

CAIRO + 20



CAIRO + 20 - NICARAGUA
Diagnóstico Nacional
1994 - 2012



SI Mujer

SI Mujer

*Se permite la reproducción total o parcial de este documento siempre
y cuando se cite la fuente*

CAIRO + 20



CAIRO + 20 - NICARAGUA
Diagnóstico Nacional
1994 - 2012



SI Mujer

SI Mujer

ISBN: 978-99964-0-182-4

Autora: Pizarro J., Ana María

Título: **Cairo + 20 - NICARAGUA. Diagnóstico Nacional 1994 - 2012. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.**

Editor Responsable: *SI Mujer* - Servicios Integrales para la Mujer
1ra. Edición - Managua. Nicaragua – ARDISA
Diciembre 2012. 200p.

Descriptores:

1. POLITICAS DE POBLACION
2. CONVENIOS INTERNACIONALES
3. EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES
4. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LAS NiÑAS
5. RESPONSABILIDAD MASCULINA
6. PARTICIPACIÓN CIUDADANA
7. CALIDAD DE ATENCIÓN - SALUD SEXUAL
8. DERECHOS REPRODUCTIVOS - MORTALIDAD MATERNA - ADOLESCENCIA
9. ABORTO INSEGURO
10. VIH/Sida
11. DERECHOS SEXUALES

Créditos

Cairo + 20 - NICARAGUA. Diagnóstico Nacional 1994 -2012

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, CIPD

Autora: Ana María Pizarro J.

Edición general: Ana María Pizarro J.

Asistente de informática: Ana Patricia Flores

Diseño de portada: Norma Alicia Pizarro

Diagramación: Norvin Rosales

Diciembre 2012

Servicios Integrales para la Mujer – SI Mujer

De la Estatua de Montoya 1 cuadra arriba. Managua, Nicaragua
Apartado Postal 2109 – Correo Central

Telefax: (505) 2268-0038 • Email: direccion@simujer.org.ni

www.simujer.org.ni • facebook: *SI Mujer* - Nicaragua



Dedicatoria

*A Norma Alicia, que me apoya sin condiciones en las horas de desvelo
y cuida de Pedro en mis ausencias*

Agradecimientos

Al cielo azul brillante de Nicaragua que cada mañana me recuerda Salta
A mis compañeras y compañeros de *SI Mujer* cuyo esfuerzo nos permite hacer realidad
los múltiples desafíos cotidianos, especialmente a María de Jesús Tenorio, compañera
permanente en las reflexiones que sustentan esta investigación
A Ivania y Ana Patricia Flores que me apoyaron para concluir el último tramo
de esta larga tarea

INDICE GENERAL

Página

Presentación	7
Nicaragua luces y sombras 20 años después de El Cairo.....	9
El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres	25
Ratificación de Convenios Internacionales de Derechos Humanos.....	31
Medidas de empoderamiento de las mujeres	39
Violencia contra las mujeres y las niñas	47
Responsabilidad masculina en sexualidad y reproducción	69
Participación de las organizaciones de mujeres en instancias de decisión.....	79
Derechos sexuales y derechos reproductivos de adolescentes	95
Calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva.....	107
Salud reproductiva, mortalidad materna y adolescencia	131
Atención humanizada del aborto inseguro	145
Prevención y atención de las ITS, el VIH y el Sida	171
Derechos sexuales	189

Presentación

Mientras la comunidad internacional se prepara a evaluar el cumplimiento de los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en el próximo 2014, en Nicaragua *SI Mujer* nuevamente publica el monitoreo del Programa de Acción elaborado con información de los años 1994 al 2012, cuidadosamente recopilada a partir de la legislación, las políticas públicas, los programas, las normas y protocolos así como de investigaciones independientes y reportes de fuentes alternativas del movimiento feminista de la región Latinoamericana y del Caribe.

Tal como decíamos en el Diagnóstico de Cairo+10, el Programa de Acción estableció una histórica transformación de las tradicionales concepciones demográficas -pro o antinatalistas- con que se forjaban las políticas de población mundial para centrar el desarrollo humano en las personas y de manera particular en las mujeres.

Cairo ha obligado a la redefinición de legislaciones, estrategias y políticas en todos los países de la comunidad internacional y les ha obligado a cambiar la consideración social sobre las mujeres.

En Nicaragua han pasado cuatro gobiernos que bajo signo conservador, liberal o revolucionario han coincidido sucesivamente en ignorar, postergar o minimizar los derechos de las poblaciones y específicamente de las mujeres, las adolescentes y las niñas.

La posición oficial de los gobiernos de Nicaragua en el proceso de Cairo, Cairo+5 y Cairo+10 comenzó con un profundo aislamiento de la comunidad regional e internacional que se mantuvo hasta la actualidad, -pero por razones diferentes-. En 1994, El Estado Nicaragüense aliado a un reducido grupo de 9 países -de la órbita del Vaticano o del fundamentalismo islámico-, presentó “reservas” a numerosos contenidos del Programa de Acción, desconociendo las propuestas de las mujeres. Esas reservas persisten formalmente aunque no se justifican, porque la legislación aprobada en los últimos 20 años las contradice y supera ampliamente, excepto en el aborto.

En Cairo +10 el gobierno de Nicaragua se re alineó, además de responder al Vaticano asimiló las posiciones del gobierno norteamericano, que promovía una política confesional en materia de sexualidad y reproducción.

En la actualidad, gobernando bajo el signo de la izquierda, Nicaragua pasó a formar parte de los únicos 6 países de la región que penalizan absolutamente el aborto. El aislamiento internacional ya no ocurre solo por su alineación al Vaticano, -que se sustenta en el concordato con una parte de la jerarquía católica-, sino en la posición “antiimperialista” ahora con Europa, donde varios países le han demandado respetar los DDHH mediante la apertura democrática y la participación ciudadana y a la vez se han retirado del país.

Tan errática como su posición internacional ha sido la política interna de las cuatro últimas administraciones. Se ha incrementado la violencia contra las mujeres, el femicidio encuentra su caldo de cultivo en la impunidad. Nicaragua exhibe el mayor porcentaje de niñas madres de la región producto de la violencia sexual que las jerarquías políticas y religiosas no condenan. La feminización de la pandemia del Sida avanza inexorablemente por la carencia de una estrategia que funcione efectivamente para detenerla, al menos.

Es más vigente que nunca la demanda de las mujeres hecha diez años atrás de superar la indefinición de las políticas de población en la esfera de la salud, que ha impedido que el país cuente con una estrategia capaz de comenzar a reducir el riesgo, la morbilidad y la mortalidad de las mujeres -en fin-, el sufrimiento humano que se perpetúa entre generaciones.

Se han mejorado la concepción de la salud, pues se proclama públicamente que es un derecho universal -y que es gratuita-, aunque los servicios, la infraestructura y los recursos no logran hacerla realidad.

Han mejorado las políticas educativas -al menos en el contenido y esfuerzo de promover la educación sexual-, aunque el profesorado no cuenta con la capacitación necesaria ante las demandas de adolescentes y jóvenes que no logran esquivarse a las pandemias de transmisión sexual, al abuso y la violencia, así como a las consecuencias de la reproducción precoz, carente de acceso a servicios y del derecho humano a la información científica y actualizada.

Nuevamente Nicaragua cuenta con un monitoreo especializado que analiza críticamente y con total autonomía los devenires de las políticas criollas de los últimos 20 años, procurando encontrar información allí donde se esconde, interpretando el mensaje brutal de las estadísticas -cuando las hay-, rompiendo el cerco de la desinformación, y mostrando permanentemente la contracción entre el texto escrito o el discurso, con la realidad.

Nuevamente, desde *SI Mujer* presentamos los resultados de un trabajo minucioso, que consultó más de cuatrocientas cuarenta fuentes oficiales y alternativas, procurando exponer las voces de las mujeres, tal como lo propone la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe de la que formamos parte.

Cairo + 20 - NICARAGUA Diagnóstico Nacional. 1994 - 2012

*Nicaragua luces y sombras
20 años después de El Cairo*

Servicios Integrales para la Mujer - SI Mujer

Nicaragua luces y sombras 20 años después de El Cairo

	Página
Políticas de población: entre poderes celestiales y terrenales	11
El gobierno de Nicaragua en la CIPD sigue los mandatos del Vaticano	12
Las “reservas” a los compromisos de la CIPD	12
Nicaragua en el escenario internacional	14
Las políticas de población en Nicaragua	15
1996 primer documento Política Nacional de Población	15
1997 segundo documento Política Nacional de Población	16
Fundamentalismo religioso en la salud y la educación públicas	18
El Día Nacional del Niño no nacido. Una apuesta del Vaticano	18
El nuevo Código Penal incorpora los derechos del “no nacido”	18
Políticas de educación bajo mandato religioso	19
Golpe fundamentalista a la salud	19
Una ministra católica versus una niña violada y embarazada.....	20
Inquisidores religiosos contra organizaciones de mujeres	20
Las mujeres de Nicaragua construyen su Agenda de Salud Integral	21
Demandas que continúan vigentes 20 años después de la CIPD	22

Políticas de población: entre poderes celestiales y terrenales

La década de los 90 se inició bajo el mandato de un gobierno conservador que –en relación a la población–, sustentaba un discurso moralista, exaltando como valores públicos la maternidad, la familia como baluarte moral, y para las mujeres el cuidado de la familia y el regreso a las labores domésticas.

Se instaló la restauración del pensamiento conservador, alentado por la influencia de la jerarquía católica en asuntos de salud, educación, familias y juventud, que permanentemente catequiza en torno a las decisiones gubernamentales y que se hace más contundente durante toda la década de los '90 y en la actualidad.

En cuanto a las políticas de población, prevalecían las contradicciones entre dos tendencias inconciliables: por un lado, la pronatalista, que apoyaba las concepciones más conservadoras respecto de la fecundidad, y por el otro, aquella que demandaba reducir el ritmo de crecimiento poblacional. Ambas tendencias coexistieron con no pocas fricciones, especialmente cuando se intenta hallar un criterio coherente para formular las políticas públicas.

A veinte años de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo, Nicaragua no ha encontrado un criterio coherente para orientar sus políticas de población. En tanto los documentos oficiales incorporan de una manera errática metas y programas, el discurso oficial oscila entre una vertiente pronatalista --que canta loas a la maternidad abnegada y que se pliega mayoritariamente a la tutela eclesial-- y una visión antinatalista que establece metas poblacionales emanadas de sectores tecnócratas y empresariales, alarmados ante el incremento de la población y la escasa capacidad del país para alcanzar el desarrollo, ni siquiera en el mediano plazo.

El Plan Nacional de Desarrollo presentado a la nación en el 2003 dejaba de lado el interés en las personas para centrarse en el desarrollo de conglomerados productivos –clusters– vinculados a la gran inversión extranjera, en un país donde los precarios sectores productivos

no podían competir ni desarrollar las potencialidades nacionales de sus habitantes, quienes, en el mejor de los casos, pasarían a ser empleados de grandes transnacionales.

Para Cairo +10 aun se reportaba que existía un acelerado crecimiento poblacional, y según algunas estimaciones de 1999 la TGF era de 4.42; sin embargo en el 2001 –apenas dos años después–, era reportada en 3.2 hijas/hijos por mujer. La población se duplicaba cada 20 años, incrementando el porcentaje de población dependiente, así como las necesidades de educación, salud, vivienda e infraestructura, sin que al mismo tiempo se establecieran medidas suficientes y adecuadas que incentiven a las personas para que regulen su propia fecundidad.

En la esfera de la educación pública 10 años atrás se reportaba que más de un millón de niñas y niños no lograban ingresar a la educación primaria, y que un alto porcentaje desertaba del proceso educativo. Es bien sabido que a menor nivel de escolaridad de las mujeres corresponde un mayor índice de fecundidad, lo que permitía anticipar que las mujeres nicaragüenses más pobres seguirían siendo alentadas, directa o indirectamente, a acatar los mandatos eclesiales en materia de fecundidad.

Diez años después, próximo a llegar a Cairo +20, cuatrocientos mil niñas y niños aun quedan anualmente sin ingresar a la enseñanza primaria. A diciembre 2012 –en la XVII Reunión del Consejo de Ministros de Educación y Cultura–, Nicaragua reporta que solo el 47% del alumnado que ingresa al primer año llega hasta sexto grado de primaria.¹

El Informe de Desarrollo Humano del 2011 para Nicaragua explica que “al disminuir las tasas de natalidad y mortalidad, aumenta la población potencialmente activa, es decir de las personas que están en edad de emplearse y generar ingresos, junto con una disminución de la población dependiente económicamente”.²

1 La Prensa, según estadísticas del MINED. 2 de diciembre 2012.

2 En este contexto, cuando aumenta el número de personas trabajadoras y disminuye el de las personas dependientes, las familias tienen la posibilidad de aumentar su generación de ingresos y también su capacidad de ahorro e inversión,

Respecto de la inversión en educación las y los adolescentes y jóvenes tienen una relevancia especial porque están en la etapa de la vida en la que se acumula una porción significativa de destrezas y capacidades que permiten potenciar su desarrollo. Al respecto, “Nicaragua requiere de un cambio profundo en la forma de construir las relaciones sociales y de hacer política pública que ofrezca más oportunidades a las juventudes para que puedan construir sus propios proyectos de vida y de sociedad”.³

En los últimos 20 años la situación no se encamina de manera clara y rotunda a aplicar los cambios que su población demanda. En Nicaragua el 51.9% de la población está compuesta por mujeres, en su mayoría jóvenes, pobres y con pocas oportunidades. Un buen grupo sufre violencia intrafamiliar y sexual o muere en manos de sus esposos o compañeros, a causa de cáncer, del Sida, de complicaciones evitables del embarazo o de abortos realizados en condiciones de riesgo.

Desde inicios de los '90, las políticas económicas y las condicionalidades de las instituciones financieras internacionales, si bien han logrado mejorar algunos índices macro económicos, también han provocado un marcado deterioro de las condiciones de vida de las familias nicaragüenses, especialmente las de esas mujeres, aunque la prioridad pareciera ser cumplir con esas exigencias externas, destinando grandes sumas del Presupuesto General de la República al pago de la deuda externa. Estas políticas fueron aplicadas en los últimos 20 años por gobiernos conservadores, liberales o revolucionarios con estricta disciplina, por lo que Nicaragua continúa siendo felicitada por las instituciones financieras internacionales.

Al analizar las políticas públicas se encuentra -por un lado-, que en una buena parte de ellas se desconoce la existencia de las mujeres, al desestimar el hecho que las oportunidades de desarrollo no son iguales para hombres y mujeres. Por el otro, vemos que cuando se les incluye, por lo general se les toma en cuenta

exclusivamente como cuidadoras de sus familias, especialmente de niños, niñas y personas enfermas o ancianas o como únicas responsables de la reproducción y del crecimiento poblacional. Es decir, además de ser erráticas, esas políticas parecen surgir de criterios medievales. El horizonte primordial de las mujeres sigue siendo la materno-conyugalidad.

Al mismo tiempo, queda en la clandestinidad el aporte económico de las mujeres y la urgencia de mejorar su acceso a los espacios de poder político, a la justicia, a la educación. Veinte años después, de las metas del Programa de Acción de la CIPD, mejorar la situación y garantizar la participación de las mujeres parecen ser las más lejanas y difíciles de alcanzar. De la misma manera, el empoderamiento de las mujeres, la reducción real de la mortalidad materna, el acceso universal a los anticonceptivos y a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, o la erradicación de la violencia contra las mujeres o establecer programas de educación sexual.

El gobierno de Nicaragua en la CIPD sigue los mandatos del Vaticano

Las “reservas” a los compromisos de la CIPD

La participación de los gobiernos centroamericanos⁴, estuvo apegada a la retórica vaticana y bajo el mandato de la jerarquía católica de nuestros países, que tuvo a bien organizar “marchas por la vida”, escribir cartas pastorales y homilias, publicar manifiestos y editoriales donde llamaban a apaciguar el libertinaje y desenfreno con que El Cairo parecía amenazar a la humanidad.

En las conferencias preparatorias y durante las cumbres mundiales la representación nacional expresó fidelidad al mandato de la iglesia católica mediante “reservas”, que en nombre de la ciudadanía impuso límites a los

lo que potencialmente podría conducir a una mejora de su desarrollo humano en términos de nivel de vida, empleos de calidad, capacidades educativas y bienestar físico y emocional

3 Informe Nacional sobre Desarrollo Humano. PNUD 2011.

4 Con excepción de Panamá, cuya participación se mantuvo totalmente alejada de las posiciones de Nicaragua, Honduras, Guatemala y El Salvador. Por su parte, Costa Rica, aunque con serias limitaciones, mantuvo una posición “neutral”.

derechos de las mujeres, apenas seis años antes de finalizar el milenio y son las mismas que continuaron esgrimiendo aun diez años después de la CIPD con motivo de Cairo +10.⁵

Las reservas que plantearon se refieren a los temas más relevantes en materia de los derechos humanos, sexuales y reproductivos. En cuanto a las familias, afirman que “en ningún caso puede ser alterada su esencia, que es la unión entre varón y mujer de la cual deriva la nueva vida humana”. Tampoco aceptaron los conceptos “planificación familiar”, “salud sexual”, “salud reproductiva”, “derechos reproductivos” y “derechos sexuales”. Hicieron reserva expresa del contenido de dichos términos y “de cualesquiera otros”, toda vez que alguno de sus componentes sea el aborto o la interrupción del embarazo.

Reservaron además los términos “pareja” o “uniones” cuando se refieran a personas del mismo sexo, y todo cuanto se refiere al “aborto” o a la “interrupción del embarazo” en cualquier parte del Programa de Acción. Aquí también surge la pregunta: ¿acaso las personas que no están interesadas en formar una familia “nuclear” y católica no son parte de la ciudadanía cuyos derechos deben ser defendidos por los correspondientes gobiernos?.

Voceras y asesoras del gobierno afirmaban que la única forma de familia que estaban dispuestas a reconocer es la nuclear, “integrada por el padre, la madre y los hijos, consagrada mediante el matrimonio y abierta a la procreación”, ya que reconocer las uniones de hecho [que son las que prevalecen en el país] sería legalizar “situaciones irregulares”. De esta forma se violaba la Constitución Política de la República, que reconoce la unión de hecho estable con el mismo rango que el matrimonio y se desconocía la legitimidad de la mayoría de las uniones conyugales y de las formas de organización familiar del país.

En el año 2003 la Ley de Igualdad de Derechos y Oportunidades en proceso de redacción en la Asamblea Nacional también sufrió el embate de la Conferencia

Episcopal que envió a diputadas y diputados 36 mociones para ser incorporadas.⁶ Decían los señores obispos que “*Tales (sus) observaciones se ciernen no sólo sobre aspectos filosóficos y semánticos oscuros de la ley, sino también sobre aspectos jurídicos y culturales propios de nuestra idiosincrasia y de la urdimbre legal de la nación*”.

Dado que estas observaciones episcopales estaba destinadas a cambiar, recortar y eliminar los derechos a la igualdad de oportunidades, líderes feministas y el movimiento de mujeres reclamaron públicamente. Los obispos pretendían que la maternidad sea el único e inexorable destino de las mujeres negando con sus “aportes” que la reproducción cuente con el imprescindible apoyo del Estado y la responsabilidad de los hombres; favoreciendo la perpetuación de la miseria económica, la carencia de valores humanos en el tratamiento de las mujeres, la falta de reconocimiento de su ciudadanía, la violencia sexual, intrafamiliar y patrimonial, la exclusión social, la carencia de atención de la salud, la inexistencia de educación sexual y de oportunidades calificadas de empleo, -entre muchas otras-.⁷

Regresando al tema de las familias, si bien en el año 1994 comenzó a redactarse el Código de Familia, fue dieciocho años más tarde que se inicia el proceso de discusión y aprobación en la Asamblea Nacional. Siendo un documento de tal importancia, las organizaciones de mujeres y de la sociedad civil advirtieron rápidamente la impronta que se impuso a su contenido, cuya última versión recoge los más granado del pensamiento conservador, respondiendo una vez más a las influencias fundamentalistas que abundan en la Nicaragua post Cairo.

La “familia” fue el escollo que más alarma provocó, pues desde antes de comenzar su discusión, la Presidenta de la Comisión de Justicia declaraba que en la definición de familia no sería incluido el término “persona” sino hombres y mujeres como sus únicos integrantes. Las feministas demandaron inmediatamente el reconocimiento de la diversidad de formas familiares, las

5 En el año 2004 en Puerto Rico, la delegación de Nicaragua en la Conferencia de Población y Desarrollo reiteró todas las reservas de diez años atrás.

6 Boletín Arquidiocesano. Arquidiócesis de Managua, 13 de julio del 2003. Siglo XXI. Año III. No:175.

7 Derechos a la salud para las mujeres en la Ley de Igualdad de Derechos y Oportunidades. Ana María Pizarro. Julio 2003.

familias extendidas y “monomarentales” que prevalece en Nicaragua y -tal como lo mandata el Programa de Acción-, su reconocimiento explícito.

En tanto, la comunidad LGBTTI reaccionó demandando el reconocimiento de las familias formadas por gays y lesbianas avanzando en reclamar el reconocimiento legal de las parejas del mismo sexo, protestando enérgicamente frente a la Asamblea Nacional. En esta nueva ley se estrella el discurso de los derechos de la diversidad sexual que el actual gobierno proclama a nivel nacional e internacional.

El Estado pretende determinar lo que es aceptable en la intimidad de las personas, que la heterosexualidad es la norma nacional y el matrimonio – de hombres y mujeres por supuesto-, es para toda la vida, pues menciona que tienen que acompañarse en todas las circunstancias.

