales los diputados aluden a una idea del pecado. Presentan una visión de la mujer que desea controlar su cuerpo como una “anti-mujer”, con características antagónicas a la femineidad idealizada basada en la imagen de la virgen María. Estos mismos prejuicios que se dirigen hacia la mujer que (por cualquier razón) opta por la no-maternidad, se dirigen también hacia las y los activistas que promueven el derecho de la mujer a decidir libremente sobre su cuerpo y fertilidad.

Mi análisis de la información recogida en las entrevistas, señala que la información pública que fue distribuida sobre la reforma legislativa fue muy limitada. Tal como el debate político sobre estos temas estuvo caracterizado por el desconocimiento de los legisladores sobre los argumentos técnicos y médicos del asunto, la información distribuida en los medios de comunicación raras veces presentó definiciones exactas

de los fenómenos que se estaba discutiendo. Más agravante es la falta de información oficial por parte del Estado. Ningunas de las personas que entrevisté habían recibido información del Ministerio de Salud sobre la nueva ley.

La falta de clarificación de la interpretación correcta de la ley del aborto y lo que implica para el trabajo diario del personal sanitario, puede causar un impacto negativo en la calidad de atención a la salud reproductiva en general. En los hospitales, particularmente los que están especializados en la salud materna-infantil, los médicos generalmente parecen actuar de acuerdo a los protocolos de atención de emergencias obstétricas. Sin embargo, la negativa del Ministerio de Salud de precisar por escrito que esta es la manera correcta de proceder, impone una carga emocional innecesaria a los médicos, puesto que muchos de ellos no están seguros de la relación entre la ley y los protocolos de atención. El temor del personal sanitario de ser enjuiciados, puede provocar demoras peligrosas en la atención, o puede impulsarlos a falsificar los registros.

La confusión acerca de lo que realmente implica la penalización del aborto parece ser generalizada. Esta confusión puede influir en el personal sanitario y en las instancias responsables de monitorear y aplicar las leyes, y por supuesto en las mismas mujeres, y crear interpretaciones arbitrarias de la legislación. Es evidente que en Nicaragua existe una brecha entre lo que establece la ley de jure, y lo que ocurre de facto en la sociedad. Cabe destacar que esta brecha no se introduce con la penalización del aborto terapéutico, sino que es un fenómeno que ha durado muchos años. Evidencia de ello encontramos por ejemplo, en el problema de los abortos clandestinos inseguros, los cuales causan gran parte de las muertes reproductivas en Nicaragua.

Además, sobresale que el acceso efectivo a los servicios sanitarios relacionados con el aborto, a menudo es determinado por la condición socioeconómica de la mujer que solicita el servicio. Según mis fuentes, las mujeres que tienen suficientes recursos económicos, en la práctica tienen la posibilidad de acceder a un aborto clandestino seguro en el país, y no hay razón para pensar que esto fue diferente en los años

anteriores a la penalización del aborto terapéutico. En los tribunales nacionales es prácticamente inexistente la jurisprudencia relacionada con la ley del aborto. Según mi análisis, esto se debe a que el Estado da poca prioridad a asegurar una aplicación efectiva de la regulación del aborto. Esto es otra indicación de que la penalización del aborto terapéutico fue una decisión política, determinada en gran parte por el contexto específico de las elecciones presidenciales en 2006.

Considerando lo acertado en los artículos 12 de la Convención de la Mujer y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y en la Recomendación General 24 y la Observación General 14 sobre la implementación de estos artículos, es mi conclusión que el Estado de Nicaragua, al disponer una penalización total del aborto en su legislación nacional, viola el derecho de la mujer al disfrute del más alto nivel posible de salud. Nicaragua viola además, el derecho a la no-discriminación, al negar un servicio especializado y requerido sólo por las mujeres.

A la luz de que la condición socioeconómica es un determinante central para el acceso efectivo a los servicios reproductivos en general y el aborto en particular, la discriminación en base al sexo adquiere una doble característica, siendo más expuestas a los impactos negativos de la penalización, las mujeres pobres, rurales, indígenas y afro-descendientes. La violencia de género es un problema creciente en Nicaragua, que está estrechamente vinculado con los derechos reproductivos de las mujeres y con el derecho a la no-discriminación. La negativa del Estado de Nicaragua de tomar medidas efectivas para reducir la violencia de género, representa una violación de su deber de proteger el derecho de las mujeres a la salud.

