

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

UNAN-LEÓN

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.



Monografía para optar al título de Licenciatura en Derecho.

Tema:

*“Consecuencias de la Derogación del Aborto Terapéutico en
Nicaragua”.*

Autores:

Nadiezhdá María Martínez Calero.

María Claribel Rojas Jerez.

Roxilia Nadiezhdá Orellana Santana.

Tutor:

Msc. Luís Hernández León.

Leon, Mayo del 2009.

*La motivación más importante para trabajar
Tanto en la escuela como en la vida, es el placer
En su resultado y el valor de dicho resultado
Para la comunidad.*

Albert Einstein

Agradecimiento.

A:

Dios: por habernos concedido la gracia de existir en este mundo.

A Nuestros Padres: Porque son las personas que siempre están cuando más los necesitamos y sin ellos no hubiese sido posible este éxito.

Al tutor Msc. Luis Hernández León.

*Especialmente a los que laboran en el Bufete Popular
"Bernardino Díaz Ochoa".*

Al personal que conforma la biblioteca de esta facultad.

A los Juristas que consultamos para la realización y perfección de esta obra.

Nadiezhdá, Claribel, Roxilia.

Dedicatoria

A Dios por iluminarme por el sendero de la vida por guiarme y ayudarme a enfrentar los retos de la vida.

A mis Padres, por ser un fiel apoyo en los momentos cruciales en mi vida, por su esfuerzo infinito y por demostrarme su amor. Que a sido el principal aliciente para cumplir mis metas.

A aquellas personas especiales en mi vida, por sus buenos consejos, cariños y apoyo, que abonan en mi lucha diaria por ser un mejor ser humano.

A todos ellos infinitamente.... Gracias.

Nadiegzda ...

Dedicatoria.

A Dios, por ser el creador de todo lo que en este mundo nos rodea, y el verdadero guía para instruirnos en el camino de la Sabiduría e Inteligencia.

A mi Madre; Luisa Rafaela Jerez, por ser la persona más importante en mi vida y el ejemplo a seguir y sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer una vida de lucha, sacrificio y esfuerzo constantes, sólo deseo que entiendas que el logro mío, es el logro tuyo, que mi esfuerzo es inspirado en ti, y que mi único ideal eres tú. A quien la ilusión de su vida ha sido convertirme en persona de provecho. Por esto y más... Gracias por hacer de mí tu mayor orgullo.

A mis Tías; Georgina Jerez y Marina Isabel Matus Jerez, por creer en mí, y quiero que sientan que el objetivo logrado también es de ustedes y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue su apoyo, por su ejemplo de superación incasable, por su comprensión y confianza, por su amor y afecto incondicional, porque sin su apoyo no hubiera sido posible la culminación de mi carrera profesional.

Un especial Agradecimiento a mi Familia; No es fácil llegar, se necesita ahínco, lucha y deseo, pero sobre todo apoyo como el que he recibido durante este tiempo. Ahora más que nunca se acredita mi cariño, admiración y respeto, a toda mi familia por todas las muestras de aliento

que me brindaron y sobre todo a mi Abuelita que siempre me recordó que Dios está conmigo y todo lo puedo en Cristo que me fortalece. A mis hermanos y demás familiares.

A mis amigas y compañeras; Nadiyahda María Martínez Calero y Roxilia Nadiyahda Orellana Santana, por creer en mi capacidad y potencial como persona y como futura profesional. Solo me resta agradecerles a mis maestros y todas las personas que con sus palabras, cariño y sabios consejos me ayudaron a llegar al final de este camino y que en mi han quedado marcada huellas profundas de este recorrido.

A todos gracias por ser unos de los pilares más importantes que sostienen mi vida.

Con Cariño y Respeto.

María Claribel Rojas Jerez.

Dedicatoria.

Dedico éste trabajo monográfico a mis padres Eduardo Orellana y Esperanza Santana, por ser el resultado de su mayor esfuerzo en el intento de guiarme por la vida, además del apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de estos años y que lucharon arduamente para que realizara el sueño de graduarme en Ciencias Jurídicas y Sociales.

Rosalia Nadezhda Orellana Santana.

ÍNDICE

Introducción	I, II, III
Capítulo I. Generalidades del Aborto.....	1
Definición	2
Tipos de Aborto	5
Capítulo II. Regulación Jurídica del Aborto Terapéutico en Nicaragua	19
Según el Código Penal Derogado de la República de Nicaragua	20
Principios y Derechos Constitucionales violentados al Penalizar el Aborto Terapéutico, Según el Código Penal Vigente de la República de Nicaragua	21
Capítulo III. Consideraciones para la Penalización del Aborto	32
Consideraciones Políticas	32
Consideraciones Religiosas	33
Consideraciones Médicas.....	38
Capítulo IV. Consecuencias de la Penalización del Aborto Terapéutico.....	42
Causas Jurídicas de la Penalización del Aborto Terapéutico.....	42
Consecuencias Jurídicas de la Penalización del Aborto Terapéutico en Nicaragua	47
Principales Consecuencias de la Penalización del Aborto Terapéutico.....	50
Consecuencias Socioculturales.....	51
Capítulo V. Características Específicas de la Legislación del Aborto en algunos Países de la Región	58
Países en que el Aborto es permitido sin restricciones	58
Países en que el Aborto está totalmente prohibido	65
Países en que el Aborto se permite bajo ciertas condiciones	69

Conclusión.....	81
Recomendación.....	85
Bibliografía	
Anexos	



INTRODUCCION

La descripción del análisis de la legislación del aborto en la región muestra que en ella se concretiza la situación histórica de cada país, la legislación heredada de los países colonizadores, la ideología dominante en la época en que fue legislado, y los cambios según las distintas posiciones de las diversas fuerzas sociales, entre las cuales destaca la fuerte presencia e influencia de la Iglesia Católica y de los grupos conservadores en la gran mayoría de los países latinoamericanos. En las décadas setenta y ochenta del siglo pasado, si bien se hicieron modificaciones en la legislación en torno a la igualdad entre el hombre y la mujer, al derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos y sobre el acceso a los servicios públicos de planificación familiar en casi en todos los países, estas modificaciones no parecen haber repercutido en la legislación sobre el aborto en la región.

En la legislación Penal Nicaragüense desde 1837 se permitía realizar el Aborto cuando la vida de la mujer embarazada se encontrara en riesgo, el feto tuviera malformaciones congénitas, presentara daños irreversibles o cuando fuese producto de violación o incesto.



EL 26 de octubre del 2006 fue aprobada la ley 603 “Ley de Derogación del artículo 165 del código penal vigente” entrando en vigencia el 17 de noviembre del mismo año.

Es fundamental analizar las consecuencias jurídicas de la derogación del aborto terapéutico en Nicaragua, porque la sociedad no tiene amplios conocimientos acerca del aborto terapéutico, ya que la información médica legal que se les ha brindado ha sido errónea y manipulada con fines políticos y religiosos generando así contradicciones y desinformación que no se han tomado en consideración para la toma de decisiones.

Al identificar las causas jurídicas que provocó la penalización del aborto terapéutico, que en parte obedeció a intereses políticos y religiosos, ha generado ambivalencia al haberse derogado el artículo 165 Pn., que permitía el aborto terapéutico; hay sectores que consideran, que en el ámbito jurídico se ha producido un retroceso, porque con ello se atenta contra derechos fundamentales y por otro lado hay sectores que consideran esta derogación como un logro, debido a que se ha protegido el derecho fundamental del que está por nacer.

Para poder determinar la trascendencia jurídica de la penalización del aborto terapéutico, sería preciso un balance social que pueda



Consecuencias de la derogación del aborto terapéutico en Nicaragua



determinar el beneficio o no en la sociedad de las medidas jurídicas tomadas.

Nicaragua es uno de los pocos países en el mundo que persigue penalmente el aborto terapéutico, y con la penalización lo que se ha incrementado es la práctica del aborto fuera de los controles adecuados médicos y quirúrgicamente, dándose casos de muertes maternas, que ha aumentado en los últimos años.



Capítulo I.

1. Generalidades del Aborto.

Un Aborto: es la terminación de un embarazo. Es la muerte y expulsión del feto antes de los cinco meses de embarazo.

Después de esta fecha, y hasta las 28 semanas de embarazo se llama “Parto inmaduro” y “Parto Prematuro” si tiene más de 28 semanas.

Se dice que hay Aborto Completo, cuando se expulsa con el feto la placenta y las membranas. Hay retención placentaria, cuando se expulsa solamente el feto y se dice que hay restos uterinos cuando sólo se expulsa una parte del producto de la concepción.

A veces es difícil distinguir realmente lo que se ha expulsado, dadas las alteraciones que sufre no sólo el feto, sino la placenta y las membranas¹.

El Aborto es la expulsión espontánea o provocada del feto antes de que sea viable.

¹ Tomado de: El aborto. Publicación del Ministerio de Salud. Departamento Educación para la Salud



La expulsión del feto a término se denomina parto. Si el feto se expulsa antes de tiempo pero es viable, se denomina parto prematuro.

Si la falta de viabilidad no se debe al desarrollo escaso, sino a lesiones patológicas, en un feto de peso viable, tampoco se trata de aborto.

El aborto es un método simple que termina con el embarazo. A través de la historia alrededor del mundo y en muchas religiones, las mujeres han utilizado el aborto como parte del cuidado de su salud².

1.1. Definición

Embarazo.

De conformidad con la OMS, se define el embarazo cuando el óvulo fecundado se implanta en las paredes del útero, y sólo entonces se desarrolla el feto.

El Aborto.

La Real Academia Española de la Lengua define "abortar: Dicho de la hembra, interrumpir en forma natural o provocada, el desarrollo del feto durante el embarazo".

² El aborto y sus consecuencias.-Dr. Frank Atacho Rojas Diariomedico.com



En embriología se define como la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable "ex útero".

De lo anterior podemos definir que aborto: Es la interrupción dolosa del proceso fisiológico del embarazo causando la muerte del producto de la concepción o feto dentro o fuera del claustro materno, viable o no³.

Principales Consideraciones⁴.

* La expresión aborto deriva de la expresión latina Abortus: Ab=mal, Ortus=nacimiento, es decir parto anticipado, privación de nacimiento, nacimiento antes del tiempo.

* Nuestro ordenamiento legal en el capítulo de aborto, tutela la vida humana dependiente, es decir de aquella vida humana que no tiene la calidad de persona, es un ser concebido pero no nacido, una esperanza de vida intra uterina.

* El feto no es todavía una persona humana, pero tampoco es una cosa.

* El feto solo deviene en persona con el nacimiento, por lo que su aniquilamiento no constituye delito de homicidio.

³ Delitos contra la vida, el cuerpo y la salud. Monografias.com

⁴ Dr. Frank Atacho Rojas. Ob. Cit.



* Se entiende por delito de aborto, aquel cometido de manera intencional, y que provoca la interrupción del embarazo, causando la muerte del embrión o feto en el claustro de la madre o logrando su expulsión.

* Para la ejecución del delito de aborto se requiere:

- que la mujer esté embarazada
- que el embrión o feto esté vivo.

* En caso que no se dieran los presupuestos señalados, estaríamos ante un delito imposible por la absoluta impropiedad del objeto.

Aborto Terapéutico.

Es la interrupción del embarazo en un estado de inviabilidad del feto o embrión, por la constatación de que el embarazo está causando un deterioro grave de la salud de la madre, pudiendo causar daños severos e irreversibles que pueden producirle la muerte⁵.

Es un tratamiento medico indicado, que consiste en una intervención médica por medio de operaciones o medicinas, que tiene por objeto extraer de la madre el producto de la concepción o feto vivo, aun no viable, éste se realiza por preservar la vida de la madre.

⁵ Valenzuela, 2007/ foro- red salud y derecho sexuales y reproductivos de Chile.



El fundamento jurídico del Aborto Terapéutico, está en el estado de necesidad y no para contentar vanos caprichos o satisfacer inconfesables pasiones practicándose después de madura reflexión.⁶

Es el realizado cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer embarazada. Esta situación ha quedado prácticamente superada como consecuencia del progreso en la medicina.

Quedan algunas pocas situaciones excepcionales, en las que además el feto no va a ser viable (por ejemplo el caso del embarazo ectópico, en el que la implantación del embrión no acontece en el útero, sino, por ejemplo, en las trompas)⁷.

1.2. Tipos de Aborto.

Los Abortos clásicamente se dividen en dos clases:

- **Espontáneos o Natural:** Al que algunas veces puede agregarse el accidental. Las causas del Aborto Espontáneo no se conocen con exactitud, en la mitad de los casos, hay alteración del desarrollo del embrión o del tejido placentario, que puede ser consecuencia de

⁶ Bárcenas, Mónica Walquiria, La Responsabilidad Penal del Médico en Relación al Aborto Terapéutico, 2006. Pág.13.

⁷ ABORTO INDUCIDO O PROVOCADO Universidad de Concepción. Sexualidad y Reproductividad. Matroneria Virtual. [www2.udec.cl/~matroneria/ABORTO INDUCIDO.html](http://www2.udec.cl/~matroneria/ABORTO%20INDUCIDO.html)



trastornos de las propias células germinales o de una alteración de la implantación del óvulo en desarrollo.

También puede ser consecuencia de alteraciones en el entorno materno.

Otros Abortos Espontáneos pueden ser consecuencia de situaciones maternas anormales, como enfermedades infecciosas agudas, enfermedades sistémicas como la nefritis, diabetes o traumatismos graves.

Las malformaciones y los tumores uterinos también pueden ser la causa; la ansiedad extrema y otras alteraciones psíquicas pueden contribuir a la expulsión prematura del feto.

El síntoma más común de una amenaza de Aborto es el sangrado vaginal, acompañado o no de dolor intermitente.

El tratamiento para una situación de riesgo de Aborto consiste; en llevar reposo en cama. En mujeres con varios Abortos puede ser necesario el reposo en cama durante todo el embarazo. El tratamiento con **Vitaminas y Hormonas** también puede ser eficaz.



En ocasiones, deben corregirse quirúrgicamente las anomalías uterinas si son causa de los Abortos de repetición.

La mayor parte de los médicos recomiendan la escisión quirúrgica de todo resto embrionario o placentario para eliminar las posibilidades de infección o irritación de la mucosa uterina.

Se calcula que el 25% de todos los *Embarazos* Humanos finalizan en Aborto Espontáneo, y tres cuartas partes de los Abortos suceden en los tres primeros meses de embarazo⁸.

➤ **Los provocados:** Dentro de los provocados tenemos dos clases como son:

- **Los Provocados con un fin Lícito;** Tal es el caso del TERAPEUTICO, que es el permitido en todas las Legislaciones, y al que se le puede agregar una serie de Abortos provocados no punibles, los cuales nosotros consideramos ilícito como son: Aborto Eugénico, Aborto Honoris causa y Aborto psicosocial, ambos se realizan por razones de honor y los otros por causas económicas y sociales.

⁸ Aborto Psicología clínica. Tipos: espontáneo, inducido, terapéutico, psicosocial, eugenésico y ético. Derechos Humanos. Consecuencias físicas. Iglesia. Star Media. html.rincondelvago.com/aborto_3.html.



- **Los Provocados con un fin ilícito**, como es el aborto Criminal, el cual es sancionado por todos los pueblos como ilícito⁹, como pueden ser:

➤ **Tentativa de aborto**: cuando la mujer hace o toma algo (u otro se lo da o hace) para provocarse un aborto, pero éste no se produce. En este caso, la mayoría de los países no sancionan esta conducta, salvo en los que lo señalan específicamente, pues no se produjo la conducta deseada, el aborto¹⁰.

Causas que originan el Aborto Espontaneo¹¹.

Son muy diversas, aunque no determinantes para que en realidad se produzca el Aborto, dentro de las causas tenemos las siguientes:

a) Causas Patológicas: Esta se da por enfermedad de la madre, o bien del feto mismo, o por causas externas, como los traumatismos. Las causas que los originan las podemos dividir en maternas, ovulares y causas determinantes, que algunos autores las incluyan en las causas maternas.

⁹ Op.cit. Bárcenas, Mónica Walkyria. Pag.12-13.

¹⁰ La interrupción voluntaria del embarazo y la legislación del aborto: reflexiones ante el actual contexto socio demográfico y de derechos reproductivos. *Salas Villagómez, Guadalupe - 1998 - Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, UNAM, 172.www.dgbiblio.unam.mx132.248.67.65:8991/F/-/?func=find-b-0&local_base=TES01.*

¹¹ Op. Cit. Bárcenas, Mónica Walkyria. Pág. 20, 21



b) Dentro de las Causas Maternas están: Las enfermedades de la madre, agudas o crónicas; tales como pulmonía, tifoidea, escarlatina, enfermedades renales que se caracterizan por su gravedad durante el embarazo, afecciones sífilicas, tuberculosis, cáncer, etc.

Dentro de las causas ovulares tenemos: Las Hidropesía, del amnios (Hidroamnios), Hidrorrea, Mola Hidatiforme, apoplejía placentaria, etc.

Causas Determinantes: Entre estas tenemos: caídas, conmociones fuertes, ejercicios fuertes y desagradables, los baños demasiados calientes o fríos, contrariedades, etc.

Sin embargo esto no quiere decir que los embarazos, no sean seguros, ya que hay embarazos que evolucionan normalmente y llegan a feliz término, a pesar de los más graves accidentes o desmanes, por lo cual estas causas no pasarían a ser determinantes en el embarazo¹².

➤ **Aborto Inducido:** Es el embarazo terminado deliberadamente con una intervención. Puede ocurrir tanto en recintos médicos seguros, siguiendo las normativas legales y de salud pública, como fuera del sistema médico.

¹² Pérez Canales, Fátima. " Principales Causas y Consecuencias del Aborto." León, Nicaragua, 1988. Pág.20.



Por ello, dependiendo de las condiciones en que se realiza el aborto, a éste se le llama aborto seguro o inseguro.

El primero se produce cuando, el aborto lo realiza un personal calificado, usando técnicas y criterios higiénicos adecuados; es por lo general, un procedimiento seguro, con una baja tasa de mortalidad y morbilidad.

Los abortos son más seguros cuando se realizan en una etapa temprana del **embarazo y en las condiciones de seguridad arriba mencionadas**¹³.

En cambio, el aborto inseguro se caracteriza generalmente por la falta de capacitación por parte del proveedor, quien utiliza técnicas inadecuadas, y se lleva a cabo en recintos carentes de criterios higiénicos.

Un aborto inseguro puede ser inducido por la mujer misma, por una persona sin entrenamiento médico o por un profesional de la salud en condiciones antihigiénicas.

Este tipo de aborto puede realizarse introduciendo un objeto sólido (como una raíz, rama o catéter) en el útero, provocando un proceso de

¹³ AGI, 1996.



dilatación y curetaje inapropiado, ingiriendo sustancias tóxicas, o aplicando fuerza externa. Entre el 10% y el 50% de los abortos inseguros requieren atención médica, aun cuando no todas las mujeres la soliciten.¹⁴

Clasificación de los Métodos para Inducir el Aborto:

- a) Físico:** Baños calientes, ejercicios violentos, equitación, violencia sobre la pelvis, cerviz o cuerpo del útero.
- b) Químicos:** Purgantes, irritantes digestivos, hormonales, inyección de jabón, permanganato de potasio, bicloruro de mercurio, etc.
- c) Quirúrgicos:** Dilatación de la Cerviz, curetaje del útero, aspirado, ruptura de las membranas.
- d) Fármacos:** La mifepristona, también conocida como RU-486 o “píldora del aborto”.

De acuerdo con Salas Villagómez¹⁵, según la intención de producir o no la conducta delictiva y según los motivos por el que se recurre a él, el aborto inducido puede a su vez identificarse como:

- **Aborto Criminal:** Es la interrupción deliberada del embarazo mediante la extracción del feto de la cavidad uterina. JIMENEZ DE ASÚA; al hablar de Derecho Penal dice: “Aborto es el aniquilamiento

¹⁴ World Health Organization, 1994.

¹⁵ (1998).



del producto de la concepción en cualquiera de los momentos anteriores al término de la preñez, ya sea por la expulsión violenta del feto o por su destrucción en el vientre de la madre”.

Requisitos para la aplicación del Aborto Criminal:

- Existencia en la preñez.
 - Interrupción del proceso de la concepción.
 - Que el feto no nazca vivo.
 - Intención dolosa. Al fallar cualquiera de los requisitos enumerados, no habrá delito del Aborto propiamente dicho¹⁶.
- **Aborto Imprudencial o culposo:** corresponde al aborto que se produce por un accidente o como resultado de una conducta en la que no se tenía la intención de provocar el aborto, sobre todo cuando no se sabía que la mujer estaba embarazada.

Este tipo de aborto no se sanciona en la mayoría de los países ya que no se considera que se haya producido un delito, no había la intención de producir dicho resultado.

- **Aborto sufrido y aborto sufrido con violencia:** cuando se realiza sin el consentimiento de la mujer se hace referencia al aborto sufrido y

¹⁶ Cuello Calón, Eugenio.” Tres Temas Penales. Edición Urgel 51bis. Barcelona.1995.Pag.103.



cuando ésta práctica además se realiza a través de la violencia física o moral, se habla de aborto sufrido con violencia.

La mayoría de las legislaciones en todo el mundo sancionan más severamente este tipo de aborto.

- **Aborto procurado o consentido:** se refiere al aborto que se provoca la propia mujer o se realiza con el consentimiento de la mujer embarazada.

Cuando los motivos para realizar el aborto no están permitidos por la legislación, en este tipo de aborto se sanciona tanto a la mujer que conciente o solicita el aborto, como al personal que interviene en su inducción.

- **Aborto honoris causa:** comprende los casos en que la mujer recurre al aborto ante embarazos realizados fuera de matrimonio y cuando el nacimiento de un hijo ilegítimo es motivo de escarnio social.

Por ello varias legislaciones en América Latina si bien penalizan esta práctica, dan una pena menor a la mujer que recurre al aborto inducido para salvaguardar su buen nombre o su reputación o la de su familia.



- **Aborto inducido por violación, o en el ejercicio de un derecho:** responde a las situaciones en que la ley reconoce el derecho de la mujer a abortar cuando el embarazo es resultado de una violación y es una de las causales mayormente permitidas en la región latinoamericana y del Caribe¹⁷.

- **Aborto por alteraciones eugenésicas o congénitas:** También podría llamarse de “Indicación Fetal” o “Preventivo”. Es el planteado cuando existe importante riesgo o probabilidad de que el nuevo ser está afectada por anomalías o malformaciones congénitas.

Hoy en día, el diagnóstico prenatal, ha desarrollado una serie de técnicas que permiten una importante aproximación al conocimiento del no-nacido.

Pero hay que tener en cuenta, que la medicina se mueve frecuentemente dentro de unos márgenes de probabilidades mayores o menores, y frecuentemente, ante la duda, se están realizando occisiones de fetos normales.

Pero también hay que tener en cuenta, que todo ser humano tiene una intrínseca dignidad y un derecho a la vida que no depende de su integridad física o de sus niveles intelectuales.

¹⁷ Aborto en América Latina y el Caribe. Cap.1 Marco Jurídico del Aborto Inducido. Anexo 1. Distintos tipos de aborto y sus definiciones.
www.ceped.org/cdrom/avortement_ameriquelatine_2007/es/chapitre1/annexe.htm



- **Aborto psicosocial:** Es el realizado por razones personales, familiares, económicas, social de la mujer, por lo general se requiere que éstas sean graves y que tenga un número de hijos ya nacidos¹⁸.

- **Aborto por Causas Económicas y Sociales.** Dentro de las razones económicas, en matrimonios prolíficos, de escasos recursos, que se sienten incapacitados de mantener debidamente el sustento y la salud.

El aborto intencional para no verse cargados de muchos hijos, porque no soportan la situación económica.

La falta de vivienda repercute hondamente en la alteración del bienestar social de la familia, porque a veces, la falta de trabajo, los gastos imprevistos como las enfermedades, los accidentes, etc.

Todas estas calamidades obligan a disminuir el número de hijos, y en consecuencia piensan en el Aborto Intencional¹⁹.

¹⁸ Óp. Cit. Star Media. html.rincondelvago.com/aborto_3.html.

¹⁹ Machado, Julio César. Op. Cit. Pag.25



- **Aborto por inseminación artificial forzada:** es aquél que se realiza cuando el embarazo es resultado de una inseminación artificial no querida ni consentida por la mujer.
- **Aborto necesario, terapéutico, o para salvar la vida de la mujer:** cuando de no practicarse el aborto se pone en riesgo vida de la mujer embarazada, se habla indistintamente sobre estos términos.

Este tipo de aborto, no es sancionado en la mayoría de los países de la región²⁰.

El Aborto Terapéutico es justificado por Razones Médicas:

- Para salvar la vida de la madre, cuando la continuación del embarazo o el parto significan un riesgo grave para su vida;
- Para salvar la salud física o mental de la madre, cuando éstas están amenazadas por el embarazo o por el parto;
- Para evitar el nacimiento de un niño con una enfermedad congénita o genética grave que es fatal o que le condena a padecimientos o discapacidades muy graves, o
- Para reducir el número de fetos en embarazos múltiples hasta un número que haga el riesgo aceptable.

Para la **Organización Mundial de la Salud**, este tipo de aborto debe estar autorizado por la legislación de cada país, con el fin de evitar

²⁰ Aborto en América Latina y el Caribe.



las miles de muertes de personas producidas anualmente: "Aborto legal para no morir".

Los objetores aducen que no es ético sacrificar a unos para salvar a otros²¹.

Según la clasificación internacional de procedimientos quirúrgicos de la OMS existen los siguientes tipos de Aborto Terapéutico:

- Aborto por raspado con aspiración.
- Aborto con dilatación y raspado.
- Aborto con Histerectomía.
- Aborto con Inserción de Laminaria.
- Aborto con Inserción de un Supositorio de Prostaglandinas.
- Aborto con Inyección Intra-amniótica (Salino)²².

La lista de enfermedades que pueden comprometer la vida y la salud de una mujer durante el embarazo son muy amplias, siendo las más frecuentes:

- ❖ Cáncer de mamas, cáncer cérvico – uterino u otro tipo de cáncer en evolución.

²¹ Aborto inducido. Wikipedia. es.wikipedia.org/wiki/Aborto_inducido

²² Apuntes de aborto. Procedimientos para la realización de aborto. www.filosofiaesquel.com.ar/apuntes%20Aborto.doc



- ❖ Diabetes y leucemia.
- ❖ Tuberculosis.
- ❖ Rubéola.
- ❖ Enfermedades renales severas, como la insuficiencia renal.
- ❖ Enfermedades del corazón.
- ❖ Graves enfermedades de los huesos.
- ❖ Enfermedades inmunológicas como el lupus y el VIH.

Otra indicación medica para interrumpir el embarazo, es cuando el producto o feto trae malformaciones incompatibles con la vida, como el caso en que el feto viene sin cerebro²³.

²³ Grupo estratégico por la Despenalización del aborto terapéutico. ¿Por qué sí al aborto terapéutico? ¿Cuándo es necesario un aborto terapéutico? Managua, Nicaragua. Julio 2007. Pag.6



Capítulo II.

2. Regulación Jurídica del Aborto Terapéutico en Nicaragua.

En el caso de Nicaragua, el aborto como tal no es considerado legal. El aborto terapéutico estaba aprobado en nuestra legislación desde 1837 hasta 2006 (169 Años) cuando existiese riesgo para la vida de la madre, daños irreversibles al embrión o el feto, y cuando el embarazo fuese fruto de una violación o incesto.