Para algunas feministas “el Código de la Familia, tal como está formulado, interviene excesiva y abusivamente en la vida privada de las personas. En tal sentido es un Código interventor, conservador y neoliberal.”⁸

Nicaragua en el escenario internacional

En el proceso de la CIPD, la delegación de Nicaragua -desde abril de 1993 en la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo en México, y en abril 1994, en la Prep-Com III sobre Población y Desarrollo en Nueva York-, estableció los criterios con que concebía los derechos sexuales y reproductivos de las personas, al proponer modificarlos por “deberes y responsabilidades” frente a la procreación.⁹

En mayo de 1998 se realizó en Aruba el XVII período de sesiones de la CEPAL para la evaluación preliminar del cumplimiento de los acuerdos de El Cairo. La representación oficial fue la Secretaría de Acción Social y un funcionario que se inscribió como “Ministro de la Familia”, aunque su nombramiento nunca tuvo lugar.

En agosto de 1998 el gobierno envió a Naciones Unidas

el documento de país sobre Población y Desarrollo, donde se evaluaba el cumplimiento de los acuerdos de la CIPD, sin haber permitido que las organizaciones sociales participaran en su redacción. El documento no fue difundido, pese a que reiteradamente se solicitó su divulgación.

A fines de 1998 el gobierno de Nicaragua asistió a la Reunión Regional Latinoamericana de preparación de Cairo + 5 en Santiago de Chile, donde mantuvo una actitud de respeto al Consenso Latinoamericano.¹⁰

En febrero de 1999 el gobierno de Nicaragua participó en el Foro de La Haya representado por la Secretaría de Acción Social, manteniendo un bajo perfil, con posiciones de respeto y reconocimiento por los derechos de las mujeres y de las organizaciones sociales.

En marzo de 1999, la Secretaría de Acción Social envió una delegación de bajo nivel a la Prep-Com de Nueva York,¹¹ la reunión más importante previa a la Asamblea General de NNUU. El Presidente nombró como jefes de la delegación al Ministro de la Familia -de reconocida militancia católica- y a su “asesora” en el Ministerio, también conocida por su apego a los criterios eclesiales, que había representado a Nicaragua en todo el proceso de la CIPD entre 1993 y 1994, siendo la principal impulsora de las reservas presentadas. La asesora del Ministro tuvo la representación oficial y ambos trabajaron simultáneamente con un documento que el Vaticano distribuyó con la finalidad de modificar el texto original del Programa de Acción.¹²

¹⁰ Manifiesta posiciones progresistas y de respeto a los consensos de El Cairo, con lo que Nicaragua queda entre los países con mejores posiciones (respecto de Argentina y Guatemala).

¹¹ Aunque esta es la reunión más importante previa a la Asamblea General de NNUU, la SAS no envió funcionarios con cargos de alto nivel.

¹² Este documento fue repartido a los países que se pliegan incondicionalmente a esa posición (Argentina, Guatemala y algunos países árabes con los que la Santa Sede tiene acuerdos de reciprocidad). Delegados latinoamericanos se vieron sorprendidos por la existencia de este documento “paralelo”, que permitía una total sincronía de las delegaciones de la órbita del Vaticano en el momento de las deliberaciones, las que se hicieron dentro del Grupo de los 77 (G77), cuya vocería estuvo en manos de Guyana, país que también se plegó a las posiciones más conservadoras.

⁸ María Teresa Blandón. Revista Envío. UCA Junio 2012.

⁹ Intervención de una delegada de Nicaragua en la Prep-Com III realizada en Nueva York. Abril de 1994.

En abril de 1999, la Ministra de Salud¹³ fue delegada por la Comisión Nacional de Población para asistir al segundo Prep Com en Nueva York¹⁴, pero decidió regresar al país al comprobar que el Ministro de la Familia había sido nombrado como presidente de la delegación.

Las políticas de población en Nicaragua

1996 primer documento Política Nacional de Población

El documento preliminar sobre Políticas de Población publicado en 1996 por la Comisión Nacional de Población y el Gabinete Social no contó con un claro marco de legalidad, sin embargo, informantes del gobierno la consideran la mayor muestra de voluntad gubernamental para hacer efectivos los compromisos de la CIPD.

Dicho documento fue el primero en su temática, lo que se valoró como un aporte positivo de la administración Chamorro, ya que reconoce que el país requiere de una política explícita sobre población. Diversos sectores de la sociedad civil, los que formularon fuertes críticas al respecto, sin que el gobierno hubiera incorporado ninguna de las observaciones que se le manifestaron. Los cambios que se introdujeron en la versión final del documento fueron meramente cosméticos e incluían algunas menciones “al género”, tan en boga en el lenguaje oficial del momento, aunque carentes de contenido.

En 1996 el Ministerio de Acción Social impulsó la publicación de la Política Nacional de Población, con asistencia técnica y financiera del FNUAP.¹⁵

¹³ Lic. Martha McCoy.

¹⁴ Sin embargo, tuvo que regresar desde Miami a Nicaragua, puesto que al mismo tiempo, el ministro de MIFAMILIA había sido nombrado Jefe de la Delegación por el presidente Alemán. La Ministra McCoy solicitó permiso al Presidente para regresar por saber que la opinión del Ministro de la Familia sería necesariamente diferente a la de ella, y prefería no convalidar con su presencia esa posición. Esto viene a corroborar que, en efecto, no se ha establecido un criterio de país en la materia, sino que las posiciones quedan sujetas al arbitrio personal del representante en turno.

¹⁵ 1996, Política Nacional de Población, Ministerio de Acción Social de Nicaragua.

El marco ético político

La primera Política de Población contaba con un Marco Ético Político que permitía comprender la “interpretación” oficial sobre diferentes artículos de la Constitución de Nicaragua. Luego de mencionar el Arto. 73 que dice que “las relaciones familiares descansan en el respeto, solidaridad e igualdad absoluta de derechos y responsabilidades entre el hombre y la mujer”, interpretan que se debe prestar especial atención al tema de la educación “para la vida familiar”. Habida cuenta que el concepto que tiene el estamento gubernamental sobre las familias es marcadamente conservador, tal “igualdad absoluta” entre hombres y mujeres resulta ser una quimera.

Afirmaba que “el Código Penal de Nicaragua prohibía el aborto y lo autorizaba sólo por razones terapéuticas en caso de alto riesgo para la vida de la madre, tal como se expresa en el Capítulo V”. Sin embargo, el Código Penal nunca estableció las razones para el aborto terapéutico. Terminaba reforzando lo anterior diciendo: “Por tanto, se rechaza el aborto como método de planificación familiar” reiterando la reserva planteada en la CIPD, aunque ningún país de la comunidad internacional ni ninguna de las organizaciones de mujeres consideran el aborto como un método de planificación familiar.¹⁶

Dice que “La familia, basada en el matrimonio, como unión fundamental del hombre y la mujer, contraída libremente y expresada públicamente, abierta a la transmisión de la vida y cuidado de los niños (unión de hecho estable), es el núcleo básico de la sociedad que el Estado jurídicamente debe proteger y apoyar”. Esta concepción, desconoce a miles de familias nicaragüenses no están basadas en el matrimonio, ni constituidas por la unión fundamental del hombre y la mujer, ya que las mujeres se han visto obligadas a asumir la responsabilidad de sus familias debido a la ausencia e irresponsabilidad de los varones, entre otras razones.

Al definirla de esta limitada forma, quedan fuera de esta

¹⁶ Capítulo VIII, inciso 8.25 del Plan de Acción de la CIPD: “En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia”. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

concepción todas aquellas familias que por razones voluntarias o de salud de uno u otro cónyuge, no pueden estar abiertas a “la transmisión de la vida y cuidado de los niños”. En síntesis, para el gobierno de Nicaragua no puede ser “familia” la que no está unida por el vínculo del matrimonio, aquella donde no existe presencia masculina, la constituida por una pareja estéril, o la que decida “libre y responsablemente” no tener niñas y niños, por ejemplo.

Además negaba los consensos de El Cairo que recomienda “Elaborar políticas y leyes que presten mayor apoyo a la familia, contribuyendo a su estabilidad y que tengan en cuenta su pluralidad de formas, en particular en lo que se refiere al creciente número de familias monoparentales”.

Después de la Conferencia de El Cairo, en los años 1995 y 1996 el Ministerio de Acción Social mantuvo una relativa apertura hacia las organizaciones de la sociedad civil intentando la formulación de un Plan de Acción de Población, que fracasó ese año porque las organizaciones sociales no lograron llegar a un acuerdo sobre el contenido de las políticas de población formuladas por el gobierno Chamorro. En esos años existía una denominada Comisión Nacional de Población, conformada únicamente por delegados de las instituciones gubernamentales del gabinete social¹⁷ y de otras instituciones, sin incluir a ninguna de las organizaciones de la sociedad civil.

1997 segundo documento Política Nacional de Población

Diez meses después que la anterior Política fuera publicada, en julio de 1997 el nuevo gobierno formuló otra Política de Población¹⁸ que tampoco fue consultada con las organizaciones sociales, y crea por Decreto Presidencial una nueva Comisión Nacional de Población

con asistencia técnica y financiera del FNUAP, donde no se previó la incorporación de las organizaciones sociales ni de las organizaciones de mujeres, faltando así a los acuerdos del Programa de Acción de la CIPD.

En este nuevo documento el gobierno se plantea “promover la consolidación de la familia y la equidad de género, (...) respetando los principios legales, culturales, morales y religiosos”, prestando especial atención a la temática de educación “para la vida familiar”. Establece el derecho a la vida “desde el momento de la concepción”, aunque la legislación de Nicaragua no lo prevé así. Una vez más se irrespeta la ciudadanía que no se enmarca en una familia “clásica” apegada a principios religiosos, sino también a la propia Constitución, donde se declara que el Estado es laico.

Contradictoriamente, incorpora los derechos “de las parejas de decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos y de disponer de información veraz y completa y de los medios que le permitan el pleno ejercicio de ese derecho”, tal como lo plantea El Cairo. La incongruencia con sus propios postulados parece ser la tónica dominante.

Con el nuevo gobierno, a partir de septiembre de 1998 el Ministerio de Acción Social pasó a ser una Secretaría de Acción Social,¹⁹ la que inició contactos con algunas organizaciones sociales para dar nuevamente curso a la elaboración del Plan de Acción, esta vez para adaptarlo al segundo documento de Políticas de Población, formulado 11 meses después que el primero.²⁰

Desde inicios de 1999 las organizaciones que monitorearon el proceso de la CIPD solicitaron formalmente conocer la posición y la delegación oficial para el Foro de La Haya, en Holanda. En febrero 1999

¹⁷ La CNP estaba conformada únicamente por delegados de 18 instituciones gubernamentales, del gabinete social y de otras instituciones que -a juicio del gobierno-, tenían intereses concernientes a la población, pero no incluyó a ninguna de las organizaciones de la sociedad civil, ni del movimiento de mujeres.

¹⁸ 1997 - Decreto presidencial 24-97, del 7 de julio de 1997, mediante el cual establece que la Comisión Nacional de Población estará presidida por el Ministerio de Acción Social, que posteriormente redujo su rango a Secretaría.

¹⁹ El Ministerio de Acción Social desapareció en el proceso de “reorganización” del Estado; la Ministra perdió su rango y los proyectos que ejecutaba el MAS, aunque quedaba coordinando la Comisión de Población del poder Ejecutivo.

²⁰ El proceso conlleva muchas dificultades por la ausencia de las instituciones del Estado, especialmente del MINSAL; la sección de salud tiene serias deficiencias y problemas de registros estadísticos, además de un enfoque biologicista que no toma en cuenta los acuerdos de El Cairo. Sin embargo, en la Subcomisión de Salud las organizaciones sociales trabajan intentando modificar su contenido.

la Secretaría de Acción Social convocó a algunas organizaciones sociales y planteó nuevamente la importancia de reiniciar la elaboración del Plan de Acción de Población, que había quedado en suspenso. Anunció la instauración del Comité Técnico de Población “con plena participación de la sociedad civil” -aunque nunca se definieron sus atribuciones- y apenas tres días antes de salir rumbo a La Haya, propuso hacer un documento nacional conjunto.²¹

En la Asamblea Nacional, la Comisión Nacional de Población durante todo ese período se abstuvo de convocar a las organizaciones sociales. En marzo de 1999 el Presidente de la Comisión²² solicitó información y asesoría al Proyecto de Monitoreo de Cairo + 5 manifestando su interés por vínculos con las ONG que trabajaban en población y desarrollo, aunque nunca dio continuidad a su iniciativa.

En mayo de 1999 desde el Ministerio de Familia expresaron públicamente que los asuntos de población y desarrollo quedaron bajo su órbita por disposición del Presidente, quien efectivamente, ya había reformado el decreto de conformación de la Comisión Nacional de Población²³ nombrando al Ministro de la Familia como presidente de la misma.

Todos los asuntos de Población y desarrollo pasaron a partir de 1999 a la Secretaría Técnica de la Presidencia SETEC, creada por la Ley No. 290.²⁴ Esta Secretaría tenía el mandato de integrar lo social y económico dentro de la estrategia del gobierno; coordinar el programa macroeconómico y las reformas estructurales; analizar y promover la congruencia de políticas económicas y sociales.

En abril del 2000 la Comisión de la Mujer, Niñez, Juventud y Familia de la Asamblea Nacional interpeló al Ministro de la Familia y a su Asesora a petición del movimiento de mujeres que presentó una demanda.²⁵ Esa reunión podría considerarse un privilegio único logrado por el movimiento de mujeres, que doce años más nunca se pudo repetir.

Fueron interpelados acerca de su representatividad en las conferencias y cumbres internacionales, sobre el contenido del Informe Oficial presentado a la CEPAL en Lima, al que el parlamento no tuvo acceso, para que explicaran las posiciones mantenidas por la Delegación Oficial en la Prep Com y la Asamblea General de Naciones Unidas de Cairo + 5 y en la Reunión de Lima y la Prep Com de Beijing +5, ya que Nicaragua ha retrocedido en cuanto a los consensos internacionales, sobre todo en lo relacionado a la defensa de los derechos de las mujeres.

El Ministro y su asesora brindaron una serie de explicaciones que no convencieron a las diputadas y a las feministas presentes, reiterando que “Nicaragua no suscribió el documento, porque no está de acuerdo con lo se plantea en el mismo y protestó el término “derechos sexuales y reproductivos”, ya que no ha sido aprobado en ninguna conferencia ni cumbre internacional de todas las desarrolladas desde 1994”, mostrando la ignorancia que prevalecía en ese ministerio de Estado.

Con un nuevo gobierno -durante el año 2001- la Secretaría de Acción Social emprendió otro proceso de redacción del Plan de Acción en Población 2001-2005²⁶ con la participación de algunas instituciones del Estado y de seis organizaciones no gubernamentales, una de las cuales al final no firmó el documento por considerar que no habían sido incorporados sus aportes en cuanto a la salud sexual y la salud reproductiva.²⁷

21 Quedaban tres días para hacerlo, lo que valió para que se impidiera la participación de las organizaciones que durante el último año habían solicitado en reiteradas oportunidades tomar parte en la redacción del documento de país. Se llegó a un acuerdo en el que gobierno y sociedad civil llevarían dos documentos, y que al regreso se procuraría consensuar una sola posición sobre el tema de población y desarrollo.

22 Diputado Omar Cabezas.

23 Decreto 87-99, publicado en la Gaceta Oficial del 2 septiembre 1999.

24 Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo, 1998.

25 6 Diputadas/os de la Comisión de la Mujer, Niñez, Juventud y Familia de la Asamblea Nacional, 3 funcionarias/os de MIFAMILIA y 9 integrantes del movimiento de mujeres: Movimiento de Mujeres Sindicalistas, Iniciativa de Beijing. *SI Mujer*, Red de Mujeres por la Salud, Comité Nacional Feminista, CODENI y Red de Mujeres Contra la Violencia.

26 2001, la Secretaría de Acción Social entregó el documento a la Primera Dama, violando otra vez la legislación de Nicaragua.

27 *SI Mujer* no firmó el documento final, lo que fue reconocido en el acto oficial de presentación del mismo.

A inicios del 2002 el nuevo gobierno hizo desaparecer la Secretaría de Acción Social, por lo que el proceso quedó interrumpido. Durante todo el año 2002, el nuevo gobierno de Nicaragua no hizo ninguna convocatoria a las organizaciones sociales ni de mujeres en cuanto a los asuntos de población y desarrollo, a pesar del importante apoyo recibido para ese efecto por parte de la cooperación internacional.

En el 2007 fue modificada nuevamente, creándose la Secretaría de la Presidencia SEPRES²⁸, encargada de dirigir, coordinar y supervisar todos los asuntos administrativos y financieros de la Presidencia de la República y que será sucesora de la SETEC.

En ninguna de las dos Secretarías hubo ni hay participación de la sociedad civil y todos los asuntos de población desarrollo se manejan al margen de las organizaciones que se ocupan de sus principales componentes en la esfera de la natalidad, la mortalidad, las migraciones, el crecimiento, estructura y distribución espacial de la población y el medio ambiente, entre otros.

Fundamentalismo religioso en la salud y la educación públicas

El Día Nacional del Niño no nacido. Una apuesta del Vaticano

La Constitución Política establece con toda claridad que el Estado no tiene religión oficial, o sea que Nicaragua es un Estado laico, pero la propia Constitución se ha visto violentada y desmentida permanentemente por las autoridades de todos los gobiernos que -aparentemente-, por su incapacidad para discernir entre sus creencias religiosas personales y su deber como servidores públicos-, están muy dispuestas a obedecer los mandatos de las jerarquías eclesiales, es decir, la mentalidad del estamento gubernamental sigue sujeta a la tutela de grandes organizaciones religiosas que actúan como gobernantes sin serlo.

En el año 2000 siguiendo la corriente del Vaticano

y la posición del presidente Menem de Argentina, el Presidente de Nicaragua declaró mediante Decreto que el 25 de marzo es el “Día Nacional del Niño por Nacer”, con la finalidad de eliminar del nuevo Código Penal el aborto terapéutico. En marzo del 2000 Ministros y funcionarios del Estado asistieron a la misa organizada por la Conferencia Episcopal, a manera de homilía el Ministro de la Familia dio lectura al Decreto Presidencial emitido en el Estado laico, que se consagró en una ceremonia religiosa.

Un año después, el 25 de marzo del año 2001, el Nuncio Apostólico y el Cardenal de Nicaragua oficiaron una misa campal en donde el Embajador del Vaticano ante las NN.UU. pronunció una homilía. A la convocatoria asistió el Presidente de la República, los ministros de Estado, diputados/as de la Asamblea Nacional y la filial nacional de Pro-Life International, llamada Anprovida.

La ceremonia se transmitió por el canal oficial a lo largo de cuatro horas. Bajo un sol inclemente, mujeres embarazadas cruzaron la grama del Estadio Nacional para entregar ofrendas a los monseñores, en una reedición de antiguas ceremonias romanas. En esa oportunidad el Presidente prometió “vetar el aborto el Código Penal u otra ley que lo contemple, dado que todo bebé desde el vientre materno tiene derecho de nacer y el Estado debe protegerlo”.

El nuevo Código Penal incorpora los derechos del “no nacido”

El nuevo Código Penal aprobado en lo general desde mediados del 2001 y -promulgado en el año 2008- se basa en el Decreto Presidencial del Día del Niño No Nacido, estableciendo en el Art. 148 la protección legal del no nacido con supremacía sobre los derechos de las mujeres de Nicaragua.

Las penas establecidas en el nuevo Código Penal mantienen la ilegalidad del aborto para las y los profesionales de la salud, -quienes irán a prisión por 2 a 8 años-, promueve la clandestinidad, pone en riesgo la salud y la vida de las mujeres y da por resultado que el aborto siga siendo un negocio para quienes lo practican en sigilo. Además, deja la vida hecha y derecha de las mujeres a merced de los embriones.

²⁸ Decreto No. 111-2007.

Políticas de educación bajo mandato religioso

En 1994 el Ministro de Educación afirmaba que “para reducir los embarazos no deseados y los abortos, especialmente en la adolescencia, se requería una apropiada educación sexual, que en vez de inducir a la actividad sexual, la posponga, enseñando la necesidad de controlar el impulso sexual mediante la fuerza de la voluntad y la autodisciplina”.²⁹ Esta propuesta que exalta la voluntad por sobre la naturaleza se contradice con las prácticas personales, con la configuración del sistema de educación y con los patrones de crianza vigentes en Nicaragua en los últimos siglos.

El Ministro de Educación proclamaba que “el sexo encuentra su plenitud únicamente en el matrimonio, pues fuera de éste, sólo deja niños de la calle y Sida”. A la vez, prohibía en todos los centros de enseñanza secundaria del país la difusión, distribución y promoción del uso de condones, ya que tal práctica conduciría a la “promiscuidad sexual y el libertinaje” entre adolescentes y jóvenes. Su fórmula para orientar las políticas de población y desarrollo parecía ser “voluntad + abstinencia + ignorancia”.

En 1997 el MECD publicó la Política de Educación de la Sexualidad³⁰ creó el Departamento de Valores Morales, que ejerció una permanente censura de los programas y textos escolares en aspectos de salud sexual y reproductiva. Huelga decir que los “valores morales” son los que dicta el Vaticano. Durante los años 1999 al 2003 delegadas del Ministerio de Educación en la CONSIDA se opusieron férreamente al uso de la palabra “condones” en los materiales programados para distribuir entre la población. Ejerciendo un derecho de veto impidieron su publicación.

En el año 2003 el Ministerio de Educación con apoyo del FNUAP publicó un manual titulado “Educación para la vida”, herramienta para el profesorado que el Estado pretendía aplicar para facilitarles educar con mayor capacidad y preparación sobre la sexualidad. La campaña organizada por grupos mal denominados “pro

vida” y la polémica generada por sectores religiosos llevó al Presidente a retirarlo de circulación “para que el manual refleje nuestros valores, nuestras costumbres, nuestra filosofía sobre la vida y la naturaleza cristiana de los principios éticos y morales”. Enrique Bolaños fue –de hecho– el presidente que más violó el carácter laico del Estado en sus declaraciones y acciones en sobre salud y educación.