La penalización total del aborto en Nicaragua implica la negación del servicio legal y seguro del aborto en los casos de embarazos en menores de edad productos de violación o incesto. En este aspecto, el Estado de Nicaragua está claramente en violación de los derechos de la niña al disfrute del más alto nivel posible de salud, a estar libre de injerencias arbitrarias en su vida privada y ataques a su honra y reputación, y a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques. La legislación

de Nicaragua representa también una violación del deber del Estado de atender al interés superior de la niña como una consideración primordial y de promover la reintegración y recuperación de las niñas que han sufrido abuso sexual. Lo que corresponde a los artículos 3, 16, 24 y 39 de la Convención sobre los Derechos del Niño [y la Niña].

Recordamos la naturaleza interrelacionada e inalienable de todos los derechos humanos, por lo que están relacionados también los derechos civiles y políticos con los derechos reproductivos. Un caso puede servir de precedente para considerar algunos artículos del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR). En el caso de *KL vs. Perú*, el Comité de Derechos Humanos concluyó que el Estado de Perú al negar el acceso de KL al aborto terapéutico por causa de malformaciones congénitas, violó el derecho de la mujer de no ser sometida a tratos crueles, inhumanos y degradantes, el derecho a la intimidad y el derecho a la protección especial de las menores de edad, correspondientes a los artículos 7, 17 y 24 del ICCPR.

En conclusión, la penalización del aborto terapéutico en Nicaragua en 2006 pone de relieve varios aspectos centrales de la situación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas en el país. Es evidente que el grado en que el Estado de Nicaragua respeta, protege y cumple con los derechos humanos de las ciudadanas es inadecuado. La restricción fuerte del aborto en su legislación nacional es discriminatoria y representa una violación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas. Mientras que los organismos de observación de la ONU instan al Estado de Nicaragua a rectificar leyes discriminatorias, la penalización del aborto terapéutico en 2006 representa un paso en la dirección opuesta a la rectificación de estas leyes. En consecuencia, sugiero que podemos evaluar la actitud del Estado de Nicaragua hacia los derechos humanos de las ciudadanas como pasiva y hasta cierto grado, negativa.

A la luz de lo establecido hasta aquí, no cabe duda de que la penalización del aborto terapéutico en Nicaragua sea un desarrollo sumamente negativo y que constituya un

atento grave contra los derechos humanos de las mujeres en el país. La penalización total del aborto tiene impactos negativos en la atención a la salud reproductiva, e impone una carga emocional innecesaria a las y los profesionales de la salud. Restricciones drásticas de la libertad de las mujeres de controlar la habilidad reproductiva, hacen prácticamente imposible para el Estado de Nicaragua combatir el problema de la mortalidad y morbilidad reproductiva e infantil y los abortos inseguros. Pero considerando la poca prioridad que el gobierno da a la implementación y aplicación de la ley del aborto, además de los limitados datos estadísticos que existen sobre la salud de las mujeres nicaragüenses, no podemos establecer con exactitud que estas consecuencias hubieran sido menos dramáticas si la legislación del aborto hubiera mantenido la figura del aborto terapéutico.

Debemos considerar la penalización del aborto terapéutico en 2006 no simplemente como un acontecimiento singular en la historia contemporánea de Nicaragua. Este acontecimiento es un factor indicativo de la situación socio-política actual de Nicaragua, y del desarrollo de la interrelación Estado-género en el país. Pienso que lo más conveniente es estudiar la penalización del aborto terapéutico en Nicaragua en 2006 como parte de un largo proceso de lucha entre intereses feministas y anti-feministas en la sociedad. En este proceso, juega un papel sumamente importante el reciente fortalecimiento de la influencia del movimiento anti-feminista en instituciones del Estado.