Para practicarlo se necesitaba el criterio unánime de al menos tres especialistas y el consentimiento de la madre o de un familiar de ésta. Sin embargo, esta ley fue anulada en 2006, por lo que el aborto terapéutico es penado por la ley a quienes se lo realicen y lo practiquen.

Esto ha generado una controversia en cuanto a los derechos de las mujeres, de los no nacidos²⁴ y de los médicos al practicar su profesión, percibiéndose una parcialización del tema a conveniencia de quien lo discuta.

²⁴ En Nicaragua, el presidente de la República, Arnoldo Alemán, promulgó el 25 de enero de 2000 un decreto por el que declaró el 25 de marzo de cada año "Día del Niño por Nacer".



2.1. Según el Código Penal Derogado de la República de Nicaragua.

Artículo 165 del Código Penal Derogado.

El derecho penal constituye uno de los medios de control social existentes en las sociedades actuales.

Es decir, es un medio de control jurídico altamente formalizado tiende a evitar determinados comportamientos sociales que se reputan indeseables (delitos) acudiendo para ello a la amenaza de imposición de distintas sanciones para el caso que dichas conductas se realicen.

El Código Penal de Nicaragua regulaba la figura jurídica del aborto terapéutico en su Art. 165: "El aborto terapéutico será determinado científicamente, con la intervención de tres facultativos, por lo menos, y el consentimiento del cónyuge o pariente más cercano a la mujer, para los fines legales".



Principios y Derechos Constitucionales violentados al Penalizar el Aborto Terapéutico.

Según el Código Penal Vigente de la República de Nicaragua.

El 26 de octubre del 2006, fue aprobada por la Asamblea Nacional la Ley N° 603, "Ley de Derogación al Artículo 165 del Código Penal Vigente", la cual entra en vigencia el 17 de noviembre de 2006²⁵, artículo que protegía la vida de las mujeres.

El Aborto Terapéutico fue penalizado sin tomar en cuenta las opiniones de especialistas en la materia miembros de la Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia, Escuela de Medicinas, y Organizaciones Nacionales e Internacionales de Derechos Humanos, quienes han declarado que es un procedimiento necesario para salvar la vida de las mujeres.

La ley 603 (de Derogación del Aborto Terapéutico) Viola los siguientes Principios Constitucionales²⁶:

- Principio del Estado Social de Derecho.
- Principio de la dignidad humana, de la libertad, justicia y de la promoción del desarrollo humano.

²⁵ República de Nicaragua. Ley de Derogación al Artículo 165 del Código Penal Vigente. *La Gaceta*.

²⁶ Fuente: Recurso Por Inconstitucionalidad contra la ley 603.



- Principio de igualdad y No discriminación.
- Principio del Estado Laico.
- Principio de Democracia Participativa.
- Principio de Supremacía Constitucional.

Derecho a La Dignidad y a la Vida Arto. 23Cn.

Primer derecho de las personas. Se viola porque en la ley se prioriza sobre nuestra propia vida, un embrión o feto que no puede vivir fuera del cuerpo de las mujeres. La Constitución y los convenios internacionales reconocen a los seres humanos como "personas" únicamente a partir de su nacimiento.

Además **la Violación del Derecho a la Vida**, es particularmente grave cuando se trata de mujeres que no pueden abortar para iniciar un tratamiento médico, como en los casos de mujeres que son diagnosticadas con Cáncer, Hepatitis, Sida, Anemia, Insuficiencia Renal, entre otros.

La Protección Legal de la vida desde la Concepción o el Nacimiento no es justificable para la Penalización del Aborto Terapéutico.



Derecho a la Libertad Individual Arto. 5, 25 inciso 1 Cn.

Arto. 5Cn La existencia legal de toda persona principia al nacer. Según el maestro Joaquín Cuadra Zavala: La personalidad humana comienza en el nacimiento, hasta ese momento el ser no tiene vida distinta; él es, como decían los Romanos “pars viscerum matris.”

Cuando el Estado reconoce la libertad de la persona, garantiza un ámbito en el que el individuo es soberano.

La decisión de tener un aborto terapéutico, que esta vinculada con el ejercicio de otros derechos, es un asunto que le concierne a quien decide sobre su propia vida. Así, el penalizar esta conducta no es coherente con la doctrina de la libertad individual y la autonomía como máxima expresión de la dignidad humana.

En otras palabras, al considerar a la persona como autónoma y libre, como lo preceptúa la constitución, se hacen inviables todas aquellas normas legales que desconocen la condición del ser humano como ser capaz de decidir sobre su propio rumbo y opción de vida.



Derecho a la Salud y a la atención médica.

Artos. 46, 59 y 105Cn Otro derecho fundamental de toda persona que se viola al impedir que los médicos y las pacientes tome la decisión más conveniente para reestablecer la salud de las mujeres en caso de complicaciones en el embarazo que atentan contra su salud.

La penalización del Aborto Terapéutico atenta contra el derecho fundamental a la salud incluyendo la salud física de la mujer; porque la negación del servicio de Aborto Terapéutico para las mujeres que lo requieren de manera urgente para salvar su propia vida o salud, las excluye de la protección que el Estado debe garantizarle.

La Ley 603 desconoce el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres ya que las inhibe del derecho de tomar decisiones relativas a la misma, que es lo que conocemos como autonomía en materia de salud, como el derecho a planear la propia familia, el derecho a estar libre de interferencia en la toma de decisiones reproductivas y el derecho a estar libre de todas las formas de violencia y coerción que afecten la salud sexual y reproductiva.



Derecho a la Integridad y a no ser sometidas a Tratos Crueles e Inhumanos.

Arto. 36 Cn

Se viola al someter al dolor, sufrimiento, a no brindar la atención médica adecuada y oportuna. Se alarga el período de sufrimiento tanto de la mujer, como de la familia.

El Derecho a la Igualdad y a vivir libres de Discriminaciones

Artos. 27, 48 y 50 Cn.

Se violan estos derechos al dejar sin la posibilidad de tomar decisiones, de salvar nuestra propia vida, mientras otros deciden por las mujeres, discriminándolas con esto.

Derecho a la Libertad religiosa, de conciencia y pensamiento.

Arto. 29 y 30 Cn.

Cada ciudadano será libre en sus ideas creencias convicciones morales culturales y sociales.

Se viola al priorizar el pensamiento de un grupo religioso que considera el aborto terapéutico como pecado por sobre otros ciudadanos y ciudadanas que se considera como un derecho humano y un derecho de salud.



Derecho a recibir información científica y veraz

Arto. 64 Cn. Es violentado al eliminar, bajo argumentos que no son científicos, ni veraces, el artículo 165 del Código Penal sobre el Aborto Terapéutico que protege la vida de las mujeres.

Derecho de Protección a la Familia

Arto. 70 Cn Se viola al dejar indefensas y prácticamente sin derecho a vivir, a las mujeres con embarazos con complicaciones que atentan contra su vida, afectando a la familia, dado que en sociedades patriarcales como la nuestra, las mujeres son piezas claves en la crianza, cuidado y desarrollo no sólo de los hijos sino de toda la familia.

Derecho al libre Ejercicio de la Profesión

Arto. 86 Cn “Todo nicaragüense tiene derecho a elegir y ejercer libremente su profesión u oficio, el cual garantizaría a los médicos:

1. El derecho a que se respete su juicio clínico y su libertad prescriptiva, así como su probable decisión de declinar la atención de un paciente, siempre que tales aspectos se sustenten en bases éticas, científicas y normativas;



2. A contar con instalaciones médicas equipadas con las medidas de seguridad e higiene que establece la ley de conformidad al servicio que otorga y al respeto del paciente.

Se violenta el derecho de médicos y trabajadores de la Salud en general, de ejercer adecuadamente su profesión al quitarles la posibilidad de intervenir un embarazo a tiempo para salvar la vida de las mujeres, incumpliendo con ello su juramento médico.

Además, viola el principio de ponderación de derechos que guía el ejercicio profesional de jueces y abogados.

Este principio les apoya al momento que tienen que decidir, cuál es el derecho que prima; es decir, de qué manera causan un daño menos grave, en los casos en que tienen que decidir entre varios derechos, como es el caso del aborto terapéutico, donde debe primar el derecho a la vida de las mujeres²⁷.

Marco internacional de nuestros derechos

El reconocimiento y el respeto de los derechos humanos son esenciales para que los seres humanos seamos tratados con respeto como personas dignas y como ciudadanas de las naciones donde vivimos. Si los estados y gobiernos no respetan los derechos de cada

²⁷ Capítulo ABT.



Consecuencias de la derogación del aborto terapéutico en Nicaragua



persona, dañan los derechos establecidos para las personas. Por ello, los gobiernos pueden ser demandados por la ciudadanía y sancionados por la comunidad internacional por violar a los derechos humanos.

En 1948, en Ginebra, Suiza, se elaboró la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Fue firmada por todas las naciones. A partir de esta declaración, y gracias a las luchas de los movimientos sociales se ha ido profundizando sobre los derechos humanos con convenciones firmadas por todos los países incluyendo Nicaragua.

Para las mujeres, tres de las más importantes de estas convenciones son: la CEDAW (Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer) de 1979; los Acuerdos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo de 1994; y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer de Beijing de 1995.

La Plataforma de Acción de Beijing dice: “Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho de controlar y decidir libremente y con responsabilidad sobre asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación o violencia”.



Con la participación de representaciones de movimiento de mujeres de distintos países, incluido Nicaragua, en estas convenciones internacionales se establecieron los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas. A continuación te presentamos algunos de los derechos reproductivos reconocidos.

DERECHOS REPRODUCTIVOS

- Acceso a información veraz, científica y sin prejuicios en todo lo relativo a la reproducción humana y los métodos anticonceptivos.
- Derecho a decidir si se quiere o no tener hijos o hijas.
- Derecho a decidir cuántos hijos tener, cuándo y con quién.
- Derecho a interrumpir el embarazo sin la autorización de otra persona.
- Acceso a servicios de anticoncepción de calidad para poder elegir métodos anticonceptivos que no dañen la salud.
- Acceso a atención de calidad durante el embarazo, parto y después del parto.
- Responsabilidad compartida en la prevención del embarazo y que la crianza de hijos e hijas no sea solamente responsabilidad de las mujeres.
- Que el cuerpo de las mujeres no sea utilizado como campo de experimentación



- Acceso a servicios médicos que garanticen aborto seguro, que no pongan en riesgo la salud o la vida de las mujeres.

El gobierno de Nicaragua al haber firmado esos convenios, está obligando a garantizar que las mujeres tengamos acceso a estos derechos.

Principios Internacionales que reconocen el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación ni violencia²⁸.

La **Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer**, Beijing 1995, en su Plataforma de Acción, especifica que los derechos humanos de la mujer incluye su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y decidir libremente respecto de estas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.

En la **Conferencia Internacional de Población y Desarrollo** realizada en 1994 en el Cairo, en el párrafo VIII se insta a todos los gobiernos y a todas las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes, a incrementar su compromiso con la salud de las mujeres, a ocuparse de los impactos que tienen sobre la salud el

²⁸ Aborto Terapéutico en Chile: Carta abierta del Movimiento mujeres/www.kaosenlared.net/noticia/aborto-terapeutico-chile-carta-abierta-movimiento-mujeres



Consecuencias de la derogación del aborto terapéutico en Nicaragua



aborto inseguro como una cuestión prioritaria de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación familiar.

Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados haciendo todos los esfuerzos para eliminar la necesidad del aborto.

Así mismo, el año 2000 en la Asamblea General Extraordinaria de Naciones Unidas Beijing + 5 Mujer, se estableció en el párrafo 107 (i) el derecho al aborto.



Capítulo III

3. Consideraciones para la Penalización del Aborto.

3.1. Consideraciones Políticas.

El Parlamento nacional aprobó el 26 de octubre pasado una reforma al Código Penal, que databa desde 1893, derogando el aborto terapéutico. Los diputados eliminaron el artículo que establecía el derecho al aborto terapéutico como una excepción para salvar la vida de las mujeres en caso de embarazos con riesgos.

Esta excepción de la penalización fue eliminada del código Penal en Vigencia, **debido a la gestión y votos de la bancada del Frente Sandinista**, a petición de la jerarquía eclesiástica. En esa ocasión dicha bancada justificó la posición diciendo:

"Somos enfáticos: No al aborto, sí a la vida. Sí a las creencias religiosas; sí a la fe; sí a la búsqueda de Dios, que es lo que nos fortalece todos los días para reemprender el camino", "el FSLN respalda la posición de la Iglesia Católica y de las iglesias en general, "contra el aborto en cualquiera de sus formas porque es un atentado contra la fe, contra la vida"²⁹.

²⁹ Buscando Camino, Camino Alternativo, Panamá Año VI, Numero 158, 30 de septiembre al 6 de octubre del 2007.



La Constitución Política establece que el derecho a la vida es inviolable a la persona humana y que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad”, señaló la Presidencia.

La exposición de motivos de los diputados: “la eliminación de la figura del aborto terapéutico es con el fin de que en Nicaragua no se continúe realizando actos delictivos encubiertos bajo la figura del aborto terapéutico, por medio del cual se ejecutan diariamente en el vientre materno a niños inocentes en abierta violación a la Constitución que protege de forma integral al niño por nacer”.

La mujer que se practique cualquier tipo de aborto en Nicaragua pagará pena de 4 a 8 años de prisión, según la reforma al Código Penal. Esa reforma fue aprobada mayoritariamente por diputados liberales y sandinistas³⁰.

3.2. Consideraciones Religiosas.

La Iglesia Católica, en sus diversos documentos, se ha manifestado sobre el tema del aborto en general y del “terapéutico” en particular.

³⁰ Noviembre 17, 2006 por Barricada



Lo ha hecho desde la conciencia de su misión de defender al hombre y de proteger su vida, en particular aquella más inocente e indefensa como lo es la embrionaria y fetal.

El Papa Juan Pablo II hizo numerosas declaraciones en este sentido. En una de ellas señala que:

“...amplios sectores de la opinión pública justifican algunos atentados contra la vida en nombre de los derechos de la libertad individual, y sobre este presupuesto pretenden no sólo la impunidad, sino incluso la autorización por parte del Estado, con el fin de practicarlos con absoluta libertad y además con la intervención gratuita de las estructuras sanitarias.”

Esta defensa la Iglesia la realiza no sólo a la luz de la Fé que profesa, sino que también a la luz de la razón, movida por el convencimiento de que el derecho a la vida es el fundamento de los derechos del hombre y de la convivencia social.

En sus aspectos más esenciales, destacando también la plena conciencia que tiene la Iglesia de que existen casos realmente dramáticos en los cuales **“rechazando el aborto se causa un perjuicio a bienes importantes que es normal defender y que incluso pueden parecer prioritarios.**



No desconocemos estas graves dificultades: puede ser una cuestión grave de salud, incluso de vida o muerte para la madre³¹; o la carga que supone en la familia un hijo más, sobre todo si existen buenas razones para temer que será anormal o retrasado; la importancia que se da en algunos lugares a consideraciones como el honor y el deshonor, una pérdida de categoría, etc. Sin embargo, enseña también que:

“... ninguna de estas razones puede jamás dar objetivamente derecho para disponer de la vida de los demás, ni siquiera en sus comienzos... La vida es un bien demasiado fundamental para ponerlo en balanza con otros daños, incluso los más graves”³².

El concepto de “aborto terapéutico”, es inadecuado, abusivo y de suyo contradictorio y no hay documento eclesial que lo haya utilizado para referirse al aborto.

El llamado aborto “terapéutico” se plantea en dos situaciones³³:

a. Se practica porque la continuación del embarazo comporta graves riesgos para la vida de la madre. Eliminar al hijo para proteger la vida

³¹ www.obispadodesanbernardo.cl/index.php?module=pagemaster&PAGE_user_op=vi

³² Óp. Cit.

³³ Aborto terapéutico: Magisterio de la Iglesia. Dr. Mauricio Besio/ Pbro. Fernando Chomali /Dr. Jorge Neira



de la madre es claramente un aborto directo, y desde ese punto de vista es ilícito.

Esta apreciación se fundamenta en el hecho de que “la inviolabilidad de la persona humana desde el momento de la concepción, prohíbe el aborto como supresión de la vida prenatal. Esta es una directa violación del derecho fundamental a la vida del ser humano y constituye un abominable delito”.

Quienes se inclinan por sacrificar la vida del feto en aras de resguardar la vida de la madre parten del presupuesto de que la vida de la madre tiene mayor valor que la del hijo, lo que es arbitrario y falso:

“Todos los seres humanos poseen la misma dignidad y el mismo valor”. Como muy bien señala la Congregación para la Doctrina de la Fe, en el documento ya citado, el primer derecho de una persona es el derecho a vivir, que es el fundamento y condición de posibilidad para ejercer todos los demás, derecho que no le compete a la sociedad ni a la autoridad pública concederlo a unos y quitárselo a otros.

Y agrega que no es el reconocimiento por parte de otros lo que constituye este derecho, sino que es algo anterior, lo que implica que denegarlo constituye una injusticia.



b. La segunda situación se da cuando el llamado aborto “terapéutico” se practica en los casos en que la continuación del embarazo conlleva la muerte segura de madre e hijo, y procediendo a éste, se podría salvar al menos la vida de la madre.

Esta es sin duda una situación muy dramática, aunque también bastante excepcional. Consideramos que la situación recientemente descrita está planteada de modo inadecuado y se ha de mirar desde otro ángulo.

Jurídicamente, dentro del conjunto de ilícitos atentatorios contra la vida de una persona, se comprende el aborto.

Sin embargo, tanto en el derecho comparado como en nuestro ordenamiento jurídico, se ha considerado una especie de excepción al llamado “aborto terapéutico”, figura cuyo nombre induce a graves confusiones conceptuales, pues parece estimar posible que pueda existir una terapia consistente en dar muerte a una criatura humana, aparentemente justificada por querer salvar la vida de su madre o preservar la salud de ésta, es necesario distinguir entre “aborto terapéutico”, que en realidad es propiamente un aborto procurado, y “terapia a la madre con resultado de muerte fetal”, que sería propiamente lo que denominamos un “aborto indirecto”, que implica la aplicación justificada de una medida terapéutica en caso de riesgo vital para la



madre, la cual puede provocar un resultado no querido ni buscado y que se hubiese evitado de haber sido ello posible, como es la muerte de la criatura en gestación, situación que se encuadra en la doctrina del principio del doble efecto que ya explicamos.

La figura del “aborto terapéutico” no puede bajo ninguna circunstancia ser validada por el derecho, ya que constituye efectivamente una conducta delictiva y dolosa en contra de la vida de un niño en gestación, y que pretende camuflarse en la idea de que el atentado se efectúa para resguardar la vida o la salud de la madre.

En atención a que este tipo de aborto niega la condición de persona del niño por nacer y, en consecuencia, subordina su derecho a la vida y su integridad física a los de su madre, no sólo no tiene cabida en la legislación penal como excepción, sino que resulta absolutamente incompatible con los principios de nuestra actual Carta Fundamental.

3.3. Consideraciones Médicas.

La eliminación del artículo 165 del Código Penal que permitía el aborto terapéutico, los médicos están obligados a esperar hasta que el embrión esté muerto, lo que pone en riesgo inminente de muerte a la mujer.



Consecuencias de la derogación del aborto terapéutico en Nicaragua



No por casualidad la ciencia cataloga el embarazo ectópico como una de las principales causas de muerte materna en el mundo.

El Aborto Terapéutico es defendido por diversas personas a título individual y organizaciones feministas, de mujeres y de derechos humanos, mujeres y hombres, que están a favor de la vida y el desarrollo.

Mujeres, feministas y no feministas, católicas, evangélicas o sin credo alguno que, desde sus propios valores y sentido común, desean que en la sociedad se proteja la vida y la salud de la población en general y las mujeres en particular.

Padres, madres, mujeres y hombres que no quieren ver morir a sus parejas, hijas, hermanas, cuando pueden ser salvadas.

Médicos, médicas y personal de salud, cada vez manifiestan más preocupación porque no quieren verse con las manos atadas cuando saben que científicamente tienen los recursos y conocimientos para poder salvar vidas. Juristas y abogados, mujeres y hombres, que quieren que las leyes realmente protejan la vida de las personas.

Aquellas personas que pensamos que la cultura de respeto a la vida y al desarrollo debe privar en Nicaragua. Aquellas que piensan que



se trata de reflexionar cuidadosamente y comprometerse a construir una vida digna para todos.

El juramento médico que hacen las y los médicos, cuando reciben el título que les permite ejercer la medicina, les obliga, más que ninguna otra profesión, a hacer todo lo imposible para defender la vida de las personas que atienden.

Constantemente se enfrentan al reto de tomar las decisiones correctas para arrebatarle a la muerte, la vida de sus pacientes.

Es por ello que para ejercer su profesión se rigen por normas establecidas cuidadosamente para poder salvar vidas³⁴.

Respecto al aborto terapéutico, en Nicaragua, la Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia (SONIGOB) y a nivel internacional, tanto la Federación Centroamericana de Ginecología y Obstetricia (FECASOG) como la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia (FIGO) consideran lo siguiente³⁵:

“Existe un amplio consenso de que el aborto es éticamente justificable cuando se efectúa por razones médicas para proteger la vida y la salud de la madre.

³⁴ Boletina No. 67 Marzo 2007; El Aborto Terapéutico es un asunto de la vida real. www.puntos.org.ni/boletina.

³⁵ Boletina No. 68 febrero 2007; El Aborto Terapéutico salva vidas. www.puntos.org.ni/boletina.



Consecuencias de la derogación del aborto terapéutico en Nicaragua



La mayoría lo considera justificado en casos de incesto o estupro, así como cuando el feto está pronunciadamente mal formado o cuando la vida de la madre se ve amenazada por una u otra enfermedad grave”.

Es una medida que permite salvar la vida de la mujer cuando es claro que si no se interrumpe el embarazo, va a morir; por ejemplo, en casos de embarazo ectópico, cáncer, u otras enfermedades. O en caso de que la vida del feto no sea viable.

En la decisión médica pesan también, las consecuencias que tendría, si la madre muriera.



Capítulo IV.

4. Consecuencias de la penalización del aborto terapéutico.

4.1. Causas Jurídicas de la Penalización del Aborto Terapéutico en Nicaragua.

La función del Derecho en todas sus ramas es reconocer, garantizar y proteger los derechos que las personas tienen por el hecho de ser humanos, en el entendido de que **ese individuo que goza de dignidad y derechos es ontológicamente persona desde su concepción.**

La vida no puede ser un derecho privativo sólo de los nacidos, sino que debe serlo desde su gestación, cualquiera que sea la etapa de ésta³⁶.

Sin embargo, hay quienes dicen que el concepto de persona se tergiversa con el que da el derecho civil, en cuanto a que éste define como persona a quien ha logrado sobrevivir al menos un momento separado de su madre.

³⁶ Organismos internacionales insisten en despenalizar aborto terapéutico La ONU en 2007 pidió al Estado modificar la legislación "restrictiva" sobre el tema./por Cristian Chandía E. 17/03/2009.



Pero esto constituye un error, primero porque la definición de persona que da el derecho civil busca determinar quién lo es en términos de ser sujeto de derechos patrimoniales; es decir, en lo relativo a la herencia, pero sin pronunciarse en absoluto en cuanto a la dignidad del individuo de la especie humana.

También es un error porque el producto de la concepción no puede pasar a ser, de un momento a otro, alguien distinto a lo que es desde su origen, es decir, un individuo de la especie humana, puesto que desde el punto de vista ontológico es siempre el mismo.

Por lo que es contradictorio definirlo como un objeto antes de nacer, y como un sujeto una vez nacido, es decir, una persona.

Al respecto resulta muy iluminador lo que dice Spaemann³⁷. No existe un tránsito paulatino desde el 'algo' a 'alguien'... Si el ser persona fuera un estado, podría surgir poco a poco. Pero si la persona es alguien que pasa por diferentes estados, entonces los supone todos.

No es el resultado de un cambio, sino de una generación, como la Sustancia de Aristóteles:

³⁷ Spaemann R., *Personas: Acerca de la distinción de "algo" y "alguien"*, EUNSA, Pamplona 2000, 227:



“La persona no es un concepto específico, sino el modo como son los individuos de la especie “hombre”.

Es importante señalar que lo anterior no corresponde a un pensamiento religioso, sino conceptual, que aun cuando es perfectamente compatible con el pensamiento católico, no depende de él, porque la estructura misma del derecho considera que algo que es cosa no puede ser más que cosa, y quien es sujeto de derechos no puede haber sido antes una cosa sin derechos.

Hoy estamos en un sistema constitucional en el cual la vida de un ser humano no es algo de lo que se pueda disponer, ni se puede salvaguardar la vida de una persona en desmedro de la de otra, pues ambas tienen la dignidad de persona humana y no puede transformarse la vida de una de ellas en disponible para la otra.

Hay quienes consideran que esto sería posible por el principio de legítima defensa, consagrada en nuestro ordenamiento jurídico, en cuanto a que la madre podría atentar contra la vida de su hijo para preservar la propia.

Sin embargo esto no es así, porque la legítima defensa implica que alguien, para defenderse de una agresión injusta, puede provocar un daño que no necesariamente implique la muerte del agresor, y además



porque nunca el niño podría ser considerado como un agresor; él está en condiciones de dependencia de la madre, que por lo demás, ha causado el embarazo. El niño es absolutamente inocente.

Es cierto que hay situaciones de alto riesgo tanto para la vida de la madre como para el hijo en gestación en tres casos bien concretos: la infección del saco gestacional, la preeclampsia y el alza violenta de la presión de la madre como consecuencia del embarazo, y por lo tanto sólo la interrupción de éste termina con ello.

En estos casos, el derecho permite y valida la interrupción del embarazo cuando la situación de gravedad compromete ambas vidas (madre e hijo), aunque éste muera a consecuencia de ello, porque no hay dolo o malicia abortiva, sino el cumplimiento del deber del médico, en el sentido de utilizar los medios a su alcance para salvar a los que sean susceptibles de ello.

De acuerdo con las indicaciones para practicar el aborto terapéutico de la sociedad nicaragüense de ginecología y obstetras (Cuando compromete la vida o la salud de la mujer, Cuando de continuar el embarazo dará lugar al nacimiento de un niño/a con malformaciones físicas graves o con retrasos mentales, en caso de violación, incesto o estupro) no especificaba los motivos necesarios o concretos que debía



de tener la posible persona que se sometería a un aborto terapéutico al establecer que las víctimas de violación podían practicárseles.

En este caso existe una ambigüedad en esta ley porque estaríamos ante un aborto inducido, si bien es cierto que la ley tutela el bien jurídico la salud³⁸ debe de contener los parámetros para determinar si lo idóneo a hacer en estos casos sería practicarles el aborto terapéutico.-

Ciertos parámetros como: si la víctima es menor de doce años, que presente discapacidades o incapacidades físicas o mentales que no permitan la viabilidad del producto y que el hecho haya sido denunciado evitarían que se practicasen abortos bajo la figura del aborto terapéutico.

Otro aspecto no menos importante que los anteriores pero si podría ser uno de los fundamentales sería el permitirle a la mujer dar su consentimiento al querer practicarse un aborto terapéutico o decidir seguir con el embarazo y asumir todos los riesgos que esto implica bajo su responsabilidad.