El retiro del Manual para la Vida fue una muestra inequívoca de la obediencia de los funcionarios públicos a los dictados de instituciones religiosas ajenas al país y adheridas a ideologías pre-modernas. De este modo se priva de información veraz y se impide el desarrollo de sus capacidades a toda la población joven y adolescente del país.

Siete años después del retiro del Manual para la Vida, en octubre del año 2010 el Ministerio de Educación publicó el documento Educación de la Sexualidad Guía Básica de Consulta para Docentes con 30 mil ejemplares, que a fines del año 2012 aun no se han terminado de repartir entre el profesorado, por lo que el documento tampoco es conocido por quienes a diario enfrentan las demandas del alumnado, especialmente adolescentes y jóvenes.

Golpe fundamentalista a la salud

En enero de 2002, las primeras acciones del Ministerio de Salud crearon expectativas favorables: apenas iniciada su gestión mitieron una convocatoria para la presentación pública del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Lamentablemente, algún/a consultora inadvertida tuvo el desatino de mencionar en el prólogo del documento los términos “derechos sexuales y reproductivos”, aunque no se abordaban en su contenido. Una funcionaria del Ministerio de Salud lo llevó a consulta de la Conferencia Episcopal. Esas cuatro palabras desataron nuevamente los impulsos inquisitoriales, lo que permite ver que desde el Vaticano se concibe la salud sexual como un tema ajeno a los derechos humanos.

En febrero del 2002 fue retirado el documento y los ejemplares distribuidos fueron recuperados. Una vez más, el fantasma del pecado prevaleció sobre el conocimiento y sobre los derechos de cinco millones de personas. Un año después, el Ministerio de Salud, con asesoría de expertos del Banco Mundial, retiró el término

²⁹ Declaraciones del Ministro de Educación Humberto Belli a los medios de comunicación, junio de 1994.

³⁰ 1997 – Ministerio de Educación.

“sexual”, por lo que el nuevo programa se llama Programa Nacional de Salud Reproductiva, contradiciendo así todos los acuerdos de la CIPD y todo sentido común.

En noviembre del 2006 y en el marco del reclamo generalizado de la cooperación internacional por la derogación del aborto terapéutico, el mismo gobierno publicó la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, donde se mencionan los derechos reproductivos y los derechos sexuales, aborda la sexualidad desde una perspectiva de derechos y hace mención a los derechos de la diversidad sexual. Este documento sin embargo no es conocido por el personal de salud que debe aplicarlo, por lo que su contenido favorable se pierde como oportunidad de avance conceptual en los servicios públicos.

Una ministra católica versus una niña violada y embarazada

En febrero 2003 el embarazo de una niña de 9 años, secundario a una violación en Costa Rica, puso en evidencia que la Conferencia Episcopal era la autoridad en salud, creando una grave crisis de credibilidad ciudadana hacia el MINSA, pues pretendían hacer parir a la niña violada. Ante la demanda de la madre, el padre y de la propia niña para interrumpir el embarazo forzado mediante un Aborto Terapéutico -consignado en el legislación nacional desde hacía más de 166 años-, el MINSA respondió formando una mega-comisión de 15 integrantes para definir “si la niña sufría algún riesgo”.³¹

La Red de Mujeres Contra la Violencia exigió que en cumplimiento de la ley, la Comisión fuera reducida a tres facultativos/as, que finalmente emitieron un dictamen asimilando temerariamente los riesgos de continuar o de interrumpir el embarazo, sin hacer posible que tales alternativas fueran atendidas en el propio ministerio. La Ministra declaró públicamente que no permitiría el aborto, por considerarlo “un asesinato”, contradiciendo así a la propia Comisión.³² Su declaración fue nuevamente objeto de repudio por parte de los medios y de las organizaciones sociales.

³¹ La obediencia de la Ministra al Cardenal y la discrepancia frente a la situación de la niña violada, enfrentó a la Viceministra con la titular del MINSA, y según esta última, fue el motivo desencadenante de su renuncia.

³² La Prensa, 21 de febrero 2002.

Finalmente, resolvieron dar de alta a la niña y la abandonaron a su suerte. De ese modo trasladaron la responsabilidad gubernamental a los padres, dos campesinos analfabetas. Quedó patente ante el juicio ciudadano la confusión conceptual y la falta de criterio y de sentido común de especialistas y autoridades, quienes antepusieron sus preferencias religiosas personales a su deber como profesionales, como ciudadanos y como gobernantes. El Cardenal excomulgó a la niña, la madre, al padre, a las líderes feministas y a los tres médicos que aplicaron el Art. 148 del Código Penal para salvar la vida de la niña.

El procedimiento tuvo que ser realizado por tres especialistas fuera del sistema de salud, la niña no tuvo complicaciones. Grupos denominados “provida” denunciaron a la madre, al padre y a líderes del movimiento de mujeres ante la Fiscalía. No existió delito -dictaminó el Fiscal General de la República-, el aborto se realizó según lo que dispone la ley. Cuatro años después, en una confluencia de la Conferencia Episcopal, el Ministerio de la Familia y el gobierno, nueve feministas -que acompañaron a la niña protegiendo su vida- fueron denunciadas ante la Fiscalía.

Inquisidores religiosos contra organizaciones de mujeres

A partir del mes de mayo del 2000 y desde el Canal 6, televisora oficial³³, realizaron una campaña en la que tildaban a las médicas de *SI Mujer* y a líderes del movimiento feminista de ser “asesinas, promotoras de abortos”. También solicitaron al Ministerio de Gobernación el retiro de la personería jurídica de *SI Mujer* y demandaron al Procurador General de Justicia que ordenase el encarcelamiento de su directora. A resultados de esa campaña, en un Juzgado de Distrito del Crimen de Managua se abrió una causa penal contra tres médicas especialistas³⁴, por la que se solicitaba su restricción migratoria, el retiro de la personería jurídica y tres años de prisión. Un año después -luego de un

³³ Voceros del presidente Alemán junto con dirigentes de la Alianza Evangélica, diputados del Partido Camino Cristiano y de la Alianza Liberal, con un abogado del Partido Social Cristiano.

³⁴ Georgina Paredes, Ana María Pizarro y Edilia Lóvaco, especialistas de *SI Mujer*.

fatigoso juicio-, las médicas fueron absueltas en primera y segunda instancia.

El caso de *SI Mujer* fue llevado por el CENIDH al Observatorio Internacional de Defensores de DDHH, quien realizó una visita a Nicaragua para constatar la persecución de líderes del movimiento de mujeres. En su informe, el Observatorio recomendó al gobierno de Nicaragua respetar los DDHH “y en particular que las mujeres no sean objeto de represalias en razón de su compromiso pacífico a favor de la defensa de todos los derechos para todos”. Mujeres y organizaciones de mujeres fueron el blanco de ataques sistemáticos durante toda la administración del presidente Alemán.³⁵

En abril 2001, durante el Foro Debate “Derechos Sexuales y Reproductivos. Los compromisos pendientes de Cairo y Beijing”, una participante expresó “la necesidad de eliminar las opiniones de cardenales, obispos y sacerdotes en la aplicación de políticas de salud y educación, dado que sus propuestas eran un altísimo riesgo para las mujeres, adolescentes y jóvenes”, lo que dio pie a una fuerte campaña de la Iglesia católica contra las dirigentas feministas, en un intento por reeditar los juicios de la Santa Inquisición.

La Dirección de Investigaciones Criminales de la Policía Nacional abrió un proceso, donde interrogó a las dirigentas -que por cierto se presentaron voluntariamente exigiendo una investigación- y además convocaron a una conferencia de prensa demandando a las autoridades nacionales y a los líderes de los partidos políticos a que se comprometieran a cesar el acoso, las amenazas y las denuncias contra las mujeres. Solicitaron a las autoridades de la iglesia católica y al Cardenal que actuasen con responsabilidad ante la ciudadanía y presentasen las pruebas de la supuesta conspiración para eliminar cardenales y sacerdotes. El caso quedó “abierto”, dado que la Policía manifestó no poder cerrarlo debido a las presiones que se estaban ejerciendo contra el organismo policial.

Las mujeres de Nicaragua construyen su Agenda de Salud Integral

Pasados once años de la CIPD, y luego de comprobar los vaivenes y las erráticas políticas públicas de gobiernos de corte conservador y liberal, era un imperativo que el movimiento de mujeres tomara las riendas de su propia salud para que esta fuera integral, respondiendo a su autodeterminación.

Durante el año 2005, *SI Mujer* convocó a líderes feministas y organizaciones del movimiento de mujeres a redactar una Agenda de Salud Integral, la que abarca todo los temas relevantes de El Cairo. Se realizó un proceso de consultas que involucró a 16 de los 17 departamentos de Nicaragua, incluidas las Regiones Autónomas. Participaron 552 mujeres diferentes de 226 organizaciones nacionales, entre las cuales hubo feministas y líderes del movimiento de mujeres, dirigentes de las organizaciones que trabajan en la salud integral, líderes de las organizaciones de adolescentes y jóvenes, docentes universitarias de la Maestría de Salud Sexual y Reproductiva y de los Programas Universitarios de Género, integrantes de Redes, Comisiones o Comités nacionales de mujeres, comunicadoras con experiencia en salud integral y mujeres que brindan atención directa en el ámbito de la educación y de la salud integral.

La Agenda, uno de los documentos más laboriosamente elaborados construido después de la CIPD constituye una herramienta que se renueva en la medida que no se cumplen sus demandas y que el sistema de opresión hace prevalecer sus intereses por encima de más de la mitad de la población de Nicaragua.

Mientras esto continúe ocurriendo, a casi 20 años de El Cairo, son mas vigentes que antes todas y cada una de sus demandas al Estado, las que se resumen en ocho grandes temáticas:

³⁵ Por ejemplo, Dorothea Granada; Mónica Baltodano; Vilma Núñez de Escorcia; Ana Quirós, Grethel Sequeira y Ana María Pizarro.

Demandas que continúan vigentes 20 años después de la CIPD

- El establecimiento de una política de población y desarrollo en Nicaragua debe hacerse en el marco del irrestricto respeto a los derechos ciudadanos establecidos en la Constitución Política de la República, cuyo marco más general es la vigencia plena de los derechos humanos. En ese orden, son imprescindibles también el respeto a la libertad de conciencia y el carácter laico del Estado, que constituyen garantías para la práctica democrática y la autodeterminación, independiente de influencias religiosas.
- Desde la perspectiva de los Derechos Humanos, la calidad de vida incluye el derecho a tener una vida segura en términos personales y colectivos, lo que incluye el derecho al trabajo, la salud, la educación, vivienda digna, servicios de calidad y alimentación adecuada, a fin de garantizar la participación en el desarrollo en condiciones de igualdad. La calidad de vida de las mujeres en Nicaragua, se encuentra condicionada por la discriminación de género, así como por el impacto de la cultura patriarcal, que las considera personas de segunda categoría, negando y obstaculizando el ejercicio de sus derechos.
- Desde la doctrina de los Derechos Humanos y la Constitución Política, la salud, la educación y la seguridad social constituyen bienes sociales y derechos ciudadanos que contribuyen a la habilitación para el ejercicio de otros derechos y la posibilidad de una vida plena. La precaria situación del país hace urgente que el Estado y la Sociedad, asuman frente a ellos una nueva ética que emane del compromiso solidario y el reconocimiento de la condición de irrenunciabilidad de los mismos.
- En Nicaragua, la discriminación genérica y étnica, la dependencia, migración y pobreza, la falta de escolaridad y desabastecimiento de servicios son condicionantes de la salud de las mujeres en todos los estadios de su vida (niñez, adolescencia, juventud y adultez). En su estadio de mujeres fértiles, el derecho a la salud de las mujeres tiene mayor costo por la mayor demanda de atención que los varones. Como mujeres adultas mayores, sufren un marcado incremento en el déficit de atención a su salud, por el hecho de gozar de mayor esperanza de vida y sus pensiones –en los casos en que tienen acceso a ellas– son más bajas por los menores aportes realizados durante su vida económicamente activa, producto de las remuneraciones inferiores recibidas por su trabajo.
- Los derechos sexuales y los derechos reproductivos que constituyen aspectos centrales en la vida de las personas, son y han sido objeto de tratamiento represivo y disciplinario, en especial para los cuerpos y vida de las mujeres. Repensar la sexualidad y la reproducción desde nociones de igualdad y libertad es sustancial para la tarea de democratizar la sociedad, posibilitando la recuperación, reapropiación y liberación de los cuerpos y mentes femeninos, históricamente oprimidos. Luchar contra la concepción que reduce la sexualidad al cuerpo y cuestionar el abordaje médico de la sexualidad que menoscaban la autonomía de las mujeres y de las personas con opciones sexuales diferentes, son imperativos categóricos en el amplio campo de elección del ejercicio de la ciudadanía y el espacio de transformación de las relaciones sociales y de género.
- La marcada tendencia de la cultura patriarcal para clasificar y encasillar las diferencias en un ejercicio de poder y exclusión –cuyo campo y efectos más visibles y severos se manifiestan al nivel de las familias y comunidades locales, las escuelas y sistemas educativos, los sistemas y servicios de salud– dificultan el desarrollo de estrategias y acciones efectivas para enfrentar la pandemia del VIH-Sida. A la negación y al desconocimiento de los efectos que la discriminación provoca en la vida de los afectados, especialmente de carácter sexual, en tanto se le asocia a opciones sexuales, género

y etnia, se suma la pobreza creciente que obliga a la migración e inmigración en países empobrecidos, la ineficacia de los estados para el establecimiento de un marco legal, ético y de derechos humanos apropiados, para controlar el incremento de los casos de VIH-Sida en el país y sus repercusiones en el ámbito de la salud, la economía y la sociedad en su conjunto.

- La lucha de las mujeres contra la discriminación de género tiene una de sus principales expresiones en la reivindicación del derecho a vivir una vida libre de violencia. En la práctica y de manera sistemática las mujeres vivimos inmersas en una espiral de violencia por razones de género, que se expresa en todos los ámbitos de la vida, sin distingos generacionales, étnicos o

de clase. Para las mujeres uno de los principales aspectos de la emancipación genérica, es la eliminación de cualquier tipo de violencia.

- La Constitución de la República establece que las y los nicaragüenses tienen derecho a participar en igualdad de condiciones en los asuntos políticos y la gestión estatal, a la vez que asegura que la ley garantizará la participación efectiva del pueblo, nacional y localmente. La participación efectiva de las mujeres en igualdad de condiciones respecto a los hombres es absolutamente irreal. Esto último es particularmente importante de revertir en el caso de las Políticas de salud y educación, por la relevancia que éstas tienen y la visible injerencia de la Iglesia Católica en su formulación.

Cairo + 20 - NICARAGUA Diagnóstico Nacional. 1994 - 2012

***El monitoreo como práctica
ciudadana de las mujeres***

Servicios Integrales para la Mujer - SI Mujer

El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres

	Página
El Monitoreo como Práctica Ciudadana de las Mujeres.....	27
Cairo + 5. La mirada de la RSMLAC en cinco países de América Latina.....	27
Cairo + 10. Informe Latinoamericano ATENEA: El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres.	28
Indicadores y categorías analíticas.....	28
Alcance de los Indicadores de ATENEA.	28
Cairo + 15. “Reafirmando nuevos y antiguos desafíos en la agenda feminista latinoamericana.....	29
Cairo + 20. La RSMLAC en el monitoreo mundial del Programa de Acción.	29
La renovación de ATENEA.....	29

El Monitoreo como Práctica Ciudadana de las Mujeres

El monitoreo es una acción de control ciudadano que vigila si la legislación, las políticas públicas, los programas, los servicios y las acciones estatales en los siete países participantes dan cumplimiento a los acuerdos y compromisos asumidos por los Estados. Significa la vigilancia informada desde las organizaciones feministas y del movimiento de salud de la región Latinoamericana y del Caribe para lo cual es necesario establecer una relación continua con las instancias de gobierno para disponer de información, publicada o inédita. Implica discernir -mediante indicadores-, el desempeño de los gobiernos desde la perspectiva de género, para evaluar su acción ante el Programa de Acción de la CIPD.¹

El monitoreo del Programa de Acción en las dos décadas posteriores a la CIPD ha sido un poderoso instrumento de negociación y acción política de las feministas para promover la modificación de aquellas condiciones que obstaculizan el derecho inalienable de mujeres y hombres al libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción en todo el ciclo de su vida.

La RSMLAC ha impulsado el monitoreo ciudadano del Programa de Acción de la CIPD que se inició en 1996 y se desarrolló a lo largo de ocho años en tres proyectos denominados Proyecto de seguimiento de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (agosto 1996-1997) y Proyecto incidencia y monitoreo en el proceso de Cairo+5 (1998-1999) y Proyecto de seguimiento a la implementación del Programa de Acción de la CIPD 2002 y 2003. El apoyo financiero para el desarrollo de los tres proyectos provino del Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población FNUAP, que además brindó asesoría mediante su Equipo de Apoyo Técnico.

Cairo + 5. La mirada de la RSMLAC en cinco países de América Latina

En 1999, con motivo de Cairo + 5 la RSMLAC promovió un proceso de monitoreo de 6 Ejes Temático del Programa de Acción en 5 países de América Latina. Las organizaciones que realizaron el monitoreo fueron: Red Nacional Feminista de Salud y Derechos Reproductivos (Brasil), Foro - Red de Salud y Derechos Sexuales y derechos Reproductivos (Chile), Casa de la Mujer de Bogotá (Colombia), Servicios Integrales para la Mujer *SI Mujer* (Nicaragua), Movimiento Manuela Ramos y Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán (Perú).²

Como producto del monitoreo, la RSMLAC publicó el documento "La mirada de la RSMLAC en cinco países de América Latina" Brasil, Chile, Colombia, Nicaragua y Perú 1998 – 1999, que fue compilado por María Isabel Matamala de Chile, Mabel Bianco de Argentina y Teresita De Barbieri de México.

En Nicaragua 1996, *SI Mujer* como organización afiliada a la RSMLAC fue la contraparte local para la convocatoria de las organizaciones participantes, desarrollando el Proyecto de Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas -tanto de Nueva York como de Nicaragua-. Se realizaron 6 investigaciones nacionales participando el Centro Dos Generaciones, el Grupo de Hombres contra la Violencia, la Fundación Xochiquetzal, la Fundación Internacional para el Desafío Económico Global, Fundación Blanca Aráuz de Nueva Segovia, la Comisión Interdisciplinaria de Estudios de Género de la UCA, el Programa de Adolescentes y Jóvenes, la Comisión Mujer Joven y Servicios Integrales para la Mujer *SI Mujer*.

En Nicaragua *SI Mujer* publicó además el Resumen Ejecutivo Nacional que fue presentado ante las autoridades de las instituciones nacionales y departamentales durante 1998 y 1999.

¹ ATENEA: El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. INFORME LATINOAMERICANO. Brasil, Chile, Colombia, México, Nicaragua, Perú y Surinam. Proyecto de seguimiento a la implementación del Programa de Acción de la CIPD. 2000-2003

² Ibid

Cairo + 10. Informe Latinoamericano ATENEA: El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres

Durante el proceso de revisión del Programa de Acción para Cairo +10 se desarrolló el tercer proyecto de la RSMLAC, teniendo como objetivo principal el desarrollo de una Base de Datos que fue denominada ATENEA. Para la definición de ATENEA; se contó con la participación de las mismas organizaciones de los primeros proyectos: en Brasil, Chile, Colombia, Nicaragua y Perú; además se sumaron el Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población en México, con la Red de Mujeres pro Derechos de Educación y Salud, Apis, Asesores para el Avance Social y el Centro Mujeres y en Surinam, Prohealth.

Para Cairo +10 la RSMLAC publicó el “Informe Latinoamericano ATENEA: El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. 1994 - 2002. Una mirada de la RSMLAC en siete países de América Latina” Brasil, Chile, Colombia, México, Nicaragua, Perú y Surinam.

El equipo de investigación de *SI Mujer* en Nicaragua desarrolló la compilación y edición del Informe Latinoamericano y la publicación impresa, en CD y 7 Fact Sheets con los Ejes Temáticos.

Indicadores y categorías analíticas

Para el primer monitoreo fueron seleccionados entre 1996 – 1999 seis Ejes Temáticos, definidos según su importancia entre la gran cantidad de temas del Programa de Acción:

- Violencia sexual contra las niñas
- Responsabilidad masculina en sexualidad y reproducción
- Participación de las organizaciones de mujeres en instancias de decisión
- Acceso de adolescentes a información y servicios de salud sexual y reproductiva
- Calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva
- Atención humanizada del aborto inseguro

Para el desarrollo de ATENEA se agregó un Eje Temático más:

- Prevención y atención integral a personas afectadas por el VIH Sida.

Alcance de los Indicadores de ATENEA

Se definieron los parámetros para caracterizar los contextos nacionales mediante la aplicación de indicadores que reflejen la voluntad política y la proyección prevaleciente en cada país después de El Cairo, configurando tendencias más o menos progresiva. Se construyó una matriz de indicadores cualitativos y cuantitativos donde se registraron las acciones implementadas siguiendo directrices internacionales de evaluación de políticas públicas. Los indicadores utilizados en ATENEA miden el grado de avance, estancamiento o retroceso en el cumplimiento de los acuerdos de El Cairo.

Los indicadores fueron agrupados en Indicadores de Contexto o de insumos, Indicadores de Proceso e Indicadores de Impacto de resultado o incidencia. Se establecieron cuatro categorías analíticas con descriptores específicos: Contexto Global, Proceso, Impacto y Transparencia.