6.2. Reflexiones sobre una futura investigación del tema

Concuerdo con Llovet y Ramos (1998) en que es fundamental para la futura investigación del aborto inducido en América Latina, ocuparse de un análisis de las dimensiones ideológicas y sociales del fenómeno. Los autores proponen como una estrategia investigativa problematizar por ejemplo el clima social en que políticos, activistas e instituciones sociales actúan acerca de este tema, el análisis de reformas legales recientes o planeados, y el efecto que las normas judiciales tienen sobre la población y sobre las estructuras de género. (Llovet y Ramos, 1998)

En el contexto específico de Nicaragua, considero que sería muy interesante investigar de manera más profunda la brecha que existe entre lo que establece la legislación del aborto de manera formal (de jure), y lo que ocurre en la práctica en la sociedad (de facto). Se podría relacionar una investigación de esta índole con un estudio de la aceptabilidad social del aborto y las actitudes de diferentes sectores sociales hacia el aborto.

También, de manera más indirecta, considero que sería pertinente llevar a cabo una investigación de la educación sexual en Nicaragua. Los derechos sexuales y reproductivos son esenciales para posibilitar un disfrute efectivo de los derechos humanos de las mujeres. Y, central para los derechos sexuales y reproductivos, es el acceso a la información abierta, apropiada y sin prejuicios sobre temas relacionados con la sexualidad y la reproducción. Una investigación dirigida a estudiar la calidad de la educación sexual en el sistema educativo y la percepción propia de las / los adolescentes de temas como la sexualidad, las relaciones de género, y el derecho de decidir sobre su cuerpo y fertilidad, podría ser una contribución importante en el área de estudio de las dimensiones ideológicas y sociales de la reproducción en Nicaragua. Propongo hacer este tipo de estudio desde una perspectiva de género. Sería interesante hacer un estudio comparativo entre adolescentes de ambos sexos.

Por último, quiero insistir en la importancia de que las investigaciones sobre el aborto, la reproducción y las interrelaciones Estado-género en Nicaragua no sólo tengan una perspectiva de género, sino que también reflejen la realidad integral del país. Con esto quiero decir, que considero fundamental que se lleven a cabo investigaciones que reflejan las realidades que viven las mujeres y las niñas en las Regiones Autónomas del Atlántico Sur y Norte, y que contribuyen a fortalecer la información cuantitativa y cualitativa sobre la situación de las mujeres de las diferentes comunidades indígenas y las afro-descendientes.

Bibliografía

- ALÍA MIRANDA, F. (2005) *Técnicas de investigación para historiadores: Las fuentes de la Historia*, Madrid, Editorial Síntesis.
- ASAMBLEA NACIONAL DE NICARAGUA (1987) Constitución Política de la República de Nicaragua, con sus reformas. Managua, Nicaragua, <<http://www.asamblea.gob.ni/opciones/constituciones/Constitucion%20Politica%20y%20sus%20reformas.pdf>> [2/2/2009]
- ASAMBLEA NACIONAL DE NICARAGUA (2007a) Debates de Leyes: Código Penal. Managua, Nicaragua, Asamblea Nacional de Nicaragua. <http://www.asamblea.gob.ni/index.php?option=com_wrapper&Itemid=175> [30/3/2009]
- ASAMBLEA NACIONAL DE NICARAGUA (2007b) Ley 641: Código Penal de la República de Nicaragua. Managua, Nicaragua, <http://www.poderjudicial.gob.ni/arc-pdf/CP_641.pdf> [29/1/2009]
- BÁEZ, J. F. (2009) Opinión: "Las finanzas públicas y, por eso, el bien común están siendo abusados impunemente". *Revista Envío Digital*. Managua, Universidad Centroamericana UCA. <<http://www.envio.org.ni/articulo/3930>> [17/2/2009]
- BBC MUNDO (2006a) Nicaragua: Alianza entre viejos rivales. *BBC Mundo*. BBC. <http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/latin_america/newsid_5290000/5290780.stm> [4/5/2009]
- BBC MUNDO (2006b) Ortega promete estabilidad. *BBC Mundo*. BBC. <http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/latin_america/newsid_6131000/6131206.stm> [4/5/2009]
- BOOTH, J. A. & WALKER, T. W. (1999) *Understanding Central America*, Colorado, Estados Unidos y Oxford, Reino Unido, Westview Press.
- BROWNER, C. H. (2000) Situating Women's Reproductive Activities. *American Anthropologist*, 102 (4), 773-788. <<http://www.jstor.org/stable/684199>> [17/12/2008]
- CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS (2005) El Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas marca un hito con su decisión de establecer el derecho de las mujeres a tener acceso al aborto legal. New York, Center for Reproductive Rights. <<http://www.convencion.org.uy/aborto047.htm>> [22/4/2009]
- CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS (2008) The World's Abortion Laws. Center for Reproductive Rights. New York,
- CENTRO DE DERECHOS CONSTITUCIONALES (2007) Recurso de Inconstitucionalidad. Managua, Nicaragua, CENTRO DE DERECHOS CONSTITUCIONALES.
- CENTRO NICARAGÜENSE DE DERECHOS HUMANOS (CENIDH) (2008) Derechos Humanos en Nicaragua 2007. CENIDH. Managua, Nicaragua, CENIDH.
- COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS SOCIALES Y CULTURALES (2008) Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Nicaragua. E/C.12/NIC/CO/4, Organización de Naciones Unidas (ONU). Ginebra, ONU.