³⁸ Es el logro del máximo nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad. Organización mundial de la salud/2007



4.2. Consecuencias Jurídicas de la Penalización del Aborto Terapéutico en Nicaragua.

Nicaragua es uno de apenas tres países en todo el mundo en prohibir el aborto bajo cualquier circunstancia, incluso en caso de violación, incesto o peligro para la vida o la salud de la mujer embarazada³⁹.

Este tipo de prohibiciones totales son totalmente incompatibles con las obligaciones que imponen los derechos humanos internacionales, incluyendo el derecho a la vida, la salud y la no discriminación y su imposición puede tener - y de hecho tiene- serias consecuencias para la vida y la salud tanto de mujeres como de niñas.

En el caso de Nicaragua, la norma antiaborto que se promulgo en Noviembre del 2006 y reafirmo en septiembre del 2007 prohíbe incluso el aborto terapéutico hasta entonces permitido en la ley⁴⁰.

El enfoque que tiene nuestro nuevo Código penal implica que las instituciones del Estado deriven políticas públicas claramente motivadas por determinadas ideas religiosas, lo cual va en detrimento del carácter

³⁹Los demás son Chile y El Salvador Véase Centro para los derechos Reproductivos, "Leyes sobre el Aborto en el mundo" www.reproductiverights.org/pdf/pub_fac_abortionlaws_spanish.pdf.

⁴⁰ EL aborto terapéutico no está definido en la ley Nicaragüense sino en una norma del Ministerio de Salud: La interrupción del embarazo antes de la vigésima semana de gestación debido a patologías maternas agravadas por el embarazo o que tengan efectos negativos sobre el desarrollo y crecimiento del feto. Ministerio de Salud de Nicaragua, dirección de atención Médica/ Dirección de Atención Integral a la Mujer, "Norma de atención al aborto" Agosto de 1989.



pluralista de la sociedad, discrimina a quienes no sustentan aquellas ideas y lejos de implicar la transmisión de valores laicos y democráticos, impone, so pena de cárcel, prácticas y conductas humanas que pretenden cumplir con preceptos religiosos, contradiciendo el carácter laico del Estado y de la educación.

La redacción de este artículo, sin la excepción de la interrupción terapéutica impone a la mujer embarazada una carga que anula sus derechos fundamentales, de preeminencia al embrión o feto, exige irracionalmente a la mujer embarazada, el sacrificio consciente –y muchas veces inútil– de los derechos y características más esenciales de la propia naturaleza humana: su libertad, su privacidad, su salud, su posibilidad de desarrollo, su derecho a convivir con y cuidar de su familia, e incluso hasta su propia vida.

Ello supone desconocer completamente su dignidad y reducirla a un mero receptáculo de la vida en gestación, carente de derechos o de intereses constitucionalmente relevantes que ameriten protección.

Existen dos grandes motivos por lo que es prácticamente inevitable que la nueva norma jurídica provoque muertes maternas prevenibles.

En primer lugar, porque incluso en países con sistemas de salud universal y métodos anticonceptivos modernos es imposible pronosticar



y prevenir todos los embarazos que puedan poner en peligro la vida o la salud de las gestantes. Por ende, no es factible eliminar de raíz la necesidad de contar con el aborto terapéutico.

En segundo lugar porque es perfectamente posible prever el efecto de determinadas patologías sobre la salud de las gestantes o sobre el buen desarrollo de la preñez⁴¹.

En la mayoría de los casos, la penalización total del aborto incluyendo el de carácter terapéutico tiene además un efecto restrictivo sobre el acceso a los servicios de salud reproductiva en general⁴².

En diversos países este efecto inhibitorio se atribuye, por un lado, a la información incompleta inexacta o simplemente inaccesible en torno a la norma jurídica y por el otro, al temor de los funcionarios públicos a sufrir represalias por actuar al margen de lo dispuesto en la ley. Nicaragua no es la excepción.

El gobierno tampoco ha hecho esfuerzos por educar a la población en torno a la legitimidad de la atención post-aborto, cualquiera que sea la

⁴¹ Ciertas dolencias son predictoras de alto riesgo maternal, entre ellas la diabetes, las cardiopatías y la hipertensión arterial no controlada. Otras afecciones que ponen en peligro la salud materna y podrían requerir la interrupción del embarazo son las que surgen durante este, p.ej., eclampsia o pre eclampsia que no responden a tratamientos, el síndrome HELLP y otras. Véase American Medical Association, Jerrold B. Leikin y Martin S. Lipsky, eds.

⁴² Respecto de la relación entre penalización del aborto y acceso a la atención post-aborto, véase, p.ej, Human Rights Watch, Decisión prohibida: acceso de las mujeres a los anticonceptivos y al aborto en Argentina, Junio del 2005, vol. 17, N°1. Véase además en lo general Human Rights Watch, Víctimas por partida doble: obstrucciones al aborto legal por violación en México, Marzo del 2006, vol. 18, N°1



causa de este, ni parece investigar y sancionar adecuadamente a todos los profesionales de la salud que niegan o entorpecen innecesariamente el acceso o servicios que son perfectamente legales.

A pesar de la falta de datos y estudios oficiales queda claro que la denegación o retraso en la atención de emergencias obstétricas afecta a centenares de mujeres y niñas nicaragüenses cada año.

4.3. Principales consecuencias de la penalización del aborto terapéutico.

La inclusión del aborto terapéutico en la norma jurídica se orienta a suprimir el acceso de servicios legales cuyo sentido es salvar vidas y preservar la salud.

En consecuencia, se acate o no, esta contraviene directamente las normas internacionales de derechos humanos sobre el derecho a la vida, la salud y la no discriminación, así como una serie de otros derechos humanos claramente establecidos⁴³.

⁴³ Para un completo análisis del derecho internacional de los derechos humanos y el aborto en el contexto nicaragüense, véase Human Rights Watch, Memorial en derecho Amicus Curiae sobre las disposiciones relacionadas con el aborto de la ley 603 del 2006 (Código Penal), Presentado por Human Rights Watch, ante el Pleno de la Corte Suprema de Justicia, Agosto del 2007, hrw.org/pub/amicusbrieffs/Nicaragua0807spweb.pdf



4.3.1. Consecuencias Socio culturales.

La medicina se rige tradicionalmente por los principios de **beneficencia** que consiste en la búsqueda del bien para el o la paciente y la **no maleficencia** que consiste en evitar cualquier forma de daño o lesión; el principio de **autonomía** o respeto por las decisiones de la paciente en función de su proyecto de vida, y así mismo el de **justicia**, que reconoce que todos los seres humanos deben ser tratados por igual, y si hubiera que hacer alguna excepción se favorecerá a los mas necesitados⁴⁴. Estos cuatro principios son lo que realmente sustentan la Bioética⁴⁵.

El principio de la no maleficencia se asienta sobre las enseñanzas de Hipócrates quien expresaba **Primum Non Noscere** (lo primero es no hacer daño).

Este principio obliga a cautelar la salud y la vida de las mujeres, particularmente de aquellas que teniendo el derecho de interrumpir el embarazo encuentran restricciones al acceso a servicios seguros y de este modo se permita que la anencefalia afecte su bienestar al estar expuesta a serias complicaciones en caso de continuar la gestación, o exponerse a los riesgos de un aborto clandestino.

⁴⁴ Colegio Medico del Perú. Ley, Estatuto y Reglamento, Código de Ética, y Deontología, Ley de Trabajo Medico, Ley de Creación del Colegio Medico. Lima- Perú: CMP Agosto 2004.

⁴⁵ Faundes A, Barzelato J. El drama del Aborto en busca de un consenso. Bogotá – Colombia: Tercer Mundo Edit. del grupo TM SA 2005; pp. 253.



Consecuencias de la derogación del aborto terapéutico en Nicaragua



El principio de Beneficencia se sustenta en el anterior y establece la obligación de hacer el bien en el caso de la interrupción del embarazo, solicitando en la anencefalia, el balance entre los beneficios y riesgos se inclina a favor interrumpir el embarazo por cuanto la decisión preserva de daños en la salud física y mental de la mujer, que en buena cuenta significa hacerle el bien.

Finalmente, el principio de justicia es un concepto social que se basa en la equidad. La justicia es un derecho de todos los individuos que el Estado y la sociedad en su conjunto deben garantizar.

Bajo este principio se debe entender que los sectores mas favorecidos, en conocimiento del diagnostico de un embarazo con feto anencéfalo pueden acceder a un aborto seguro, en tanto que los sectores menos favorecidos de la sociedad, en este caso las mujeres mas pobres, pueden padecer con mayor frecuencia las restricciones de una incorrecta interpretación de los dispositivos legales y exponerse a los riesgos de llevar un embarazo en estas condiciones o de optar por una interrupción del mismo en condiciones de clandestinidad que las predispone a graves peligros.

Sin embargo los profesionales de la medicina con la penalización del aborto terapéutico se encuentran en una encrucijada, por un lado deben aplicar el código ético que les inculcaron durante sus estudios



profesionales y por otro lado deben aplicar la ley, en este caso el nuevo código penal.

De tal forma que ante un caso de anencefalia del feto el medico no podrá cumplir con sus principios éticos y con ello permitirá la muerte del feto y de la madre, como solución a esta situación surge la teoría del estado de necesidad suprallegal, en el que se establece la teoría de los intereses y de la ponderación, de manera que el medico al proteger un bien jurídico de mayor valor ante otro bien jurídico de menor valor ha actuado dentro del estado de necesidad y cabe en una causal de justificación, es decir no es alcanzado por la norma penal, sin embargo cabe la pregunta ¿la vida del niño o de la madre? Al ser la vida el mismo bien jurídico tutelado, entraría en juego la denominada teoría del fin, “no son antijurídicas las intromisiones en intereses jurídicamente protegidos que supongan un medio adecuado para conseguir un fin reconocido por el Estado”.

De manera que en el caso planteado, no solo es la vida de la madre, sino también la del núcleo familiar el que quedaría sin uno de sus pilares fundamentales, lo que conllevaría a un trauma colectivo.

En síntesis la vida de la madre sería el bien jurídico de mayor ponderación ante la vida de un ser que no es viable y por ende el médico



se encontraría protegido al salvar la vida de la madre del alcance de la norma penal como es la establecida en el arto 34 inciso 5.

Para la preservación de la vida o salud de mujer embarazada **argumentar el estado de necesidad no es suficiente**; porque se obliga a la mujer a recurrir a los servicios inseguros y clandestinos, poniendo en riesgo su propia vida y si logra sobrevivir a la deficiencia de los servicios ilegales de aborto, es revictimizada mediante el régimen penal que la somete a un proceso judicial, en el cual debe invocar el estado de necesidad de la conducta, con la esperanza de persuadir al juez sobre la legitimidad de su decisión de interrumpir el embarazo para salvar su propia vida o salud.

Dentro de lo conflictivo que pueda resultar asumir una decisión frente a un caso de anencefalia será necesario recordar que el 39% de los países del mundo, incluidos algunos países de América Latina, reconocen que las malformaciones congénitas fetales severas son indicaciones para interrumpir el embarazo en términos legales⁴⁶.

Las recomendaciones éticas en obstetricia y ginecología emanadas de FIGO- Federación Internacional de ginecología y Obstetricia

⁴⁶ WHO. Aborto Seguro: Guías técnicas y de políticas para los sistemas de salud. Geneva: WHO 2003. pp. 106



Consecuencias de la derogación del aborto terapéutico en Nicaragua



establecen que las malformaciones fetales severas tienen sustento ético para interrumpir el embarazo, si esa es la decisión de la mujer⁴⁷.

La eliminación del aborto terapéutico afecta tanto a las mujeres en particular, como a la familia y la sociedad en general.

La pérdida de la vida de las mujeres es la primera y más grave consecuencia al no contar con un recurso que proteja su vida.

Con la muerte de las mujeres que ya han tenido hijos se afecta no sólo la vida de una persona sino la de los hijos que quedan huérfanos al morir la madre. Incluso, hay estudios que muestran que tiene impacto en la mortalidad infantil, pues los niños y las niñas sin madre tienen mayor probabilidad de morir. Las médicas y médicos se ven imposibilitados para intervenir a tiempo, contradiciendo su juramento de hacer todo lo posible por salvar la vida de sus pacientes.

Se afecta el desarrollo de la familia y los hogares al quedar sin la persona a quienes la sociedad le ha asignado el cuidado y crianza de los hijos, enfermos y ancianos y todo el funcionamiento del hogar.

⁴⁷ FIGO. Recomendaciones sobre aspectos ético en Obstetricia y Ginecología por el Comité de FIGO para los aspectos éticos de la reproducción humana y la salud de las mujeres. London: FIGO Nov. 2003, pp. 72.



Aumenta la mortalidad materna y los casos de aborto inseguro al tener que recurrir las mujeres a abortos clandestinos en el intento de salvar sus vidas.

Mortalidad materna en Nicaragua

El registro oficial de mujeres que se han muerto en el embarazo en casi noventa mujeres por cada cien mil nacidos y nacidas vivas (o sea, que mueren casi noventa mujeres por cada cien mil nacimientos).

Además, el propio MINSA reconoce que no cuenta con todos los datos y que la cifra es mayor, dado que sólo se registran los casos que llegan a atenderse a los hospitales y centros de salud; en las comunidades rurales las mujeres mueren por complicaciones del embarazo o del parto sin que el sistema de salud las atienda o las registre.

Con todo esto se afecta el desarrollo del país, pues aumentan los gastos de salud al tratar de salvar las vidas de las mujeres al último minuto, lo que requiere de mayores recursos. Se afecta el desarrollo social y económico del país al perder personas activas, trabajadoras que aportan a la producción, la reproducción y desarrollo de la sociedad.

Se afecta el buen funcionamiento del Estado y el cumplimiento de principios constitucionales como el del Estado laico y el de igualdad al no



Consecuencias de la derogación del aborto terapéutico en Nicaragua



cumplir con el mandato de gobernar a favor de todas las personas por igual sin distinción de raza, sexo, clase social o creencias religiosas.



Capítulo V.

5. Características específicas de la legislación del aborto en algunos países de la región.

Numerosas organizaciones civiles de América Latina y el Caribe realizan diversas acciones para demostrar y hacer visibles las consecuencias del aborto en la salud de las mujeres para que los Estados y miembros de los parlamentos tomen conciencia de que la penalización de ese hecho no disminuye su práctica.

Pero a pesar de la constante lucha, la despenalización del aborto, sólo ha podido ocurrir en sociedades donde por encima de las creencias religiosas se atienden los problemas sociales y de salud marcados por la práctica del aborto clandestino, donde el riesgo de la vida de las mujeres es muy alto.

5.1. Países en que el aborto inducido se permite sin restricciones.

PUERTO RICO

En Puerto Rico la TMM⁴⁸ es de 25 por 100 mil nacidos vivos. Rige la Constitución Estadounidense en la que el aborto es legal desde la

⁴⁸ Tasa de Mortalidad Materna.



Consecuencias de la derogación del aborto terapéutico en Nicaragua



sentencia de Roe vs. Wade del Tribunal Supremo de los EEUU., que lo legalizó en 1973.

Se sumaría a Cuba, Guayana y Puerto Rico como los únicos lugares en Latinoamérica y el Caribe que permiten esta opción.

Como Estado Libre Asociado de los Estados Unidos de Norte América, en Puerto Rico rige la constitución estadounidense en la que el aborto es legal desde la sentencia Roe vs. Wade del Tribunal Supremo de los EEUU, que lo legalizó en 1973-74.

El pronunciamiento del Tribunal Supremo prohíbe a los Estados impedir el aborto a petición de la gestante por cualquier motivo hasta el momento en que el feto es viable, cuando es potencialmente capaz de vivir fuera del útero de la madre, aun por medios artificiales.

Después de la viabilidad del feto, período referido al tiempo de gestación y que varía según los adelantos de la ciencia médica y de los recursos que hay en cada país, los Estados pueden prohibir el aborto, excepto cuando está en peligro la vida de la mujer o su salud, en cuya definición se incluyen factores físicos, emocionales, psicológicos, familiares, y la edad de la mujer.



Consecuencias de la derogación del aborto terapéutico en Nicaragua



Los estados pueden imponer algunas restricciones al aborto, tales como períodos de espera o el requisito del consentimiento paterno, pero dichas restricciones no pueden constituir un impedimento grave al derecho de la mujer al aborto.

En el caso de **Puerto Rico**, el gobierno local ha prohibido el aborto voluntario en los hospitales públicos, de manera que son sólo clínicas privadas las que ofrecen este servicio, lo que de ninguna manera lo convierte en ilegal.

El derecho al aborto vigente en este país ha sido motivo de fuertes tensiones, conflictos y continuos ataques a las clínicas y a los prestadores del servicio de aborto, lo que ha afectado el acceso a los mismos, pues tanto las mujeres como el personal médico se sienten intimidados y amenazados.

Como respuesta a conflictos se han presentado algunas propuestas de enmiendas legales para limitar el derecho al aborto.

Esta situación, que se extiende a muchos países de la región, obedece a la influencia de diversos actores tales como la iglesia y grupos conservadores, así como a algunos profesionales de la salud que se oponen al aborto.



Para Puerto Rico en particular, como para los diferentes estados de los EUA, el signo conservador de la administración Bush sin duda debe haber intensificado la presión por limitar el acceso a los servicios de aborto. Tal situación ha variado con el nuevo gobierno de Barack Obama quien está a favor del aborto⁴⁹.

CUBA

La aceptación legal del aborto, tuvo en cuenta, la necesidad de disminuir las complicaciones por la práctica extendida e indiscriminada de abortos ilegales, altamente riesgosos, que era aceptada y tolerada en el país con el resultado de una alta mortalidad materna, y elevados índices de mutilaciones y complicaciones, desde la legalización del aborto en 1965, la mortalidad materna por esa causa descendió de 120 por cada 100 mil nacidos vivos a siete por 100 mil nacidos vivos, según fuentes del Ministerio de Salud Pública⁵⁰.

En Cuba se registran estadísticamente todos los abortos, incluidos los voluntarios y las regulaciones menstruales. En estos momentos los abortos voluntarios que se hacen, representan la mitad de los que se hacían 12 años atrás, como también las interrupciones en las menores de 20 años.

⁴⁹ El Aborto en América Latina y el Caribe, Capítulo 1. Marco Jurídico del Aborto Inducido. Características Específicas de la Legislación de Aborto en algunos países de la Región. (http://www.ceped.org/cdrom/avortement_ameriquelatine_2007/es/chapitre1/index.html).

⁵⁰ **Aborto**_por: José A. de la Osa. Consultado: Profesor Miguel Sosa Marín /consultas.cuba.cu/



La interrupción voluntaria del embarazo por libre decisión de la mujer se realiza hasta las ocho semanas de gestación, o diez semanas de falta de menstruación contada a partir del primer día de la última regla⁵¹.

URUGUAY

Desde 1938 se acepta la indicación terapéutica, ética y social para la realización del aborto. Pero el miércoles 5 de noviembre del 2008 será recordado en Uruguay como un día histórico a favor de la vida y la salud de las mujeres, y por lo que significa el ejercicio de un derecho fundamental: la libre decisión de las mujeres para interrumpir un embarazo no deseado.

Después de más de 70 años de lucha, tras movilizaciones, encuestas así como una tenaz lucha por la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, las mujeres uruguayas lograron la aprobación de una Ley Integral de Salud Sexual y Reproductiva que despenaliza el aborto hasta las 12 semanas de gestación⁵².

MÉXICO

La Asamblea de Representantes (cámara de diputados) de la capital Mexicana ha despenalizado la práctica del aborto durante las 12 primeras semanas de gestación, en una histórica votación que deja en

⁵¹ Profesor Miguel Sosa Marín /consultas.cuba.cu/consultas.php?ini=a&ord=1

⁵² Op. Cit. El Aborto en América Latina y el Caribe.



Consecuencias de la derogación del aborto terapéutico en Nicaragua



completa libertad a las mujeres para decidir la suspensión del embarazo en Ciudad de México.

En suma, 46 diputados han votado a favor en apoyo a la moción presentada por el izquierdista Partido de la Revolución Democrática (PRD), 19 lo han hecho en contra y uno se ha abstenido. Horas antes de la votación, los asambleístas del derechista Partido Acción Nacional (PAN, en el Gobierno de la nación) trataron de frustrar el debate de la ley, pero no lo han logrado al sumar sólo 19 votos.

Los 44 diputados que han decidido seguir adelante, han dado así virtualmente luz verde a la despenalización, aunque han ganado también la excomunión de la Iglesia católica.

La vieja ley sólo permite el aborto en casos de violación, malformación del feto, riesgos para la vida de la mujer o inseminación artificial sin consentimiento de la mujer. Con la nueva ley, las mujeres podrán decidir por cualquier razón, incluso de índole económica o social, interrumpir voluntariamente el embarazo durante las 12 primeras semanas de gestación⁵³.

⁵³ México DF, 11 noviembre 08 (CIMAC). <http://www.cimacnoticias.com/site/s08111103-PALABRA-DE-ANTIGON.35582.0.html>



BARBADOS

Aunque la bibliografía sobre la legislación del aborto en los países del Caribe es muy escasa, se sabe que Barbados fue el primer país caribeño de habla inglesa que legalizó el aborto en todos los casos contemplados en la región (para proteger la vida y la salud física y mental de la mujer, por violación, por malformaciones fetales y por razones económicas o sociales⁵⁴).

La modificación a la legislación ocurrió en 1983, y obedeció a una revisión de las leyes de aborto iniciada en 1974 por los Ministros de Salud de los distintos países que conforman el Caribe.

Cuando el periodo de gestación es de 12 semanas o menos, la legislación señala como requisito la autorización de un médico; pero si el embarazo tiene más de 12 semanas y menos de 20, el procedimiento debe ser autorizado por dos médicos y, si el embarazo tiene más de 20 semanas, se requiere de autorización de tres médicos.

Para las mujeres los requisitos son recibir consejería antes de proceder al aborto y dar un consentimiento por escrito cuando el aborto es por violación o incesto. Todos los abortos deben ser realizados por un médico y, si el embarazo es mayor de dos semanas, el aborto debe realizarse en un hospital autorizado por el gobierno⁵⁵.

⁵⁴ Op. Cit. El aborto en América Latina y el Caribe.

⁵⁵ Op. Cit. El aborto en América Latina y el Caribe.



5.2. Países en que el aborto está totalmente prohibido.

COLOMBIA

En Colombia, la segunda causa de muerte materna es el aborto 130 por cada 100 mil nacidos vivos. El Código Penal considera toda forma de aborto como un delito contra la vida y la integridad personal (1980)⁵⁶.

CHILE

En Chile, el aborto es la primera causa de muerte materna con una tasa de 31 por 100 mil nacidos vivos. La Constitución asegura la libertad de conciencia; no incorpora la defensa de la vida desde la concepción.

Desde finales de la dictadura de Augusto Pinochet, el aborto es ilegal en todos los supuestos, dado que derogó el aborto terapéutico que regía desde 1931. Se considera crimen y simple delito contra el orden de las familias y la moralidad públicas.

EL SALVADOR

La tasa de mortalidad materna en El Salvador es de 150 por 100 mil nacidos vivos. El aborto es una de las primeras causas. En 1998 se registraron 7 mil 436 hospitalizaciones por aborto.

⁵⁶ Op. Cit. El aborto en América Latina y el Caribe.



No incorpora la defensa de la vida desde la concepción y el Código Penal de 1973 que permitía el aborto terapéutico por violación, razones eugenésicas, y el aborto culposo cometido por la mujer fue derogado en 1998.

El nuevo Código Penal considera ilícito todo tipo de aborto. Se establece entre los delitos relativos a la vida del ser humano en formación⁵⁷.

HONDURAS

En Honduras, cuya TMM es de 110 por 100 mil nacidos vivos, el aborto ocupa desde hace 25 años la segunda causa de egreso hospitalario.

El estado constitucionalmente está separado de la iglesia; desde 1982 se establece que “al que está por nacer se le considerará nacido para todo lo que le favorezca”. Desde 1997 se derogaron por decreto los artículos aprobados por el parlamento que despenalizaban el aborto por razones terapéuticas, eugenésicas y jurídicas⁵⁸.

REPÚBLICA DOMINICANA

En República Dominicana, la TMM es de 150 por 100 mil nacidos vivos. Se ha aprobado el reconocimiento de los derechos del no nacido.

⁵⁷ Op. Cit. El aborto en América Latina y el Caribe.

⁵⁸ Op. Cit. El Aborto en América Latina y el Caribe.



La iglesia católica tiene una fuerte influencia en todas las decisiones gubernamentales relativas a la sexualidad y la reproducción logrando que la prohibición de todo tipo de aborto se mantenga vigente. El aborto está prohibido totalmente⁵⁹.

NICARAGUA

En **Nicaragua**, el aborto es de las primeras causas de muerte materna hospitalaria desde el decenio de 1980. La TMM asciende a 250, 230, 142 o a 86 por 100 mil nacidos vivos, según diversas fuentes oficiales⁶⁰.

El Código Penal de 1891 estableció que el aborto terapéutico se permite en Nicaragua, y su ejecución “será determinada científicamente con la intervención de tres facultativos por lo menos y el consentimiento del cónyuge o pariente más cercano a la mujer” Código Penal, artículo 165.

Es de resaltar que no se menciona una causal en particular, por ejemplo violación, malformaciones congénitas o para salvar la vida. En opinión de Ipas América Central, corresponde al Ministerio de Salud determinar, en una norma o protocolo de atención, la definición precisa de “aborto terapéutico”.

⁵⁹ Ibidem.

⁶⁰ Ipas América Central, comunicación personal, 2005

www.ceped.org/cdrom/avortement_ameriquelatine_2007/es/chapitre1/page3.html.



Consecuencias de la derogación del aborto terapéutico en Nicaragua



Una norma que existió a fines de los 80 en Nicaragua incluía una variedad de causales incluyendo, además de las anteriores, salud mental y razones económicas.

Sin embargo, estas normas tuvieron poca difusión desde su creación, para ser retiradas de circulación posteriormente por el Ministerio de Salud argumentando que no tenían validez⁶¹.

La propuesta de reforma al Código Penal, cuya discusión comenzó en el 2000, ha pasado por varios momentos y conserva el aborto terapéutico como permitido por la ley, pero sigue sin determinar qué deberá entenderse por el mismo.

Este nuevo Código Penal (aprobado en lo general en el 2001) establece el aborto entre los delitos contra la vida, e incorpora como delito el daño físico o psicológico en el no nacido.

La pena es de 5 años de cárcel para la mujer y para quién realiza las maniobras, si no fuera ella misma; además, al personal de salud se le castiga con inhabilitación absoluta para el ejercicio de la profesión y el cierre de las clínicas o consultorios por 8 años.

⁶¹ Op. Cit. El aborto en América Latina y el Caribe



A partir del año 2000 se observan diversas iniciativas contrastantes. Por un lado, por decreto presidencial, desde el 25 de marzo del 2000, rige el Día Nacional del Niño por Nacer, celebración promovida por los grupos antiaborto en varios países de Latinoamérica.

En el otro extremo, en 2002, las discusiones incluyeron elementos tanto para modificar y reducir las penas que se dan al aborto ilegal, como para flexibilizar la legislación vigente⁶².