En el Contexto Global se incluye el Marco jurídico: Expresa la voluntad política de los Estados de asumir los convenios internacionales y garantizar respeto a los derechos humanos y la decisión de adecuación del marco legislativo nacional. Voluntad Política incluye el Índice de Desarrollo Humano, el Índice de Desarrollo relativo al Género, el Índice de Desigualdad de Género y los compromisos internacionales.

Proceso incluye como Capacidad institucional la Adecuación curricular, Interfase normativa, Generación de opinión y Estrategias programáticas sectoriales. Recurso expresa la voluntad política y el compromiso estatal de proporcionar recursos suficientes. Resultados que operacionaliza los cambios ocurridos por decisión reguladora del Estado y la existencia de mecanismos en pro de la equidad de géneros en la vida cotidiana.

Generación de opinión y estrategias de sensibilización de la opinión pública reflejan el nivel de incidencia en la

construcción de patrones culturales. Impacto muestra en cifras y situaciones nuevas el efecto de los esfuerzos, la voluntad política, nivel de sensibilización en la toma de decisiones, la capacidad institucional y mide los vacíos que prevalecen. Transparencia mide la Oportunidad de la información, la consistencia, veracidad y adecuación, los niveles de desagregación de los datos.

Cairo + 15. Reafirmando nuevos y antiguos desafíos en la agenda feminista latinoamericana

En febrero 2009, con motivo de Cairo + 15, la RSMLAC publicó un documento denominado “Reafirmando nuevos y antiguos desafíos en la agenda feminista latinoamericana”³ que reseña la influencia decisiva que tuvo el movimiento internacional de mujeres en la ruta de El Cairo así como los cambios en el escenario internacional con la imposición del neoliberalismo, las guerras preventivas y el avance del fundamentalismo político, militar y religioso. Se analizan críticamente los Objetivos de Desarrollo del Milenio que redujeron los compromisos de la CIPD y Beijing a una mínima expresión y se nombran los nuevos y antiguos desafíos en la agenda feminista latinoamericana.

Cairo + 20. La RSMLAC en el monitoreo mundial del Programa de Acción

En el año 2012 en el monitoreo de Cairo + 20 la RSMLAC en alianza con ARROW desarrolló un nuevo proceso de monitoreo en 6 países latinoamericanos Brasil, Colombia, Nicaragua, México que habían participado en los procesos anteriores y Argentina y República Dominicana que participan por primera vez en el monitoreo.

Las organizaciones participantes de la RSMLAC fueron en Argentina la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer – FEIM; en Brasil el Coletivo Feminino Plural de la Rede Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos de Porto Alegre, Rio Grande do Sul y de Salvador de Bahia; en Colombia la Fundación Si Mujer de Cali; en México el Consorcio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad A.C.⁴ y en Nicaragua Servicios

Integrales para la Mujer *SI Mujer* y en República Dominicana la Colectiva Mujer y Salud.

Esta vez la coordinación del “Informe Latinoamericano Una mirada de la RSMLAC en seis países de América Latina y el Caribe” Argentina, Brasil, Colombia, México, Nicaragua y República Dominicana Cairo + 20, 2012 estuvo bajo la responsabilidad de Ana María Pizarro con un equipo de investigación de *SI Mujer* que hizo la recolección de los reportes de los países, la compilación y redacción final.

El Informe Latinoamericano de Cairo +20 será parte del documento global promovido por Arrow con las redes internacionales en cinco continentes denominado Southern Voices: Reclaiming & Redefining the Global South SRHR agenda for 2015 - Global South Planning.

La renovación de ATENEA

En el año 2005 ATENEA fue actualizada por iniciativa de *SI Mujer* en Nicaragua, lográndose reducir a 147 indicadores y haciéndola más sencilla y flexible. En el año 2007 *SI Mujer* mediante un proceso de consulta con 136 mujeres líderes de ambas Regiones Autónomas se definieron nuevos indicadores para ATENEA de la Costa Caribe de Nicaragua.

En el año 2012 *SI Mujer* asesoró al Centro de Investigación de la Mujer Multiétnica de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua para realizar una nueva revisión de los indicadores, ampliando y profundizando los mismos para abarcar la pertinencia cultural, llegando a contar con 359 indicadores finales.

Desde agosto 2012 un equipo de investigadoras del CEIMM comenzó la aplicación de ATENEA de la Costa Caribe en cuatro municipios de las Regiones Autónomas: Puerto Cabezas, Siuna, Bluefields y Nueva Guinea para medir el cumplimiento del Programa de Acción con motivo de Cairo + 20 con el acompañamiento de *SI Mujer* el CEIMM luego de finalizado el proceso tiene prevista la publicación del informe de ambas regiones en el año 2013.

³ Escrito por Ana María Pizarro, de *SI Mujer* Nicaragua.

⁴ Con la colaboración de Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia A.C., el Grupo de Información en Reproducción Elegida- GIRE A.C., IPAS México A.C., Elige Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y

Reproductivos A.C., Afluentes S.C., Católicas por el Derecho a Decidir A.C., el Observatorio Ciudadano Nacional del Femicidio, y Balance Promoción para el desarrollo y juventud A.C

Cairo + 20 - NICARAGUA Diagnóstico Nacional. 1994 - 2012

***Ratificación de
Convenios Internacionales
de Derechos Humanos***

Servicios Integrales para la Mujer - SI Mujer

Ratificación de Convenios Internacionales de Derechos Humanos

	Página
Ratificación de convenios internacionales de derechos humanos	33
Declaración Universal de los Derechos Humanos	33
Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial.....	33
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.....	33
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	34
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer.....	34
Convención sobre los Derechos del Niño	35
Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Belém do Pará	35
Convenios no ratificados	36
Mecanismo nacional para la igualdad de género y empoderamiento de las mujeres	36
Plataforma de Acción de Beijing	36

Ratificación de convenios internacionales de derechos humanos

Nicaragua ha ratificado los principales Pactos y Convenciones relativas a los derechos civiles, políticos, culturales, sociales, económicos y de no discriminación hacia las mujeres, desde inicios de los años '60 hasta los años '90.

Ha experimentado avances importantes en lo relacionado al marco normativo tal como lo establece la Constitución Política, la responsabilidad política del Estado nicaragüense de asumir los convenios internacionales y garantizar respeto a los derechos humanos se fue reflejando lenta e irregularmente en la adecuación del marco legislativo nacional para proteger la integridad de las mujeres, asegurando la capacidad de las instituciones públicas para aplicar la legislación y los mecanismos para tratarlas en forma especial y humanizada. Sin embargo, la igualdad real entre mujeres y hombres y la aplicación del principio de no discriminación, son una asignatura pendiente, especialmente por no garantizar el pleno goce de los derechos de las mujeres en el país.

Declaración Universal de los Derechos Humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos desde 1948 tiene estatus de derecho internacional consuetudinario y todos los países que son miembros de las Naciones Unidas están obligados a sustentar sus términos. La DUDH protege el derecho a la igualdad, el derecho a la vida, la libertad y la seguridad, el derecho a estar libre de torturas y otras formas de trato cruel, inhumano o degradante, el derecho a la intimidad, el derecho a contraer matrimonio y fundar una familia, el derecho a la salud y el bienestar, y el derecho a la educación. También concede especial protección a la maternidad y la infancia.

Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial

La Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial entró en vigor el 4

de enero de 1969 y fue ratificada por 169 países. Fue ratificada por Nicaragua en febrero 1978.

Analiza las medidas que han de emprender los Estados para eliminar la discriminación con base en raza, color, descendencia, origen nacional o étnico. Garantiza los derechos a la integridad física y a estar libre de violencia, el derecho a contraer matrimonio y fundar una familia, escoger una esposa, heredar y poseer bienes y el derecho a la salud pública, atención médica y educación.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial ha observado los vínculos entre género y discriminación racial en la medida en que las mujeres pueden ser afectadas por la discriminación de maneras que violen sus derechos sexuales y reproductivos como el embarazo resultante de violación motivada por prejuicio racial.¹ También ha reconocido que la esterilización forzada o la incapacidad de las mujeres para tener acceso a servicios de atención a la salud reproductiva por razón de la raza, etnicidad u origen nacional son violaciones del tratado.²

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Entró en vigor en el año 1976. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos PIDCP, fue ratificado por Nicaragua en 1980.

En Nicaragua hay muchos retos pendientes en materia de derechos civiles y políticos. La libertad de asociación y movilización ha visto debilitado su ejercicio en los últimos años debido a la intolerancia de instancias estatales ante las protestas de la sociedad civil.³ Los espacios de participación de las mujeres en la toma de decisiones nacionales y locales han sido cerrados limitando las posibilidades de participación política directa de la ciudadanía en la planificación del desarrollo y en la toma

1 Comité sobre la Eliminación de la Discriminación Racial, Recomendación General XXV; Dimensiones de Género Relacionadas con la Discriminación Racial (56ava sesión, 2000). En *Compilation of General Comments and General Recommendations by Human Rights Treaty Bodies*, en 194.

2 Centro de Derechos Reproductivos, *Bringing Rights to Bear: An Advocate's Guide to the UN Treaty Monitoring Bodies on Reproductive and Sexual Rights*, 2003.

3 Balance sobre los Derechos Humanos de las Mujeres. 2009 Nicaragua.

de decisiones relacionadas con la salud, la educación, el trabajo y la violencia contra las mujeres, niñez y adolescencia, entre otras.

En Nicaragua la aprobación de un nuevo Código Penal no deja duda de la violación de los derechos humanos de las mujeres que se expresa en la penalización absoluta del aborto, la reducción de penas para los violadores, las facultades asignadas a la Fiscalía para desestimar “delitos menos graves” que dejan a la mayoría de las mujeres denunciadas de violencia intrafamiliar y sexual sin acceso a la justicia obligándolas a buscar en instancias privadas su representación legal.

La violación del Estado laico es un factor clave de influencia en que las mujeres son sometidas a preceptos religiosos aun en contra de su propia vida; esta situación en comparación con la condición de los hombres es desigual para las mujeres. En septiembre de 2006 la ley que autorizaba el aborto terapéutico fue derogada por el parlamento y consecuentemente la penalización absoluta del aborto fue mantenida dentro del Código Penal.

Situación de los Pactos o Convenciones Internacionales de derechos humanos en seis países de América Latina ¹				
País	ICCPR	ICESCR	CEDAW	CCR
Nicaragua	1980	1980	1981	1990

Es evidente la persecución política por parte de las instituciones del Estado y la utilización del sistema de justicia como mecanismo represivo hacia las defensoras de derechos humanos, como fue la investigación infundada iniciada en Octubre del 2007 por el Ministerio Público en contra de nueve mujeres líderes⁴ pertenecientes a organizaciones que históricamente se han destacado por promover y defender los derechos humanos de las mujeres, niñez y adolescentes.

Durante el 2011 se confirmó el incumplimiento de las medidas cautelares y de protección emitidas por el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, sobre

⁴ Ver El Observatorio para la Protección de los Defensores de Derechos Humanos, programa conjunto de la OMCT y de la FIDH, NIC 003 / 1207 / OBS 173, 21 de diciembre de 2007.

todo en el caso de la Dra. Vilma Núñez y de integrantes del CENIDH.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

En Nicaragua, la respuesta a las necesidades de prevención, protección y justicia para las mujeres no se obtiene con aprobar leyes, se requiere de un esfuerzo concertado y sostenido del sistema de justicia y la institucionalidad pública que demanda el desarrollo de medidas de prevención para modificar patrones culturales en los cuales se asienta la violencia contra las mujeres.

Nicaragua ratificó el PIDESC en 1980, en el 2007 la economía nicaragüense se vio severamente afectada por el alza en los precios internacionales del petróleo. La meta de crecimiento económico proyectada en 4.2% fue reducida, el impacto produjo inflación que golpeó duramente a consumidores. Una gran parte de los recursos para lograr las metas prometidas en el campo de la educación, salud, agua potable y saneamiento, vivienda, infraestructura, desarrollo rural, hambre y desnutrición se utilizan para el pago de la deuda pública y se transfieren al Banco Central pues son las prioridades del programa con el Fondo Monetario Internacional; por lo que resulta imposible cumplir esas metas. A pesar de los programas sociales impulsados por el actual gobierno, esta política económica de neto corte neoliberal ha llevado a que grandes grupos de población sigan condenados a la exclusión, la desigualdad y la pobreza, sin garantizar de manera progresiva el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales de la población. Largas filas de emigrantes diariamente pujan por obtener sus documentos para salir hacia los países vecinos en busca de mejores condiciones.

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer

El 27 octubre de 1981 Nicaragua fue uno de los primeros países de América Latina en firmar la CEDAW y el 17 de julio 1980 en ratificarla; sin embargo 31 años después, no ha incorporado a la legislación nacional todas las disposiciones contenidas en esa Convención, como tampoco ha ratificado su Protocolo Opcional. El proceso internacional y nacional generado a raíz de la CIPD provocó un amplio y permanente debate

sobre los derechos de las mujeres, y específicamente sobre la libre opción respecto de su propio cuerpo y su sexualidad. Posiblemente este ha sido el eje principal de importantes y prolongados desencuentros entre la ciudadanía --especialmente la ciudadanía femenina-- y las autoridades que gobernaron el país durante cuatro períodos, uno bajo signo conservador, dos bajo el signo liberal y uno que afirma su ideología de izquierda, que a todas luces mantuvieron idénticas posiciones en todo lo concerniente a estos tópicos.

Convención sobre los Derechos del Niño

Entró en vigor el 2 de septiembre 1990, ratificada por 191 países. En octubre del mismo año fue ratificada por Nicaragua. La Convención sobre los Derechos del Niño es el tratado de derechos humanos más ampliamente ratificado, brinda una fuerte protección a la salud y derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes y requiere explícitamente a los gobiernos que desarrollen ofertas de métodos anticonceptivos y de educación sexual, prohíbe la discriminación contra la niñez y adolescencia por varias razones, incluido sexo y otros estatus y reconoce los derechos a la vida, a la información de todo tipo, a la intimidad, a la educación, a la atención en y la libertad e integridad física. La Convención también reconoce la violencia sexual, la explotación y el abuso.

En Nicaragua fue aprobado el Código de la Niñez y la Adolescencia en 1997, tiene su fundamento en la Constitución Política de Nicaragua que en su artículo 71 establece la plena vigencia de la Convención sobre los Derechos del Niño. Se ha mejorado el marco jurídico que demanda la CDN entre los años 2005-2010. Lo que no se ha aplicado suficientemente es la puesta en práctica de la legislación, el Plan de Acción Nacional y la coordinación, la recopilación de datos, la edad mínima para contraer matrimonio, el registro de los nacimientos, los castigos corporales, el maltrato y el abandono de niños y los embarazos en las adolescentes.

Además, la Comisión Nacional de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia perdió su autoridad por las reformas a la Ley N° 290 del año 2008 y entró a formar parte del Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez eliminado totalmente la participación social.⁵

⁵ <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/crcs55.htm>

A diferencia de los obstáculos que encuentran los derechos de las mujeres, el tema de la niñez fluye con mayor facilidad; sin embargo, el Código ha sido confrontado con una vigorosa campaña desde los medios de comunicación, donde diputados y diputadas de todas las tendencias, jerarcas de las Iglesias católica y evangélica, altas autoridades de la policía, ministros y ministras de Estado, autoridades universitarias, periodistas y no pocos dueños de medios masivos consideran que fomenta la delincuencia juvenil y la impunidad, a tal punto que la sociedad, dicen, está quedando a merced de “inadaptados” que tienen asegurado “su derecho” de dejarla jurídicamente inerte.

Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Belém do Pará

Nicaragua ratificó en 1994 la Convención de Belem do Pará, a pocos meses de su promulgación, aunque su incorporación completa a la legislación nacional está aun lejos de concretarse. En 1996 se promulgó la ley 230, que sancionaba la violencia doméstica, para la cual hubo que reunir 30 mil firmas que presionaron al legislativo durante el gobierno Chamorro.

Se cuenta con la Ley de Creación de la Comisaría de la Mujer y la Niñez expresada en la Ley Orgánica de la Policía Nacional de 1996.

En Nicaragua la Ley 230 para Prevenir y sancionar la violencia intrafamiliar es precursora de la nueva Ley Integral Contra la Violencia hacia la Mujer Ley 779 que entró en vigencia en el año 2012; tiene por objeto actuar contra la violencia hacia las mujeres, proteger sus derechos y garantizarle una vida libre de violencia tanto en el ámbito público como el privado. Establece medidas de protección integral para prevenir, sancionar, erradicar la violencia y brindar asistencia a las mujeres víctimas de violencia.

En cuanto a legislación contra el acoso sexual, se encuentra incluida en la legislación general sobre violencia. Nicaragua no han ratificado tratados internacionales que sancionan la violencia sexual como tortura, crimen de guerra o de lesa humanidad. Se cuenta con programas para agresores y se buscan recursos para sostenerlos, a pesar que los programas de mujeres enfrentan dificultades en su implementación por falta de financiamiento.

Nicaragua cuenta con normas y protocolos para la atención de las mujeres víctimas de violencia, se cuenta con medidas de protección para las víctimas, pero no se extienden a sus familiares o testigos. Se cuenta con diversas formas de asesoría legal gratuita para mujeres que sufren violencia.

En el año 2012 por primera vez se cuenta con refugios estatales para acoger a las mujeres víctimas de violencia, hasta ahora los tres refugios existentes eran de las organizaciones de la Red de Mujeres Contra la Violencia. En Nicaragua no existen grupos de autoayuda desde el Estado, los centros y organizaciones de mujeres promueven desde 1993 grupos de apoyo y de reflexión impulsando el fortalecimiento de la autoestima y auspiciando el empoderamiento de las mujeres.

Convenios no ratificados

Nicaragua no ha ratificado el Convenio 156 de 1983 Convenio sobre la igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras con responsabilidades familiares de la OIT.⁶

Tampoco ha ratificado el Convenio 103 de la OIT sobre la protección de la maternidad que entró en vigor en 1955 y se aplica a las mujeres empleadas en empresas industriales y en trabajos no industriales y agrícolas, comprendidas las mujeres asalariadas que trabajen en su domicilio. Tampoco el Convenio 183 de la OIT de protección a la maternidad del año 2000.

El Convenio 183 mantiene los principios fundamentales de la protección a la maternidad y entre otros cambios, amplía su campo de aplicación a todas las mujeres empleadas; protege no sólo a las enfermedades que sean consecuencia del embarazo o parto sino también a las complicaciones que pueden derivarse de éstos; prevé un período de protección al empleo más largo y que todo país miembro debe adoptar medidas apropiadas para garantizar que la maternidad no constituya una causa de discriminación en el empleo. La revisión de los compromisos internacionales ratificados deja patente una mentalidad que sigue cargando en las mujeres una gran responsabilidad sociomoral, al tiempo que las deja desprotegidas precisamente en el papel materno-conyugal que tanto se ensalza, e inermes ante la violencia intrafamiliar y sexual. El Estado se muestra, pues, más

dispuesto a proteger a la niñez que a las encargadas de criar a esa niñez.

No ha ratificado el Estatuto de la Corte Penal Internacional, Estatuto de Roma, aprobado el 17 de julio de 1998 sobre el establecimiento de una Corte Penal Internacional que juzgará el crimen de genocidio, los crímenes de lesa humanidad, los crímenes de guerra y el crimen de agresión, que incluye crímenes contra la humanidad tales como el asesinato, la violación, la esclavitud sexual y otros.

Mecanismo nacional para la igualdad de género y empoderamiento de las mujeres

A pesar de que algunos países avanzan en la promoción de la igualdad de género, en otros, las mujeres continúan privadas de recursos económicos y de acceso a servicios públicos esenciales. Un gran número de acuerdos internacionales reconocen los derechos humanos de las mujeres pero un dominante sesgo de género implica que las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de sufrir malnutrición y tener menos acceso a atención médica, títulos de propiedad, crédito, capacitación y empleo. También tienen más probabilidades de ser víctimas de violencia y continúan estando extremadamente sub representadas en los organismos políticos y de toma de decisiones.

Existen otras leyes como la Ley de Igualdad de Derechos y Oportunidades del 2008 cuya principal debilidad es la falta de mecanismos para hacer real la igualdad de oportunidades, esta ley no ha sido tomada en cuenta por ninguna de las instituciones del Estado y en la práctica no se aplica.

Plataforma de Acción de Beijing

La Plataforma de Acción de Beijing PAM, fue aprobada por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1995. Acordada por 189 países, se centra en las obligaciones de los gobiernos de cumplir con los derechos de las

⁶ Ginebra, 67ª reunión CIT. 23 junio 1981 – Aprobado 1983.

mujeres creando y garantizando las condiciones sociales y económicas que permitan a las mujeres ejercerlos.

El gobierno de Nicaragua hizo en Beijing las mismas reservas que en la CIPD, mostrando su completa obediencia al Vaticano.

En Nicaragua el cumplimiento de la Plataforma es desigual, se derogó el aborto terapéutico consignado en la legislación desde 1837 siendo el peor indicador post

Cairo. Se extinguió el eximente de responsabilidad penal en caso de matrimonio de una víctima de violación con el agresor. Se derogó del Código Penal que el daño es resarcido cuando la víctima otorga el perdón al agresor o en caso que acepte casarse con el mismo. Se creó una nueva Ley contra la violencia que incluye el delito de femicidio y de violencia institucional. No se incluye la penalización de la “sodomía” en el Código Penal desde el 2008.