- <<http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G08/456/34/PDF/G0845634.pdf?OpenElement>> [12/4/2009]
- COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS (CDH) (2008) Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Nicaragua. CCPR/C/NIC/CO/3, Organización de Naciones Unidas (ONU). Ginebra, ONU.
- <<http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G08/456/95/PDF/G0845695.pdf?OpenElement>> [12/4/2009]
- COMITTEE ON THE ELIMINATION OF DISCRIMINATION AGAINST WOMEN (CEDAW) (2007) Concluding comments of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women: Nicaragua. CEDAW/C/NIC/CO/6, Organización de Naciones Unidas (ONU). ONU.
- <<http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N07/244/16/PDF/N0724416.pdf?OpenElement>> [12/4/2009]
- CONWAY, J. K., BOURQUE, S. C. & SCOTT, J. W. (1987) Introduction: The Concept of Gender. *Daedalus*, 116 (4), XXI-XXX.
- <<http://www.jstor.org/stable/20025120>> [26/11/2008]
- COOK, R. J. (1991) Clandestine Abortions are Not Necessarily Illegal. *Family Planning Perspectives*, 23 (6), 283. <<http://www.jstor.org/stable/2135780>> [20/1/2009]
- COOK, R. J. & DICKENS, B. M. (2003) Dinámicas de los derechos humanos en la reforma de las leyes del aborto. *Human Rights Quarterly*, 25 (1), 1-59.
- <http://www.gire.org.mx/publica2/Dinamicas_derechoshumanos_leyesaborto.pdf> [29/1/2009]
- COOK, R. J., DICKENS, B. M. & BLISS, L. E. (1999) Cambios en la Legislación de Aborto a Nivel Mundial, de 1988 a 1998. *American Journal of Public Health*, 89 (4), 579-586.
- CÓRDOBA, M. & PANTOJA, A. (2007) Penado todo aborto. *El Nuevo Diario*, 14/9. Managua, Nicaragua, *El Nuevo Diario*.
- CRANE, B. B. & SMITH, C. H. (2006) Access to Safe Abortion: An Essential Strategy for Achieving the Millenium Development Goals to Improve Maternal Health, Promote Gender Equality, and Reduce Poverty. Un Millenium Project.
- <http://www.unmillenniumproject.org/documents/Crane_and_Hord-Smith-final.pdf> [29/1/2009]
- CRASKE, N. (1999) *Women and Politics in Latin America*, Oxford, Polity Press.
- DE FRANCISCO, A., DIXON-MUELLER, R. & D'ARCANGUES, C. (2007) Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios. Foro Mundial para la Investigación sobre la Salud y Organización Mundial de la Salud. Suiza, (OMS), O. M. D. L. S.
- EL NUEVO DIARIO (2007) Parlamento mantiene derogación del aborto terapéutico. *El Nuevo Diario*, 13/9. Managua, Nicaragua, *El Nuevo Diario*.
- EQUIPO ENVÍO (2008) Nicaragua Breves. *Revista Envío Digital*. Managua, Nicaragua, Universidad Centroamericana UCA.
- <<http://www.envio.org.ni/articulo/3693>> [26/2/2009]
- EQUIPO ENVÍO (2009) Nicaragua Breves. *Revista Envío Digital*. Managua, Universidad Centroamericana UCA. <<http://www.envio.org.ni/articulo/3929>> [17/2/2009]