5.3. Países en que el aborto se permite bajo ciertas condiciones.

ARGENTINA

En Argentina, el aborto ocupa el primer lugar como causa de muerte materna; la TMM es de 82 por cada 100 mil nacidos vivos.

El aborto es considerado un delito contra la vida, no es punible por violación o como resultado de un atentado al pudor de una mujer “idiota o demente”⁶³.

COSTA RICA

La tasa de muerte materna en Costa Rica es de 43 por 100 mil nacidos vivos. La tasa de aborto inducido es de 10.36 por 1 mil mujeres de 15-49 años (1995).

⁶² Op. Cit. Ipas América Central, comunicación personal, 2005

⁶³ Op. Cit. El aborto en América Latina y el Caribe.



El 12.4 por ciento de las muertes maternas fue por aborto en el período 1990-1994. La religión del estado es la católica apostólica y romana, por Constitución.

El artículo 75 de la CPE permite que la jerarquía católica se inmiscuya en todos los asuntos relativos a la sexualidad y la reproducción. El aborto es considerado un delito. Existe el aborto impune según el artículo 121 del Código Penal.

El aborto terapéutico está autorizado cuando está en riesgo la vida y la salud de la mujer⁶⁴.

ECUADOR

En el caso de Ecuador, la tasa de mortalidad materna es de 130 por 100 mil nacidos vivos.

La Constitución garantiza a toda persona la libertad de conciencia y religión; en lo relativo a la familia, “el hijo será protegido desde su concepción”.

El aborto es considerado como un delito contra la existencia natural; el Código incluye un capítulo sobre lesiones del feto al que extiende la protección del bien jurídico. Pero el aborto se acepta cuando

⁶⁴ *Ibidem.*



existe peligro para la vida o la salud de la madre, en casos de violación o estupro contra mujer “idiota o demente” (1971)⁶⁵.

BOLIVIA

En Bolivia, cuya TMM es de 420 por 100 mil nacidos vivos, el aborto ocupa una de los primeros lugares de las causas de muerte materna.

El estado reconoce y sostiene la religión católica, apostólica y romana; no se establece el derecho a la vida desde la concepción. El aborto es delito (1993), salvo cuando el embarazo es producto de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro, incesto, cuando evita un peligro para la vida o la salud de la mujer⁶⁶.

BRASIL

En Brasil, es la cuarta causa de muerte materna; 260 casos por 100 mil nacidos vivos. Se estima que cada año se realizan entre 700 mil y un millón de abortos.

El aborto es considerado lícito cuando, el embarazo es producto de una violación o cuando implica un grave riesgo contra la vida de la gestante. La norma permite la interrupción antes de las 20 semanas de gestación.

⁶⁵ Op. Cit. El Aborto en América Latina y el Caribe.

⁶⁶ *Ibidem*.



Consecuencias de la derogación del aborto terapéutico en Nicaragua



El aborto ilegal es castigado con pena que va de uno a cuatro años de prisión para quien provocare el aborto; la pena es mayor si la mujer es menor de 14 años de edad, si no se obtuvo el consentimiento de la mujer o si ella sufre daños a la salud o muere.

La pena para la mujer que aborta es de uno a tres años de detención.

Al igual que en México, a partir de la declaración de Bucarest en 1974 se reconoció en Brasil el derecho de las parejas a controlar su fecundidad y la responsabilidad del Estado de proveer los medios para ejercer este derecho.

Sin embargo, y ante la influencia de diversos grupos en el poder, no es sino hasta la década de los 90 que el Estado participa directa y explícitamente en este campo y en el mejoramiento de los servicios públicos correspondientes.

A partir de los años 90, el poder judicial ha autorizado algunos casos, cada vez más frecuentes, de aborto debido a malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina, estas situaciones, se empieza a tratar públicamente durante esa década.



A pesar de que el Código Penal permite la interrupción del embarazo en estos casos, los primeros servicios de aborto legal fueron establecidos hasta 1989.

En 1999, se establecieron los procedimientos recomendados para la interrupción legal del embarazo, que fueron resultado de los debates nacionales que se iniciaron a partir de la segunda mitad de los años 1980 y se intensificaron a raíz de la Conferencia del Cairo.

En septiembre del 2005 el Poder Ejecutivo, elaboró una nueva propuesta sugiriendo la despenalización del aborto y que el Sistema Unificado de Salud Pública (SUS) y los planes de salud privados cubran los costos de los abortos contemplados en la propuesta⁶⁷.

GUATEMALA

En Guatemala, la tasa de muerte materna es de 240 por 100 mil nacidos vivos. En el año 2000, la tasa de mortalidad materna era de 153 por 100 mil nacidos vivos de los cuáles el 9.5 por ciento por aborto provocado.

En este país el aborto es considerado un delito y sólo se permite para salvar la vida de la mujer⁶⁸.

⁶⁷ Op. Cit. El Aborto en América Latina y el Caribe.

⁶⁸ Ibídem.



PANAMÁ

En Panamá el aborto ocupa el tercer lugar entre las primeras causas de muerte materna; la TMM es de 160 por 100 mil nacidos vivos.

La Constitución establece la libre profesión de todas las religiones; no se incorpora la defensa de la vida desde la concepción.

Es considerado un delito y el Código Penal desde 1982 establece tres indicaciones de aborto: ética, terapéutica y eugenésica⁶⁹.

PARAGUAY

En Paraguay el aborto es la primera causa de muerte materna; la TMM es de 170 por 100 mil nacidos vivos. Se establece la protección de la vida desde la concepción desde 1992, es considerado un delito y la legislación permite el aborto terapéutico desde 1937⁷⁰.

PERÚ

En Perú, el aborto es la segunda causa de muerte materna, la TMM es de 410 por 100 mil nacidos vivos.

La Constitución declara que “dentro de un régimen de independencia y autonomía, el estado reconoce a la Iglesia Católica como elemento importante de la formación histórica, cultural y moral del

⁶⁹ Op. Cit. El Aborto en América Latina y el Caribe.

⁷⁰ Ibidem.



Perú”; además menciona al concebido como sujeto de derecho en todo cuanto le favorezca.

El aborto es un delito desde 1997 el personal de salud está obligado a denunciar a las mujeres.

En el 2002 un ministro de estado reglamentó la “inscripción de los concebidos”, la que debía realizarse en las unidades de salud.

Se permite el aborto terapéutico para salvar la vida para evitar un mal grave y permanente de la mujer⁷¹.

BELICE

El Código Penal de Belice, del 18 de diciembre de 1980, sanciona el delito de aborto con prisión de catorce años tanto para la mujer como para quien lo practica.

No lo sanciona cuando está en peligro la vida o la salud de la mujer embarazada y es provocado por un medico registrado y autorizado por dos colegas, o cuando existe un riesgo sustancial de que el producto pueda nacer con anomalías físicas o mentales que le provoque serias desventajas.

⁷¹ Op. Cit. El Aborto en América Latina y el Caribe.



El mismo Código contempla el delito de felonía, en el caso de que la mujer embarazada se provoque ella misma el aborto, que sea provocado por otra persona, o bien en el caso de cualquier persona que intente destruir la vida de un hijo que puede nacer, o causa con premeditación la muerte de un hijo antes de que tenga una existencia independiente de su madre. En estos casos se sanciona con cadena perpetua.

Asimismo se señala que cualquier persona que ofrece o procura cualquier veneno o instrumento, conociendo que será utilizado para obtener un aborto en una mujer, recibirá una sanción menor.

La legislación también contempla la objeción de conciencia para la participación en el aborto y señala que nadie puede ser obligado a participar en un tratamiento autorizado cuando tiene una objeción de conciencia, pero cuando se trata de salvar la vida o de prevenir serios daños a la salud física o mental, no se puede alegar esta objeción.

El aborto debe ser realizado por un médico registrado y debe ser autorizado por dos médicos registrados⁷².

⁷² Op. Cit. El Aborto en América Latina y el Caribe



HAITÍ

En este país, antigua colonia francesa, se permite el aborto solamente para salvar la vida de la mujer y se sanciona con cárcel tanto a la mujer como al que lo practica. Además, los médicos, cirujanos y otro personal de salud, así como los farmacéuticos que hubieran colaborado con un aborto, serán condenados a trabajos forzados.

Sin embargo, en la práctica, se llevan a cabo abortos sin que sean objeto de persecución legal, particularmente en el caso de mujeres VIH-positivas, para evitar la posibilidad de transmitir el virus en el momento del parto⁷³.

JAMAICA

En este país se permite el aborto para salvar la vida de la mujer y para preservar su salud física y mental.

Como otros países colonizados por Gran Bretaña, Jamaica se rigen por la Ley de Crímenes contra las Personas del siglo XIX, pero rige también la jurisprudencia de 1938 que da paso a las tres excepciones señaladas.

No hay reglamentaciones que indiquen el papel del personal de salud en la práctica del aborto, razón por la que los servicios se ofrecen

⁷³ Op. Cit. El Aborto en América Latina y el Caribe.



con reticencia ya que el personal no se siente legalmente protegido y temen ser perseguidos.

En noviembre del 2005, el Ministro de Salud de Jamaica, John Junor, informó, en un foro sobre maternidad sin riesgos, que se había formado una comisión ministerial para revisar la legislación de aborto en la isla.

La finalidad es volver dicha legislación algo más concreto, terminar con los abortos clandestinos y colaborar, de ese modo, a reducir la mortalidad materna, como parte del compromiso de ese país con los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁷⁴.

VENEZUELA

En Venezuela el aborto se permite solamente para salvar la vida de la mujer preñada, en cuyo caso debe contarse con el consentimiento por escrito de la mujer, su esposo o su representante legal en caso de ser soltera o menor de edad.

El procedimiento debe ser practicado en una instalación adecuada, utilizando todos los recursos científicos posibles.

⁷⁴ http://www.jamaicaobserver.com/news/html/20051115T210000-0500_92584_OBS_ABORTION_LEGISLATION_UNDER_REVIEW.asp



La sanción para la mujer que se practica su propio aborto o consiente que otro se lo induzca es de prisión de seis meses a dos años, a quien lo practica se le castiga con prisión de doce a treinta meses. Se señala que si el culpable del aborto fuera el marido, las penas establecidas se aumentarían en una sexta parte.

Como en varios de los países de la región, las penas se disminuyen en el caso de que el autor del aborto lo hubiere cometido por salvar su propio honor o la honra de su esposa, de su madre, de su descendiente, de su hermana o de su hija adoptiva.

En diciembre del 2004 algunas organizaciones de la sociedad civil presentaron una propuesta de reforma a la legislación de aborto en Venezuela, aprovechando la revisión del Código Penal, para hacer excepciones a la penalización en casos de violación o incesto, daño fetal y peligro para la salud de la mujer⁷⁵.

BÉLGICA

El aborto puede hacerse en cualquier período del embarazo si dos médicos acuerdan que existen serios riesgos para la madre y si el bebé tiene una "enfermedad extremadamente seria e incurable"⁷⁶.

⁷⁵ Op. Cit. El Aborto en América Latina y el Caribe.

⁷⁶ La ONU en 2007 pidió al Estado modificar la legislación "restrictiva" sobre el tema. / Cristian Chandía E. | 17/03/2009. La tercera.com.



BULGARIA

"Entre la semana 12 y la 20, se permite el aborto si la mujer sufre una enfermedad que pone en peligro su vida o el bebé tiene una enfermedad seria. El caso debe estar debidamente probado y documentado"⁷⁷.

FRANCIA

"Después de la semana 12 se permite el aborto sólo si representa un peligro para la salud de la mujer o hay riesgo de que el bebé padezca una enfermedad severa e incurable".⁷⁸

ITALIA

"Después de la semana 12 se permite sólo si el feto tiene una deficiencia genética o para preservar la salud física y mental de la madre"⁷⁹.

⁷⁷ Op.Cit. La tercera.com

⁷⁸ La ONU en 2007 pidió al Estado modificar la legislación "restrictiva" sobre el tema. / Cristian Chandía E. | 17/03/2009. La tercera.com

⁷⁹ Op. Cit. La tercera.com



CONCLUSIÓN

Recientemente, los debates, acuerdos y resoluciones acerca de los derechos sexuales y reproductivos que han precedido y seguido a las reuniones y conferencias internacionales realizadas en la década anterior, en particular los correspondientes a las mujeres (el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, el derecho a una vida libre de violencia, así como el tener acceso a servicios de aborto seguros en los casos permitidos por la ley), han dado por resultado intentos de cambios en dicha legislación, aunque aún son muy pocos los países que han logrado flexibilizar sus leyes de aborto y proporcionar servicios de calidad.

En estos esfuerzos se debe reconocer la constante lucha de los movimientos de la sociedad civil de carácter progresista.

La mayoría de los instrumentos internacionales de derechos humanos guardan silencio respecto a cuándo comienza el derecho a la vida, pese a que la historia de la negociación de los tratados, la jurisprudencia y la mayoría de los análisis jurídicos parecen sugerir que el derecho a la vida, como se contempla en dichos documentos, no tiene vigencia antes del nacimiento de un ser humano.



Este tipo de decisiones que penalizan el aborto terapéutico, como es el caso de la decisión tomada por los diputados de la Asamblea Nacional al reformar el Código Penal en su art. 165.

Están en contravención con los siguientes instrumentos internacionales suscritos por Nicaragua en relación directa con el derecho a la vida de la madre:

El derecho a la vida, libertad y seguridad contemplado en el art. 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en los arts. 6.1 y 9.1 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos entre otros.

La penalización del aborto en todas las circunstancias se revela de esa manera como una medida claramente desproporcionada e irrazonable, pues establece una preeminencia absoluta de la protección del bien jurídico de la vida del *nasciturus* sobre los derechos fundamentales de la mujer embarazada, por esa razón se condicionó el alcance del tipo penal del aborto en aquellas eventos en las cuales debían prevalecer derechos fundamentales protegidos por el ordenamiento constitucional.

La decisión tomada por el Estado Nicaragüense, no sólo supone la vulneración de los derechos humanos más básicos, así como del principio constitucional laico del país, sino también por no haber tenido



en cuenta las opiniones y criterios técnicos de especialistas (profesionales de la medicina) ni de las principales afectadas (las mujeres), condenando de esta forma a la muerte a muchas mujeres y a dilemas éticos a profesionales de la medicina.

El propósito de un embarazo es traer una existencia humana que tenga la posibilidad de ser viable e independiente. Si tal decisión no es atendida, podemos estar ocasionando sufrimientos innecesarios a la mujer o la estaremos precipitando a buscar un aborto clandestino, que la pondrá en grave riesgo para su salud y su vida.

La penalización del aborto atenta contra el goce de una serie de derechos humanos y ciudadanos y de las mujeres, entre otros: el derecho a la vida; el derecho a la libertad y seguridad personales; el derecho a la salud; el derecho a la igualdad y a la no discriminación; el derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión; el derecho a controlar su propia fecundidad; el derecho a contar con servicios de salud reproductiva y el acceso al aborto seguro para responder a sus necesidades de salud y el derecho de los beneficios del progreso científico, etc.

La mayor parte de las muertes son evitables y son un reflejo de la inequidad, de desigualdad social y económica, y de la negación de los derechos humanos básicos de las mujeres.



Consecuencias de la derogación del aborto terapéutico en Nicaragua



Las consecuencias de la penalización del aborto terapéutico son de carácter jurídico, económico, social y cultural.

Con la penalización del aborto terapéutico lo único que se logra es la clandestinidad y provocan mayores, lesiones, secuelas y muertes maternas.



RECOMENDACIÓN.

Estamos conscientes de que el antiguo artículo que contemplaba el aborto terapéutico no especificaba o no condicionaba el que, como, y a quien poder practicarlo salvaguardando los bienes jurídicos que la ley protege al permitirlo. Por consiguiente al hacer con nuestro trabajo una crítica constructiva nos atrevemos a recomendar que si existe la posibilidad de poder despenalizar el aborto terapéutico en Nicaragua el artículo que lo contemple debe de contener explícitamente los motivos concretos como son:

No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, o de su representante legal, si lo tuviera, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente, o concurra alguna de las circunstancias siguientes:

1. Que sea necesario para evitar un grave peligro para la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinta de aquel bajo cuya dirección se practique el aborto. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.



2. Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación **artículo()**, siempre que el aborto se practique dentro de las primeras doce semanas de gestación, que sea menor de doce años, que la víctima sufra discapacidades o incapacidades físicas o mentales que no permitan la viabilidad del producto y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.

3. Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas del centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

BIBLIOGRAFÍA

El aborto. Publicación del Ministerio de Salud. Departamento Educación para la Salud.

Cuello Calón, Eugenio. Tres Temas Penales. Edición Urgel 51 bis. Barcelona, 1995.

Ley 603. Ley de derogación del artículo 165 del Código Penal vigente. La Gaceta No. 224 del 17 de Noviembre de 2006.

Faundes A., Barzelato J. El drama del Aborto en busca de un consenso. Bogotá, Colombia: Tercer Mundo Editorial del grupo TM SA 2005.

WHO. Aborto Seguro: Guías técnicas y de políticas para los sistemas de salud. Ginebra: WHO 2003.

FIGO. Recomendaciones sobre aspectos éticos en Obstetricia y Ginecología por el Comité de FIGO para los aspectos éticos de la reproducción humana y la salud de las mujeres. London. FIGO. Noviembre, 2003.

CIBERGRAFÍA

El Aborto y sus consecuencias. Dr. Frank Atacho Rojas.

Delitos contra la vida, el cuerpo y la salud. Monografías.com. Venezuela, 2007. foro-red salud y derechos reproductivos de Chile.

ABORTO INDUCIDO Y PROVOCADO. Universidad de Concepción. Sexualidad y Reproductividad. Matronería Virtual.

Aborto Psicología Clínica. Tipos: espontaneo, inducido, terapéutico, psicosocial, eugenésico y ético. Derechos Humanos. Consecuencias físicas. Iglesia. Star Media.

AGI, 1996.

World Health Organization, 1994.

Aborto en América Latina y el Caribe cap. 1. Marco Jurídico del Aborto Inducido. Anexo 1. Distintos tipos de aborto y sus definiciones.

Apuntes de aborto. Procedimientos para la realización de aborto.

Aborto Terapéutico en Chile. Carta abierta del Movimiento.

Buscando Camino, Camino Alternativo, Panamá año VI, Número 158. del 30 de Septiembre al 6 de Octubre del 2007.

Noviembre, 17 2006, Barricada.

Spaeman R. Personas. Acerca de la distinción de “algo” y “alguien”. EUNSA, Pamplona 2000.

Es el logro del máximo nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad. Organización mundial de la salud, 2007

Human Rights Watch, Agosto 2007.

Centro para los Derechos Reproductivos, "Leyes sobre el Aborto en el Mundo".

Ministerio de Salud de Nicaragua, dirección de atención Médica / Dirección de Atención Integral a la Mujer. "Norma de atención al aborto". Agosto de 1989.

American Medical Association, Jerrod B. Leikin y Martin S. Lipsky, eds. Human Rights Watch, Decision Prohibida. Acceso de las mujeres a los anticonceptivos y al aborto en Argentina, junio de 2005, vol 17, No.1

Human Rights Watch, Víctimas por patida doble. Obstrucciones al Aborto Legal por Violación en Mexico. Marzo de 2006, vol 18, No. 1.

Colegio Médico del Perú. Ley, Estatuto y Reglamento, Código de Ética, y Deontología, Ley de Trabajo Médico, Ley de Creación del Colegio Médico. Lima, Perú. CMP. Agosto, 2004.

Tasa de Moralidad, ENDESA.

Aborto. José a. de la Osa.

CIMAX. Mexico DF, 11 de noviembre de 2008.

MONOGRAFÍAS

Barcenas, Mónica Walkiria. La Responsabilidad Penal del médico en Relación al Aborto Terapéutico, León, Nicaragua, 2006.

Pérez Canales, Fátima. Principales Causas y Consecuencias del Aborto. León, Nicaragua, 1998.

REVISTAS

Grupo estratégico por la despenalización del aborto terapéutico. ¿Por qué SI al Aborto Terapéutico? ¿Cuándo es necesario el Aborto Terapéutico? Managua, Nicaragua. Julio 2007.

Recurso Por inconstitucionalidad contra la Ley 603.

Boletina No. 67. Marzo, 2007. El Aborto Terapéutico es un asunto de la vida real.

Boletina No. 68. Marzo. 2007. El Aborto Terapéutico salva vidas.

Organismos Internacionales insisten en despenalizar aborto terapéutico.

La ONU en 2007 pidió al Estado de Nicaragua, modificar la legislación “restrictiva” sobre el tema. Cristian Chandia E. Marzo, 17 de 2009.

IPAS, América Central, comunicación personal, 2005.

ENTREVISTAS

- Dra. Maura Elena Pineda. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital MANTICA, León.
- Dra. Geovanea Antonia Orozco. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Msc. Perinatología. Hospital Central, Managua.
- Dr. Oliver Antonio Pruñonosa Santana. Pediatra. Msc Perinatología Hospital Médicos Unidos, Managua.
- Lic. Milagros Mairena. Vice Coordinadora CISAS, Occidente.
- Lic. Martha Torres. Trabajadora Social. IXCHEN , León.
- Lic. María Teresa Ocho. Trabajadora Social. Jefa área de Comunicación IPAS, Managua.
- Lic. María Auxiliadora Marengo. Sexóloga. Reparto San Juan, Managua.

ANEXOS

Normas Jurídicas de Nicaragua

Leyes
No. 603

LEY DE DEROGACIÓN AL ARTÍCULO 165 DEL CÓDIGO PENAL
VIGENTE

Gaceta No. 224
17/11/2006

LEY DE DEROGACIÓN AL ARTÍCULO 165 DEL CÓDIGO PENAL VIGENTE

LEY No. 603, Aprobada el 26 de Octubre del 2006

Publicada en La Gaceta No. 224 del 17 de Noviembre del 2006

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE NICARAGUA

Hace saber al pueblo nicaragüense que:

LA ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA DE NICARAGUA

En uso de sus facultades;

HA DICTADO

La siguiente:

LEY DE DEROGACIÓN AL ARTÍCULO 165 DEL CÓDIGO PENAL VIGENTE

Artículo 1.- Se deroga el arto. 165 del Código Penal Vigente.

Artículo 2.- La presente Ley entrará en vigencia a partir de su publicación en La Gaceta, Diario Oficial.

Dado en la Sala de Sesiones de la Asamblea Nacional, a los veintiséis días del mes de octubre del año dos mil seis. **ING. EDUARDO GÓMEZ LÓPEZ**, Presidente Asamblea Nacional. **DRA. MARÍA AUXILIADORA ALEMÁN ZEAS**, Secretaria Asamblea Nacional.

Por tanto: Téngase como Ley de la República. Publíquese y Ejecútese. Managua, catorce de noviembre del año dos mil seis. **ENRIQUE BOLAÑOS GEYER**, Presidente de la República de Nicaragua.

Asamblea Nacional de la República de Nicaragua
Avenida Bolívar, Apto. Postal 4659, Managua - Nicaragua 2007.
Enviar sus comentarios a: [División de Información Legislativa](#)

Nota: Cualquier Diferencia existente entre el Texto de la Ley impreso y el publicado aquí, solicitamos sea comunicado a la División de Información Legislativa de la Asamblea Nacional de Nicaragua.