1 Balance sobre los Derechos Humanos de las Mujeres. CENIDH. 2009, Nicaragua.

Cairo + 20 - NICARAGUA Diagnóstico Nacional. 1994 - 2012

***Medidas de empoderamiento
de las mujeres***

Servicios Integrales para la Mujer - SI Mujer

Medidas de empoderamiento de las mujeres

	Página
Índice de Desarrollo Humano.....	41
Índice de Inequidad de Género - IIG	42
Participación política de las mujeres en los poderes del Estado.....	43
Mujeres en el Poder Ejecutivo	44
Mujeres en la Asamblea Nacional	44
Mujeres en la Corte Suprema de Justicia.....	45
Mujeres en las Alcaldías Municipales.....	45

Índice de Desarrollo Humano

Dado que la igualdad formal establecida mayoritariamente en el mundo no ha logrado que las mujeres se incorporen activamente al desarrollo -tal como lo establece el Programa de Acción de la CIPD-; las mediciones de progreso y equidad han tenido que establecerse tomando como parámetros diversos índices de desarrollo donde se incorporan mediciones específicas relativas a la condición de las mujeres.

El Índice de Desarrollo Humano IDH, evalúa el progreso promedio en tres dimensiones básicas: salud, educación e ingreso. La primera dimensión es estimada por la esperanza de vida al nacer, la segunda por los años promedio de escolaridad y los años esperados de escolarización y la tercera por el ingreso nacional bruto per cápita.

En el año 2002 Nicaragua aparecía en el nivel 118 de un conjunto de 174 países, aun así se consideraba entre los países de desarrollo humano medio. En el 2011 Nicaragua descendió 14 puestos en comparación con el año 2010, o sea pasó de la posición 115 a la 129 de la lista de 187 países,¹ ubicándose entre los países con Desarrollo Humano medio ($0,5 \leq \text{IDH} < 0,8$).

En relación a la salud de las mujeres, entre el 2005 y 2009 el 72% de las mujeres casadas entre 15 y 49 años usaba, o su pareja, alguna forma de anticonceptivo ya sea moderno o tradicional; en ese mismo período, el 90% de las mujeres recibió al menos una atención prenatal de personal sanitario especializado durante el embarazo; el 74% de partos fue atendido por personal médico, enfermeras o comadronas capacitadas para ofrecer esos cuidados; finalmente en el 2011 la tasa de fecundidad global fue de 2.5 por mujer en edad reproductiva.²

El nivel de escolaridad promedio de quienes todavía no logran graduarse de la primaria pasó de 5.7 años a 5.8. El número de mujeres que estudian, aunque sea un año en secundaria se mantuvo en 31% y el de varones en 45%. El PIB por persona refleja que el país depende más de donaciones 13.1% y remesas 12.5% que de inversiones extranjeras 7.1%.

En Nicaragua el porcentaje de matrícula de mujeres en todos los niveles de educación es relativamente alto y supera a los varones en la educación secundaria y terciaria desde mediados de los años '80.

Educación de mujeres y niñas			
País	Relación matrícula de niñas/niños educación primaria	Relación matrícula de niñas/niños educación secundaria	Relación mujeres/varones educación terciaria
AÑO 2008			
Nicaragua	0.98	1.1	1.11

<http://websie.eclac.cl/sisgen/consultaintegrada.asp?idAplicacion=11&idTema=193&idIndicador=185>

En el 2011, en relación a los ingresos económicos, la línea de pobreza que mostraba el IDH del 2010, se acentuó del 45.8% al 46.2%. Uno de cada dos nicaragüenses continúan viviendo en la pobreza; las probabilidades que el número de pobres aumente está latente ya que la población en riesgo de sufrir pobreza creció del 15.7% al 17.4%. En la actualidad en Nicaragua hay nueve personas pobres por cada 20 y es probable que el número se eleve a 11 por cada veintena. El porcentaje de gente que vive con 1.25 dólares al día se mantuvo en el 15.8%; casi un millón de personas vive con 30.03 córdobas por día.³

No es de extrañar que el Producto Interno Bruto por persona de Nicaragua bajó a U\$2,430 anuales en el 2011 con relación al 2010, que indicaba U\$2,567, son 137 dólares menos suficiente para doblarle los ingresos durante casi cinco meses a los que viven con 1.25 dólares diarios.⁴ Según el IDH, el 62.7% de la población depende de quienes trabajan. Ocho de cada diez hombres trabajan y cuatro de cada diez mujeres también lo hacen

1 Sostenibilidad y Equidad: Un mejor futuro para todos. 2005-2011

2 Néstor Avendaño. Un peldaño menos del IDH de Nicaragua entre 2006 y 2011. Noviembre del 2011.

3 Al Cambio oficial, al 30 de noviembre 2012, U\$1.25 son C\$30.03.

4 Nicaragua retrocede en desarrollo **Wilder Pérez R. La Prensa. 3 noviembre 2011.**

logrando alguna remuneración, pero el cien por ciento de las mujeres adultas, la mayoría de las adolescentes y niñas también aporta en trabajo doméstico, pero no son remuneradas ni consideradas en las cuentas nacionales.

Actividad Económica mujeres/hombres 2005		
País	Participación en actividades económicas	Participación en actividades económicas Hombres
	Mujeres urbanas	urbanos
Nicaragua	50.3%	78.6 %

Source: Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) on the basis of special tabulations of household surveys of the respective countries
<http://www.cepal.org/>

Índice de Inequidad de Género – IIG

Nicaragua en el año 2011 ocupa el nivel 101 en IIG en el total de los países analizados.⁵ El IIG mide la desigualdad en los logros entre mujeres y hombres en tres dimensiones:

- Salud reproductiva: Tasa de mortalidad materna y tasa de fecundidad adolescente
- Empoderamiento: % de escaños parlamentarios por sexos y nivel educativo medio y superior
- Mercado de trabajo: Participación femenina en la fuerza laboral

Índice de Inequidad de Género		
País	Nivel	Valor
	2011	2011
Nicaragua	101	0.506

http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_EN_Table4.pdf

El IIG muestra la pérdida en desarrollo humano debido a la desigualdad entre los logros femeninos y masculinos en estas tres dimensiones. Varía entre el 0, que indica que mujeres y varones presentan un desarrollo igual y el 1, que supone que las mujeres registran el peor desarrollo posible en todas las dimensiones medidas. El Índice de Inequidad de Género está diseñado para revelar el

⁵ HDRO calculations based on UNICEF (2011), UNDESA (2011), IPU (2011), Barro and Lee (2010b), UNESCO (2011) and ILO (2011).

grado en que los logros nacionales ven erosionados por la desigualdad de género.⁶ Nicaragua con 0.506 ocupa la posición 101 de 187 países con un bajo nivel de equidad entre hombres y mujeres.⁷

Existe una alta diferencia entre el nivel de graduación de la educación secundaria de las mujeres 30.8% y de los hombres con 44.8% en la que Nicaragua tiene una diferencia negativa de 13.9 puntos.⁸

Otro aspecto en Salud Reproductiva la tasa de prevalencia de anticonceptivos entre mujeres casadas de 15 -49 años en Nicaragua es de 72%, considerada insuficiente. Es necesario mencionar que ENDESA reporta este dato de uso de anticonceptivos en el total de mujeres en edad fértil y se refiere al uso “actual”, que es mucho menor de las que afirman que “alguna vez” los usaron. En el año 2008 la tasa de mortalidad materna se mantiene elevada con 100 mujeres muertas x 100,000 n.v.

Nicaragua tiene una tasa de embarazo de adolescentes de 112.7, la mayor de América Latina.⁹ En relación a la participación de las mujeres en la fuerza laboral en el 2009 fue de 47.1%, con 31.3 puntos de diferencia con los hombres.¹⁰

La comparación del IDH con el IIG ofrece una medida de las desigualdades de género en el desarrollo humano. Cuanto más se diferencien los dos índices más desigual será el nivel de desarrollo humano de un país. Por el contrario cuanto más se asemejan más igualitario es un país entre mujeres y varones.

Comparativo IDH - IDG 2011		
País	IDH valor y nivel	IDG valor y nivel
Nicaragua	0.589	0.506
	129	101

El Índice de Pobreza Multidimensional IPM, identifica simultáneamente privaciones individuales en diez

⁶ Human Development Report 2011. Sustainability and Equity: A Better Future for All

⁷ http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_EN_Table4.pdf

⁸ HDRO updates of Barro and Lee (2010b) estimates based on UNESCO Institute for Statistics data on education attainment (2011) and Barro and Lee (2010a) methodology.

⁹ UNDESA, 2011.

¹⁰ ILO 2011.

dimensiones relativas a la educación: años de escolaridad y niños/as matriculadas; la salud nutrición y mortalidad infantil; y el nivel de vida acceso al saneamiento, agua potable, electricidad, y otras.

Nicaragua en 2006 tuvo un IPM de 0.128, con 1 millón 538 mil pobres y, en porcentajes de la población total, con un recuento del 28.0% de la población con un puntaje de carencias de por lo menos 33% y 45.7% de intensidad de la carencia, 17.4% en riesgo de sufrir pobreza con puntaje de carencias entre 20% y 33%, 11.2% en

pobreza extrema con un puntaje de carencias de 50% o más, 20.4% sin acceso al agua potable, 27.7% sin acceso al saneamiento mejorado (alcantarilla o letrina), 27.4% sin acceso a combustibles modernos (sólo a leña y carbón), 15.8% con U\$1.25 al día en línea de pobreza internacional y 46.2% bajo la línea de pobreza nacional.¹¹

En el 2010 la cantidad de pobres ascendió a 2 millones 281 mil, con un porcentaje de personas que son pobres del 40.73%, manteniendo el 15.8% un ingreso de U\$1.25 por día.

Indice de pobreza multidimensional					
AÑO	IPM	No. de pobres por IPM	% de personas que son pobres	% de intensidad de la pobreza	% de personas pobres x ingresos (\$1.25)
2010	0.211	2.281.000	40.73	51.86	15.8

Fuente: www.socialwatch.org 2012

Participación política de las mujeres en los poderes del Estado

La Constitución de Nicaragua establece la igualdad incondicional de las y los nicaragüenses en el goce de sus derechos políticos y también que es obligación del Estado eliminar los obstáculos que impidan de hecho la igualdad entre los nicaragüenses y su participación efectiva en la vida política, económica y social del país.

En setiembre 2011 líderes mundiales destacaron el rol central de la participación política de las mujeres en la democracia: “la participación política de las mujeres es esencial para la construcción de la democracia en la medida que sea autónoma, eficiente y comprometida

y que permita a las mujeres desarrollar todas sus capacidades”.¹²

Esas condiciones no se cumplen en Nicaragua, en la medida que la mayoría de las mujeres en los espacios políticos dependen de los líderes hombres de sus partidos, se encuentran en posición subordinada y la cultura que se impone es la sumisión a los dictados de los caudillos, del partido o de ambos.

Aunque la Constitución Política consigna la igualdad de derechos políticos de las mujeres, su participación en igualdad de condiciones respecto a los hombres está lejos de ser una realidad.¹³

En tanto, en el ámbito de los partidos políticos, el Frente Sandinista de Liberación Nacional estableció una cuota de mujeres del 30% “como mínimo” en estructuras de dirección partidaria a partir de 1994, y en 1996 se estableció el acuerdo conocido como ‘trenzas’, que

¹¹ Nestor Avendaño. Un peldaño menos del IDH de Nicaragua entre 2006 y 2011. Noviembre 2011.

¹² ONU Mujeres septiembre 2011.

¹³ Derechos Humanos Informe Anual. CENIDH. Nicaragua, 2000.

intercala a hombres y mujeres en las candidaturas a la Asamblea Nacional y al Parlamento Centroamericano. El Partido Liberal Constitucionalista incorpora una cuota mínima de participación de mujeres del 40% para mujeres y jóvenes; en su Junta Directiva Nacional participa el 17% de mujeres.¹⁴

Mujeres en el Poder Ejecutivo

En 1994 la presencia de mujeres en altos niveles de gobierno ya contaba con el ejercicio en el cargo de la Presidencia de la República de una mujer; una mujer ocupó temporalmente la vicepresidencia de la República y en la presidencia del Consejo Supremo Electoral hubo una mujer.

La proporción de mujeres en el Poder Ejecutivo es irregular y no parece encaminada a sostenerse o incrementar en el tiempo. Entre 1994 y 1996 fue del 10% de mujeres que ocuparon cargos ministeriales; entre el 1996 y el 2002 fue del 32%,¹⁵ entre el 1997 a 2001 este rango fue del 8% y entre el 2002 y 2006 alcanzó el 16.66%.¹⁶ Entre el 2007 y 2012 no hay información disponible.

En la actualidad, la participación de las mujeres en la toma de decisiones es de marcado retroceso, las ministras son nombradas y destituidas frecuentemente sin que medie una evaluación pública de su desempeño.

Mujeres en la Asamblea Nacional

El esfuerzo de las mujeres nicaragüenses para ganar espacios en la participación política, en los procesos electorales y dentro del proceso democrático continúa siendo todo un reto. En el año 2011 esta situación quedó confirmada puesto que se cerraron estos espacios para algunas de las mujeres de partidos de oposición. En las elecciones presidenciales del 2011, fueron electas 37 diputadas de un total de 92 escaños (40.2%).

En el Poder Legislativo la representación de mujeres ha tenido un crecimiento significativo desde mediados de los '90. En el año 1997 fue de 10.8%, en el 2003 fue del 20.7%, en el 2008 de 18.5% y en el 2011 del 40.2%.¹⁷

14 Mujeres; Brechas de Desigualdad, Dora Zeledón. Nicaragua, 2000.

15 PNUD Informe de Desarrollo Humano – Nicaragua, 1999.

16 Derechos Humanos en Nicaragua Informe Anual. CENIDH. Nicaragua, 2002.

17 Economic Commission for Latin America and the

Aunque las elecciones del año 2011, fueron consideradas por la misión de observación electoral de la OEA y la Unión Europea como con serias irregularidades,¹⁸ en enero de 2012 este número ascendió a 39 diputadas (42.4%) debido al fallecimiento de un diputado y el paso de otro a un cargo en el Poder Ejecutivo, siendo sustituidos por suplentes mujeres. La participación de mujeres en la Asamblea Nacional aumentó del 18.5% en el período 2007-2011 al 42.4% en 2012.¹⁹

Si bien el porcentaje de mujeres se duplicó, prácticamente no intervienen en los debates en la medida que este se hace mediante los jefes de bancadas, todos hombres. La disciplina partidaria casi siempre les impide expresar sus propias ideas o contradecir la línea definida por el partido de gobierno. A pesar del alto porcentaje de legisladoras, tienen un bajo porcentaje en la máxima instancia de ese poder, solo el 20% en la Junta Directiva, por ejemplo.²⁰

Mujeres en la Asamblea Nacional				
País	1998	2004	2008	2011
Nicaragua	10.8%	20.7%	18.5%	40.2%

Source: ECLAC - Gender Statistics - Inter-Parliamentary Union: Women in parliament.

<http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=11&idTema=205&idIndicador=178>

Mujeres en la Corte Suprema de Justicia

En el Poder Judicial el porcentaje de mujeres magistradas en el máximo tribunal de justicia subió de 25% a 29% entre el 2008 y el 2010. La presidencia de la Corte Suprema de Justicia está en manos de una mujer, la que tiene prolongado su mandato -aunque de manera inconstitucional-, pues no fue reelecta por la Asamblea Nacional sino por un Decreto presidencial.

Caribbean (ECLAC) on the basis of special tabulations of household surveys of the respective countries. <http://www.cepal.org/>

18 Otros observadores nacionales calificaron como “el fraude mas documentado de América Latina” mediante el cual el partido de gobierno se habría adjudicado entre 12 y 18 escaños para alcanzar 63 de los 91 disponibles. Derechos humanos en Nicaragua, 2011. Centro Nicaragüense de Derechos Humanos. CENIDH

19 Derechos humanos en Nicaragua, 2011. Centro Nicaragüense de Derechos Humanos. CENIDH

20 Spacio Libre - Especial Día de la Mujer 2012.

% mujeres en el Poder Judicial		
País	2008	2010
Nicaragua	25	29

Source: Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) on the basis of special tabulations of household surveys of the respective countries
<http://www.cepal.org/>

Mujeres en las Alcaldías Municipales

En el Poder local, la proporción de alcaldesas se incrementó desde 1997 en que ascendía al 6.2%; en el año 2001 fue de 8.6%, en el 2005 de 9.8%, en el 2009 de 15.1%. Durante las elecciones municipales del período 2001-2004 hubo 1.031 candidatas a alcaldesas, vice alcaldesas y concejales, pero sólo el 8.6% logró ocupar estos cargos. Durante todos estos años las alcaldesas mujeres no lograron llegar a 2 de cada 10 alcaldes.

El Consejo Supremo electoral no ha publicado los resultados de las elecciones municipales del 2012 ni se cuenta con información completa sobre el sexo de las personas electas.

La proporción de concejales ha fluctuado desde 1997 en que ascendía al 15.9%; en el año 2001 fue de 22.5%, en el 2005 de 14.4% y en el 2009 volvió a ascender fuertemente a 59.2%.

Con tan alta proporción de concejales, no ha sido posible comprobar que ello signifique una ventaja clara y palpable para las mujeres, en la medida que no logran ejercer un liderazgo autónomo, cuestión que ha ocurrido en los últimos años.

En mayo 2012, en plena campaña electoral, se reformó la Ley de Municipios²¹, modificando de hecho la Ley Electoral, violando los procedimientos legales establecidos y la división de poderes. Mediante esta reforma se incrementan de 2,178 a 3,267 concejales propietarios y a 3,267 concejales suplentes en los 153 municipios del país y se establece que las candidaturas deben ser 50% para hombres y mujeres. La iniciativa –que significa un incremento real de la participación femenina-, en la práctica no garantiza el liderazgo de mujeres, las que no pueden o no quieren evadir la disciplina partidaria para defender los derechos humanos de las mujeres.

Períodos	Alcaldes y vice alcaldes según sexo			
	Alcaldes/sas		Vice alcaldes/sas	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1997-2000	136	9	122	23
	93.8%	6.2%	84.1%	15.9%
2001-2004	138	13	117	34
	91.4%	8.6%	77.5%	22.5%
2005-2008	138	15	131	22
	90.2%	9.8%	85.6%	14.4%
2009-2012	129	23	62	90
	84.9%	15.1%	40.85	59.2%

Fuente: Unida Nicaragua triunfa. No. 60. 7 de marzo 2012.

²¹ Ley No. 40, Ley de Municipios.

Cairo + 20 - NICARAGUA Diagnóstico Nacional. 1994 - 2012

***Violencia contra las mujeres
y las niñas***

Servicios Integrales para la Mujer - SI Mujer

Violencia contra las mujeres y las niñas

Página

Marco Jurídico nacional sobre la violencia contra las mujeres y las niñas.....	49
Legislación existente hasta el año 2008.....	51
Violencia contra las mujeres en cifras y porcentajes	52
Esposos, compañeros, familiares maltratadores.....	52
Femicidio: una práctica que se hace tradicional.....	53
Trabajadoras sexuales y violencia	54
Trata de personas.....	54
Incidencia de la violencia sexual	55
Delitos sexuales monitoreados en medios de comunicación.....	56
Violación y abuso sexual por parte de hombres y mujeres policías	57
Atención a las mujeres sobrevivientes de violencia	57
Protocolos para la atención de la violencia.....	59
Violencia contra las mujeres en el currículo de Medicina	59
Presupuesto nacional para prevenir y atender a la violencia	59
Derechos sobre la integridad corporal de las niñas	60
Violencia sexual contra las niñas: barreras e impunidad	60
Embarazos no deseados y violación. Las niñas madres	61
Violencias, complicidad, arreglos, mediaciones y tráfico de influencias.....	62
Licor más “arrebato” = fórmula para la impunidad.....	62
Campeón de box protegido desde el poder	62
Premian a médico abusador de campesinas	63
Policías violadores de niña discapacitada	63
MINSA y Alcaldía protegen a médico violador	63
Beisbolista evade la justicia por violación agravada.....	64
Desconfianza en el sistema de justicia.....	64
Complicidad de jueces	64
Protección a militares	65
Niña violada y embarazada como “bendición”	65
Violencia contra defensoras de DDHH.....	65
La violencia en las Regiones Autónomas del Caribe	66
Violencia sexual contra las niñas.....	66
Violencia contra las mujeres jóvenes y adultas.....	67
El Derecho Consuetudinario: agresores “pagan” en especies.....	68

Marco Jurídico nacional sobre la violencia contra las mujeres y las niñas

Las medidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y las niñas se encuentran integradas en todo el sistema jurídico nacional, aunque su cumplimiento está lejos de ser una realidad. Nicaragua no puede argumentar la falta de legislación para no garantizar el acceso a la justicia en relación a la violencia.

Lo que ha prevalecido en la historia reciente son las barreras para el acceso a la justicia en sus múltiples manifestaciones, desde no recibir las denuncias, no creer en las víctimas, estigmatizarlas, interrogarlas como si fueran victimarias, perder documentos probatorios, fallas técnicas en las acusaciones y las defensas de oficio, no actuar con diligencia con los agresores y cerrando este círculo, -las componendas por asuntos políticos partidarios o de notoriedad pública de los ofensores-, que dejan a las mujeres en la mayoría de los casos en la total indefensión.

Dos años antes de la CIPD, ya la Ley 150 de Reformas al Código Penal de 1992, incluía la violación y otras agresiones sexuales. Admitía que es violación siempre y cuando se usara la fuerza, además señalaba que en cualquier caso cuando la víctima sea menor de 10 años se imponía la pena máxima.¹

En agosto de 1996 se aprobó la Ley 230² para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar. Se reconocía el derecho de las mujeres a vivir libres de violencia, se logra que todas las formas de violencia que sufren las mujeres en el ámbito familiar sean consideradas delitos, además reivindica el derecho a la integridad psicológica y que la violencia intrafamiliar forme parte del ordenamiento jurídico nicaragüense como un delito de orden público. Esta Ley fue un logro de la Red de Mujeres contra la Violencia que presentó más de 30 mil firmas solicitando su aprobación.