- EQUIPO NITLAPAN ENVÍO (2008a) El camino que nos lleva hasta "allí". *Revista Envío*, 27 (317), 3-13.
- EQUIPO NITLAPAN ENVÍO (2008b) ¿Hasta cuándo? *Revista Envío*, 27 (318), 3-12.
- ESPINOZA, C. & PADILLA, K. (2008) El aborto terapéutico en Nicaragua. Un análisis de los medios escritos de comunicación 2006 - 2007. Ipas Centroamérica. Managua, Nicaragua,
- EWIG, C. (1999) The Strengths and Limits of the NGO Women's Movement Model: Shaping Nicaragua's Democratic Institutions. *Latin American Research Review*, 34 (3), 75-102. <<http://www.jstor.org/stable/2503963>> [29/1/2009]
- GÓMEZ, S. & BLANDÓN, M. M. (2007) Los rostros detrás de las cifras: Los efectos trágicos de la penalización del aborto terapéutico en Nicaragua. Ipas Centroamérica. Managua, Nicaragua, IPAS CENTROAMÉRICA.
- GONZÁLEZ, V. (2001) Somocista Women, Right-Wing Politics, and Feminism in Nicaragua, 1936-1979. EN GONZÁLEZ, V. & KAMPWIRTH, K. (Compiladores.) *Radical Women in Latin America: Left and Right*. 41-78. University Park, Pennsylvania State University Press.
- GONZÁLEZ, V. & KAMPWIRTH, K. (Compiladores.) (2001) *Radical Women in Latin America: Left and Right*, University Park, Pennsylvania State University Press.
- HELGHEIM, R. (2007) Forced Pregnancy: A violation of women's human rights? . Inédito. Paper for the faculty course exam in Economic, Social and Cultural Human Rights, Juridisk Fakultet, Universitetet i Bergen.
- HERNÁNDEZ SANDOICA, E. (2004) *Tendencias historiográficas actuales: Escribir historia hoy*, Madrid, España, Akal Ediciones.
- HUMAN RIGHTS WATCH (2005) Derecho internacional de los derechos humanos y aborto en América Latina. Human Rights Watch. HUMAN RIGHTS WATCH.
- HUMAN RIGHTS WATCH (HRW) (2007) Por sobre sus cadáveres: Denegación de acceso a la atención obstétrica de emergencia y el aborto terapéutico en Nicaragua. 2(B), Human Rights Watch. HUMAN RIGHTS WATCH. <<http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/nicaragua1007spwebwcover.pdf>> [29/1/2009]
- HUMAN RIGHTS WATCH (HWR) (2007) Por sobre sus cadáveres: Denegación de acceso a la atención obstétrica de emergencia y el aborto terapéutico en Nicaragua. 2(B), Human Rights Watch. HUMAN RIGHTS WATCH. <<http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/nicaragua1007spwebwcover.pdf>> [29/1/2009]
- KAMPWIRTH, K. (2004) *Feminism and the Legacy of Revolution: Nicaragua, El Salvador, Chiapas*, Athens, Ohio University Press.
- KAMPWIRTH, K. (2008) Neither Left nor Right: *Sandinismo* in the Anti-Feminist Era. *Nacla Report of the Americas*, 41 (1), 30-34.
- LA PRENSA(2006) Editorial: Sobre el aborto terapéutico. La Prensa, 6/10. Managua, Nicaragua, La Prensa.
- LARGAESPADA DÍAZ, C. (2007) Factores de riesgo asociados a mortalidad materna en el servicio de UCI del H.B.C.R. en el período comprendido de enero de 2003 a diciembre de 2006. *Facultad de Ciencias Médicas*. Managua, Nicaragua, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