DIRECTORIA DE LA FLASOG

Dr. Angel Luis Terrero E., Presidente
 Dr. José Figueroa Mendez, Secretario
 Dr. Alejandro Paradas Caba, Tesorero
 Dr. Carlos Fuchner S., Past Presidente

Vice Presidentes:

Dr. Andres Calle, Boliviana
 Dra. Blanca Manzano, México y Caribe
 Dr. Jacob Arkader, Cono Sur
 Dr. Ricardo Rivas, Centroamérica

COMITE SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Coordinador:

Dr. Luis Távora Orozco, Perú

Miembros:

Dra. Ana Desiree Mostajo F., Bolivia
 Dr. José David Ortiz Mariscal, México
 Dr. José Enrique Pons, Uruguay
 Dra. María José Oliveira Araújo, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMAC)
 Dra. Marina Padilla de Gil, El Salvador

Representantes:

Dra. Diana Galimberti, Argentina
 Dra. Sonia Carbajal Gumucio, Bolivia
 Dr. Rivaldo Mendes Albuquerque, Brasil
 Dra. Patricia Aliaga, Chile
 Dr. Carlos Alfonso Olaya, Colombia
 Dr. Samuel Olivares, Costa Rica
 Dra. Myrna Ortega Blanco, Cuba
 Dra. Eduardo León A, Ecuador
 Dra. Marina Padilla de Gil, El Salvador
 Dra. Mirian Belhancourt, Guatemala
 Dra. María Concepción D., Honduras
 Dr. José David Ortiz Mariscal, México
 Dra. Maribel Hernandez, Nicaragua
 Dra. Ruth G. de Leon, Panamá
 Dr. Osvaldo M. Nuzarello, Paraguay
 Dr. Luis Távora Orozco, Perú
 Dr. Milton Cordero, Rep. Dominicana
 Dr. José Enrique Pons, Uruguay
 Dra. Leonor Zapata, Venezuela

Dirección de la Coordinación:

Calle Los Almendros, 265/103
 Urbanización Residencial- Monterrico
 La Molina (Lima 12) Perú
 Tel./Fax: +51-1-437-3547
 E-mail: lustavara@speedy.com.pe

Lima, 16 de Mayo 2006

Señor Asambleísta:

Noel Orlando Pereira Majano

Presidente de la Comisión de Justicia de la
 Honorable Asamblea Nacional de Nicaragua
 Managua, Nicaragua

De mi mayor consideración:

Es muy grato dirigirme a Ud. para saludarlo en nombre del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), institución constituida por médicos Ginecoobstetras de todos los países de América Latina y El Caribe que vela por la salud de las mujeres y que ha asumido la defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres latinoamericanas, entre los cuales están el derecho a regular su propia fecundidad y el derecho a una maternidad segura evitando por tanto las posibilidades de daño y muerte materna

Luego de expresarle mi saludo, quiero hacerle llegar nuestra preocupación por lo que acontece hoy en día en el seno de la Asamblea Nacional de Nicaragua, en donde se plantea la posibilidad de eliminar del Código Penal la figura del Aborto Terapéutico, legislación que cautela la salud y la vida de las mujeres nicaragüenses expuestas a embarazos complicados

Quienes ejercemos la Ciencia y el Arte de la Obstetricia por más de tres décadas, sabemos que el embarazo mayormente es un hecho fisiológico; sin embargo existe una proporción importante de los mismos que complican la salud de las mujeres y las exponen a serios peligros, que de no ser evitados pueden culminar en graves daños y muerte. Examinemos por un momento la ~~Mortalidad Materna en América Latina~~ en donde las cifras siguen siendo altas cuando se las compara con el mundo desarrollado. En esta parte del mundo, aproximadamente el 85% de la Mortalidad Materna esta determinada por enfermedades propias del embarazo, del parto o del puerperio (son las llamadas muertes materna directas), y el otro 15% son causadas por enfermedades que se agravan durante el embarazo; cuya consecuencia bien hubiera podido evitarse si



Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia

DIRECTORIA DE LA FLASOG

Dr. Angel Luis Terrero E., Presidente
Dr. José Figueroa Mendez, Secretario
Dr. Alejandro Paradas Caba, Tesorero
Dr. Carlos Fuchner S., Past Presidente

Vice Presidentes:

Dr. Andrés Calle, Boliviana
Dra. Blanca Manzano, México y Caribe
Dr. Jacob Arkader, Cono Sur
Dr. Ricardo Rivas, Centroamérica

COMITE SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Coordinador:

Dr. Luis Távora Orozco, Perú

Miembros:

Dra. Ana Desiree Mostajo F., Bolivia
Dr. José David Ortiz Mariscal, México
Dr. José Enrique Pons, Uruguay
Dra. María José Oliveira Araújo, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSM/LAC)
Dra. Marina Padilla de Gil, El Salvador

Representantes:

Dra. Diana Galimberli, Argentina
Dra. Sonia Carbajal Gumucio, Bolivia
Dr. Rivaldo Mendes Albuquerque, Brasil
Dra. Patricia Aliaga, Chile
Dr. Carlos Alfonso Olaya, Colombia
Dr. Samuel Olivares, Costa Rica
Dra. Myrna Ortega Blanco, Cuba
Dra. Eduardo León A., Ecuador
Dra. Marina Padilla de Gil, El Salvador
Dra. Mirian Bethancourt, Guatemala
Dra. María Concepción D., Honduras
Dr. José David Ortiz Mariscal, México
Dra. Mariel Hernández, Nicaragua
Dra. Ruth G. de León, Panamá
Dr. Osvaldo M. Nuzzarello, Paraguay
Dr. Luis Távora Orozco, Perú
Dr. Milton Cordero, Rep. Dominicana
Dr. José Enrique Pons, Uruguay
Dra. Leonor Zapata, Venezuela

Dirección de la Coordinación:

Calle Los Almendros, 265/103
Urbanización Residencial - Monterrico
La Molina (Lima 12) Perú
Tel./Fax: +51-1-437-3547
E-mail: lujavara@speedy.com.pe

se les proporcionara a las mujeres la posibilidad de no embarazarse o de interrumpir el embarazo por razones médicas

Según los registros de la OMS, el 98% de los países del mundo aceptan en su legislación el aborto terapéutico cuando está dirigido a salvar la vida de las mujeres y más del 60% de los países lo aceptan cuando se trata de preservar la salud física o mental de las mujeres. En América Latina, en donde las muertes maternas son causadas en una alta proporción por los abortos clandestinos e inseguros, sólo Chile y El Salvador penalizan el aborto en cualquier circunstancia, estando los demás países en la posición legal de aceptarlo cuando es para salvar la vida o proteger a las mujeres de daños en su salud. Además, en América Latina, existen países en los cuales se admite el aborto en los embarazos productos de violación y en aquellos casos en donde se presentan graves malformaciones congénitas en el feto

Hace poco más de un año, en Lima-Perú se reunieron un significativo número de sociedades científicas y durante una larga jornada de trabajo discutieron el tema del Aborto Terapéutico, habiendo llegado a la conclusión, que a pesar del avance de la ciencia y la tecnología, existen razones estrictamente médicas que justifican la interrupción de un embarazo, las que se ubican en daños físicos y mentales que pueden ser causados por enfermedades de la mujer, por violación y malformaciones congénitas del feto

En un momento sensible para la vida nacional de Nicaragua, en que se avecina un proceso electoral, resulta inoportuna la discusión de un tema que obliga a múltiples consideraciones. Podemos adelantar a los honorables Asambleístas la evidencia que en ningún país del mundo en donde se ha penalizado el aborto, la frecuencia del mismo o la mortalidad a causa de sus complicaciones ha disminuido. Ni la prohibición legal ni religiosa ha hecho que las cifras se reduzcan. Por el contrario, aumenta; mientras que los países de Europa del Norte en donde la Educación Sexual se ofrece desde la etapa escolar temprana, el acceso a la anticoncepción es abierta a todas las personas sin discriminación y el aborto está permitido a solicitud de las mujeres, paradójicamente presentan las tasas más bajas de aborto en el mundo. Esto significa que la solución al tema va por otro camino

Aprobar la penalización del Aborto Terapéutico en Nicaragua significaría

DIRECTORIA DE LA FLASOG

Dr. Angel Luis Terrero E., Presidente
 Dr. José Figueroa Mendez, Secretario
 Dr. Alejandro Paradas Caba, Tesorero
 Dr. Carlos Fuchner S., Past Presidente

Vice Presidentes:

Dr. Andres Calle, Bolivariana
 Dra. Blanca Manzano, México y Caribe
 Dr. Jacob Arkader, Cono Sur
 Dr. Ricardo Rivas, Centroamérica

COMITE SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Coordinador:

Dr. Luis Távora Orozco, Perú

Miembros:

Dra. Ana Desiree Mostajo F., Bolivia
 Dr. José David Ortiz Mariscal, México
 Dr. José Enrique Pons, Uruguay
 Dra. María José Oliveira Araújo, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMAC)
 Dra. Marina Padilla de Gil, El Salvador

Representantes:

Dra. Diana Galimberli, Argentina
 Dra. Sonia Carbajal Gumucio, Bolivia
 Dr. Rivaldo Mendes Albuquerque, Brasil
 Dra. Patricia Aliaga, Chile
 Dr. Carlos Alfonso Olaya, Colombia
 Dr. Samuel Olivares, Costa Rica
 Dra. Myrna Ortega Blanco, Cuba
 Dra. Eduardo León A. Ecuador
 Dra. Marina Padilla de Gil, El Salvador
 Dra. Miriam Bethancourt, Guatemala
 Dra. María Concepción D., Honduras
 Dr. José David Ortiz Mariscal, México
 Dra. Maribel Hernandez, Nicaragua
 Dra. Ruth G. de León, Panamá
 Dr. Osvaldo M. Nuzzarelli, Paraguay
 Dr. Luis Távora Orozco, Perú
 Dr. Milton Cordero, Rep. Dominicana
 Dr. José Enrique Pons, Uruguay
 Dra. Leonor Zapata, Venezuela

Dirección de la Coordinación:

Calle Los Almendros, 265/103
 Urbanización Residencial- Monterrico
 La Molina (Lima 12) Perú
 Tel./Fax: +51-1-437-3547
 E-mail: lujstavara@speedy.com.pe

un retroceso de vuestro país en los acuerdos y compromisos internacionales asumidos, pero lo más grave sería dejar a las mujeres, sobre todo a las pobres, sin su derecho a decidir y expuestas a las posibilidades de muerte por complicaciones de un embarazo, o por tener que recurrir a un aborto clandestino, producto de una gestación que no han deseado o que atenta contra su salud. Si ese es el peso de la responsabilidad que los Asambleístas quieren asumir, que Dios los proteja

En la seguridad que su iluminado juicio deje sin efecto el cambio solicitado de los artículos del Código Penal Nicaragüense que protegen a las mujeres de un embarazo que pudiera atentar contra su salud y su vida, dejo abierta la posibilidad para que nuestra institución pueda proporcionar mayores argumentos y sustento científico que respaldan la necesidad del Aborto Terapéutico

Respetuosamente



Dr. Luis Távora Orozco
 Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG

Con Copia a Todos los Miembros de la Comisión de Justicia, Honorables señores y señoras:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| -Miriam Odili Fonseca López. | Primer Vice-Presidente |
| -Nathan Jorge Sevilla Gómez. | Segundo Vice-Presidente |
| -Mirna del Rosario Rosales Aguilar. | Primer Secretario |
| -Delia Arellano Sandoval. | Segundo Secretario |
- Miembros:
- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| -Carlos Wilfredo Navarro Moreira | -María Auxiliadora Alemán Zeas |
| -Edwin Castro Rivera | -Gabriel Rivera Zeledón |
| -Orlando José Tardencilla | -Walmaro Antonio Gutierrez |

Mercado

justicia@correo.asamblea.gob.ni



FEDERACION CENTROAMERICANA DE ASOCIACIONES Y SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (FECASOG)

PRONUNCIAMIENTO

Nosotros, los abajo firmantes, miembros de la Asamblea General de Delegados, máxima autoridad de la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG)

Considerando:

- 1.- Que hemos conocido de las situaciones negativas derivadas de la derogación del Aborto Terapéutico en Nicaragua a través de la ley 603. →
- *2.- Que el Aborto Terapéutico es un procedimiento de necesaria existencia en la práctica de nuestra Especialidad ya que salva vidas y evita complicaciones médicas severas en las mujeres.
- 3.- Que la Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia, es la única instancia técnica y Científica que reconocemos como expertos en el tema en este país.

Acordamos:

Único:

Patentizar nuestro respaldo y acompañamiento solidario en los esfuerzos por la restitución del Aborto Terapéutico que se encuentra realizando la Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia.

Dado en Managua, Nicaragua, a los 21 días del mes de Abril del 2007.

Comité Ejecutivo de FECASOG:
Dr. Rubén Darío Mora. Presidente.

Dr. Rafael De Gracia. Secretario.

Dra. Sara Campana. Tesorera.



FEDERACION CENTROAMERICANA DE ASOCIACIONES Y SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (FECASOG)

Asociación Guatemalteca de Obstetricia y Ginecología.

Dr. Francisco Estrada.

Dra. Miriam Betancourt.

Asociación de Ginecólogos y Obstetras de El Salvador.

Dr. Rafael Larios.

Dra. Mercedes Abrego de Aguilar.

Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras.

Dra. Ana Ligia Chinchilla.

Dr. Juan Carlos Ordoñez.

Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia.

Dr. Efraín Toruño.

Dr. Denis Alemán.

Asociación de Obstetricia y Ginecología de Costa Rica.

Dr. Gerardo Montiel.

Dra. Rafael Angel Calderón.

Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología.

Dr. José de Gracia.

Dr. Raúl Bravo.

c.c: Archivo de la FECASOG

Pronunciamiento. Asamblea General de Delegados de FECASOG. Managua, Nicaragua, Abril
2007

Órganos de Tratados de Derechos Humanos de Naciones Unidas

Nicaragua – Observaciones finales
2007-2008



Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Comité de Derechos Humanos (Derechos Civiles y Políticos)



**Pacto Internacional
de Derechos Civiles
y Políticos**

Distr.
GENERAL

CCPR/C/NIC/CO/3
12 de diciembre de 2008

Original: ESPAÑOL

COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS
94º período de sesiones
Ginebra, 13 a 31 de octubre de 2008

**EXAMEN DE LOS INFORMES PRESENTADOS POR LOS ESTADOS
PARTES CON ARREGLO AL ARTÍCULO 40 DEL PACTO**

Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos

NICARAGUA

1. El Comité de Derechos Humanos examinó el tercer informe periódico de Nicaragua (CCPR/C/NIC/3) en sus sesiones 2577.^a y 2578.^a (CCPR/C/SR.2577 y 2578), celebradas el 17 de octubre de 2008, y aprobó, en su 2594.^a sesión (CCPR/C/SR.2594), celebrada el 29 de octubre de 2008, las siguientes observaciones finales.

A. Introducción

2. El Comité acoge con satisfacción el tercer informe periódico de Nicaragua, aun cuando observa el retraso de más de 15 años con que el mismo se presentó. El informe contiene información detallada sobre la legislación recientemente aprobada por el Estado parte, así como sobre sus nuevos proyectos legislativos. El Comité expresa su agradecimiento por las respuestas escritas a su lista de preguntas y por aquellas formuladas oralmente por parte de la delegación. Asimismo, el Comité felicita al Estado parte por la presentación del documento básico común, de conformidad con las directrices armonizadas sobre la preparación de informes con arreglo a los tratados internacionales de derechos humanos (HRI/CORE/NIC/2008).

B. Aspectos positivos

3. El Comité acoge con satisfacción la ratificación, mediante el Decreto N.º 122 de 11 de septiembre de 2008, del Segundo Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, destinado a abolir la pena de muerte.

4. El Comité toma nota de la aprobación de la Ley Orgánica del Poder Judicial y su reglamento en 2004 así como de la Ley de Carrera Judicial y su reglamento en junio de 2008.
5. El Comité se congratula por la ratificación en agosto de 2008 del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.
6. El Comité acoge con beneplácito la creación del sistema de Facilitadores Judiciales que ha impulsado la Corte Suprema de Justicia, en coordinación con la Organización de los Estados Americanos (OEA). Se trata de un programa donde se favorece a los ciudadanos el acceso a la justicia y en especial a las mujeres.
7. El Comité acoge igualmente con beneplácito la aprobación del Código Procesal Penal destinado a mejorar la administración de justicia.
8. El Comité toma nota con interés de la creación, a través de la Ley N.º 212 de 1996, de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, la cual opera como un comisionado de la Asamblea Nacional para la promoción, defensa y tutela de las garantías constitucionales. Asimismo se felicita por la instauración de las Procuradurías especiales para la niñez y adolescencia, para la mujer, para los pueblos indígenas y comunidades étnicas, para los discapacitados, y para los privados de libertad, así como de la procuraduría especial de la participación ciudadana.

C. Principales motivos de preocupación y recomendaciones

9. Al Comité le preocupa la falta de tipificación específica de penas contra el tráfico y la explotación sexual de niños y mujeres y la existencia del tráfico de mujeres y niños con fines de explotación sexual en el Estado parte (artículos 3, 8 y 24).

El Estado Parte debería reforzar las medidas de lucha contra la trata de mujeres y niños y en particular:

- a) Tipificar el tráfico y la explotación sexual de niños y mujeres;
- b) Asegurarse de que las sanciones, conforme a la gravedad de los hechos, sean impuestas a quienes explotaren a aquéllos con tales fines;
- c) Continuar con sus esfuerzos por concientizar a la población sobre el carácter delictivo de la explotación sexual de mujeres y niños;
- d) Proporcionar cursos de capacitación a las autoridades competentes;
- e) Proteger y asistir a las víctimas de la explotación sexual.

10. Si bien el Comité se felicita por la aprobación el 14 de febrero de 2008 de la Ley N.º 648 de Igualdad de Derechos y Oportunidades, que establece como objetivo promover la igualdad entre hombres y mujeres en el goce de los derechos civiles y políticos entre otros, el Comité lamenta la persistencia de bajos índices de participación femenina en la función pública (artículos 3, 25 y 26).

El Estado parte debería cumplir con los objetivos señalados en ese sentido en la Ley de Igualdad de Derechos y Oportunidades, y en particular tomar medidas para asegurar un incremento de la presencia de la mujer en los niveles más altos de la función pública.

11. El Comité expresa su preocupación ante la discriminación de que es objeto la mujer en el ámbito laboral, incluido el acceso al empleo y las diferencias salariales (artículos 3 y 26).

El Estado parte debería redoblar sus esfuerzos para combatir la discriminación contra las mujeres en el mundo laboral a fin de garantizar, entre otros, la igualdad de oportunidades en el acceso al empleo, el salario igual por trabajo igual.

12. Si bien el Comité toma nota de la aprobación de un Protocolo de Actuación en delitos sobre maltrato familiar y agresiones sexuales, el Comité observa con preocupación el aumento del fenómeno del asesinato de mujeres en los últimos años dentro de la problemática de la violencia de género y particularmente de la violencia doméstica y sexual. Le preocupa igualmente la impunidad de la que parecerían gozar los agresores (artículos 3 y 7).

El Comité urge al Estado parte a que tome medidas inmediatas para que se ponga fin al fenómeno del asesinato de mujeres y en particular:

- a) Proceder a la investigación y castigo de los agresores;
- b) Permitir un acceso efectivo a la justicia a las víctimas de violencia de género;
- c) Otorgar una protección policial a las víctimas, así como la creación de albergues donde puedan vivir dignamente;
- d) Mantener y promover los espacios de participación directa de las mujeres, a nivel nacional y local en la toma de decisiones relacionadas, en particular, con la violencia contra las mujeres y asegurar su participación y su representación por la sociedad civil;
- e) Tomar medidas de prevención y sensibilización sobre la violencia de género tales como llevar a cabo capacitaciones a los oficiales de policía en especial los de las Comisarías de la Mujer sobre los derechos de las mujeres y la violencia de género.

En este sentido, el Comité agradecería recibir en su próximo informe periódico información detallada sobre el progreso obtenido en la lucha contra la violencia de género.

13. El Comité observa con preocupación la prohibición general del aborto, inclusive en casos de violación sexual, incesto o presuntamente de embarazos que amenazan la vida de la mujer. Asimismo, le preocupa que la ley que autorizaba el aborto terapéutico en tales condiciones fuera derogada por el parlamento en 2006 y que desde la adopción de esta prohibición se han

documentado varios casos en los cuales la muerte de la mujer embarazada estuvo asociada a la falta de una oportuna intervención médica orientada a salvar su vida, que le hubiera sido brindada bajo la legislación vigente antes de la revisión penal. Asimismo, el Comité observa con preocupación que el Estado parte no haya clarificado por escrito que el profesional médico pueda acatarse a las Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas, sin miedo a ser investigados o perseguidos por el Estado parte (artículos 3, 6, 7 y 26).

El Estado parte debería ajustar su legislación sobre el aborto de conformidad con las disposiciones del Pacto. Asimismo debería adoptar medidas para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados, de forma que no tengan que recurrir a abortos ilegales o inseguros que puedan poner su vida en peligro o realizarlos en el extranjero. Asimismo, el Estado debería evitar penalizar a los profesionales de la medicina en el ejercicio de sus responsabilidades profesionales.

14. El Comité observa con preocupación que continúan dándose casos de malos tratos a los detenidos por parte de las fuerzas del orden, en particular en los centros penitenciarios pero también en el momento de efectuar la detención policial, sin que estas conductas sean sancionadas en la mayor parte de los casos (artículos 7 y 10).

a) **El Estado parte debería tomar medidas inmediatas y eficaces para poner fin a esos abusos, vigilar, investigar y cuando proceda, enjuiciar y sancionar a los miembros de las fuerzas del orden que cometan actos de malos tratos así como resarcir a las víctimas.**

b) **El Estado parte debería redoblar las medidas de formación de las fuerzas del orden sobre derechos humanos a fin de que no incurran en las mencionadas conductas.**

15. Preocupa al Comité la falta de prohibición de los castigos corporales en el colegio a niños y lamenta que no se hayan presentado informaciones concretas al respecto (artículos 7 y 24).

El Estado debería prohibir en la legislación nacional todo castigo corporal a niños, en el colegio y otras instituciones de atención y protección a la niñez.

16. Al Comité le preocupa los presuntos casos de arrestos abusivos que se llevaron a cabo especialmente en el contexto de protestas sociales (artículos 6, 7 y 9).

El Estado parte debería proteger la vida e integridad de todas las personas contra el uso excesivo de la fuerza por parte de la policía. El Comité recomienda al Estado parte que considere reformar el Código Procesal Penal que permite a la policía la práctica de detenciones sin orden judicial contrario a lo establecido en la Constitución Política.

17. Si bien el Comité toma nota de las medidas que están siendo adoptadas por el Estado parte para mejorar las condiciones de la detención, le preocupa los altos índices de hacinamiento y las malas condiciones que imperan en dichos centros, en particular la insalubridad, escasez de

agua potable, insuficiente presupuesto destinado a la alimentación, falta de atención médica, escasez de personal, así como la falta de separación entre acusados y condenados (artículo 10).

El Estado parte debería aumentar sus esfuerzos para mejorar las condiciones de todas las personas privadas de libertad, cumpliendo con todos los requisitos contenidos en las reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos. En particular, debería abordar como cuestión prioritaria el hacinamiento. El Estado parte deberá presentar al Comité datos que muestren los progresos realizados desde la aprobación de la presente recomendación, en particular con respecto a la aplicación de medidas concretas para la mejora de las condiciones de los privados de libertad.

18. Al Comité le preocupa la existencia de disposiciones legislativas que podrían permitir de hecho el encarcelamiento de una persona por no cumplir una obligación contractual (artículo 11).

El Estado parte debería evitar que su legislación pueda utilizarse para encarcelar a una persona por no cumplir una obligación contractual.

19. El Comité observa con preocupación un creciente número de denuncias sobre presuntos casos de acoso sistemático y amenazas de muerte contra defensores de derechos humanos por parte de personas, sectores políticos u organismos vinculados a los poderes estatales. Asimismo, nota con preocupación las investigaciones criminales contra defensores de derechos reproductivos, incluyendo cargos criminales que están pendientes en contra de las nueve defensoras de los derechos de las mujeres que estuvieron involucradas en la interrupción del aborto de una menor de edad que fue violada y que transcurrió cuando el aborto terapéutico aún estaba permitido legalmente. El Comité expresa igualmente su preocupación por las restricciones *de facto* en el disfrute del derecho a libre asociación por parte de organizaciones de defensores de derechos humanos (artículos 19 y 22).

El Comité recomienda que el Estado Parte tome las medidas necesarias para cesar los presuntos casos de acoso sistemático y amenazas de muerte, especialmente contra aquellas defensoras de los derechos de las mujeres, y que los culpables sean debidamente sancionados. El Estado parte debería, por otro lado, garantizar el derecho a libertad de expresión y asociación a las organizaciones de defensores de derechos humanos en el ejercicio de sus funciones.

20. Si bien el Comité toma nota de que el Estado parte ha cumplido con parte de lo dispuesto en el caso *YATAMA* de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, lamenta que el Estado no haya llevado a cabo las reformas legislativas para establecer un recurso judicial sencillo a fin de garantizar que las comunidades indígenas y étnicas de las regiones autónomas participen en los procesos electorales de forma efectiva, tomando en cuenta sus tradiciones, usos y costumbres (artículos 25 y 27).

El Estado parte debería cumplir los objetivos señalados en ese sentido en la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y en particular tomar

medidas para llevar a cabo las reformas necesarias a la Ley Electoral que recomendó la Corte y que se establezca un recurso judicial sencillo contra las resoluciones del Consejo Supremo Electoral.

21. El Comité manifiesta su preocupación ante la existencia entre la población en general de prejuicios raciales con respecto a los indígenas en especial en la Región Autónoma del Atlántico, así como los numerosos problemas que afectan a los pueblos indígenas, incluidas las graves deficiencias en los servicios de salud y educación; la falta de presencia institucional en sus territorios; y la ausencia de un proceso de consultas con miras a buscar el consentimiento previo, libre e informado de las comunidades para la explotación de los recursos naturales de sus territorios. Asimismo, el Comité toma nota que después de más de seis años tras la sentencia dictada por la Corte Interamericana en el *Caso Awas Tingni*, la Comunidad sigue sin su título de propiedad. Además, el territorio de Awas Tingni continúa siendo vulnerable a los actos ilegales de terceros colonos y madereros (artículos 26 y 27).

El Estado parte debería:

- a) Garantizar de manera efectiva el derecho a la educación de los indígenas y que dicha educación se adecue a sus necesidades específicas;
- b) Garantizar el acceso de todos los indígenas a servicios de salud adecuados, en especial a aquellos que se encuentran en la Región Autónoma del Atlántico;
- c) Llevar a cabo un proceso de consultas con los pueblos indígenas antes de conceder licencias para la explotación económica de las tierras en las que viven, y garantizar que en ningún caso dicha explotación atente contra los derechos reconocidos en el Pacto;
- d) Continuar y finalizar con el proceso de delimitación, demarcación y titulación de las tierras de la Comunidad Awas Tingni así como prevenir y detener las actividades ilegales de terceros dentro de dicho territorio e investigar y sancionar a los responsables de estas acciones.

22. El Comité solicita que el tercer informe periódico del Estado parte y las presentes observaciones finales se publiquen y difundan ampliamente entre el público en general y en los organismos judiciales, legislativos y administrativos. Se deberían distribuir copias impresas de estos documentos en las universidades, bibliotecas públicas, la biblioteca del Parlamento y otros lugares pertinentes. También pide que el tercer informe periódico y las presentes observaciones finales se pongan a disposición de la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales que funcionan en el país. Sería conveniente distribuir un resumen del informe y las observaciones finales a las comunidades indígenas en sus propias lenguas.

23. De conformidad con el párrafo 5 del artículo 71 del reglamento del Comité, el Estado parte debe presentar en el plazo de un año información pertinente a la evaluación de la situación y la aplicación de las recomendaciones del Comité que figuran en los párrafos 12, 13, 17 y 19.

24. El Comité pide al Estado parte que en su próximo informe, que ha de presentar el 29 de octubre de 2012 a más tardar, facilite información acerca de las demás recomendaciones formuladas y respecto del Pacto en su conjunto.

ARGUMENTACIÓN DEL RECURSO POR INCONSTITUCIONALIDAD

La decisión de los honorables diputados de la Asamblea Nacional al penalizar el aborto terapéutico, violenta derechos fundamentales de las mujeres contemplados en la Constitución política de Nicaragua, así como la violación de Instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos suscritos y ratificados por Nicaragua, tomando en cuenta que según el arto.46 señalan expresamente que :”En el territorio nacional toda persona goza de la protección estatal y del reconocimiento de los derechos inherentes de la persona humana, del irrestricto respeto, promoción y protección de los derechos humanos, y de la plena vigencia de los derechos consignados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos; en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; en el Pacto Internacional de Derechos Económicos , Sociales y Culturales y en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de la Organización de las Naciones Unidas y en la Convención Americana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos.

Los Derechos Fundamentales violentados en concreto son los siguientes: El derecho a la vida, el arto. 23 de la Constitución Política de Nicaragua señala de forma expresa: “El derecho a la vida es inviolable e inherente a la persona humana...”

Las restricciones legales al aborto tienen un impacto devastador en el derecho a la vida de las mujeres. La evidencia sugiere no solamente que las leyes que restringen el aborto empujan a las mujeres a someterse a abortos inseguros, sino que además ellas mueren a consecuencia de dichos abortos. Un estimado 13 por ciento de las muertes maternas a nivel mundial se atribuyen al aborto inseguro—entre 68.000 y 78.000 muertes anuales. En su mayoría, estas muertes podrían haber sido evitadas.

El Comité de Derechos Humanos y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer han repetidamente hecho notar con preocupación la relación entre las leyes que restringen el aborto, el aborto clandestino y los riesgos para las vidas de las mujeres. Estos comités han recomendado la revisión o enmienda de las leyes que penalizan o restringen el aborto.

Algunos de los que se oponen al aborto seguro y legal argumentan que “el derecho a la vida” del feto debe ponerse por encima de los derechos humanos de las mujeres, en particular los derechos a la no discriminación y a la salud. Es más, algunos opositores se refieren al supuesto “derecho a la vida” del feto en los argumentos en contra del uso de anticonceptivos que actúan después de la fertilización, pero antes de que el óvulo fertilizado se implante en la pared uterina (la implantación siendo la definición médicamente aceptada del inicio del embarazo).

La mayoría de los instrumentos internacionales de derechos humanos guardan silencio respecto a cuándo comienza el derecho a la vida, pese a que la historia de la negociación de los tratados, la jurisprudencia y la mayoría de los análisis jurídicos parecen sugerir que el derecho a la vida, como se contempla en dichos documentos, no tiene vigencia antes del nacimiento de un ser humano.

Este tipo de decisiones que penalizan el aborto terapéutico, como es el caso de la decisión tomada por los diputados de la asamblea nacional al reformar el código penal en su arto. Están en contravención con los siguientes Instrumentos internacionales suscritos por Nicaragua en relación directa con el derecho a la vida de la madre: El derecho a la vida, libertad y seguridad contemplado en el arto. 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en los artos. 6.1 y 9.1 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos entre otros.