1 Capítulo VIII, Título I del Libro II.

2 Ley de Reformas y Adiciones al Código Penal para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar Ley 230

Enriqueciendo la jurisprudencia nacional, el Código de la Niñez y la Adolescencia establece desde 1998 que ninguna niña, niño o adolescente, será objeto de ninguna forma de discriminación ni de violencia en sus múltiples manifestaciones, incluyendo explícitamente la violencia, el abuso o maltrato físico, psíquico y sexual.³

También establece que se respetará su privacidad personal y en su domicilio⁴ y que tienen derecho a un ambiente familiar favorable, exento de maltratos de cualquier índole, incluso el abuso sexual y la explotación.⁵ Define que los centros que brinden atención de salud deben obligatoriamente comunicar a las madres, padres o tutores cualquier sospecha o confirmación de maltrato, abuso o violación⁶ y obliga a las autoridades de educación a informar a la familia o las autoridades cualquier situación de maltrato que perciban.⁷

3 Art. 5 Ninguna niña, niño o adolescente, será objeto de cualquier forma de discriminación, explotación, traslado ilícito dentro o fuera del país, violencia, abuso o maltrato físico, psíquico y sexual, tratamiento inhumano, aterrador, humillante, opresivo, trato cruel, atentado o negligencia, por acción u omisión a sus derechos y libertades.

4 Art.14 Las niñas, niños y adolescentes no serán objeto de abusos e injerencias en su vida privada y la de su familia o en su domicilio, pertenencias, propiedades o correspondencia, salvo en los casos establecidos en la ley, ni de ataques a su honra o reputación.

5 Art.26 Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho desde que nacen a crecer en un ambiente familiar que propicie su desarrollo integral. Las relaciones familiares descansan en el respeto, solidaridad e igualdad absoluta de derechos y responsabilidades entre los padres y madres.... En caso de maltrato físico, psíquico, moral, abuso sexual, o explotación en contra de las niñas, niños y adolescentes por parte sus padres, madres, tutores o cualquier otras personas, podrán ser juzgados y sancionados conforme la legislación penal vigente.

6 Art. 40 El Estado asegurará la atención médica a las niñas, niños y adolescentes, a través del Sistema Público de Salud, garantizando el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección, rehabilitación y recuperación de la salud... Los centros de atención médica públicos o privados, deberán obligatoriamente comunicar a las madres, padres o tutores, los casos de pacientes en que haya sospecha o confirmación de maltrato, abuso o violación y al organismo competente de la respectiva localidad, sin perjuicio de otras medidas legales, garantizando la secretividad del caso.

7 Art. 48 Los directores de centros de educación, tienen la obligación de comunicar en primera instancia a la

Por otra parte obliga a las instituciones públicas y privadas a procurar atención y protección especial en situaciones de abuso sexual, explotación y maltratos.⁸ El Código ha sido uno de los instrumentos legales más confrontados por los sectores conservadores y fundamentalistas del país. Desde su promulgación y de manera sostenida, en su primera década de existencia sobrevivió a las presiones para su reforma, mismas que procuran reducir los derechos reconocidos a niñas, niños y adolescentes. Sin embargo, fue a inicios del año 2011 cuando una campaña organizada por directivos del Consejo Nacional de Universidades y estudiantes organizados por el partido de gobierno se manifestaron masivamente mediante marcha, proclamas y foros, demandando condenas hasta 30 años de prisión para adolescentes. Afortunadamente la inminente campaña electoral logró calmar a los que sostienen que la mano dura es la solución de la violencia juvenil en Nicaragua.

En el año 2010 el Comité de los Derechos del Niño de la ONU emitió Recomendaciones al gobierno de Nicaragua dado que observa con especial inquietud que 12 años después de la entrada en vigencia el Código de la Niñez y la Adolescencia no goce “de la prioridad necesaria y carezca de los recursos institucionales, humanos, técnicos y financieros necesarios para lograr la aplicación”.

Desde el año 2001 la Ley de Promoción al Desarrollo Integral de la Juventud establece que las y los jóvenes tienen derecho al respeto de su integridad, a no ser

sometidos a violencia de ninguna índole que menoscabe su dignidad humana. Establece la obligación de los servicios de salud de atender a las mujeres adolescentes y jóvenes que sufren violencia sexual a intrafamiliar en condiciones de respeto a su intimidad, confidencialidad y respeto que menoscabe su dignidad humana.⁹

Ley de Igualdad de Derechos y Oportunidades de febrero del 2008 establece que se entenderá como violencia en contra de las mujeres cualquier acción u omisión basada en su sexo que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres. La ley carece de mecanismos concretos para lograr la igualdad de oportunidades, su Reglamento fue elaborado sin participación alguna de las organizaciones de mujeres y prácticamente es desconocido. La más fuerte debilidad de la ley es que establece que el Instituto Nicaragüense de la Mujer es el responsable de su ejecución y evaluación, en tanto el INIM no cuenta con presupuesto ni poder frente a todas las instituciones del Estado y ha cambiado más de 6 Directoras Ejecutivas desde el 2007.¹⁰

El Nuevo Código Penal¹¹ publicado en mayo de mayo del año 2008, tipifica como delito la “violencia doméstica o intrafamiliar”¹². El término violencia “doméstica” ha sido superado, dado que no menciona la violencia contra las mujeres de manera clara y precisa. A la vez el mismo Código legitima la prolongación de las violencias contra las mujeres, al eliminar totalmente la posibilidad del aborto terapéutico, consignado en la legislación nacional desde 1837, quedando las mujeres completamente

madre, padre o tutor, los casos de maltrato, violación y abuso sexual, reiteración de faltas injustificadas, evasión escolar, uso, abuso, consumo y ... en caso de reincidencia o gravedad, están obligados a informar o denunciar al organismo o autoridad correspondiente las situaciones anteriormente señaladas.

8 Art. 76 El Estado, las instituciones públicas o privadas, con la participación de la familia, la comunidad y la escuela, brindarán atención y protección especial a las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en las siguientes situaciones: g) Cuando sean abusados y explotados sexualmente; i) Cuando sufran algún tipo de maltrato físico o psicológico.

9 Art 5 Las y los jóvenes tiene derecho a que se respete a su integridad física, psíquica, moral y social y a no ser sometidos a ningún tipo de violencia sea ésta familiar, sexual, social o de cualquier otra forma que menoscabe su dignidad humana. Artículo 18.3 Los servicios de salud deben de atender a las mujeres que sufren violencia sexual y familiar en condiciones que garanticen al respecto a su intimidad, de confidencialidad, el respeto a sus valores y creencias.

10 Art. 37 Para el efectivo cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley, se establecen las siguientes competencias: Instituto Nicaragüense de la Mujer: ejecutar, monitorear y evaluar el Plan Nacional de Lucha contra la violencia intrafamiliar y sexual a la mujer, niñas, niños y adolescentes como parte de las acciones de promoción de los derechos de las mujeres.

11 Ley No. 641 Código Penal, Nicaragua, 2008.

12 Art. 155 Sobre Violencia doméstica o intrafamiliar.

desprotegidas cuando las complicaciones del embarazo ponen en riesgo su vida o su salud, lo que constituye una forma cruel de violencia contra las mujeres.

En febrero 2012 se aprobó la Ley integral contra la violencia hacia las mujeres en un contexto especialmente complejo, -en pleno proceso electoral-. La ley es el resultado de los esfuerzos de más de 30 años de lucha feminista para erradicar la violencia en el país. Es importante que la propia Ley reconozca en su primer considerando que las medidas que se venían aplicando no lograron detener y resultaron insuficientes para erradicar la violencia contra las mujeres.

La Ley establece principios basados en la igualdad real, la integralidad, o sea el abordaje de todas las circunstancias que rodean y determinan la violencia, incluye la negligencia del Estado, el interés superior del niño o de la niña, el principio de no discriminación, el principio de no violencia, de igualdad de género, de protección de las víctimas, de publicidad, de resarcimiento, -este último como una novedad, porque obliga al Estado a que el agresor haga acciones de resarcimiento, incluyendo a la propia administración de justicia-.¹³ Establece por primera vez en la legislación nacional el femicidio¹⁴. Establece penas para funcionarios públicos, medidas precautelares y medidas cautelares, entre otras y prohíbe las mediaciones, que han sido una forma de promover la impunidad desde el sistema judicial y policial.

No hace referencia al Derecho Consuetudinario ni incorpora las propuestas de las mujeres líderes de la Costa Caribe nicaragüense, lo que debilita su aplicación y permite que la violencia contra las mujeres continúe, con arreglos con los agresores en las comunidades del Caribe.¹⁵

Plantea que la sociedad a través de sus organizaciones, tiene el derecho y el deber de participar y dice “de forma

protagónica”, para lograr la vigencia plena y efectiva de la ley, pero en la conformación de la Comisión Interinstitucional que velará por su cumplimiento, las organizaciones de mujeres quedaron completamente marginadas, pues se establece que solo podrán ser “oídas”, dado que solo tienen voz pero no se les permite voto, lo que desvirtúa el propio contenido de la ley y la participación real de las mujeres.

Aunque Nicaragua ha sido uno de los primeros países al Latinoamérica y del Caribe en ratificar la CEDAW¹⁶, el Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer de 1999 no ha sido ratificado aun. El Protocolo otorga al Comité de Expertas de la Convención la facultad de llevar a cabo investigaciones sobre violaciones sistemáticas o graves de los derechos humanos de las mujeres, de conformidad con la Convención y crea un mecanismo que permite la presentación de denuncias tanto individuales como colectivas ante el Comité.

A la actualidad 71 Estados han ratificado el Protocolo. Los dos gobiernos que asumieron bajo el signo del liberalismo en los años 1997 y 2002 -y el que asumió como revolucionario en los años 2007 y 2012- se han negado a firmar el Protocolo evidenciando sus coincidencias -por encima de sus ideologías-, dado que parecen sustentar que las mujeres no merecen contar con instrumentos que les permitan el acceso a la justicia.

Legislación existente hasta el año 2008

Después de la CIPD Nicaragua era el único país de la región centroamericana que no había desarrollado una legislación específica en materia de violencia contra las mujeres. Algunos artículos de las leyes de los '90 eran realmente ofensivas para las mujeres. Por ejemplo, la Ley 150 que reformó el Código Penal en 1992 establecía que si la mujer violada contraía matrimonio con el ofensor o le otorgaba su perdón, se suspendía el procedimiento y quedaba extinguida la prueba.¹⁷

Otra afrenta para la dignidad de las mujeres estaba consignada en el Arto. 208¹⁸ del anterior Código Penal,

¹³ La ley integral contra la violencia hacia las mujeres. Oportunidades y desafíos. Ana María Pizarro - *SI Mujer*. Marzo 2012.

¹⁴ Art. 9 Comete el delito de femicidio el hombre que, en el marco de las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, diere muerte a una mujer ya sea en el ámbito público o privado...”

¹⁵ La Ley integral contra la violencia hacia las mujeres. Oportunidades y desafíos. Ana María Pizarro. *SI Mujer*, marzo 2012.

¹⁶ En el año 1981, en plena Revolución Sandinista, el Estado nicaragüense ratificó la CEDAW.

¹⁷ Art. 196. Nicaragua, 1992.

¹⁸ Ley 150 Reformas del Código Penal. Nicaragua, 1992.

que establecía que “los autores del delito de violación, estupro y seducción ilegítima serán considerados padres de la prole que nazca de las mujeres ofendidas para los efectos sucesorios y alimentarios”. El nuevo Código Penal que entró en vigencia en el año 2008 de hecho derogó dichos artículos.

Violencia contra las mujeres en cifras y porcentajes

Según la Encuesta Nacional de Salud 2001/2006 el 19% de las mujeres encuestadas fueron maltratadas físicamente a partir de los 15 años de edad. El maltrato fue mayor entre las mujeres con menores niveles de educación, llegando a 26% entre las mujeres con ninguna educación formal, descendiendo al 15% entre las que tienen educación superior. La violencia aumenta con la edad, pasando del 8% entre los 15 a 19 años hasta el 31% de 40 a 44 años; una de cada tres mujeres separadas o divorciadas había recibido algún maltrato físico a partir de los 15 años de edad.

La posibilidad de denunciar la violencia es cada vez más conocida por las mujeres. Las campañas anuales de la Red de Mujeres Contra la Violencia y demás redes y organizaciones nacionales logran que las mujeres acudan a las Comisarías aunque no en todos los casos, ni sienten que sus demandas son atendidas con la diligencia requerida.

Entre los años 2006 al 2012 fueron presentadas 403,740 denuncias por diferentes tipos de violencia contra las mujeres; el 62% de las mismas fueron tipificadas como “faltas”, lo que significa que los agresores no van a ser pasados a los tribunales, de esta manera se inicia el frecuente y seguro camino hacia la impunidad.

De acuerdo a los registros de la Comisaría de la Mujer y la Niñez, las denuncias por violencia se incrementaron en 55.22% entre el 2006 y el 2011.¹⁹ Las lesiones graves que constituyen el 22% de las denuncias se incrementaron el

17%, los delitos sexuales fueron casi al 11% del total, entre ellos, las violaciones denunciadas fueron 1,873, 40 más que el año anterior. El 22.67% de las agresiones corresponde a niñas y adolescentes, menores de 18 años.

Todas las estadísticas nacionales demuestran que la violencia se ejerce especial y mayoritariamente contra las mujeres, independiente de su condición social, económica o física. En el año 2011, 203 mujeres con discapacidad física-motora, mental, auditiva o visual fueron agredidas, 52 más que el año anterior.

Según el Anuario 2011, en el Instituto de Medicina Legal IML, se realizaron 56,618 peritajes clínicos a personas vivas. Predomina el género femenino con el 75% del total evaluado.²⁰ La violencia de pareja ocupa el primer lugar con el 53% de los peritajes, la violencia entre miembros de la familia el 38% y el maltrato infantil el 7%, el maltrato a la tercera edad fue el 2%. Las mujeres fueron afectadas mayoritariamente por la violencia intrafamiliar con el 68% de las valoraciones realizadas.

El grupo de edad más afectado en las mujeres fue de 23 a 35 años con el 31% de peritajes; de 36 a 50 años con el 14% y de 18 a 22 años con el 12%. En relación con el nivel educativo, de las 2,409 mujeres evaluadas por violencia intrafamiliar, el nivel de secundaria fue 51%, primaria 30% y universitario 13% del total. Del total de consultas de violencia intrafamiliar valorados en Managua en el 2011, el 26% fueron amas de casa y obreras/os industriales el 18%, las estudiantes representaron el 17%.

Esposos, compañeros, familiares maltratadores

El patriarcado refuerza en las mujeres la falsa idea que para lograr reconocimiento social y protección contar con un esposo o compañero, también que la autoridad paterna no se discute. Es justamente en la pareja, el matrimonio o en el seno del hogar que las mujeres son maltratadas desde niñas, transformado ese espacio en el de mayor peligro para su sobrevivencia. En el año 2011 el 80% de las agresiones contra mujeres ocurrieron en su domicilio, según la Comisaría de la Mujer y la Niñez.

¹⁹ Estadísticas de la Comisaría de la Mujer y la Niñez 2011. Las denuncias pasaron de 21,604 en el año 2006 a 33,535 en el 2011.

²⁰ Anuario Estadístico Instituto de Medicina Legal. Nicaragua, 2011.

En IML en el 2011 informa que entre las mujeres que reportaron maltrato físico a partir de los 15 años, tres cuartas partes de ellas 76%, relataron que el responsable fue su marido o ex marido, mientras el padre fue identificado por 12% y la madre por el 10%.

Datos bastantes similares presenta la Jefatura Nacional de la Comisaría de la Mujer y la Niñez para el año 2011; reporta que del total de mujeres que recibieron maltrato el 32.33% estaba entre 15 a 25 años; el 32.9% del maltrato recibido fue por su cónyuge y el 19.4% recibió maltrato de su ex cónyuge. El 18% por familiares, entre los que se cuentan padre, madre, padrastro, abuelo, hermano, tío, primo y hasta cuñado, significa que todo el espectro que supuestamente mantiene vínculos afectivos con las mujeres también se considera autorizado a violentarlas.

ENDESA 2001/2006 reporta que el 48 por ciento de las mujeres alguna vez casadas o unidas respondió que había recibido maltratos verbales o psicológicos, el 27% violencia física y el 13% violencia sexual por parte de alguna pareja o ex-pareja. En total los datos indican que la mitad de mujeres alguna vez casadas o unidas en Nicaragua ha experimentado al menos uno de los tres tipos de violencia en su vida y el 10% ha experimentado los tres tipos de violencia.²¹

Femicidio: una práctica que se hace tradicional

El femicidio en Nicaragua puede considerarse una práctica tradicional, dada la frecuencia y la magnitud en que se presenta, ante la completa falta de actuación de las autoridades y de la complacencia del sistema judicial con los agresores, que mayoritariamente gozan de libertad, por ser protegidos desde las instancias oficiales, generalmente por afinidades políticas.

En el año 2011 la Red de Mujeres Contra la Violencia²² reportó 76 femicidios y dos mujeres que se suicidaron, evidenciándose mayor enajenamiento contra las mujeres por medio de violaciones, mutilaciones y quemaduras. Estas muertes fueron perpetradas después de vivir una

larga historia de violencia. Las víctimas de femicidios fueron mujeres jóvenes entre los 18 a 45 años y niñas de 7 a 11 años. Producto de estos asesinatos quedaron en el desamparo 55 niñas, niños y adolescentes.

La negligencia de los operadores de justicia incide en la desconfianza en el sistema, prevalece la impunidad y genera continuidad de los crímenes contra las mujeres; el 31.5% de los asesinos se encuentran prófugos, solo el 35.3% están siendo juzgados y únicamente el 7.6% han sido condenados por los tribunales.

La Comisaría de la Mujer en el mismo año reporta solamente 33 mujeres muertas víctimas de la violencia sexual e intrafamiliar, esto corresponde al 43.54% de la cifra reportada por la Red de Mujeres Contra la Violencia. La disparidad de las estadísticas da cuenta del subregistro oficial, que no reconoce la verdadera situación de violencia en el país. La Comisaría registra que solamente el 54% de los asesinos se encuentra detenido.

El Observatorio Nacional de Violencia de pareja, violencia sexual y femicidio²³, alimentado por las organizaciones integrantes de la Red de Mujeres Contra la Violencia, registra los reportes de los medios escritos, televisivos y radiales, desde el 2012 se retoman las estadísticas oficiales de la Comisaría de la Mujer y la Niñez

A setiembre 2012 se registraron 55 mujeres asesinadas, 13 de ellas habían puesto denuncias en las Comisarias de la Mujer y la Niñez en Managua, Distrito IV, Distrito V, Distrito VI, en la Comisaría de Tipitapa, Nagarote, Matagalpa, Chinandega, RAAN, RAAS, en reiteradas ocasiones, sin que las autoridades dieran las debidas medidas precautelares para salvaguardar la vida de las víctimas. 15 de ellas no denunciaron las agresiones, 13 mujeres fueron violadas antes de ser asesinadas y 2 niñas antes de ser asesinadas fueron secuestradas, torturadas y sus cuerpos fueron encontrados en predios baldíos semienterradas, hecho que demuestra el odio y desprecio de la vida de las niñas.

La impunidad impera en 54 femicidios, la poca beligerancia del sistema de justicia permite que 28 femicidas estén prófugos de la justicia, muestra de ello

²¹ Encuesta nicaragüense de Demografía y Salud 2001/2006.

²² En el Observatorio Nacional de violencia contra las mujeres, violencia sexual y femicidios del año 2011.

²³ Informe nonestral de femicidios. Red de Mujeres contra la violencia. Setiembre 2012.

es que 10 asesinos son considerados “desconocidos” y la Policía Nacional aun no sabe a quién buscar, 18 huyeron y se encuentran fuera del país, 4 se quitaron la vida, únicamente 22 se encuentran detenidos en espera de ser juzgados, lo que solo llega al 40% del total.

Los femicidas utilizaron balazos, machetazos, estrangulamiento, sustancias tóxicas, ahogamiento y pedradas para cometer sus crímenes. Los asesinatos fueron por parte de sus esposos, parejas, ex-parejas, suegros, conocidos, desconocidos, entenados, hijos, padres, tíos, compañeros de trabajo, vecinos, primos y sobrinos.

Managua, sigue siendo el departamento con mayor índice de femicidios 10, seguido de la Región Autónoma Atlántico Sur con 7; la RAAN con 6 y Jinotega con 6. En este período fueron asesinadas 3 mujeres en Costa Rica, sus cuerpos fueron repatriados a su lugar de origen.

Trabajadoras sexuales y violencia

El Colectivo de Mujeres de Matagalpa publicó en el año 2004 un estudio sobre las trabajadoras sexuales donde refiere que “la violencia en la historia de las mujeres trabajadoras sexuales está impregnada en sus vidas, violencia en la niñez, abusos en la infancia y adolescencia, y violencia en la actualidad, ya que el ambiente donde se desenvuelven, es un ambiente agresivo, asociado a alcohol, droga y machismo. Así como violencia entre las mujeres por irrespeto entre ellas, amenazas y competencia por los clientes”.

Las mujeres entrevistadas refirieron haber vivido diferentes situaciones de violencia, la mitad de su propia familia, el 27% han tenido conflictos con la policía, el 20% refieren violencia de los mismos clientes que las golpean y las ofenden y también su “patrón” con maltrato verbal”.²⁴

Trata de personas

En Nicaragua, el nuevo Código Penal²⁵ establece como delito en el Art. 182 la Trata de personas con fines de esclavitud, explotación sexual o adopción.²⁶ El artículo

315 prohíbe la sumisión, detención, o reclutamiento forzado de una persona para fines de esclavitud, trabajo forzado, servidumbre, o participación en conflictos armados; ésta ofensa implica penalidades desde cinco a ocho años de prisión.