- LAVRÍN, A. (1985) Introducción. EN LAVRÍN, A. (Compilador.) *Las mujeres latinoamericanas: perspectivas históricas*. 9-11. México, Fondo de cultura económica.
- LIBRARY OF CONGRESS FEDERAL RESEARCH DIVISION (2005) Nicaragua: A Country Study. *Country Studies*. Library of Congress. <<http://lcweb2.loc.gov/frd/cs/nitoc.html>> [2/2/2009]
- LLOVET, J. J. & RAMOS, S. (1998) Induced Abortion in Latin America: Strategies for Future Social Research. *Reproductive Health Matters*, 6 (11), 55-65. <<http://www.jstor.org/stable/3775522>> [17/12/2008]
- LÓPEZ VIGIL, M. (2007) Notas sobre un escándalo. *Revista Envío*, 26 (307), 23-27.
- LUZ MCNAUGHTON, H., BLANDON, M. M. & ALTAMIRANO, L. (2002) Should Therapeutic Abortion Be Legal in Nicaragua: The Response of Nicaraguan Obstetrician-Gynaecologists. *Reproductive Health Matters*, 10 (19), 111-119. <<http://www.jstor.org/stable/3775779>> [29/1/2009]
- MARENCO, D. (2008) Opinión: "Conozco bien la historia del Frente Sandinista, pero tal como están las cosas no logro imaginar su futuro". *Revista Envío*, 27 (318), 13-23.
- MARENCO, K. L.(2000a) Iglesia: apoyan el aborto quienes no creen en Dios. *La Prensa*, 23/8. Managua, Nicaragua, La Prensa.
- MARENCO, K. L.(2000b) Mayoría rechaza aborto terapéutico. *La Prensa*, 23/8. Managua, Nicaragua, La Prensa.
- MARTIN, S. & COLEMAN, M. (1995) Judicial Intervention in Pregnancy. *McGill Law Journal*, 40, 947-992.
- MARTÍNEZ, M. (2009a) Ética y Transparencia reitera el fraude en elecciones municipales. *El Nuevo Diario*. Managua, Nicaragua, El Nuevo Diario. <<http://www.elnuevodiario.com.ni/politica/41061>> [24/2/2009]
- MARTÍNEZ, M. (2009b) Nicaragua aplazada en transparencia. *El Nuevo Diario*. Managua, Nicaragua, El Nuevo Diario. <<http://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/39933>> [23/2/2009]
- MEDOFF, H. (2002) The Determinants and Impact of State Abortion Restrictions. *American Journal of Economics and Sociology*, 61 (2), 481-493. <<http://www.jstor.org/stable/3487791>> [17/12/2008]
- MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE NICARAGUA (2009) Análisis comparativo de situación de mortalidad: Semanas epidemiológicas 1 a la 53; años 2007 - 2008. Dirección General de Servicios de Salud. Managua, Nicaragua, MINSA. <http://www.ops.org.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=34&func=fileinfo&id=604> [30/4/2009]
- MOLYNEUX, M. (1985) Mobilization without Emancipation? Women's Interests, the State, and Revolution in Nicaragua. *Feminist studies*, 11 (2), 227-254. <<http://www.jstor.org/stable/3177922>> [29/1/2009]
- MOLYNEUX, M. (2003) *Movimientos de Mujeres en América Latina: Estudio teórico comparado*, CRUZ, J., Madrid, Ediciones Cátedra.
- MURILLO, R. (2008) La conexión "feminista" y las guerras de baja intensidad. *La Voz del Sandinismo*. Managua, Nicaragua, La Voz del Sandinismo. <<http://www.lavozdelsandinismo.com/nicaragua/2008-08-28/la-conexion-feminista-y-las-guerras-de-baja-intensidad/>> [10/4/2009]

- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU) (1966) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ONU.
<<http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm>> [17/4/2009]
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU) (1969) Convención Americana sobre Derechos Humanos. ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS & ONU.
<<http://www.iin.oea.org/BADAJ2/pdf/Normativa%20interamericana/Conv%20Interam%20DDHH.pdf>>
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU) (1979) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. ONU.
<http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/c_elim_disc_mutxt.htm> [17/4/2009]
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU) (1989) Convención sobre los Derechos del Niño. ONU.
<http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/ninos/ares44_25.htm> [1/3/2009]
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU) (1999) Recomendación General No. 24: Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - la mujer y la salud. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ONU.
<<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm#recom24>> [16/4/2009]
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU) (2000) Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ginebra, ONU.
<[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/E.C.12.2000.4.Sp?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/E.C.12.2000.4.Sp?OpenDocument)> [20/4/2009]
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2007a) Chapter XV: Pregnancy, childbirth and the puerperium (O00-O99). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th Revision (ICD-10)*. OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2007b) Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003- Fifth Edition. OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2008a) Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2008b) Nicaragua: Datos Estadísticos. *Países*. OMS. <<http://www.who.int/countries/nic/es/index.html>> [2/2/2009]
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) & ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2007) Derogación del Aborto Terapéutico en Nicaragua: Impacto en Salud. SALUD DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD OPS & OMS NICARAGUA.
<http://www.ops.org.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=34&func=fileinfo&id=292> [20/4/2009]
- PALACIOS, L. F.(2004) Prevenir polémica por Código Penal. La Prensa, 6/7.

- Managua, Nicaragua, La Prensa.
- PANTOJA, A.(2007) Pallais propone opciones al aborto terapéutico. *El Nuevo Diario*, 4/9. Managua, Nicaragua, El Nuevo Diario.
- PAXMAN, J. M., RIZO, A., BROWN, L. & BENSON, J. (1993) The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America. *Studies in Family Planning*, 24 (4), 205-226.
- PÉREZ, A. R. & PÉREZ, R.(2006) Aborto terapéutico será penalizado. *La Prensa*, 7/10. Managua, Nicaragua, La Prensa.
- PICADO, H. V.(2008) Vigencia del nuevo Código Penal. *La Prensa*, 11/9. Managua, Nicaragua, La Prensa.
- POTOSME, R. H. (2008) Golpe a AMNLAE. *El Nuevo Diario*. Managua, Nicaragua, El Nuevo Diario. <<http://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/30569>> [25/10/2008]
- RANCE, S. (1996) Maternidad segura, aborto inseguro: impacto de los discursos en las políticas y en los servicios. *Seminário "Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe: Temas e Problemas"*. Caxambu, Brasil.
- RANCE, S. (1997) Safe Motherhood, Unsafe Abortion: A Reflection on the Impact of Discourse. *Reproductive Health Matters*, 5 (9), 10-19. <<http://www.jstor.org/stable/3775131>> [17/12/2008]
- RANCE, S. (2008) Aborto Inseguro. EN TEALDI, J. C. (Compilador.) *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. 555-558. Bogotá, UNESCO/ Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética/ Universidad Nacional de Colombia.
- REDACCIÓN BBC MUNDO (2001a) Nicaragua: sobreseído Ortega. *BBC Mundo*. BBC. <http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/latin_america/newsid_1721000/1721291.stm> [19/2/2009]
- REDACCIÓN BBC MUNDO (2001b) Ortega renuncia a su inmunidad. *BBC Mundo*. BBC. <http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/latin_america/newsid_1709000/1709757.stm> [19/2/2009]
- REDACCIÓN BBC MUNDO (2009) Nicaragua: absuelven a Arnoldo Alemán. *BBC Mundo*. BBC. <http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/latin_america/newsid_7834000/7834814.stm> [17/2/2009]
- RODRÍGUEZ SÁENZ, E. (2005) Women's History and Gender History in Central America: An Introductory Balance. *20th International Congress on Historical Sciences*. Sydney, Australia, University of New South Wales.
- ROSLAND, S. (2008) Historie og sosiologi. EN MORTENSEN, E. (Compilador.) *Kjønnsteori*. 168-179. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- SALA DE LO CONSTITUCIONAL Procedimientos para tramitar los recursos: Arto. 25 al 53 Ley de Amparo. Managua, Nicaragua, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. <<http://www.poderjudicial.gob.ni/arc-pdf/scprorecurso.pdf>>
- SANDOVAL, C.(2002) Evelyn Flores: "Código desvirtúa delitos contra las mujeres y niños". *La Prensa*, 10/3. Managua, Nicaragua, La Prensa.
- SCOTT, J. W. (1986) Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *The American Historical Review*, 91 (5), 1053-1075. <<http://www.jstor.org/stable/1864376>> [26/11/2008]