También es diversa la jurisprudencia internacional que hace referencia a la primacía de la vida de la madre por encima de la del feto o *nascituro*; Cabe señalar como primer ejemplo la Sentencia C- 355 del 10 de mayo del 2006, Relativa a la despenalización del delito de aborto terapéutico y publicada en el Comunicado de Prensa No. 2 de la Presidencia de la Corte Constitucional de la República de Colombia. Por su importancia, consideramos sustancial insertar toda la parte sustantiva que podrían ilustrar la decisión de este estudio comparado a los Honorables Magistrados del Tribunal de Apelaciones:

En lo esencial, la Corte basó su decisión en las siguientes consideraciones:

1. El derecho a la vida, consagrado en el artículo 11 de la Constitución Política, es fundamento ontológico de la Carta de derechos y del ordenamiento jurídico en su conjunto. El sistema jurídico colombiano propende por la salvaguarda y garantía de este derecho y por la realización armónica de los principios y valores constitucionales, entre los que ocupan un lugar destacado la protección de la familia y del *nasciturus* (artículo 42 constitucional). No obstante, la Corte Constitucional considera necesario distinguir el derecho a la vida del cual son titulares las personas capaces de vida independiente, del bien jurídico de la vida que obliga a la protección igualmente del *nasciturus* desde el momento mismo de la concepción.

2. Es jurisprudencia reiterada de esta Corporación que los derechos fundamentales, los principios y valores constitucionales no son ilimitados ni tienen un carácter absoluto. En esa medida tanto el derecho a la vida, como la protección a la vida del *nasciturus* deben ser ponderados con los restantes derechos y bienes constitucionalmente protegidos, y como resultado de la ponderación puede resultar que en ciertos casos la protección del bien jurídico de la vida en cabeza del *nasciturus* puede suponer cargas desproporcionadas para el derecho a la vida, a la igualdad y a la salud de la mujer gestante.

3. Las disposiciones de carácter penal son medidas que protegen los derechos fundamentales y bienes constitucionales contra injerencias ilegítimas provenientes de tercero. El ordenamiento constitucional colombiano equilibrado garantiza y protege el derecho a la vida y los derechos de la mujer de una manera coherente cuando establece el tipo penal del aborto, reconociendo la protección jurídica y la sanción de la práctica del aborto cuando no existe una voluntad conforme al ejercicio responsable de sus derechos.

4. La penalización del aborto en todas las circunstancias se revela de esa manera como una medida claramente desproporcionada e irrazonable, pues establece una preeminencia absoluta de la protección del bien jurídico de la vida del *nasciturus* sobre los derechos fundamentales de la mujer embarazada, por esa razón se condicionó el

alcance del tipo penal del aborto en aquellos eventos en las cuales debían prevalecer derechos fundamentales protegidos por el ordenamiento constitucional, tales como el derecho a la vida de la mujer embarazada, garantizado por el artículo 11 constitucional, la protección de la salud de la mujer embarazada (artículo 49 constitucional), la igualdad (artículo 13 constitucional) y la libertad sexual y reproductiva de la mujer (artículos 13 y 16 de la Constitución). Estos son precisamente los supuestos contemplados en la parte resolutive de la decisión: a) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer; b) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida; c) cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

4. El derecho a la vida en su dimensión objetiva exige a las autoridades públicas obligaciones perentorias de adoptar medidas necesarias para proteger la vida frente a ataques de terceros y de igual forma de regular las condiciones de modo tiempo y lugar en que se realice la interrupción del embarazo.

5. En este orden de ideas las características de las certificaciones médicas previstas para la interrupción del embarazo, el momento en que se puede llevar a cabo el aborto, la intervención de asistentes sociales psicológicas o psiquiátricas, si el médico que practique la interrupción es o puede ser el mismo que certifique las indicaciones para interrumpir el embarazo, así como todas las demás condiciones de modo tiempo y lugar que se entiendan convenientes o necesarias para regular la interrupción del embarazo pueden ser elaboradas por el legislador si así lo decide.

6. En todo caso, la regulación legal de las hipótesis en las que la interrupción del embarazo no es delito deben ser realizadas por el legislador de manera tal que a) logre de manera eficaz la protección de los derechos a la vida, libertad, igualdad de modo tal que no se establezcan cargas desproporcionadas. b) En virtud del principio de favorabilidad penal contemplado en la Constitución Política la despenalización en los supuestos de indicación terapéutica, ética y eugenésica tendrán vigencia inmediata y no se requiere de implementación legal alguna. Esta intervención en caso de que el legislador así lo decida deberá realizarse posteriormente con el margen de libertad propio del ámbito de configuración que la Constitución reconoce al Congreso de la República.

Sobre esa misma línea argumentativa la jurisprudencia de los Estados Unidos de América es muy amplia, cabe señalar algunos aspectos históricos, en 1965 – El aborto esta prohibido los cincuenta estados pero en algunos estados se empieza a permitir el aborto bajo determinadas circunstancias.

Desde el inicio del siglo, el aborto era ilegal en todos los estados, en algunos estados se permitía el aborto cuando la vida de la madre estaba en peligro. Durante la década de los años 60, en varios estados se modificaron las leyes restrictivas para permitir el aborto en más circunstancias. Arkansas, California, Colorado, Delaware, Georgia, Kansas, Maryland, Nuevo México, Carolina del Norte, Oregón, Carolina del Sur, y Virginia modificaron sus leyes para permitir la realización de abortos a manos de

médicos autorizados para proteger la salud física y mental de las mujeres, en caso de defectos en el feto, o cuando el embarazo era resultado de una violación o incesto. Algunos estados sólo permitían el aborto en caso de violación o incesto, y en treinta y un estado sólo se permitía el aborto para proteger la vida de la mujer. Ya que el aborto bajo cualquier otra condición era ilegal, las mujeres todavía se veían obligadas a buscar abortos ilegales. Personas no capacitadas realizaban miles de abortos cada año utilizando métodos rápidos, antihigiénicos y peligrosos que ocasionaban mutilaciones, daño permanente en órganos, y la muerte de muchas mujeres. En 1967 Colorado fue el primer estado en liberalizar las leyes sobre el aborto.

En 1962 el Instituto Americano de Leyes (American Law Institute (ALI)) realizó trabajo de abogacía a favor de un cambio en las leyes nacionales de aborto. Un panel de abogados, humanistas y juristas desarrollaron el “Modelo de Código Penal sobre Aborto”, el cual recomendaba que el aborto fuera legal en casos de violación, incesto, defectos congénitos graves, y cuando la vida de la mujer estuviera en riesgo. En 1967, Colorado fue el primer estado en reformar sus leyes relacionadas con el aborto para ajustarse con las recomendaciones del IAL.

El caso de mayor representación lo tiene *Roe Vs. Wade*, 1973 – *Roe vs. Wade*. El 22 de enero de 1973 la Suprema Corte de los Estados Unidos legalizó el aborto a nivel federal a través de su decisión en el caso *Roe vs. Wade*. En ese tiempo el aborto se regulaba individualmente en los estados. El caso *Roe vs. Wade* fue y sigue siendo uno de los casos de mayor influencia que afecta las leyes relacionadas con el aborto.

El caso comenzó cuando “Jane Roe”, una joven mujer embarazada que deseaba obtener un aborto legal y seguro, impugnó una Ley de Tejana de 1859 que prohibía el aborto. En el caso *Roe vs. Wade* la corte determinó que el derecho a la privacidad les daba a las mujeres el derecho a obtener un aborto. Las mujeres pueden tener un aborto legal y seguro de manera privada en cualquier momento durante los primeros seis meses de embarazo. El juicio emitido en el caso *Roe vs. Wade* permitió a las mujeres obtener un aborto sin importar su ubicación o clase social. *Roe vs. Wade* invalidó todas las leyes estatales relacionadas con el aborto, excepto aquellas que permitían el aborto para proteger la vida de las mujeres.

Otro caso de importancia relevancia se produjo y resolvió en la República Argentina y hace referencia a lo siguiente: “En la ciudad de La Plata, a 27 de junio de 2005, habiéndose establecido, de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo 2078, que deberá observarse el siguiente orden de votación: doctores **Genoud, Roncoroni, Pettigiani, de Lázzari, Soria, Kogan, Negri, Sal Llangués, Piombo**, se reúnen los señores jueces de la Suprema Corte de Justicia en acuerdo ordinario para pronunciar sentencia definitiva en la causa Ac. 95.464, "C. P. d. P., A. K... Autorización".

A N T E C E D E N T E S.

La actora, por sí y en representación de su hijos menores, requirió -en lo que aquí interesa- autorización judicial para interrumpir su embarazo con motivo de padecer miocardiopatía dilatada con deterioro severo de la función ventricular, con episodios de insuficiencia cardíaca descompensada y limitación de la capacidad funcional, así como endocarditis bacteriana y arritmia crónica con alto riesgo de morbilidad materno fetal.

Adjuntó las certificaciones médicas correspondientes de los servicios de obstetricia y cardiología del hospital público donde se asiste que así lo aconseja.

El Tribunal de Familia n° 2 de Lomas de Zamora mantuvo la decisión de la Juez de Trámite, quien -como medida auto- satisfactiva- declaró que se encuentran facultados los profesionales correspondientes para realizar la práctica médica más adecuada destinada a interrumpir el embarazo de la peticionante. Contra dicha decisión el Asesor de Incapaces n° 2 interpuso recurso extraordinario de inaplicabilidad de ley en tanto que el titular de la Unidad de Defensa n° 1 dedujo recursos extraordinarios de nulidad e inaplicabilidad de ley, ambos funcionarios -del Departamento Judicial citado- en representación de la persona por nacer. Oído la señora Procuradora General, dictada la providencia de autos y encontrándose la causa en estado de dictar sentencia, la Suprema Corte resolvió plantear y votar las siguientes cuestiones”, luego de un intenso debate en que se expresaron los distintos argumentos la Suprema Corte dictó la siguiente sentencia:

S E N T E N C I A.

Por lo expuesto en el acuerdo que antecede, de conformidad con lo dictaminado por la señora Procuradora General, se rechaza el recurso extraordinario de nulidad, con costas (arts. 86 y 298, C.P.C.C.). Con relación a los de inaplicabilidad de ley, también interpuestos, oída la señora Jefa del Ministerio Público y por mayoría, se los rechaza con el alcance que surge del párrafo final del voto del doctor Roncoroni a la segunda cuestión (arts. 86 y 289, Cód. cit.).

Notifíquese y devuélvase.

Los argumentos que primaron en esta decisión están basados en el interés supremo de la vida de la madre,

Entre las cuestiones más polémicas se encuentran su valoración como problema de salud pública, como una de las principales causas de morbilidad materna, como generadora de discriminación e injusticia social en contra de las mujeres, como violación a derechos humanos fundamentales de las mujeres, o como un no derecho de las mujeres ante los posibles derechos de un no nacido, como un problema de carácter público y, a su vez como un problema privado e íntimo, y como un problema ético o moral y de religión. Por ello, como se ha señalado, las legislaciones que limitan el aborto inducido "producen una serie de consecuencias que no afectan solamente a las mujeres que deciden terminar con un embarazo no deseado, sino que también traen resultados devastadores a nivel social, económico y cultural en los países donde se restringe su acceso" (Center for Reproductive Law and Policy, 2000). Resulta por tanto fundamental mencionar algunas de las principales consecuencias de la legislación restrictiva de aborto (ver además capítulo 7) (Center for Reproductive Law and Policy, 1999):

1. *Ponen en peligro la vida de mujer*, aspecto que se relaciona con una alta tasa de aborto inseguro y, por consiguiente, con una mayor morbilidad de la mujer debido a las condiciones de riesgo en que estos abortos se practican (World Health Organization, 2004).

2. *Generan una práctica discriminatoria y de injusticia social* en contra de las mujeres, sobre todo de aquéllas que pertenecen a las clases más desprotegidas, que recurren a un aborto clandestino al no tener el derecho a acceder a un procedimiento seguro, a diferencia de aquéllas que tienen los medios suficientes para pagar un aborto seguro o viajar a los países donde es legal (Centro de Derechos Reproductivos, 1998), (Casas Becerra, 1996).
3. *Propician el surgimiento de un "mercado clandestino"* de servicios de aborto, ante la proliferación de servicios clandestinos de alto riesgo, (Kulczycki, 2003), (Center for Reproductive Law and Policy, 2000).
4. *Contribuyen a un mayor empobrecimiento* al afectar la economía de las mujeres y sus familias, dados los altos costos de recurrir a un aborto clandestino, así como los gastos realizados para atender las complicaciones que pudieran presentarse por la realización del aborto inseguro (Pine, 1993), (Guzmán, 1998).
5. *Exacerban las condiciones de vulnerabilidad social ya existentes*. El encarcelamiento de las mujeres que recurren al aborto trae terribles consecuencias, tanto para las mujeres procesadas por aborto como para su familia. La detención de la madre afecta especialmente a sus hijos (Casas Becerra, 1996). Por otro lado, haberse efectuado un aborto usualmente trae consigo una estigmatización y rechazo social.
6. *Violan los derechos humanos de las mujeres*. La penalización del aborto no sólo atenta contra los derechos reproductivos de la mujer, sino también contra su derecho a la salud, a la libertad, a la seguridad y potencialmente su derecho a la vida. Del mismo modo, en aquellos contextos en extremo restrictivos, cuando se exige que los profesionales de la salud rompan el secreto profesional para denunciar a la mujer que recibe atención por complicaciones de aborto, se viola el derecho de la mujer a la confidencialidad y a la intimidad (McNaughton et al., 2004). La negación del derecho al aborto frecuentemente trae consecuencias adversas para las mujeres y los hijos nacidos de los embarazos no deseados.
7. *Dificulta la recolección de información* sobre la práctica del aborto, lo que ocasiona una subestimación de la magnitud y de la incidencia del aborto inducido (Guillaume, 2004), (Blayo, 1998). También incide en la precisión y veracidad de la información sobre diversos aspectos relacionados con esta práctica, tales como, las razones y métodos usados para interrumpir el embarazo, las consecuencias de dicha práctica, entre muchos otros.

Los Derechos de las mujeres y el aborto inducido en las conferencias e instrumentos internacionales.

A partir de la década de los noventa, una gran cantidad de países, incluyendo algunos de América Latina, han llevado a cabo importantes cambios legislativos en relación al reconocimiento de algunos derechos de las mujeres, pero pocos en torno al aborto inducido, como se verá más adelante. Los cambios para reconocer ciertos derechos de las mujeres se han apoyado en las tres conferencias internacionales que se celebraron en esa década, así como en los resultados de las reuniones de seguimiento a las mismas a cinco y diez años de su celebración original. Estas son: la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena, Austria, en 1993; la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo, realizada en El Cairo, Egipto, en 1994; y la Conferencia Mundial sobre la Mujer, que tuvo lugar en Beijing, China, en 1995. En esta época también se adoptó, en varios países, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer en 1994, el Estatuto de la Corte

Penal Internacional en 1998 y se impulsó el protocolo facultativo de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en contra de la Mujer (CEDAW -Convention for the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women-) en 1999.

Estos eventos internacionales fueron precedidos por otras conferencias mundiales sobre población y sobre la mujer, donde se reconoció la igualdad jurídica entre el hombre y la mujer y el derecho de las parejas y los individuos para decidir libremente el número y espaciado de sus hijos. Este reconocimiento se hizo por primera vez en la Primera Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos, realizada en Teherán en 1968, y más adelante, en la Conferencia de Población de Bucarest, en 1974, donde se estableció además la necesidad de que el Estado garantizara los medios para ejercer estos derechos. Es importante mencionar el reconocimiento del derecho a la integridad física de las mujeres y a decidir sobre su propio cuerpo, incluyendo la maternidad opcional, que se agregó en la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, realizada en México, en 1975. Asimismo, los cambios realizados en cuestión de derechos de las mujeres también se basan en otros documentos y reuniones internacionales y regionales (Cuadro 1).

En la década de los noventa, las conferencias del Cairo y Beijing establecieron que la salud y los derechos sexuales y reproductivos, en particular los de las mujeres, son fundamentales para el ejercicio de los derechos humanos y para el desarrollo. Adicionalmente, la comunidad internacional reconoció la importancia de abordar el tema del aborto inseguro, en tanto éste constituye un problema grave de salud pública que pone en peligro la vida de un sinnúmero de mujeres, y recomendó que las mujeres que han acudido a su práctica sean atendidas de manera pronta y humanitaria.

Consideramos relevante mencionar la problemática del secreto profesional y su relación con el aborto, ya que algunas legislaciones de la región (por ejemplo la salvadoreña y la chilena) contemplan la denuncia por el personal de salud cuando encuentran pacientes que han llevado a la práctica manipulaciones abortivas. El secreto profesional es una obligación del personal de salud de preservar el derecho a la intimidad del o la paciente, mismo que se rompe cuando el personal de salud comparte información sobre la situación de la persona que atiende. En el caso del aborto, la violación de este derecho adquiere carices aún más serios ya que pone en riesgo la integridad física de la mujer porque podría no acudir a servicios de emergencia, en el caso de un aborto incompleto, debido al temor de ser denunciada. Al mismo tiempo se subraya el problema de justicia social que de por sí implica la restricción al aborto, ya que serán básicamente las mujeres de escasos recursos quienes tendrían que recurrir a los servicios de salud pública por complicaciones de aborto, lo que infringe el derecho que tiene la mujer a no ser discriminada por su situación económica (Centro para los Derechos Reproductivos, 1999), (McNaughton et al., 2004).

Conclusiones.

La descripción del análisis de la legislación de aborto en la región muestra que en ella se concretiza la situación histórica de cada país, la legislación heredada de los países colonizadores, la ideología dominante en la época en que fue legislado, y los

cambios según las distintas posiciones de las diversas fuerzas sociales, entre las cuales destaca la fuerte presencia e influencia de la Iglesia Católica y de los grupos conservadores en la gran mayoría de los países latinoamericanos. En las décadas setenta y ochenta del siglo pasado, si bien se hicieron modificaciones en la legislación en torno a la igualdad entre el hombre y la mujer, al derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos y sobre el acceso a los servicios públicos de planificación familiar en casi en todos los países, estas modificaciones no parecen haber repercutido en la legislación sobre el aborto en la región. Más recientemente, los debates, acuerdos y resoluciones acerca de los derechos sexuales y reproductivos que han precedido y seguido a las reuniones y conferencias internacionales realizadas en la década anterior, en particular los correspondientes a las mujeres (el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, el derecho a una vida libre de violencia, así como el tener acceso a servicios de aborto seguros en los casos permitidos por la ley), han dado por resultado intentos de cambios en dicha legislación, aunque aún son muy pocos los países que han logrado flexibilizar sus leyes de aborto y proporcionar servicios de calidad. En estos esfuerzos se debe reconocer la constante lucha de los movimientos de la sociedad civil de carácter progresista (Women's Health Journal, 2003), (IPAS, 2002), (Rayas & Catotti, 2004), (Rayas et al., 2004). Del mismo modo, algunos comités de seguimiento a acuerdos y tratados internacionales, tales como el Comité de Derechos Humanos del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos han emitido observaciones que claramente identifican que las leyes de aborto restrictivas ocasionan morbilidad entre las mujeres o que prohibir el aborto a una mujer embarazada como consecuencia de una violación constituye trato inhumano (Cook y Dickens, 1999). Queda por indagar si estas recomendaciones han jugado y/o juegan un papel en la liberalización de las leyes de aborto.

Es importante subrayar que las propuestas y los cambios jurídicos que han realizado algunos países surgieron no únicamente como reconocimiento a los derechos reproductivos de las mujeres, sino teniendo en cuenta el impacto negativo que producen las legislaciones restrictivas sobre la salud y las condiciones económicas, sociales y psicológicas de las mujeres y sus familias en las distintas naciones, tal y como plantean las observaciones de los comités que dan seguimiento a los convenios internacionales. Estas consecuencias negativas con frecuencia condiciona la calidad de la atención a las complicaciones de aborto, porque suele haber una amenaza latente de sanción legal para la mujer si el prestador de servicios la fuera a denunciar, y para el profesional de salud (Llovet y Ramos, 2001). Asimismo, se reconoce la exclusión de muchas mujeres que no cuentan con los recursos económicos suficientes para pagar servicios seguros y el trato denigrante por el personal de salud que las atiende cuando recurren a los hospitales para atenderse por abortos incompletos o sus consecuencias (Rahman, 1998). También debe destacarse la creciente y fuerte influencia de la Iglesia Católica y de los grupos conservadores y de derecha, que han llevado a incluir en las leyes de diversos países de la región los derechos del no nacido y la protección del producto desde el momento de la concepción.

En términos generales se puede concluir que el estatuto de la legislación sobre el aborto es bastante restrictivo en toda la región. En 2003, la excepción la constituyen los cinco países (uno de ellos conformado por cuatro departamentos de ultramar de Francia) en donde el aborto inducido se practica sin restricciones y en cuyas legislaciones se refleja la preocupación e interés por respetar los derechos de la mujer para obtener servicios de interrupción voluntaria del embarazo que le garanticen un

aborto en condiciones de seguridad y libre de toda persecución por parte de las autoridades policíacas. En otros países, como por ejemplo Uruguay, en que el aborto se considera un delito o es una práctica ilegal, se observa una situación ambigua pero con una tendencia hacia una cierta flexibilización en la medida en que se incluyen condiciones específicas bajo las cuales el aborto no se penaliza. En cambio, Argentina y El Salvador han endurecido su postura hacia el aborto, lo que obedece principalmente a la influencia de la Iglesia Católica. Es importante destacar que si bien la mayoría de los países autorizan la práctica del aborto inducido, al menos para salvar la vida de la mujer, continúa prevaleciendo una situación de injusticia social al exponer la vida y la salud de las mujeres, así como al no considerar su bienestar familiar (Freitas, 2003) ya que en el 2003 sólo hay dos países que autorizan el aborto por razones socioeconómicas, 8 por malformaciones fetales y por violación, 17 por salud física o mental y en 28 para salvar la vida de la mujer. Es necesario destacar que Colombia ha autorizado el aborto en 2006 para salvar la vida o la salud de la mujer, en caso de violación o por malformaciones del feto.

No obstante, cabe señalar que, pese a la existencia de tales excepciones, permanecen serias trabas a la prestación de servicios de aborto. Destacan la falta de reglamentaciones que indiquen quién(es) son responsables de la provisión de dichos servicios y que regulen los pasos para hacerlo en las instalaciones de salud. Cuando las hay, en ocasiones éstas resultan insuficientes o son poco conocidas y se prestan a burocratismos que frenan la prestación de un servicio para el que el tiempo es esencial. Además, la objeción de conciencia, un derecho limitado a las personas como individuos, puede ser una fuente más de resistencia. Es menester que las regulaciones indiquen claramente la necesidad de referir los casos de aborto a colegas no objetores y que se indique claramente que los servicios de salud, como tales, no pueden objetar (Cook y Dickens, 2000).

Por otra parte, cabe subrayar el hecho de que varios países estipulan la obligación de obtener el permiso del marido para practicar el aborto aún en el caso de que esté en peligro la vida de la mujer embarazada y cuando ésta no pueda darlo. Asimismo, en la mayoría de los países, hay una gran ausencia de regulaciones sobre la prestación del servicio de aborto para las adolescentes, y la autorización que se requiere de los padres, esposo o de ellas mismas para acceder al aborto de acuerdo a lo previsto legalmente también refleja que ellas no tienen derecho a decidir libremente sobre su propia reproducción y a ejercer su sexualidad libre de riesgos. Estos requisitos y lagunas de la ley, junto con la falta de reglamentación para otorgar el servicio de aborto en los casos en que la ley lo permite, el exceso de discrecionalidad de que gozan los médicos para decidir sobre la vida y la muerte de las mujeres, y el gran burocratismo por el que deben de transitar, se convierten, sin duda, en grandes obstáculos para el ejercicio de los derechos de las mujeres, y en especial para las que se encuentran en condiciones más vulnerables y marginadas. Lo anterior, a su vez, se traduce en fuente de discriminación y de profundización de las desigualdades sociales prevalecientes en toda la región. Como concluye Guillaume para el caso de África, los derechos reproductivos de las mujeres, tal y como fueron definidos en las conferencias internacionales del Cairo y de Beijing, y que pusieron el acento en la posibilidad de las mujeres de tener una sexualidad sin riesgo y de decidir libremente el momento de procrear, tampoco son respetadas en América Latina, ya que el recurso al aborto permanece aún muy limitado y, más aún, sus consecuencias para las mujeres son graves (Guillaume, 2004).

Habría que considerar también las contradicciones prevalecientes entre los derechos reconocidos en las conferencias y adoptados por los diversos países, tales como el derecho a la salud, a la libre determinación de la descendencia, a la igualdad, entre otros, y los que se sustentan en la legislación de aborto. Así, por ejemplo, en términos de proteger el derecho a la salud, el aborto por peligro a la salud debería de estar permitido en todos los países. En términos de garantizar todos los derechos reconocidos en la Conferencia Mundial de Población de Bucarest en 1974, el aborto debería de sancionarse muy severamente cuando éste se practique sin el consentimiento de la mujer embarazada y debería de permitirse cuando la mujer lo solicite, en especial cuando el embarazo sea resultado de un acto no querido ni consentido por la mujer (violación, incesto, inseminación artificial); o bien cuando de continuar con el embarazo se ponga en peligro la vida o la salud de la mujer embarazada; por razones eugenésicas, por motivos socioeconómicos y en caso de falla de método anticonceptivo (Salas Villagómez, 1998). En el mismo sentido, cabe señalar que diversas instancias de seguimiento de la normatividad internacional, tales como el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental han emitido indicaciones a diversos países del área para que se considere hacer una revisión de la normatividad de aborto para evitar la morbilidad que su práctica ilegal implica, para que se provea de acceso a servicios de aborto seguro y accesible cuando éste sea legal y para que se retiren los castigos a las mujeres que se han practicado abortos (Hessini, 2005).

Finalmente, como ha sido ampliamente constatado, la prohibición del aborto no impide su práctica, sino que obliga a la realización de abortos de riesgo. Como se señala acertadamente en otro estudio, el aborto es una práctica que, pese a su prohibición legal, se extiende a mujeres de todas las clases sociales, con consecuencias más graves para las mujeres pobres. La mayor parte de las legislaciones de América Latina han intentado resolver el problema del aborto inducido mediante su prohibición, lo cual se ha traducido en graves consecuencias económicas, sociales, de salud pública y de justicia social para las mujeres de estos países, sin lograr la disminución de la alta tasa de aborto que existe en la región. Es por ello que se hace imperativa una revisión del tratamiento legislativo que se ha dado al aborto inducido. Es necesario abordar el tema con otra perspectiva, tomando en cuenta la realidad social y necesidades de la mujer, promoviendo un debate en espacios de participación privados y públicos que lleve a la reflexión y permita analizar el tema con todas sus implicaciones, así como las alternativas para acceder a servicios seguros (Center for Reproductive Law and Policy, 2000).

ARGUMENTOS DE OTROS PAÍSES.

En los países donde las leyes son restrictivas, las causales bajo las cuales se despenaliza el aborto se basan, principalmente y de manera casi unánime, en cuestiones vinculadas con la salud, evocando así el mismo principio que se plasmó al inicio de los programas de planificación familiar: para preservar la salud de la madre y el niño.