La CIDH evalúa que “En los casos de trata de mujeres, se suma el hecho de que la víctima sufre los efectos de medidas policiales y judiciales que en lugar de asegurar la condena de los traficantes buscan la deportación de la víctima; inhibiendo así la posibilidad de la denuncia o, en caso de que ésta se diera, limitando que el juicio cuente con testigos/as, pues fueron deportados/as. Como resultado de todos los factores anteriores, los traficantes permanecen impunes. El abordaje de la trata con fines de explotación sexual continúa siendo deficiente en la región, pese a la magnitud del problema.

Las mujeres víctimas de trata son captadas principalmente en El Salvador, Honduras y Nicaragua para ser trasladadas a Guatemala, México, Belice o a los Estados Unidos. La mayoría de las víctimas serían mujeres jóvenes con edades comprendidas entre 19 a 25 años; aunque cada vez es más frecuente la captación de menores de edad por parte de las redes dedicadas a este delito.²⁷

Durante el año 2011, la Policía investigó 26 casos potenciales de trata de personas, incluyendo dos casos de trabajo forzado, y las autoridades entablaron 21 procesos judiciales. Todos los acusados y detenidos por trata de personas durante el año fueron reportados en estado de detención preventiva. Se condenó a 9 acusados de trata; los mismos fueron sentenciados a condenas de prisión de entre siete a doce años. Las autoridades nicaragüenses colaboraron con los gobiernos de países

ofrecimientos, engaños, promueva, facilite, induzca o ejecute la captación, reclutamiento, contratación, transporte, traslado, retención, acogida o recepción de personas, con fines de esclavitud, explotación sexual o adopción, para que la misma sea ejercida dentro o fuera del territorio nacional, aun con el consentimiento de la víctima será sancionado con pena de prisión de siete a diez años. En enero de 2012 este artículo fue reformado; se incrementó la pena de diez a catorce años y se amplió el concepto de ofensas consideradas como trata de personas.

²⁷ Nicaragua detecta 34 casos de trata de personas en últimos 15 meses. El Nuevo Diario, Nicaragua, 5 junio 2012.

²⁴ Nosotras mujeres Nosotras, trabajadoras sexuales, Colectivo de Mujeres de Matagalpa, Nicaragua, 2010.

²⁵ Ley No. 641, 9 de mayo del 2008.

²⁶ Quien en ejercicio de poder o valiéndose de amenazas,

vecinos en la investigación conjunta de casos de trata y en la repatriación de las víctimas.

En conjunto con organizaciones de la sociedad civil, las autoridades brindaron capacitación especializada en técnicas de investigación de trata a más de 1,500 oficiales de la ley, y el Ministerio de Relaciones Exteriores de Nicaragua capacitó a sus oficiales consulares en varios países sobre cómo identificar a las víctimas de trata. Otro aspecto pendiente es la proporción de personas y de funcionarios capacitados, lo cual es diferente por institución. Sin embargo, según la Procuraduría de DDHH en la Policía, el personal capacitado es del 85%, en el Ministerio de la Familia el 10%, mientras en el Ministerio Público es de tan solo el 2%. En el sistema judicial es del 1%.

La Procuraduría en Defensa de los Derechos Humanos, PDDH, presentó el estudio “Estado situacional de la trata de niñas, niños y adolescentes en Nicaragua” en el cual señala como una de las grandes deficiencias en la lucha contra la trata de personas la falta de un sistema único que registre las estadísticas de casos de trata, con indicadores que permitan dimensionar el impacto de este delito en Nicaragua. No existe una base de datos uniforme que registre las estadísticas de casos de trata por género, grupos étnicos y otros indicadores, que permitan dimensionar oficialmente el impacto del delito. En la región Atlántica no se utiliza un lenguaje sencillo y se limita a un solo idioma, sin incluir las lenguas maternas de la población indígena.

La Coalición Nacional contra la Trata de Personas en Nicaragua, declaró que en los últimos 15 meses de los 34 casos registrados de tráfico ilegal de personas, en 17 los responsables han sido condenados por el sistema de justicia. En Nicaragua las mujeres y niñas son las principales víctimas de ese negocio ilícito y generalmente son enviadas a El Salvador, Guatemala y México, para ser explotadas sexualmente. Se han registrado casos de hombres nicaragüenses que son forzados a viajar a Panamá para ser explotados laboralmente, lo que consideró una “nueva esclavitud”, de la que, además, podrían ser víctimas menores y adolescentes de ambos sexos.

Según datos del Ministerio Público, en el año 2011 hubo una efectividad del 81.25% en las acusaciones contra los

tratantes de personas en Nicaragua. Datos de la unidad especializada contra la trata de personas de la Policía Nacional señalan que se logró rescatar a 178 víctimas. Hasta el momento, 33 personas entre jóvenes, niñas y niños han sido liberadas de sus captores.

Incidencia de la violencia sexual

La Encuesta Nacional de Salud 2001/2006 revela que 11% de las mujeres de 15 a 49 años de edad reportó que en el transcurso de su vida había experimentado alguna forma de violencia sexual, el 9% que fue forzada sexualmente y el 6% vivió alguna situación de abuso sexual. Un 4% reportó que había sido víctima de ambos tipos de violencia sexual.

A las mujeres que reportaron sexo forzado o abuso sexual se les preguntó quién las había obligado a hacer estos actos, en la mayoría de los casos en los dos tipos de violencia sexual, los responsables eran personas conocidas de las víctimas. El 79% en los casos de sexo forzado y 87% en casos del abuso sexual, las personas abusadoras era conocidas de la víctima. Para el sexo forzado, los abusadores con mayor frecuencia fueron los esposos o compañeros con el 27%, los ex esposos o ex compañeros con el 30% y los vecinos, amigos u otros conocidos con el 10%. Para mujeres con experiencia de abuso sexual sin penetración, las personas identificadas fueron el ex esposo/ex compañero con el 24%, un vecino/amigo/o conocido con el 23%, o un esposo/compañero con el 16%. Los padres o padrastros fueron identificados como los responsables por 3% en casos de sexo forzado y 9% por ciento del abuso sexual.²⁸

Según las Comisarías de la Mujer y la Niñez²⁹, en el año 2011 se registraron 3,660 Delitos sexuales: Violaciones 1,827, Violaciones frustradas 260, Abuso sexual: 877, Estupro 479, Explotación sexual 27, Acoso sexual 184 e Incesto 6 casos.

El Instituto de Medicina Legal reporta que en el año 2011 se realizaron 5,086 peritajes por violencia sexual, lo que

²⁸ Anuario Estadístico Instituto de Medicina Legal. Nicaragua, 2011.

²⁹ Comparativo estadístico de Violencia Intrafamiliar y Sexual 2010 y 2011.

representa el 9% de todos los peritajes médico-legales realizados a personas vivas a nivel nacional. Significa que se evaluaron 424 personas por mes, 14 por día y un caso cada dos horas.³⁰ La tasa nacional de peritajes por violencia sexual fue de 86 por 100,000 habitantes.

El 90% de las víctimas son mujeres, lo que manifiesta el patrón predominante de la violencia sexual hacia las mujeres en Nicaragua. Los agresores se ensañan con las niñas y adolescentes: el 50% de los peritajes por violencia sexual fue en menores de 13 años, el 85% eran mujeres. El 35.5% entre los 14 -17 años, de ellos el 95% eran mujeres. El 6.2% fue entre los 18-22 años, siendo el 62% mujeres. También el 75% de los hombres eran menores de 13 años.

Al revisar la escolaridad en los peritajes clínicos por violencia sexual el 52% fueron en personas con estudios de primaria, el 31% de secundaria y el 13% sin escolaridad alguna. Los universitarios fueron el 2%. Hubo 3 personas con discapacidad que tampoco se escapan de la violencia sexual.

De los 5,086 peritajes realizados por violencia sexual, en el 80% el delito fue cometido por una persona conocida, miembros de la familia y otros conocidos: vecinos, profesores, religiosos y otros. Solamente el 16% fue por personas desconocidas. Las lesiones sexuales ocurrieron en el 31% evidenciaron daño corporal. El 83% son de vieja data, lo que significa que la víctima llega de manera tardía a realizarse la evaluación y solo el 17% son recientes. El total de años de vida saludables perdidos por violencia sexual en Nicaragua fue de 5,553 años en el año 2011.

El 60.5% de las víctimas eran estudiantes, el 10% amas de casa. Es muy importante la exposición de las niñas y los niños a la violencia sexual según las estadísticas presentadas por lo que se hace necesario un cambio de los patrones culturales, cuestionando la permisividad de la sociedad patriarcal y denunciando la ineficiencia del Estado para erradicar la violencia.

Delitos sexuales monitoreados en medios de comunicación

Católicas por el Derecho a Decidir Nicaragua, a través del Observatorio por una Conciencia Laica, presenta un análisis descriptivo de los casos de violencia sexual que han sido denunciados por los diferentes medios nicaragüenses de comunicación escritos en el año 2011. Los medios reportaron 338 víctimas de violencia sexual, de las cuales el 85.5% eran mujeres.³¹ Los delitos sexuales más comunes fueron la violación agravada 38.2%, violación 28.7% y explotación sexual 23.1%. Cabe destacar que 10 mujeres fueron violadas y asesinadas en este período y que una víctima de violación se suicidó.

Según la misma investigación, en el Código Penal de Nicaragua, existen circunstancias agravantes para los delitos sexuales. Las que más comúnmente se reportaron en los medios de comunicación fueron que el agresor es pariente de la víctima dentro del cuarto grado de consanguinidad 26.4%, entre el agresor y la víctima existía una relación de autoridad y confianza 24.8%, el agresor está ligado por matrimonio o unión de hecho con la madre 17.1%, la violación fue cometida con la participación de otras personas 15.5%, la víctima es una persona discapacitada física o mentalmente 7.8%, el agresor es portador de una enfermedad grave, transmisible por contacto sexual 2.3%, el agresor y la víctima hubiesen estado unidos en matrimonio o en unión de hecho estable 2.3%, la víctima resultó con graves daños en su salud física 1.6%, la víctima es una persona mayor de sesenta años 0.8%, la víctima estaba embarazada 0.8% o la víctima se encontraba en prisión 0.8%.

La mayor parte de los victimarios eran parientes cercanos: predominan los padres en 13 casos, abuelos 10 casos, tíos 87 casos, hermanos 2 casos e hijos 2 casos.

30 Anuario Estadístico Instituto de Medicina Legal. Nicaragua, 2011.

31 Violencia sexual y medios de comunicación escritos. CDD Indignación. Datos Sobre Violencia Sexual. Nicaragua 2011.

Violación y abuso sexual por parte de hombres y mujeres policías

Las denuncias contra policías por violación o abuso sexual han ido en aumento en los últimos años. La pérdida de confianza de la ciudadanía en la Policía Nacional se va transformado por vía de los abusos policiales en franco temor y desconfianza, dado que las violaciones de los DDHH por parte de funcionarios de esa institución no se resuelven solamente dándoles de baja deshonrosa, sino mediante un profundo cuestionamiento del abuso de autoridad -que frecuentemente son considerados hechos aislados-.

En Noviembre del 2012 un policía del Distrito Seis de Managua recibió 12 años de prisión por el delito de violación agravada en perjuicio de una joven de 26 años. Para otros dos agentes policiales la pena impuesta fue de 13 años de cárcel por violación agravada en perjuicio de una adolescente de 15 años. Los hechos ocurrieron en el mes de abril del presente año, en el baño de las celdas de mujeres y en el cuarto de reconocimiento de esa unidad policial.³²

También en noviembre del año 2012, -con motivo de protestas en Nueva Guinea³³, una adolescente de 17 años reveló ante la Comisión Permanente de Derechos Humanos CPDH, que policías la obligaron a quitarse la ropa con el pretexto de requisarla. Ella quedó únicamente en calzón en medio de un cuarto oscuro de la estación policial, mientras los oficiales se dieron festín con su cuerpo: le apretaron los senos, las nalgas y su vagina, denunció la joven. Hasta las mujeres policías participaron del manoseo, “aquí hasta cochonas (lesbianas) nos vamos a volver”, decían las policías durante el acto de “requisa”, según la denuncia.³⁴

32 Según la Fiscalía, a eso de las 8:30 p.m. del 3 de abril el acusado Giovanni Ramírez realizaba sus funciones en el área exterior de las celdas de mujeres e ingresó donde se bañaba M.S.L.G., de 26 años y la violó. A las 12:30 a.m. del 4 de abril los oficiales Francisco Ocón y Yesell Rodríguez violaron a la reo adolescente A.Y.R.M., de 15 años, en el cuarto de reconocimiento, donde fue llevada, supuestamente, para ser entrevistada. Cárcel a ex policías por doble violación. La Prensa 27 de noviembre 2012.

33 Municipio de la RAAS, protestaban por el fraude electoral que despojó de la alcaldía al actual alcalde que buscaba la reelección por el Partido Liberal Constitucionalista.

34 Semanario Confidencial. Nicaragua, 27 de noviembre 2012.

Un funcionario de la CPDH, aseguró que entre los detenidos de ese día en Nueva Guinea iban cinco mujeres, quienes fueron víctimas de “esas requisas obscenas”. La Jefa de la Comisaría de la Mujer en Nueva Guinea, -según la denuncia- estaba presente cuando los efectivos policiales manoseaban a la adolescente, e incluso alentaba a sus subordinados a seguir, y luego golpear a las mujeres en uno de los pasillos de la estación.

“Estás rica, te voy a meter el dedo”, vociferaba uno de los policías oculto tras un pasamontaña. “Te voy a tomar una foto abierta porque estás buenota”, decía otro de los que participaba del abuso, afirma otra de las mujeres afectadas. Una más relata que recibió tres golpes por parte de un oficial, quien al verla revolcarse de dolor no la sometió a “la requisa”, pero sí la obligó a sentarse en un banco a ver cómo sus compañeras de la juventud liberal eran ultrajadas.

Atención a las mujeres sobrevivientes de violencia

El personal de salud de primer nivel y de emergencias no está totalmente capacitado para atender a las víctimas de violencia sexual desde la perspectiva de género. Apenas en 1996 el Ministerio de Salud reconoció la violencia como un problema de salud pública y estableció una norma que nunca se conoció ampliamente por el personal ni hubo capacitaciones especializadas para quienes brindan la atención directa, por lo que las víctimas no recibieron tratamiento adecuado en la última década.³⁵ No puede dejar de mencionarse que dicho decreto fue elaborado en plena campaña electoral, en las postrimerías del gobierno de Violeta Chamorro y pasó como un documento más, sin aplicación efectiva.

La Política de Género 2007-2011 del gobierno actual, denominado de Reconciliación Nacional, no hace referencia expresa a alguna acción o medida que trabaje

35 El Decreto Ministerial #67-96 del Ministerio de Salud reconocía que la violencia en contra de las mujeres es un problema de salud pública y orienta a que el Estado facilite acciones para su atención, 1996.

en pro de la reducción de la violencia intrafamiliar y sexual. Pero si hace referencia a acciones concretas de derechos a la propiedad, independencia económica, asignación de cuotas de participación en política-social y cultural, entre otros.

Aunque en el año 2006 la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva³⁶ define la Violencia de Género como “una violación a los derechos humanos y se refiere sobre todo a la violencia contra la mujer, es decir, a cualquier acto ò conducta basado en el género que resulta, o tiene la posibilidad de resultar en daño físico, sexual o psicológico en las mujeres”, la atención de las sobrevivientes conlleva demasiadas barreras que hace que las mujeres prefieran no buscar atención en el sistema de salud por los interrogatorios a las que son sometidas, la falta de privacidad y de capacitación del personal que las atiende.

En el año 2011 la Comisión Interamericana de DDHH de la OEA valoró la atención que reciben las mujeres en Nicaragua de la siguiente manera:³⁷ “en la mayoría de los países de la región, las Comisarías de Policía son el primer lugar en donde acuden las mujeres a denunciar. Sin embargo, la CIDH ha recibido información consistente indicando que en estos lugares es donde se les otorga la menor cantidad de apoyo a las víctimas y en donde las actitudes sensibles al género y la disposición de apoyarlas es escasa.

Mencionó por ejemplo que “un diagnóstico sobre la Violencia Intrafamiliar y Sexual realizado en Nicaragua por la Policía Nacional en el año 2008 señala cómo la falta de capacitación y sensibilización para brindar atención especializada tiende a provocar que los funcionarios de la policía consideren los casos como simples conflictos familiares, y hasta pueden llegar a aconsejar a las mujeres el tratar de arreglar la situación con su pareja”.

También afirma el informe de la OEA “en Nicaragua a pesar que algunas Comisarías han sido remodeladas, aun prevalecen espacios físicos con carencias respecto a su tamaño. Las divisiones son móviles, propiciando un ambiente que no favorece la privacidad para la víctima y

el personal que la atiende. Todo esto agrava la situación de la víctima que tomó la decisión de denunciar un hecho de violencia; lo que provoca que desista de regresar por la falta de atención a su denuncia; por el maltrato del que es objeto por parte de los funcionarios; y por la vergüenza de exponer públicamente su caso”.

“Aunado a lo anterior debe mencionarse que las personas responsables de la recepción de la denuncia y de la investigación tienden a no considerar las particularidades propias de las víctimas, como es el caso de las mujeres indígenas, las mujeres migrantes, o las mujeres afro descendientes. Aunque a nivel normativo existe una protección especial para la niñez y la adolescencia, en la práctica la mayoría de los países no contemplan una atención especializada. No se diferencia entre niñas y adolescentes, o incluso, entre adolescentes y mujeres adultas”.

La Ley 779 tiene como uno de sus propósitos evitar la victimización de las mujeres, sin embargo, es importante conocer la valoración de una instancia internacional sobre la forma en que transcurre el proceso de acceso a la justicia en Nicaragua “Desde la interposición de la denuncia, las mujeres deben repetir sus testimonios ante distintos operadores/as de justicia, lo que favorece su victimización.

La CIDH señala además que en este peregrinar ante policías, fiscales, investigadores y juzgadores, las mujeres enfrentan creencias religiosas y preceptos discriminatorios que tienden a minimizar la violencia sufrida y a humillar a las víctimas. Muchos funcionarios asimismo pierden la sensibilidad frente a estos casos (síndrome del “quemado”), y la perspectiva de la mujer víctima. Se convierte a la víctima en un objeto; calificándola como “la mujer violada”. Pasa a ser un número más de las estadísticas”.

Aunque se realizan campañas destinadas a promover los derechos de la niñez y la adolescencia, no se realizan campañas o acciones públicas sobre la violencia sexual hacia las niñas que se apeguen a los consensos internacionales. Las organizaciones de Mujeres y la Red de Mujeres Contra la Violencia realizan campañas anuales para informar a la población en general, a las mujeres en particular y prevenir a las niñas y adolescentes. En el mismo sentido trabaja

³⁶ Ministerio de Salud, Nicaragua, 2006.

³⁷ CIDH Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual en Mesoamérica 2011.

el Movimiento Contra el Abuso Sexual MCAS, que ha denunciado reiteradamente la protección complicidad de las autoridades con los agresores.

Protocolos para la atención de la violencia

En el año 1996 mediante el Decreto No.67-96, el Ministerio de Salud reconoció que la violencia intrafamiliar era un problema de salud pública; el decreto procuraba la prevención, vigilancia y atención de las mujeres víctimas de violencia en el sistema de salud. Este decreto fue muy poco conocido por el personal del MINSa que debía aplicarlo.

Desde fines del año 2009 el MINSa mediante un Acuerdo Ministerial publicó las Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual cuya finalidad es establecer los lineamientos básicos y de aplicación obligatoria para todos los prestadores de servicios de salud que brindan atención a casos de violencia intrafamiliar y sexual del sector salud y contribuir a la prevención, detección y atención de las personas sobrevivientes de violencia intrafamiliar y sexual, así como la promoción de estilos de convivencia solidarias y saludables en coordinación interinstitucional y participación comunitaria.

Según su texto, las normas hacen pensar que su aplicación llevaría a una situación ideal donde Estado y sociedad suman esfuerzos para atender a las víctimas. Pero no fueron consultadas ampliamente en las organizaciones que trabajan en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres. La norma, que no ha sido difundida ni es conocida por el personal que la debe aplicar, –tal como ocurrió con las anteriores- de hecho tampoco se aplica.³⁸

Según la valoración de la CIDH de la OEA “en Nicaragua, al interior de la Policía Nacional funciona un modelo de atención especializado en tres niveles: prevención, atención y protección. El primero se basa en la coordinación interinstitucional e interdisciplinaria y de la comunidad organizada, para la capacitación de la población en general; el segundo aborda la atención

especializada a la víctima de delitos sexuales por parte de las instancias que intervienen, especialmente investigadoras policiales, psicólogas, trabajadoras sociales y asesoras jurídicas. El último nivel ofrece protección a las víctimas en los albergues existentes”.³⁹

“También opera un modelo de intervención ante situaciones de violencia desarrollado por los centros u organizaciones de mujeres. Es un modelo de intervención articulado desde las organizaciones de mujeres, cuya meta es el empoderamiento individual y colectivo de las víctimas de violencia, mediante un proceso de atención integral, que consiste esencialmente, en facilitar la apropiación de los derechos por parte de las mujeres, y el desarrollo de procesos de recuperación de su poder personal, vulnerado por la violencia”.⁴⁰

Violencia contra las mujeres en el currículo de Medicina

En Nicaragua el tema de violencia está integrado como parte del Seminario de Formación Integral que tienen que cursar los estudiantes de cualquiera de las carreras universitarias en la UNAN de Managua. En la Facultad de Medicina se incluye en segundo año de la carrera y luego no vuelve a tratarse hasta finalizar la misma.