TRIBUNAL DE APELACIONES SALA PENAL DE ESTELÍ (2001a) Sentencia no. 016. Estelí, Nicaragua, TRIBUNAL DE APELACIONES SALA PENAL.
TRIBUNAL DE APELACIONES SALA PENAL DE ESTELÍ (2001b) Sentencia no. 059. Estelí, Nicaragua, TRIBUNAL DE APELACIONES SALA PENAL.
WESSEL, L. (1991) Reproductive Rights in Nicaragua: From the Sandinistas to the Government of Violeta Chamorro. *Feminist Studies*, 17 (3), 536-549.
<<http://www.jstor.org/stable/3178289>> [29/1/2009]

Anexos

Anexo 2: Declaración de asentimiento

Información a los entrevistados en el proyecto de tesis de maestría de Rakel Helgheim.

Soy estudiante de maestría de historia latinoamericana de la Universidad de Bergen, Noruega. El tema de mi tesina es la reciente reforma legislativa en Nicaragua en la cual se derogó el aborto terapéutico del Código Penal. Yo quiero investigar cómo la nueva legislación influencia las vidas de las mujeres y sus derechos a la salud y la no-discriminación. Para hacer esto, me interesan tanto el proceso que llevó a la reforma legislativa como también las posibles consecuencias de la nueva legislación.

Por lo tanto, las preguntas que haré en la entrevista serán relacionadas con el reciente proceso de cambio de la ley del aborto en Nicaragua y sus consecuencias y / o con los derechos humanos de las mujeres nicaragüenses. Utilizaré una grabadora y tomaré apuntes durante la conversación. La entrevista durará alrededor de una hora.

La participación es desde luego voluntaria y Usted se puede retirar en cualquier momento del proceso sin más justificación. En el caso de retirarse, se borrará toda la información recolectada. La información será tratada confidencialmente y se borrarán las grabaciones cuando se finaliza la tesina en mayo de 2009. Con su asentimiento aparecerá el nombre del entrevistado en la versión final de la tesina.

Si tiene alguna duda o pregunta, puede contactarme por teléfono o correo electrónico. También se puede poner en contacto con mi tutora del departamento de lenguas extranjeras de la Universidad de Bergen, María Álvarez-Solar, en Maria.Alvarez-Solar@if.uib.no.

Cordiales saludos,

Rakel Helgheim
Lille Øvregaten 25
5018 Bergen
Noruega

Tel. 924 24 49
Rakel.Helgheim@student.uib.no

Declaración de asentimiento:

He recibido y estoy de acuerdo con la información arriba dada del estudio de tesina de Rakel Helgheim y quiero participar en la entrevista.

Lugar y fecha Firma.....

Anexo 3: Artículos 143, 144, 145 del Código Penal de Nicaragua

Artículo 143. Aborto

Quien provoque 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. A la mujer que intencionalmente cause su propio aborto o consienta que otra persona se lo practique, se le impondrá pena de uno a dos años de prisión.

Artículo 144. Aborto sin consentimiento

Quien intencionalmente provoque el aborto sin el consentimiento de la mujer, será castigado con prisión de tres a seis años. Si se trata de un profesional de la salud, la pena principal simultáneamente contendrá la pena de inhabilitación especial de cuatro a siete años para ejercer la medicina u oficio sanitario. Si el aborto fuera practicado con violencia, intimidación o engaño, se sancionará con pena de seis a ocho años de prisión. Si se trata de un profesional de la salud, la pena principal simultáneamente contendrá la pena de inhabilitación especial de cinco a diez años para ejercer la medicina u oficio sanitario.

Artículo 145. Aborto imprudente

Quien por imprudencia temeraria ocasione aborto a una mujer, será castigado con pena de seis meses a un año de prisión; si el hecho se produce con ocasión del ejercicio de la profesión de la salud, se impondrá además la pena de inhabilitación especial de uno a cuatro años. La embarazada no será penada al tenor de este precepto. (Asamblea Nacional de Nicaragua, 2007b)