Una línea argumentativa más reciente, enarbolada por diversos actores institucionales y personales, se refiere a la mención del derecho al aborto como parte de los derechos humanos. Hay diversos materiales recientes que incluyen listados de

algunos derechos y su aplicación al aborto. Entre los derechos mencionados se encuentran: el derecho a la salud, a la vida, a vivir libres de discriminación, a no vivir trato inhumano o degradante, a la información, a vivir libres de violencia, a los beneficios del avance científico, a la igualdad, a la libertad de conciencia, a la intimidad y la confidencialidad, a decidir el número y espaciamiento de los hijos www.decidir.org; (HRW, 2005).

Esta línea argumentativa, relativamente nueva, tiene como antecedente el trabajo sobre derechos reproductivos atados a una perspectiva de derechos humanos para la que “la promoción y protección de la salud requiere de esfuerzos concretos y explícitos para promover los derechos humanos y la dignidad” (Gruskin y Grodin citadas en Yanda et al., 2003). Incluir este punto de vista implica notar los efectos negativos sobre la salud de factores tales como la disparidad social, la discriminación y la violencia de género por ejemplo.

Una Cuestión de Justicia Social.

“En la actualidad la discusión gira en torno a las condiciones en que las mujeres abortan y podrían abortar, ya que ellas lo hacen a pesar de la prohibición legal. En la región se ha observado que aun en aquellos casos en que la ley permite la práctica del aborto, se conjugan múltiples factores para que el ejercicio de este derecho sea sumamente difícil”.

Mientras que son una minoría quienes tienen los medios económicos y la información necesaria para acceder a abortos en óptimas condiciones, la gran mayoría de las mujeres recurren a medios altamente riesgosos o clandestinos, que a su vez producen serias consecuencias para su salud física y mental, además del alto costo económico que esto último representa. "Concebir el aborto como un servicio de salud reglamentado en los hospitales públicos, es la única manera de no persistir en la injusta brecha de desigualdad por razones económicas que determina los riesgos (diferenciales e inequitativos) de mortalidad y morbilidad materna asociados a la práctica del aborto y a su ilegalidad" (Lamas 2003).

En Brasil, un estudio realizado en 2003 entre un amplio número de gineco-obstetras que declararon haber ayudado a sus pacientes o familiares para realizarse un aborto, o que ellos mismos han enfrentado personalmente un embarazo no planeado, revela que el haber vivido la experiencia de un aborto conlleva a una mayor comprensión acerca de que existen circunstancias en que el aborto es la mejor o única solución ante un embarazo no deseado. Cerca de una cuarta parte de las médicas y una tercera parte de los médicos habían enfrentado personalmente al menos un caso de embarazo no planeado y 80% de éstos fueron abortados. Las causales bajo las cuales la gran mayoría de los médicos están de acuerdo en que se debe permitir el aborto son violación (77%), cuando la vida de la mujer está en peligro (79%) y ante malformaciones del feto (77%) (Faúndes et al., 2004). Además, los autores constatan una estrecha asociación entre el grado de religiosidad y el haber practicado un aborto, cuestión que resultó mucho mayor para los médicos o su pareja que habían experimentado personalmente un embarazo no deseado.

Las evidencias de otro estudio llevado a cabo en la Ciudad de México con 193 médicos de diversas especialidades (internistas, pediatras, ginecólogos y neurólogos) mostraron que sólo el 15% del total de médicos está de acuerdo con el aborto voluntario, aunque el procedimiento es más aceptado por internistas y pediatras que por obstetras y neurólogos. En cambio, la proporción de aceptación del aborto ascendió a casi 60% cuando se trata de abortos por malformación del feto (Casanueva *et al.*, 1997).

En Nicaragua, los resultados de un estudio de opinión entre 198 gineco-obstetras, realizado en el 2001 por la Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia (SONIGOB), acerca de una normatividad –que estaba en discusión en ese momento– que regulara el aborto terapéutico y las consecuencias médicas y éticas del mismo, mostraron que sólo nueve del total de entrevistados consideraban que el aborto debe ser penalizado, y la gran mayoría opinaban que existen casos en que el aborto terapéutico sería necesario para salvar la vida de una mujer (más del 90%). Muchos de los entrevistados también apoyaban una reforma legislativa que permitiera el aborto en casos de violación y malformación del feto (McNaughton *et al.*, 2002). En otro estudio reciente de esta autora y otras colegas (McNaughton *et al.*, 2005) acerca del papel que juegan los médicos respecto a la práctica de aborto, y considerando que se trata de un contexto ambiguo que caracteriza el marco legal en torno al aborto terapéutico en Nicaragua, se exponen las inconsistencias y consecuencias que dicho marco propicia en el acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo y la práctica realizada por los profesionales de la salud. Los hallazgos son extremadamente relevantes, y sin duda extensibles a muchos otros países con legislaciones restrictivas, ya que muestran que los profesionales de la salud deciden la práctica de un aborto conforme a otros factores tangenciales a los criterios de riesgo y de salud establecidos como parte de la lógica médica. Entre éstos se mencionan el comportamiento anticonceptivo de la mujer, la edad gestacional, la evaluación de la credibilidad de los motivos expresados por la mujer. Tal situación, como afirman las autoras, no sólo refleja la subjetividad y precariedad de las decisiones de los médicos ante su limitada capacidad para predecir los riesgos a la salud o diagnosticar un embarazo producto de una violación, sino que lleva a cuestionar en términos de equidad y credibilidad, la posibilidad de dejar en manos de este sector la decisión de terminar o no con un embarazo por razones terapéuticas. Más aún, este hecho también implica reconocer la complejidad que envuelve el significado del término de embarazo deseado o no deseado, y sobre todo la imposibilidad de separar la importancia y el papel que tiene dicho embarazo en la evaluación de los riesgos maternos. Ante esta situación, las autoras subrayan la importancia de garantizar el ejercicio de los derechos de las mujeres a la vida y la salud, así como la necesidad de un marco político que proteja a las mujeres y a los proveedores de salud para no dejar el acceso de las mujeres a un aborto legal bajo la influencia de ideologías políticas (y religiosas), ante la ignorancia de la ley o frente a interpretaciones erróneas acerca de los criterios a ser considerados para obtener un aborto terapéutico

Las estimaciones del aborto en América Latina y el Caribe en el contexto mundial.

En América Latina y el Caribe se estima que en esa misma década (los 90) ocurrieron cerca de 4 millones de abortos inseguros e ilegales anualmente (4.6 millones a principios y 3.7 millones a finales de esa década). Más aún, se estima que entre una de cada 20 mujeres y una de cada 40 mujeres han tenido un aborto cada año durante este

periodo (AGI, 1994). En esta región se observa la más alta tasa y razón de abortos inseguros, siendo la primera de 29 abortos por cada mil mujeres de 15 a 44 años de edad, y la segunda de casi un aborto por cada tres nacidos vivos alrededor del año 2000. Asimismo, cualquiera que sean los periodos considerados, tanto a principios de la década de los noventa como a finales de la misma década, América Latina también es la región del mundo con las más altas tasas de aborto inseguro (también del ilegal): entre 41 y 29 abortos por mil mujeres, cifra entre dos y casi tres veces mayores a las del promedio mundial, que es de aproximadamente de 15 abortos por mil mujeres y de entre cinco y ocho veces mayor en comparación con los países desarrollados.

Del mismo modo, la subregión tiene la razón más alta de abortos en el mundo. América Central, por su parte, ocupa un lugar intermedio, con 20 abortos por cada 100 nacidos vivos, y es la tercera subregión con la proporción mayor de abortos.

La Diversidad de Métodos Abortivos.

En América Latina existe un abanico bastante amplio de métodos abortivos, desde los tradicionales, que presentan los mayores riesgos, hasta los métodos más modernos que ofrecen una mayor seguridad, aunque ésta también dependa de las condiciones bajo las cuales se efectúen y de la capacitación profesional de quienes los practiquen (Encuentro de Investigadores sobre el Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, 1994). Los métodos para abortar han evolucionado con el transcurso del tiempo en función de los avances tecnológicos y médicos, aunque la accesibilidad a los mismos está estrechamente asociada a la legalidad o ilegalidad de este acto. Mientras que en los países donde el aborto es legal se introdujeron y se utilizan nuevos métodos, en aquéllos en los que sigue siendo clandestino, las mujeres continúan recurriendo a métodos a veces arcaicos, con graves consecuencias para su salud. Sin embargo, incluso en los países donde el aborto es considerado ilegal, existe un “mercado del aborto medicalizado”, sin riesgo o con un riesgo menor.

Aun cuando el aborto sea considerado legal, el acceso a los servicios de interrupción de embarazos a veces se dificulta para algunas mujeres (Billings et al., 2002), situación que explica, en gran medida, la persistencia de los abortos clandestinos con métodos riesgosos. Estas dificultades de acceso se han documentado también en Cuba, en el caso de las adolescentes (Azize-Vargas, 1994). Lo anterior evidencia que las restricciones, sean por causas materiales, morales, religiosas o legales, son las que explican la práctica de abortos con métodos muy diversos, así como la realización de los mismos a través del mercado formal o informal.

En ocasiones, las restricciones y negligencia por parte de los médicos para practicar un aborto inducido obedecen a sus convicciones personales. Otras veces no respetan el secreto profesional, lo que los lleva a denunciar a las mujeres víctimas de complicaciones, como ocurre en El Salvador (McNaughton, et al., 2004).

Las consecuencias sanitarias y sociales del aborto.

Los debates sobre el aborto y su legalización ponen el acento frecuentemente en un problema mayor: el de la salud pública, debido a la fuerte incidencia de morbilidad y mortalidad maternas que resultan de las complicaciones de los abortos inseguros, la gran mayoría de las veces practicados de manera clandestina. La comunidad

internacional ha reconocido este hecho en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). Dicho documento destaca la necesidad de que las mujeres tengan acceso a servicios médicos donde puedan interrumpir un embarazo en las mejores condiciones posibles (Naciones Unidas, 1995). De igual manera, la reducción de los niveles de mortalidad materna en dos tercios para el año 2015 es una de las ocho metas señaladas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Para alcanzar dicha meta, es indispensable mejorar la prestación de servicios relacionados con la salud reproductiva para las mujeres, incluidos los de aborto.

La Organización Mundial de la Salud estima que en el año 2000 hubo 3 700 000 abortos inseguros en América Latina y precisa que los riesgos asociados a esos abortos están ligados a los niveles de capacitación profesional de las personas que los llevan a cabo, a las condiciones en las cuales se realizan, a los métodos usados para interrumpir el embarazo, al estado de salud de las mujeres, así como también a la etapa de gravidez en que se encuentran (World Health Organization, 2004), (Paxman et al., 1993). Por otra parte, la magnitud del aborto clandestino en los países latinoamericanos y del Caribe se pone de manifiesto en que durante 1995 sólo hubo 200 000 mil abortos legales, frente a los millones que se hicieron de manera clandestina durante ese mismo año (Rocha y Andalaft Neto, 2003).

El acceso limitado al aborto, aun en los países donde se autoriza bajo ciertas condiciones, es igualmente una expresión muy reveladora de las desigualdades sociales y económicas que prevalecen, sobre todo, en las naciones en desarrollo, cuyas víctimas son, en primer lugar, las mujeres. También nos indica la falta de respeto al libre ejercicio de sus derechos, en particular de sus derechos reproductivos y sexuales. Como señalan Llovet y Ramos (2001) “Documentar los altos niveles de morbilidad y mortalidad asociados con el aborto ilegal resulta clave desde la perspectiva de la salud pública, al tiempo que también contribuye a responder a la preocupación acerca de la vinculación entre la condición social de las mujeres, los indicadores de salud reproductiva y el grado de vigencia de sus derechos humanos”. Asimismo, resume el Center for Reproductive Law and Policy –actualmente Center for Reproductive Rights (CRR) – (2000), esas consecuencias “no afectan solamente a las mujeres que deciden terminar con un embarazo no deseado, sino que también traen resultados devastadores a nivel social, económico y cultural en los países donde se restringe su acceso (al aborto)”.

Generalmente, la legalidad y las condiciones de seguridad van juntas, como lo evidencia el hecho de que los niveles de morbilidad y mortalidad materna debido al aborto hayan disminuido de manera drástica en los países donde el aborto es legal. Algunos autores consideran que la determinante más importante del impacto del aborto sobre la salud de la mujer es su estatus legal (Deidre, 1999), (Anderson, 1998), (Berer, 2004).

En un contexto de acceso limitado al aborto que propicia su práctica clandestina, es muy difícil tener una visión precisa y global de la interrupción del embarazo. Bajo tales circunstancias resulta casi imposible conocer con exactitud las consecuencias del aborto, que se manifiestan en diferentes ámbitos de la vida de las mujeres, de sus familias y de la sociedad en su conjunto (Yanda et al., 2003). Por ello, la ilegalidad del aborto tiene como otra consecuencia dificultar que se hagan investigaciones sobre el tema y obtener medidas confiables de ese fenómeno. Asimismo, los pocos indicadores

disponibles son a menudo estimaciones realizadas a partir de encuestas aplicadas a poblaciones particulares (Guillaume, 2004).

Se estima que entre el 10 y 50% de los abortos inseguros requieren atención médica y tratamiento por complicaciones, aun cuando no todas las mujeres la solicitan (World Health Organization, 1998) y que aproximadamente 800 000 mujeres se hospitalizan en América Latina cada año por complicaciones de aborto (The Alan Guttmacher Institute, 1994). El número total de mujeres que se internan por complicaciones de aborto es un indicador *proxy* de la intensidad con la cual el aborto en condiciones de riesgo continúa poniendo en peligro la salud y la vida de las mujeres. Henshaw *et al.* (1999) en su investigación en seis países de la región, estiman que de cinco a diez de cada mil mujeres son hospitalizadas anualmente, debido a las complicaciones de un aborto, siendo esta proporción de 8.1 por cada mil para Brasil y de 5.4 para México. Asimismo, Singh indica que de 10 a 15 de cada mil mujeres son hospitalizadas por esta misma causa en la República Dominicana, Chile, Perú y Egipto (Singh, 2006).

El tipo de complicación y su grado de gravedad tienen, como ya lo hemos mencionado en el capítulo precedente, una estrecha relación con los métodos usados para abortar. Algunas de las complicaciones no pueden conocerse con precisión, ni medirse, a corto plazo, como, por ejemplo, la esterilidad. En Perú, a principios de la década de los 90, se estimó que por cada muerte materna que ocurre existe la posibilidad de que de 60 a 100 mujeres sufran complicaciones o lesiones que pueden afectar seriamente su fecundidad futura. (Gutiérrez y Ferrando, 2003). En una encuesta de opinión sobre la práctica del aborto inducido, realizada en este país durante 2001, Ferrando (2002) demuestra que la probabilidad de sufrir complicaciones depende de la condición socioeconómica de la mujer, de su lugar de residencia y también del tipo de proveedor al cual recurra. Por ejemplo, el riesgo de complicación en esa nación se estima en 30.5%. Pero este riesgo es de 44% para las mujeres de áreas rurales pobres, de 27 % para las de zonas urbanas pobres y de entre 24% y 5% para las mujeres residentes en zonas urbanas no pobres. La autora muestra también que la probabilidad de hospitalización después del aborto es de 14%, con diferencias, según el nivel socioeconómico de las mujeres y lugar de residencia: 13.6% para las mujeres pobres de zonas urbanas y 18.5 para las de áreas rurales. De las mujeres consideradas, fueron hospitalizadas únicamente 1.5% de las que vivían en zonas urbanas. En cambio, el 9.4% eran de zonas rurales.

Con base en cifras de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2004), de los 19 millones de abortos inseguros que se estima que en el año 2000 se realizaban en el mundo, cerca del 97% correspondieron a países en vías de desarrollo y casi 70 000 mujeres murieron como resultado de complicaciones derivadas de tal práctica. Esto representó aproximadamente el 13% del total de muertes maternas, y una tasa de 50 muertes por aborto por cada 100 000 nacidos vivos (Cuadro 1). La incidencia de casos de mortalidad asociados a los abortos inseguros varía en cada lugar, dependiendo de si el aborto es o no es legal. También influyen las regulaciones de la operación y las condiciones de acceso y calidad de los servicios de salud. El riesgo de muerte asociada con un aborto inseguro es al menos 20 veces mayor en países en desarrollo que en los desarrollados, y en algunas regiones atrasadas puede llegar a ser hasta 40 o 50 veces más alto. En los países en desarrollo, el riesgo de mortalidad asociado a un aborto ilegal es de 100 a 1 000 por cada 100 000 muertes maternas (en

Estados Unidos la cifra es de 50 en el caso de los abortos ilegales), y llega a representar solamente de 4 a 6 en el caso de un aborto legal (World Health Organisation, 2004). La región de América Latina y El Caribe es la que, al parecer, tiene la más alta proporción en el mundo de muertes maternas derivadas de la práctica del aborto inseguro (17% del total), aunque con una menor tasa de mortalidad (30 defunciones por aborto por cada cien mil nacidos vivos) a la que se observa en Asia, (40 por cada cien mil nacidos vivos) y más de tres veces por debajo de la estimada para África (100 muertes ocasionadas por la misma causa por cada cien mil nacidos vivos). Las diferencias al interior de la región muestran que América del Sur es la subregión con una proporción más alta de defunciones maternas causadas por un aborto inseguro (19%), seguida del Caribe (13%), siendo mucho menor para América Central (11%). La proporción de muertes maternas relacionadas con el aborto también varía de manera considerable en los diferentes países de la región: va desde el 8% en México, hasta el 33% en Argentina, 37% en Chile y 50% en Trinidad y Tobago (AbouZahr y Ahman, 1998), (Center for Reproductive Law and Policy, 2000), (Bermúdez Valdivia, 1998).

En 1996, la Organización Panamericana de la Salud indicó que el aborto es la causa principal de mortalidad materna en Argentina, Chile, Guatemala, Panamá, Paraguay y Perú; la segunda en Costa Rica y la tercera causa en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México y Nicaragua (OPS, 1998).

De acuerdo con un estudio realizado en Nicaragua, Padilla *et al.* (2003), el aborto inseguro y clandestino fue la cuarta causa de mortalidad materna en el país en el periodo 2000-2002. Sin embargo, indica los autores, hay un claro subregistro de muertes obstétricas que podrían relacionarse con la interrupción del embarazo en condiciones inadecuadas. Por otra parte, en Bolivia, uno de los países de América Latina que tiene las tasas más altas de mortalidad materna, se estima que al menos 30% de las muertes maternas son causadas por abortos. Se calcula que 60 mujeres mueren anualmente por cada 10 000 abortos en este país (Pommier, 1991). En otro estudio se señala que el aborto es responsable del 27 al 35% de las muertes maternas en dicho país (Rayas y Catotti, 2004).

Esta misma fuente señala que para Nicaragua el número de muertes maternas se estimó en 165 por cada cien mil nacidos vivos entre 1995 y 2001. También reconoce que con frecuencia las muertes relacionadas con el aborto son ocultadas como causas obstétricas indirectas.

En Cuba, donde el aborto a petición de la mujer es legal, y los abortos se realizan bajo supervisión médica y con profesionales entrenados, la mortalidad materna asociada a abortos legales fue estimada, en 1998, en 4.6 por cada 100 000 nacidos vivos, cifra considerablemente menor a las registradas en el resto de la región. Ante la ampliación y mejoramiento de la calidad de los servicios de aborto, sobre todo en el primer semestre del embarazo y la generalización del procedimiento de regulación menstrual, que también puede interrumpir embarazos, la mortalidad producto de los abortos en este país ha decrecido significativamente, llegando a alcanzar niveles muy bajos (Mayo Abad, 2002).

Comparando las cifras de 1990 con las del 2000, parecería que en la región latinoamericana se ha reducido la mortalidad materna, debido a que un mayor número de abortos se realizan en condiciones higiénicas y con las técnicas modernas apropiadas,

así como por el aumento en la prevalencia de métodos anticonceptivos modernos. Tal situación, también está relacionada con los compromisos internacionales adquiridos por los países de la región, que entre otras cosas prevén que se alcance la meta de ampliar el acceso y calidad de los servicios para atender las complicaciones por aborto y así reducir los niveles de morbilidad materna. Tal meta quedó establecida en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en el 2000. Sin embargo, todavía no ha sido cumplida en la gran mayoría de los países de la región.

En Nicaragua, se señala en una investigación, 5 500 mujeres ingresan anualmente en promedio a los establecimientos de salud por complicaciones de aborto (Rayas y Catotti, 2004), (Rayas *et al.*, 2004). En otro estudio, realizado en este país durante 1992, se encontró que podría obtenerse un ahorro de al menos 700 000 dólares con sólo reducir el número de días de hospitalización, mediante la atención ambulatoria de las mujeres con aborto incompleto y utilizando la AMEU (Blandón *et al.*, 1998).

Las consecuencias para las mujeres y las familias.

El costo para los presupuestos de las familias

El aborto tiene un impacto económico importante en el presupuesto de las mujeres y sus familias, en particular de los sectores de población más desfavorecidos, ya que no sólo deben pagar por el aborto, sino que en muchas ocasiones también deben cubrir los gastos por complicaciones médicas. Aunado a ello, están los costos económicos indirectos, tales como los del transporte, los que se derivan de la ausencia de las mujeres en sus actividades económicas y domésticas, o la de los demás familiares que las acompañan. Según Pine (2003), los abortos clandestinos realizados por proveedores de salud pueden costar entre un cuarto y la mitad del sueldo promedio mensual de la mujer. Sin embargo, Langer (2003) señala: “En algunos contextos, el costo de un aborto clandestino realizado por un médico en una clínica equivale a los ingresos anuales de una familia media”. Existen, pues, servicios de aborto clandestino de costo muy diverso, pero cuando son atendidos por personal médico especializado resultan, por lo general, inasequibles para muchas mujeres, sobre todo adolescentes de los grupos más pobres. También debe considerarse como parte del costo la ausencia o la pérdida de una madre de familia (Langer, 2003).

En Nicaragua, los costos en clínicas particulares van de 500 a 1 000 dólares, totalmente inaccesibles para la mayoría de las mujeres. El precio de un aborto practicado en condiciones de riesgo va de 7 a 150 dólares. (McNaughton *et al.*, 2003), (Rayas y Catotti, 2004), (Rayas *et al.*, 2004).

Sin embargo, el cálculo del costo correspondiente a un aborto inseguro no debe limitarse a un solo método, pues éste podría ser un indicador engañoso del costo financiero acumulado que implica la interrupción de un embarazo. Es frecuente que la mujer transite por varias etapas, cada una más peligrosa y de mayor costo que la precedente, hasta lograr el aborto: desde dejarse caer en una escalera, recurrir a la ingestión de hierbas, o comprar productos pseudo abortivos o abortivos en las farmacias. **También puede pagar el servicio de empíricas o de un médico capacitado. A todo lo anterior, habría que agregar el costo de los servicios médicos que eventualmente deriven del aborto o de los ocasionados por un aborto incompleto (The Alan Guttmacher Institute, 2004).**

Consideraciones finales.

El panorama de la situación del aborto en América Latina y el Caribe que se presenta en esta revisión de la literatura sobre el tema muestra, que tal práctica en condiciones de inseguridad y alto riesgo es, evidentemente, un problema de salud pública. Pero, tras esta conclusión, de consenso en la literatura, lo que subyace son condiciones de desigualdad económica, social, étnica y de género, y, sobre todo, las carencias en la reivindicación y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos. En efecto, dichas condiciones se reflejan en el acceso diferencial a los servicios de salud imperantes en la casi totalidad de los países de la región, pues muchas veces sólo las mujeres con mejor situación económica pueden pagar un aborto seguro, mientras que las demás suelen realizarlo de manera insegura, lo que trae consigo consecuencias nefastas a nivel individual, de la familia y en diferentes ámbitos de la sociedad. La problemática del aborto pertenece tanto a la esfera subjetiva y privada de las personas (vida íntima, relaciones de pareja, etcétera) como a la esfera pública. Por tanto, la práctica del aborto se entretreje en el quehacer de instituciones del Estado, en el ámbito de las instancias legales, judiciales, sanitarias y educativas y, en particular en las encargadas del diseño e implementación de las políticas en materia de salud y población.

El marco jurídico del aborto en los países de esta región varía desde la prohibición total de su práctica hasta la realización de la misma a petición de la mujer. Entre estas dos situaciones extremas, se encuentran la mayoría de los países latinoamericanos, donde no se penaliza el aborto en ciertas condiciones, como pueden ser: si el embarazo pone en grave riesgo la salud o la vida de la mujer, o éste es producto de una violación o incesto, por malformaciones del feto y, en muy contadas ocasiones, por problemas económicos. Sin embargo, aún en los casos permitidos por la ley, existen restricciones para poder acceder al aborto, entre las que se encuentran el establecimiento de plazos legales durante los cuales una mujer puede interrumpir un embarazo, la autorización de uno más médicos, o que por razones morales o religiosas, éstos se declaren objetores de conciencia y, en consecuencia, no estén dispuestos a practicar un aborto.

En más de una docena de países de la región, por ejemplo, el aborto está autorizado en casos de violación o incesto. Sin embargo, aún en tales circunstancias, el derecho al aborto es desconocido por las instancias judiciales, o las autoridades médicas ponen trabas para ejercerlo. Ejemplos dramáticos de tal situación son el de Paulina, en México, y el de Rosa, en Nicaragua, a quienes las autoridades les impidieron interrumpir su embarazo producto de una violación. El cumplimiento de ésta y otros causales bajos las cuales se autoriza legalmente un aborto, nos lleva a cuestionar la pertinencia de las legislaciones restrictivas o autorizadas en la materia, que no siempre se traducen en situaciones concretas.

Lo anterior evidencia tanto la existencia de obstáculos de índole institucional como moral, que hacen que el aborto, aún permitiéndose, sea un derecho *de jure* y no *de facto*, esto es, un derecho no autorizado ni ejercido por las mujeres. Por otra parte, a la negativa de los médicos a practicar abortos legales o a atender las complicaciones por la interrupción de un embarazo, se suma el maltrato que sufren las mujeres por parte del personal de salud, que, incluso, llega a denunciarlas. Pese a todo, en algunos países de la región, los médicos han impulsado cambios en las leyes, además del desarrollo de

programas de atención postaborto (APA), conscientes de la necesidad de garantizar el acceso a servicios de salud de calidad donde se practiquen abortos a toda mujer que lo requiera.

Las restricciones y prohibiciones de tipo legal e institucional antes señaladas constituyen, asimismo, una clara violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, reconocidos en conferencias internacionales como la de El Cairo (1994) y la de Beijing (1995). Del mismo modo, tales obstáculos revelan una fuerte dominación masculina sobre la vida sexual y reproductiva de las mujeres, además de la voluntad deliberada de mantener un fuerte control social sobre ellas, que se da en el ámbito de la pareja, familia y de la sociedad. De ahí que resulte muy significativo el título y la obra de Ortiz-Ortega (2001) *Si los hombres se embarazaran ¿el aborto sería legal?* Tal cuestionamiento remite a las actitudes que asumirían los varones si a ellos les correspondiera embarazarse o enfrentar la responsabilidad de un embarazo no planeado o no deseado. También remite a las decisiones que tomarían en materia de legislación y normas sanitarias para regular el aborto.

Pese al reducido número de investigaciones sobre la participación de los varones con el aborto hechas en la región, la información disponible confirma su papel relevante en tal práctica. Es evidente que pueden determinar la decisión de interrumpir o proseguir un embarazo en el seno de la pareja, en la cual se manifiestan con particular intensidad los roles masculinos y femeninos. La subordinación de las mujeres a los hombres está todavía muy arraigada en sociedades conservadoras, como las de la mayoría de los países, latinoamericanos. Del mismo modo, el peso que tiene la relación de tipo afectivo y emocional en la pareja, así como tipo de relación conyugal existente, explican, en buena medida la involucración del varón en la decisión de recurrir o no al aborto.

En el ámbito público, prohibir el aborto no impide su práctica extendida. Por el contrario, propicia que se realice de manera insegura y con riesgos para la salud e incluso la vida de las mujeres. Tal situación, por lo demás, no afecta de la misma manera a todas las mujeres. Como antes se indicó, las consecuencias del aborto suelen ser más graves para quienes carecen de recursos y, por lo mismo, se ven obligadas a interrumpir un embarazo en condiciones inadecuadas. En contraste, aun en países donde el aborto es ilegal, existe siempre un “mercado paralelo”, que permite a las mujeres practicarse un aborto en mejores condiciones de higiene y de seguridad y con el personal calificado, pero con costos muy onerosos y que, por tanto, sólo pueden pagar quienes pertenecen a una clase social privilegiada. Por ello, como acertadamente señala Langer (2002), “una sociedad que admite que algunas de sus mujeres accedan a un aborto inducido sin riesgos ni dificultades, mientras que otras experimentan los (mayores) peligros, no es una sociedad democrática”.

Diversos y múltiples grupos de la sociedad civil de América Latina, al igual que de otras partes del mundo, mantienen una lucha constante para mejorar las condiciones de acceso al aborto, apelando a los derechos reproductivos, en particular a la autonomía y derecho de las mujeres de decidir sobre su reproducción. También pugnan por eliminar las restricciones impuestas a los derechos de las mujeres, que se pretende justificar con el argumento de que se respeten los del recién nacido o el derecho de varones a la paternidad. Son numerosos los debates que han tenido lugar en torno a tales posturas. Las más de las veces son promovidos por movimientos en pro del derecho a la

libre decisión de las mujeres. En ellos hay una creciente participación de profesionales y responsables de sistemas de salud, sensibilizados por las consecuencias del aborto inseguro en la salud y la vida de las mujeres.

Otras fuerzas políticas y grupos conservadores que secundan a la jerarquía católica mantienen una campaña permanente para impedir el aborto en cualquier circunstancia, aludiendo la defensa del derecho a la vida del “no nacido”. Sin embargo, aún dentro de la Iglesia católica –hegemónica en América Latina– hay posiciones encontradas. No todos los católicos y católicas se oponen a la decisión de interrumpir un embarazo. Por ejemplo, la organización civil Católicas por el Derecho a Decidir recuerda que la facultad de las mujeres a optar por la alternativa que más les convenga con respecto a su reproducción es compatible con principios esenciales del catolicismo, como la libertad de conciencia. Esta última, no sólo como derecho a ser ejercido por los profesionales de la salud, sino también como derecho de todas las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo.

Las consecuencias del aborto inseguro en América Latina y el Caribe son múltiples. La interrupción del embarazo permanece como una de las principales causas de la elevada mortalidad materna prevaleciente en muchos países de la región. Pero, incluso, cuando las complicaciones del aborto no resultan fatales, con frecuencia tienen secuelas que van desde dolores crónicos hasta la esterilidad. Asimismo, el aborto puede plantear dilemas éticos y morales para los médicos y demás personal de salud, al tener que optar, por ejemplo, entre atender una solicitud de aborto, sea de manera clandestina u ocultando su práctica, o permitir que el embarazo de la mujer siga, a pesar de no desear un hijo. Por otra parte, las posturas de los médicos sobre el aborto suelen estar polarizadas, pues mientras unos centran su atención en el problema de salud pública que constituye el aborto inseguro, otros privilegian sus propias convicciones morales que pueden ser contrarias a tal práctica. El aborto realizado en condiciones inadecuadas también tiene un costo elevado para los servicios de salud, cuyo presupuesto se ve mermado por la atención de las complicaciones derivadas de esa práctica, las cuales implican, asimismo, una carga de trabajo adicional para el personal de médico.

Otro aspecto apenas abordado en la literatura revisada se refiere a los costos sociales y familiares que resultan del aborto inseguro. Entre ellos destacan la muerte o la incapacidad física de una madre a consecuencia de un aborto mal practicado; el estigma social y las erogaciones que debe enfrentar una mujer que enfrente un juicio o se le haya encarcelado por abortar, además de los efectos psicológicos producto de una interrupción del embarazo en condiciones traumáticas. También puede tener consecuencias para la mujer y para la criatura en gestación que se le niegue a ésta el aborto y, por consiguiente, tenga un hijo producto de un embarazo no deseado.

El aborto ilegal se practica, en muchos casos, con métodos de alto riesgo para la salud de la mujeres, cuya utilización, como afirma Langer-Glass (2003), es el reflejo de su desesperación, pues la carencia de recursos las obliga a abortar en estas condiciones. Las consecuencias del aborto también tienen una estrecha relación con los métodos utilizados. En los países de la región, donde la inmensa mayoría de los abortos son clandestinos, las mujeres recurren a métodos naturales como plantas, productos químicos, inserción de objetos en el útero, o a la ingesta de fármacos, entre los cuales destaca el misoprostol (Cytotec), éste último ampliamente usado en Brasil. La eficacia de este producto, cuya utilización es cada vez más extendida, es bastante aceptable

cuando se utiliza en dosis adecuadas. Aun si el uso del misoprostol es incorrecto, las complicaciones son menos graves que con otros métodos. Según Blanchard *et al.* (1999), la utilización de dicho fármaco con fines abortivos es segura y eficaz, por lo cual ha contribuido a reducir la mortalidad materna asociada a la interrupción del embarazo.

Por otra parte, la prohibición del aborto ha influido para que éste se haya investigado de manera insuficiente, pues las evidencias empíricas existentes sobre el tema son aún parciales, fragmentarias y ambiguas. Contar con una visión global de esta práctica, medir su incidencia, así como conocer las características y las consecuencias de su realización sigue siendo difícil, pues el carácter clandestino del aborto en la región propicia el subregistro. No obstante lo anterior, estudios puntuales realizados en poblaciones específicas o en mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto confirman la alta frecuencia y magnitud de esta práctica, tal y como lo documenta la Organización Mundial de la Salud en publicaciones sobre el aborto inseguro en el mundo. Ante las dificultades que implica obtener mediciones precisas y detalladas sobre la situación del aborto y su evolución en el tiempo –dos aspectos esenciales para comprender tal fenómeno y el impacto de los programas relacionados con el mismo–, se emplean diversas técnicas. Algunas de ellas tienen un grado mayor de sofisticación y han sido desarrolladas para mejorar la medición de diferentes aspectos del fenómeno, como son las características de quienes abortan, las condiciones en que lo hacen o las consecuencias de dicha práctica. Sin embargo, el solo uso de métodos sofisticados que, en principio, proporcionan mejores niveles de precisión, no garantiza que las estimaciones de ellos obtenidas sean más cercanas a la realidad. Por lo mismo y como señalan diversos investigadores, la mejor opción resulta ser la combinación de diferentes métodos y fuentes de información para estimar la incidencia u otros aspectos del aborto. Ello permite, entre otras cosas, comparar resultados obtenidos mediante diferentes técnicas y metodologías y, de este modo, contar con mayor certeza si la información es confiable. En el caso de América Latina y el Caribe, también convendría establecer metodologías y criterios de clasificación comunes en relación con la práctica del aborto, pues de esta forma podrían realizarse investigaciones sobre el tema que permitieran contar con una visión global de este fenómeno en la región.

Los motivos para recurrir al aborto son muy diversos y dependen del contexto y de las condiciones en las cuales se encuentre la mujer que tenga necesidad de interrumpir un embarazo. Las mujeres pueden abortar en diferentes etapas de su vida por el deseo de limitar su descendencia o espaciar los nacimientos. También si todavía no tienen hijos y quieren evitar que el ejercicio de su sexualidad derive en un embarazo no deseado, como suele suceder con las adolescentes u jóvenes cuyo acceso a la anticoncepción es limitado y difícil. En otros casos, el aborto es el recurso ante un embarazo no previsto como consecuencia de fallas en el uso de anticonceptivos, de una relación sexual no protegida, o de las dificultades que tienen muchas mujeres para negociar con sus parejas la prevención de embarazos y de infecciones de transmisión sexual (ITS). Otras causas de embarazos no deseados y de abortos son la violación y el incesto, graves manifestaciones de violencia contra las mujeres, un fenómeno generalizado en la mayoría de los países de la región.

Las mujeres más jóvenes son especialmente vulnerables a esta clase de violencia. Del mismo modo, se sabe que, en ciertas circunstancias, el embarazo y el aborto entre las adolescentes pueden ser eventos traumáticos desde el punto de vista

biológico, psicológico, social y de salud, especialmente, en sectores con mayores niveles de pobreza y baja escolaridad. También son causa importante de morbilidad y mortalidad materna en las jóvenes. Ponen de manifiesto, asimismo, la falta de acceso a servicios de salud reproductiva y, por consiguiente, de condiciones para que las adolescente y jóvenes ejerzan sus derechos.

Uno de los resultados más notorios de la revisión bibliográfica que hicimos fue que en ciertos países latinoamericanas, el aborto sea una práctica que se observa con mayor frecuencia en mujeres con mayores niveles de instrucción. Incluso sigue siendo un recurso importante para muchas de quienes pueden acceder a una “oferta” más diversificada y amplia de métodos anticonceptivos. También llama la atención que sea considerada una práctica más frecuente en contextos urbanos, lo cual parecería obedecer a los cambios culturales y condiciones de vida más intensos en los mismos, sobre todo en materia de regulación de la fecundidad, o sea en ámbitos en los cuales se puede acceder a una oferta más diversificada, amplia y accesible de métodos anticonceptivos. Sin embargo, también nos advierte acerca de los escasos estudios en ámbitos rurales sobre este tema.

El aborto ha jugado un papel importante en la transición de la fecundidad en diversos países. Puede ser un recurso para regular la fecundidad cuando sustituye a los métodos anticonceptivos o son complementarios, si, por ejemplo, éstos llegan a fallar y, por consiguiente, ocurren embarazos no deseados. Tal situación suele deberse a la insuficiente disponibilidad de anticonceptivos, producto, entre otras cosas, de las insuficiencias e inadecuaciones de los programas de planificación familiar o cuando los métodos empleados son ineficaces, como sucede a menudo con los naturales. También puede obedecer al uso incorrecto de los métodos sean los tradicionales o modernos. La anticoncepción de emergencia (AE) es de gran utilidad en estos casos. Dicho método resulta particularmente adecuado para las mujeres que tienen relaciones sexuales de manera irregular o no prevista, como ocurre con frecuencia con las más jóvenes. Aunque la AE aún no está suficientemente extendida en América Latina, México y otros países de la región ya la incluyeron en sus normas relacionadas con la planificación familiar, lo que impulsará la utilización del método, al que sectores conservadores le atribuyen, sin fundamento, efectos abortivos. Aún se requiere de mayor y mejor capacitación de los proveedores de salud sobre la seguridad y beneficios de este método.

La intensa prevalencia del aborto expresa la voluntad de las mujeres para regular su fecundidad, voluntad a la cual los programas de planificación familiar no responden siempre de manera adecuada, y en función de las necesidades de ellas.

Algunas Recomendaciones.

Estamos convencidas de que la disminución de la práctica del aborto en condiciones de riesgo, con las consecuencias antes descritas, es principalmente una cuestión de voluntad política. Para lograr tal fin resulta primordial sensibilizar a los distintos sectores de la sociedad, en particular los responsables de las políticas y programas de acción, con respecto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. También deben emprenderse acciones para crear una mayor conciencia acerca de los riesgos que implican los abortos inseguros y así evitar la persistencia de tal práctica. Es necesario e impostergable pasar de la aceptación teórica y discursiva de los derechos reproductivos al establecimiento de las condiciones que garanticen su

cumplimiento. Del mismo modo, deben redoblar las acciones para evitar la violencia ejercida contra las mujeres, en particular la sexual, y reconocer su derecho a la interrupción del embarazo cuando hayan sido víctimas de relaciones sexuales forzadas.

Ante las políticas públicas encaminadas a reducir el crecimiento poblacional, aunado al número creciente de mujeres que desean tener familias más pequeñas, suele prestarse poca atención a ciertas cuestiones. Entre ellas destaca el hecho indiscutible de que los objetivos de las políticas como la mencionada se hayan cumplido, en mayor o menor medida, debido a la práctica extendida del aborto en muchos países de la región. Lo anterior, obviamente, a un costo considerablemente elevado para la salud, seguridad, integridad y dignidad de las mujeres que también repercute en la familia y en la sociedad, debido a las precarias condiciones con que suelen practicarse los abortos.

A pesar de los avances de los servicios de planificación familiar y de la cada vez mayor disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos, seguirán ocurriendo embarazos no deseados o planeados, incluso, como sucede en países desarrollados. Muchas mujeres, asimismo, seguirán recurriendo al aborto para controlar su fecundidad. Esta realidad hace necesario que el aborto se practique en las mejores condiciones posibles. La terminación de un embarazo no debe ser una experiencia traumática que, además, ponga en peligro la salud y la vida de la mujer, tal como se observa en los países donde el procedimiento es ilegal y, por lo mismo, practicado con frecuencia por personal no capacitado y en un ambiente insalubre. El aborto tiene que ser un procedimiento seguro, para lo cual es necesario emprender una serie de acciones, como las que se señalan a continuación.

Es importante ampliar el acceso a la planificación familiar y mejorar los programas correspondientes para que respondan a las necesidades de las mujeres y los hombres, incluyendo las de los y las adolescentes. También debe revisarse la calidad de la información, educación y consejería, además de la atención que brindan los centros de salud, con el fin de, entre otras cosas, lograr incorporar en los programas respectivos a las mujeres que, por diversas razones, no empleen métodos anticonceptivos.

La introducción y la difusión de métodos más adecuados para prevenir embarazos, o interrumpirlos, como el misoprostol y mifepristona, permitirán ofrecer alternativas más eficaces a las mujeres y, por consiguiente, reducir en gran medida el número de abortos inseguros. La anticoncepción de emergencia, como método preventivo y que no conlleva el estigma de ser abortivo, es particularmente prometedor para las mujeres, en particular las jóvenes por las razones antes descritas.

Otro aspecto que merece destacarse es la implantación de programas de atención postaborto (APA) en los servicios de salud reproductiva. La experiencia de varios países demuestra que tales programas pueden mejorar de manera sustancial la calidad del servicio de mujeres con complicaciones por aborto, pues suelen incluir, entre otras cosas, la aplicación de técnicas de reconocida eficacia, como la aspiración manual endouterina. Además de beneficiar a las usuarias, el empleo de tales técnicas también ha contribuido a reducir los costos de la atención médica y a favorecer la práctica anticonceptiva postaborto. Esta última resulta de gran importancia para evitar la repetición de abortos, con todas las consecuencias que ello implica, en las mujeres que ya hayan interrumpido uno o más embarazos.

El éxito de estos programas requiere, sin embargo, de la capacitación, no sólo del personal médico, sino también y en especial de las enfermeras y de las parteras. Pero la correcta atención del aborto y sus complicaciones va más allá. Exige la revisión y modificación de las legislaciones y regulaciones, a fin de no sancionar a quienes aborten y a los profesionales de la salud que realicen tal práctica de manera segura, pues lo contrario y como ya se dijo antes, sólo propicia que el aborto se realice de manera insegura.

En el caso de las y los adolescentes se requiere, desde la perspectiva de los sistemas de salud, implementar programas que respondan a sus necesidades sexuales y reproductivas, a fin de evitar, en lo posible, los embarazos no planeados o no deseados en este sector de la población y así reducir de manera sustancial su “necesidad de recurrir al aborto”, además de impedir que contraigan ITS. Dada la disminución de la edad de inicio de las relaciones sexuales y la mayor frecuencia con que ocurren fuera del matrimonio, las mujeres jóvenes constituyen un sector en el cual prevalecen las condiciones de mayor vulnerabilidad social y en el que, por lo tanto, se presentan los mayores riesgos. Tal situación explica, en gran medida, el aumento del aborto en las adolescentes, que se practica, las más de las veces y por la misma carencia de recursos de éstas, de manera clandestina e insegura, con el riesgo consiguiente de sufrir complicaciones. Se requiere, no obstante, favorecer una mentalidad y actitud más tolerante frente a la sexualidad juvenil y a los embarazos fuera del matrimonio, como hechos que son una realidad que no puede negarse. Es importante sensibilizar a los jóvenes, en particular a los varones, sobre la necesidad de emplear medidas preventivas cuando tengan relaciones sexuales.

De la misma manera, deben superarse las barreras y circunstancias que limitan el derecho de las mujeres a decidir de manera libre sobre su reproducción. Para tal fin, es necesario fomentar actitudes más abiertas hacia la sexualidad y la planificación familiar; mejorar la educación sexual de las mujeres y de los varones en las escuelas y la comunidad, y propiciar una mayor igualdad entre los sexos. Es necesario, asimismo, fomentar la responsabilidad compartida de la práctica anticonceptiva y de la crianza de los hijos entre mujeres y hombres, además de promover que el personal de los servicios de salud sea más sensible a las necesidades y preocupaciones de las mujeres.

Aunque la práctica del aborto en América Latina y el Caribe genera cada vez mayor interés entre los investigadores de la región, la investigación sobre el tema sigue siendo insuficiente para conocer con profundidad tal fenómeno. La mayoría de los estudios se han realizado en contextos urbanos, y con frecuencia en ámbitos hospitalarios. Por tanto, sólo reflejan de manera parcial la situación del aborto en esa parte del mundo. Es una tarea pendiente ampliar la investigación al respecto, para así generar un mayor conocimiento integral sobre aspectos del aborto como sus consecuencias sanitarias y sociales. Tal conocimiento podría contribuir a sensibilizar a los legisladores, a los responsables de los sistemas de salud pública y a los encargados de la procuración de justicia sobre la necesidad urgente de reformar el marco legal y normatividad sanitaria que regula dicha práctica. Esta tarea constituye una responsabilidad urgente que debe abordar con rigor la academia, junto con otros profesionales y sectores activamente involucrados en la problemática del aborto. Para tal fin, se requiere financiar investigaciones sobre la incidencia, así como las características y consecuencias del aborto en los distintos países de la región, cuyos resultados sean representativos de cada uno de ellos. Del mismo modo, es necesario

aplicar mejores técnicas en los registros de las instituciones de salud para contar con información más confiable sobre la magnitud y características de la morbilidad materna relacionada con el aborto en la región.

Ante la complejidad de la problemática en torno al aborto inducido, se requiere de un abordaje multidisciplinario para la mejor comprensión del tema. Esto permitiría contar con elementos suficientes para elaborar propuestas e iniciativas que contribuyan, entre otras cosas, a superar la parálisis resultante de la polarización de posturas antagónicas y conflictivas con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo. El debate público sobre el aborto es necesario y puede hacer aportaciones muy valiosas para comprender el tema. Pero debe basarse en información científicamente rigurosa y amplia, para así coadyuvar en la formación de juicios de valor al respecto, que permitan diseñar intervenciones públicas y de organizaciones no gubernamentales orientadas a disminuir la incidencia del aborto inseguro y, por consiguiente, evitar las consecuencias de esta práctica.

Es de esperar y sobre todo de desear, que el escenario presentado en este trabajo, lleno de interrogantes y preocupaciones sirva de motivación a los dirigentes de los países de la región para revisar y modificar el marco legislativo vigente sobre el aborto, así como las políticas públicas y las acciones de los programas en materia de salud reproductiva, en particular las relacionadas con la práctica del aborto y la planificación familiar.

Una de las características que definen a un Estado democrático es el respeto a los derechos humanos, de los cuales los sexuales y reproductivos forman parte. El ejercicio pleno de estos últimos derechos implica emprender diversas acciones. Entre ellas destacan garantizar el acceso universal a servicios de salud reproductiva de calidad, además de promover la equidad de género y la igualdad social, como lo prevén los compromisos internacionales que han suscrito casi todos los países de América Latina y el Caribe, al igual que del resto del mundo. Por lo mismo, se espera que en un Estado democrático se satisfagan las demandas de todas las mujeres en materia de salud reproductiva. No obstante, sigue siendo pertinente la cuestión que Dixon-Mueller (1990) planteó hace más de diez años: ¿Por qué la mayoría de las mujeres de los países en desarrollo siguen arriesgando su vida o sufriendo con frecuencia graves consecuencias para su salud por el simple hecho de regular su fecundidad, cuando le corresponde al Estado proporcionarles servicios de salud seguros y accesibles?

TESTIMONIO.

Ahorramos para la cuna y compramos es ataúd.

Cuando me hicieron el primer ultrasonido a los tres meses de mi embarazo, fue cuando se miró que el niño no venía bien formado. La médica de inmediato me dijo: *“Que el niño no tenía masa encefálica, que no iba a vivir, que no me querían dar esperanzas y que debía resignarme ya que el niño no iba a ser mío, que el embarazo era normal, que no tenía la necesidad de abortar al bebé, porque él iba a morir a su debido tiempo”*.

Entre las cosas que me señaló la médica fue: *“Que no me sintiera culpable por eso, que eran cosas que Dios hacía, aunque no sabemos porqué, a demás debía sentirme tranquila porque no lo estaba matando:”*

Cuando escuché todo lo que ella me dijo, se me puso la mente en blanco y sólo era llorar, no sabía que hacer, únicamente recordaba lo que ella me dijo *“Que éste embarazo no me iba a perjudicar en nada, pero que tuviera claro que el niño no iba a vivir”*. Yo ya no andaba bien, sólo era llorar. Me sentí obligada a continuar con el embarazo.

Mi esposo con la esperanza que el primer ultrasonido fuera erróneo pidió hacerme otro ultrasonido, pero no fue así, lo que lo llevó a hablar con la médica, solicitando la interrupción del embarazo. Él pensaba que yo podría tener problemas mas adelante, a lo que la doctora respondió: *“Que yo no iba a tener problemas por llevar a término mi embarazo y que no buscara nada para abortar, porque eso no se podía hacer en los Hospitales, el problema solamente lo tenía el niño”*; también dijo que habían sitios donde practicaban abortos, pero que si yo lo hacía nos podían apresar a ambos, a demás insistió que el niño estaba vivo, que lo único era que no iba a sobrevivir después del parto, por lo tanto no era necesario el aborto. En ese momento la doctora nos hizo firmar un papel por si me pasaba algo o cambiaba de decisión.

En otra ocasión volvimos a hablar con la doctora y mi esposo preguntó porque no podían hacerme la intervención, a lo que ella respondió NO y lo engañó diciéndole *“que si era él quien lo estaba cargando, no te das cuenta que es ella la que lo carga, ¿usted quiere matar a su niño? Me dijo”*, los dos se molestaron y empezaron a discutir nuevamente.

Al salir de la Clínica él me preguntó si deseaba tenerlo, me solté en llanto, y no volvimos a hablar del tema. Mi estado anímico trajo muchos problemas en mi matrimonio por los cuales nos separamos, solo nos veíamos cuando me tocaba ir a control prenatal.

En el momento del parto las doctoras me vivían recordando lo que iba a pasar, ellas me decían *“usted ya sabe que el niño no va a vivir”* pedí no me siguieran diciendo nada pues trataba de controlarme antes de entrar al quirófano. Después del parto la doctora me lo quiso enseñar, pero yo pedí no lo hiciera.

Toda ésta situación la viví sola, nunca tuve con quien desahogarme, mi hijo pequeño estaba alegrísimo por la llegada de su hermanita, jamás le comenté la enfermedad del bebé pues no quería hacerlo llorar, sólo recuerdo como lloraba mi pobre hijo cuando vió a su hermanito muerto. ***“SÉ QUE PUEDO SALIR EMBARAZADA NUEVAMENTE, PERO YA NO QUIERO”***.

Managua, Nicaragua.

Marzo, 2009.

Observatorio Grupo Estratégico por la Despenalización del Aborto Terapéutico.



Fetos anencefálicos: muestran la ausencia del cerebro y la falta de calota craneana.

Entrevistas

¿Estaba Nicaragua preparada para una Ley de ésta magnitud, cuando su población no tiene educación sexual ni familiar?

¿Existe en Nicaragua algún organismo o Institución que oriente o eduque sobre las consecuencias de la utilización del Aborto Terapéutico o Aborto en sí?

¿Los legisladores introdujeron esta ley por principios ideológico-políticos, o por componendas políticas coyunturales?

La mayoría de las personas que apoyan el Aborto Terapéutico, basan su alegato en las posibilidades de una violación. ¿Es esto un aspecto viable para el Aborto Terapéutico?

¿Como está Nicaragua en su entorno cultural (Centro América y el Caribe) en cuanto a la penalización del Aborto Terapéutico? ¿Podrá esto incidir en migración temporal como ocurrió en Europa en los años 50 y 60?

La Iglesia Católica alega el Derecho a la Vida, pero lo hace unidireccional. ¿Cuál es la validez de esa postura?

¿Porqué los grupos religiosos guardan distancia o silencio en otras naciones sobre éste caso? (es decir son permisibles)

¿Qué considera usted que es el aborto terapéutico?

¿Qué daños directos e indirectos ha recibido el sistema nacional de salud con la derogación del aborto terapéutico en el nuevo Código penal?

¿Existe de parte de las autoridades algún tipo de persecución a Clínicas, Hospitales o profesionales de la salud?

Nicaragua hace pocos años puso en funcionamiento un nuevo Código Penal. ¿Cree usted que la penalización del aborto terapéutico sea un avance o un retroceso?

Según cifras brindadas por el MINSA, más de 1400 mujeres han sido víctimas de violación en los últimos dos años. ¿Cuál cree usted que sea el impacto socio cultural cuando este acto delictivo da como resultado un embarazo?

¿Cuál puede ser el impacto psicológico en una familia al negársele un aborto terapéutico a la madre con un embarazo de alto riesgo?

¿Cree usted que podría eliminarse el aborto terapéutico en un futuro mediato?

**TASA DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN SILAIS
 NICARAGUA
 2007**

SILAIS	MUERTES MATERNAS		NACIDOS VIVOS REGISTRADOS *	TASA x 100,000 N.V.R
	OBSTE. DIREC.	OBSTE. INDIREC.		
Madriz			3071	0.0
Nueva Seg	4		5203	76.9
Estelí	1	1	4343	46.1
Chinandega	3	1	9061	44.1
León	2	3	7035	71.1
Managua	4	4	30842	25.9
Rivas	3		3163	94.8
Granada	2	1	3787	79.2
Carazo	4		3714	107.7
Masaya	3		6104	49.1
Boaco	2		3626	55.2
Chontales	3	2	7755	64.5
Jinotega	6	2	9427	84.9
Matagalpa	13	2	15282	98.2
RAAN	12	4	7092	225.6
RAAS	11	3	4784	292.6
Rio San Juan	2		2382	84.0
Total	75	23	126671	77.4

Fuente: Oficina de Estadísticas

* Cifras actualizadas hasta Junio 2008. (Preliminares)

$$\text{TASA DE M.M.: } \frac{\text{Muertes maternas (directas e indirectas)}}{\text{Nacidos vivos registrados}} \times 100,000$$