Esta situación es la base del desconocimiento que impera en los servicios públicos a la hora de atender a las mujeres que acuden como sobrevivientes de violencia, o en crisis por la violencia sexual. En la Maestría de Salud Sexual y Reproductiva se incluye la violencia contra las mujeres.

Presupuesto nacional para prevenir y atender la violencia

No se conoce que exista en el Presupuesto General de la República ni en el del MINSa una partida específica para la prevención y atención de la violencia. Tampoco la proporción del gasto en salud para la prevención y tratamiento de la violencia sexual. A fines del 2012 medio año después de entrada en vigencia la Ley 779, ni hay presupuesto definido por parte del Estado para atender

³⁸ Normas y protocolos para la prevención, detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual. MINSa 2009.

³⁹ CIDH Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual en Mesoamérica 2011.

⁴⁰ CIDH Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual en Mesoamérica 2011.

esta problemática ni se conoce si en el presupuesto nacional del 2013 será incluida una partida suficiente. Las instancias que atienden estos delitos enfrentan serias limitaciones para mejorar los procedimientos y las condiciones físicas. La Ley 779 inició su aplicación en el año 2012 sin contar con recursos suficientes y aunque el Presupuesto General de la República 2013 está en pleno proceso de aprobación, no se conocen iniciativas que garanticen un rubro específico para la prevención y atención de la violencia hacia las mujeres.

La Presidenta de la Corte Suprema de Justicia señaló que anualmente se necesitan unos 60 mil dólares para el funcionamiento de un juzgado. La funcionaria destacó que “no son tan irresponsables como para lanzar la ley sin fondos”, agregando “ya pasamos a la Asamblea Nacional los requerimientos de este año y el establecimiento de seis juzgados especiales y la sala especializada de Managua”.

Igualmente, la Policía Nacional busca fondos para la aplicación del modelo de atención integral y para la construcción de las cámaras de Gesell para brindar mejor atención a las niñas o a las mujeres agredidas y no re victimizarlas. Al finalizar el año 2012 no se tenía información sobre si dichos fondos fueron asignados.

Derechos sobre la integridad corporal de las niñas

Violencia sexual contra las niñas: barreras e impunidad

En mayo del año 2009, el Comité contra la Tortura remitió a gobierno de Nicaragua el examen del informe aprobado en el 42º período de sesiones en Ginebra un año atrás⁴¹. Su resolución advierte con firmeza sobre la situación de las mujeres y las niñas relacionada a la violencia sexual, incluida la prohibición del aborto:

⁴¹ Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del Artículo 19 de la Convención. Observaciones finales del Comité contra la Tortura: Nicaragua, Ginebra, 27 de abril a 15 de mayo de 2008

- El Comité expresa su profunda preocupación por la prohibición general del aborto en los artículos 143 a 145 del Código Penal, incluso en casos de violación sexual, incesto o presuntamente de embarazos que amenazan la vida de la mujer, que en muchos casos resultan directamente de crímenes relacionados con violencia de género. Esta situación implicaría para los grupos de mujeres arriba señaladas una constante exposición a las violaciones cometidas contra ellas, lo que supone un grave estrés traumático con el riesgo de padecer prolongados problemas psicológicos, tales como ansiedad y depresión. El Comité nota también con preocupación que las mujeres que solicitan el aborto, corren por ello el riesgo de penalización.

Para el 25 noviembre 2010 Amnesty Internacional publicó una denuncia contra el Estado de Nicaragua llamada “No más violencia sexual contra las jóvenes nicaragüenses: escucha sus voces, actúa sobre sus palabras.”⁴² En dicho informe afirman que “La violación y los abusos sexuales son delitos generalizados en Nicaragua, y la mayoría de las víctimas son jóvenes. Más de dos tercios de las violaciones denunciadas entre 1998 y 2008 se cometieron contra niñas menores de 17 años”.

“Las jóvenes que sufren violencia sexual o que corren el riesgo de sufrirla tienen difícil acceso a la información. Muchas se encuentran atrapadas en situaciones abusivas en las que no hay una salida clara. El estigma asociado a los delitos sexuales implica que, a menudo, es a la víctima a quien se culpa, y no al agresor”.

“Para las niñas que denuncian, la lucha por obtener justicia puede ser traumática. Los fallos y la falta de recursos del sistema de justicia significan que, a menudo, los casos se derrumban y los agresores quedan libres. Las sobrevivientes de violaciones y de abusos sexuales que consiguen llegar hasta la vista judicial a menudo abandonan porque el proceso legal es demasiado caro o demasiado traumático”.

“Las jóvenes sobrevivientes de violación o de abuso sexual reciben un mínima apoyo del gobierno, o ninguno, para rehacer sus vidas. Las afortunadas tienen acceso a ayuda psicológica y jurídica en centros o refugios independientes para mujeres y jóvenes, pero esto no basta para garantizar ayuda a todas las niñas que lo necesitan”.

⁴² www.amnesty.org/es/stay-informed/publications/books/Escucha-sus-voce-y-actua.

“Algunas jóvenes sobrevivientes se enfrentan al trauma adicional de descubrir que el violador las ha dejado embarazadas. Las que deciden llevar su embarazo a término reciben apenas una pequeña ayuda del Estado, si es que reciben alguna, para recuperar sus sueños y esperanzas de futuro. Para otras, la idea de dar a luz a un bebé fruto de una violación es insoportable. Sin embargo, una ley de 2008 que tipifica el aborto como delito en cualquier circunstancia, incluso para aquellas niñas víctimas de violación, no les deja muchas opciones”.

No se conoce la proporción de casos resueltos penalmente en relación a los casos denunciados de violencia sexual contra niñas y niños. Por tanto, no hay manera de medir la eficacia del sistema de justicia en materia de delitos sexuales contra la niñez y la adolescencia.

En una investigación independiente realizada entre 1994-1996, de los 370 casos que pasaron a los juzgados en fase instructiva, el 26% no se promovieron porque la familia de la niña agredida no se presentó o no continuó la causa; en el 41% (150 casos) se dictó auto de formal prisión, en el 17% de los casos se dictó sentencia de sobreseimiento provisional, al 16% (60 casos) sobreseimiento definitivo. De los 150 casos en que se dictó formal prisión, sólo el 81% (122) pasaron al proceso de jurado, de ellos, el 47% (57) fueron declarados inocentes. Midiendo el total de las denuncias, el 83% de los agresores sexuales contra las niñas se encontraba en libertad un año después de la investigación.⁴³

Embarazos no deseados y violación. Las niñas madres

Los nacimientos en niñas de 10 a 14 años se han incrementado notablemente, a julio del 2012 el FNUAP reportó que estos embarazos aumentaron el 47% en 9 años, según cifras oficiales, pasaron de 1,066 en el año 2000 a 1,477 en el año 2009. Antes y después que se derogó el aborto terapéutico en Nicaragua, las niñas son forzadas a parir el producto de una violación, pues a nadie puede pasar desapercibido que en esas edades no se pueden consensuar relaciones sexuales, dada la inmadurez emocional de las criaturas, las que son violadas y embarazadas.

Según el reporte de CDD, en el año 2011, el embarazo no deseado fue una de las consecuencias más comunes de la violación: 13 mujeres resultaron embarazadas producto de la violencia sexual, de ellas, cinco eran niñas de 11 y 12 años, 6 eran niñas de 13 y 17 años, y en 2 casos no se especificó su edad. Sus agresores fueron el padrastro 3, hermano 2, padre 1, primo 1 y sin datos 6.

Ningunas de las instituciones responsables de la atención y seguimiento a las víctimas y sobrevivientes de violencia sexual llevan un registro de las niñas, adolescentes y mujeres que quedan embarazadas después de una violación.

Las niñas son forzadas a parir el producto de una violación, sin embargo, en los servicios públicos son atendidas bajo el “enfoque de riesgo”, se considera que “el embarazo” es de alto riesgo, no que las niñas está en alto riesgo-, y se han todos los esfuerzos para que el “producto de la concepción” nazca en las mejores condiciones, ignorando por completo las circunstancias en que se inició la gestación, ni el riesgo de morir o quedar con secuelas, producto de las graves complicaciones que acarrearán este tipo de situaciones en las niñas.

Esto refleja la gravísima situación de las niñas y adolescentes víctimas de la violencia, la que resulta en embarazos forzados, embarazos de riesgo y nuevos embarazos producto de la impunidad, dado que todas regresan al mismo ambiente donde fueron embarazadas y continúan a expensas de sus agresores.

En el año 2010 se atendieron en la Casa Materna 24 niñas embarazadas de 10 a 14, no se conoce que hayan reportado estas niñas embarazadas a las autoridades policiales ni judiciales, a pesar que la violencia es un delito de orden público, o sea no requiere de la denuncia de la víctima o sus familiares. Mujeres Líderes convocada por *SI Mujer* en octubre 2010 expresaron “Sabemos que sus familiares, padres, abuelos, son los que embarazaron a las niñas, pero no los denuncian, cuando ellas salen de alta van nuevamente a vivir al mismo lugar y con las mismas personas, pueden regresar dos o tres veces más, igualmente embarazadas”...⁴⁴

43 La Condición de la Niña Víctima de Abuso Sexual. Proyecto de Monitoreo de la CIDP en Nicaragua, *SI Mujer* - RSMLAC, 1997.

44 Informe de la Costa Caribe nicaragüense 2009-2012: El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. Según Indicadores de la Base de Datos ATENEA. *SI Mujer* - RSMLAC

Violencias, complicidad, arreglos, mediaciones y tráfico de influencias

En un informe la Comisión Interamericana de Derechos Humanos afirma “En Nicaragua, en el 2008 ingresaron al sistema de justicia 1,133 denuncias por violencia sexual. El 56% de los casos fueron resueltos; el 70% fueron sobreesidos, el 15% absueltos y solamente el 15% condenados. Un estudio reciente arrojó que la mediación es una de las formas de aplicación del principio de oportunidad más utilizada y constituye la más frecuente causa de la extinción penal en las sentencias de sobreesimiento; se presentó en 54 de 123 sentencias, el 43.90% del total”.⁴⁵

“El mismo estudio determinó que la renuncia o el perdón de la víctima, aunque improcedentes legalmente en delitos de estupro, violencia intrafamiliar, acoso sexual, abuso sexual, violación, violación agravada y amenaza con armas, son las principales causas de extinción de la acción penal”. También, en el marco de los estereotipos sexistas y discriminatorios, la CIDH observa que “se tiende a excusar la actuación del agresor sexual, priorizando la justificación del hombre para agredir a la mujer por encima de la víctima, de su declaración, y del bien jurídico tutelado”.

La Dirección de Comisaría de la mujer y la Niñez de la Policía Nacional de Nicaragua, en el informe llamado “Comparativo Estadístico de Violencia Intrafamiliar y Sexual del 2010 y 2011” reportó 3,660 casos de violencia sexual en el año del 2011. De estos, sólo el 83% (3,047) fue remitido al Ministerio Público, quedando 607 victimarios en total impunidad, pues fueron desestimados por ésta institución. En un análisis comparativo de estas dos instituciones, se concluye que 1,857 víctimas se quedaron sin acceso a la justicia a pesar que el Estado tiene la obligación de detener la impunidad de éstos crímenes y garantizar el derecho a la integridad de las mujeres y las niñas.⁴⁶

45 CIDH Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual en Mesoamérica 2011.

46 Violencia sexual y medios de comunicación escritos. CDD Indignación. Datos Sobre Violencia Sexual. Nicaragua,

Licor más “arrebato” = fórmula para la impunidad

La CIDH agrega respecto de la impunidad “Un claro ejemplo lo constituye una sentencia reciente emanada de la Corte Suprema de Justicia de Nicaragua, que en la resolución de un caso de violación sexual reduce la pena impuesta por el tribunal a *quo* al imputado, señalando que “junto al hecho, concurren circunstancias atenuantes de responsabilidad penal, como es, el estado de arrebato”.

Esta justificación prevaleció junto al tráfico de influencias y a la valoración parcializada del caso por presiones partidarias, la sentencia definió el “arrebato” como “Obrar por causas o estímulos tan poderosos que hayan producido arrebato u obcecación” previo al desarrollo de los hechos acaecidos, injirió cervezas, ingesta que produjo furor y enajenamiento relativo causando excitación sexual y desenfreno más el hecho que la víctima fue cooperadora; así se desprende del contenido del relato de la víctima cuando expresó: “le decía Farinton déjame y nunca me dejó de abofetear, yo trataba de cerrar las piernas, él se pegó en mí toda la noche, se me pegó en mis partes, toda la camisa me la rompió y me abrió de una manera salvaje”.

Esta sentencia define un precedente absolutamente negativo en la jurisprudencia nacional y está siendo utilizada para obtener la libertad de agresores sexuales; Nicaragua desde hace muchos años exhibe como violadores a figuras nacionales de la política o el deporte, como boxeadores, beisbolistas u otros personajes públicos que nunca llegan a la cárcel.

Campeón de box protegido desde el poder

En septiembre de 2004, una joven aseguró que Ricardo Mayorga, -campeón nacional de box a punto de salir del país para defender un título mundial en Nueva York-, la violó y agredió físicamente en un hotel de Managua. El Instituto de Medicina Legal examinó a la víctima y corroboró que hubo “penetración forzosa” y “agresión física” contra la joven. El dictamen médico legal fue confirmado por el Jefe del Distrito Tres de la Policía. A Mayorga una juez le dictó prisión preventiva y restricción

2011.

migratoria, pero nunca llegó a ser juzgado, salió del país y dedicó su pelea al actual presidente de Nicaragua.⁴⁷

A pesar que en Nicaragua la violencia contra las mujeres ha sido declarada por el Ministerio de Salud como un “problema de salud pública” desde 1996, la institución continúa minimizando los casos de abusos sexuales. Esta vez en el norte del país, donde dos mujeres embarazadas de Jalapa, municipio de Nueva Segovia, fueron abusadas por el actual Director del Centro de Salud Ramón Zeledón Sanabria.

Premian a médico abusador de campesinas

La Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe recibió una denuncia del Grupo de Mujeres Oyanka que descubrió en el año 2006 el abuso sexual que sufrieron dos humildes campesinas embarazadas. Uno de los abusos se produjo delante de la hijita de dos años de la víctima. Desde ese período se interpuso la denuncia en la Policía, luego pasó a manos de la Fiscalía. En esta última instancia se dio el caso por cerrado. El MINSA nunca respondió por la denuncia, después de los abusos y las denuncias policiales en contra del médico, Zeledón Sanabria fue nombrado Director del Centro de Salud de Jalapa, y luego fue nombrado Médico Forense ad honorem por la Corte Suprema de justicia.

Oyanka denunció que Zeledón Sanabria tiene contactos con el partido gobernante, puesto que un grupo de personas allegadas a él han intercedido ante la Ministra de Salud para que no lo destituyan. A pesar que la Presidenta de la Corte ha sido demandada para que responda por este caso, se conoce que al médico le ofrecieron un beca en el exterior para alejarlo del lugar, sin que hasta la actualidad haya sido procesado.

Policías violadores de niña discapacitada

El 13 de agosto 2012 tomo estado público la denuncia contra cinco policías, entre ellos oficiales designados a la seguridad de la casa presidencial, implicados en la violación a una niña de 12 años con discapacidad intelectual, que había ocurrido hacía más de veinte días. La Policía se negó durante varios días más a brindar los

nombres de los oficiales acusados, demoró en pasar el caso a la Fiscalía y tampoco quiso aceptar la denuncia presentada por el padre de la niña el mismo día de las múltiples violaciones.⁴⁸

El padre de la niña habló de los obstáculos que enfrentaron desde un inicio cuando buscaba justicia, pues las autoridades pretendían un trámite “calladito” e incluso autoridades policiales insistieron a los padres de la niña “que para qué vinieron al Cenidh (...) el Cenidh es igual a escándalo”, como si el hecho mismo bochornoso no fuera un escándalo, afirmó el Director de esa organización. El progenitor de la víctima también denunció que desde un inicio una psicóloga del Distrito Dos de Managua pretendió hacer sentir culpable a la niña diciéndole “¿vos los conocías?, ¿vos te fuiste con él? “siempre, todo el tiempo defendiendo a los policías”.

Resaltó que en menos de 12 horas ya tenían a dos de los sospechosos reconocidos por la niña, pero luego el caso fue trasladado a Dirección de Auxilio Judicial y allí se perdió todo”. En el lugar de la violación se encontraron preservativos, manchas de sangre y parte de la vestimenta de la víctima. El padre de la niña aseveró que pese a que su hija reconoció a varios de los implicados, “me quisieron hacer creer que fueron personas civiles (que violaron a su hija), mi hija sabe que son policías”.

MINSA y Alcaldía protegen a médico violador

Cuando se trata de violencia sexual todas las profesiones están involucradas, y no falta el apoyo para los violadores -especialmente promovido desde instancias oficiales-. El 23 de octubre 2012 un juez de Jinotega declaró culpable al médico de San Rafael del Norte, Marco Antonio Roa Miranda, por abusos sexuales a una joven de 20 años hecho ocurrido en el consultorio médico del Centro de Salud de ese Municipio.

El Movimiento Contra el Abuso Sexual denunció que el médico durante el juicio recibió apoyo y acompañamiento de miles de ciudadanos, ciudadanas, médicos/as y enfermeras que se trasladaron a las audiencias en ambulancias, buses, camiones, camionetas y otras

⁴⁷ Ricardo Mayorga nunca fue juzgado ni cumplió sentencia.

⁴⁸ Según denunció el padre de la víctima en el Centro Nicaragüense de Derechos Humanos. Diario La Prensa, 13 agosto 2012.

medios que facilitó la Alcaldía Municipal de San Rafael del Norte, con la autorización del alcalde liberal. Estos hechos violentan la Ley de Municipios, disponiendo de recursos y decretando días asueto para apoyar al delincuente. Asimismo, denunció la actitud poco ética del personal del Centro de Salud de San Rafael y la pasividad del Ministerio de Salud, que ha traducido en apoyo para el médico violador. Ambas instituciones violan además la Ley 779, incitan a la violencia y generan más daños para la joven que fue víctima de violación.⁴⁹

Beisbolista evade la justicia por violación agravada

En noviembre 2012, el MCAS se pronunció sobre los operadores judiciales asumen una posición de protección a los abusadores, como en el caso de Jimmy González, -un pelotero que llegó a la Selección Nacional de Beisbol a pesar de múltiples denuncias y cuya causa está detenida en el Ministerio Público; la acusación en su contra por el delito de violación agravada en una niña de 13 años no ha prosperado.

Otra reciente denuncia -contra Róger Chamorro en Masaya- de quien se dice no puede ser juzgado por ser allegado al partido de gobierno y con fuertes vínculos con el Poder judicial. Denuncian también la situación de una niña que fue violada por cinco agentes policiales y un guarda de la seguridad presidencial, para quienes se ha realizado un proceso tardío, poco claro y sobre quienes la Jefa Nacional de Policía adujo que “cometieron un error”, invisibilizando de esta manera que el abuso sexual es un delito.⁵⁰

Desconfianza en el sistema de justicia

El Movimiento Contra el Abuso Sexual afirma “muchas familias no acuden a interponer denuncia, no solo por temor y vergüenza, sino por desconfianza en los operadores judiciales, pues la cantidad de abusadores que son declarados no culpables es mayor que el número de condena para los delincuentes y en el imaginario social está prevaleciendo cada vez más que

los abusadores sexuales pueden quedar impunes ya que son protegidos por el poder de las instituciones”.

También que “el ámbito en que resulta más invisibilizado el abuso sexual es la escuela, siendo uno de los lugares de ocurrencia frecuente, así como de detección frecuente por parte de maestras/os, quienes se encuentran sin conocimientos y alternativas para dar respuestas. La inaccesibilidad del Ministerio de Educación para este tema, deja en evidencia la poca disposición para abordar la problemática y generar acciones de prevención y protección para niñas, niños y adolescentes”.

Complicidad de jueces

En el II Encuentro Nacional por la Salud y la Vida de las Mujeres, en setiembre 2011⁵¹, la Red Costeña contra la Violencia denunció la situación de una niña en la Comunidad Waspado, El Tortuguero, en la RAAS, mencionando que las responsables de la Secretaría Regional de la Mujer, la Red Costeña contra la Violencia y la Comisión de acceso a la justicia de la Red Costeña, hicieron una denuncia pública y cartas dirigidas a la autoridad local Dr. Rodolfo Martínez y nacional Dra. Alba Luz Ramos Presidenta de la Corte Suprema de Justicia, a las Procuradoras de la Niñez y la Mujer, etc., ante el insensible e incorrecto manejo judicial de la violación a una niña de 11 años, analfabeta, huérfana de padre y madre, criada por su madrina, originaria y residente en la comunidad de Waspado, el Tortuguero, a quien llamaron “nuestra bebé”.

En setiembre 2010 el Juez Suplente de audiencia Avelino Gutiérrez Cordero sustituyó la medida cautelar de prisión preventiva decretada por el Juez Propietario de Audiencia Lic. Martín Henríquez por presentación periódica los días viernes, manteniendo sólo la caución personal de un fiador, que no cumple con lo estipulado en el Código Procesal Penal, que un fiador/ra debe ser de reconocida y buena conducta, responsable, con capacidad económica para atender las obligaciones que contrae. Prácticamente se dejó en libertad absoluta al acusado, con libre movilización hacia el Tortuguero y

49 <http://www.mcas.org.ni/blog/post.aspx?p=92&s=no-mas-impunidad>.

50 Conferencia de prensa del MCAS. ¿Y el Estado Nicaragüense qué hace para prevenir y sancionar el abuso sexual? 2012.

51 Convocado por la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe – Enlace Nacional Nicaragua, la Campaña 28 de Setiembre por la Despenalización del Aborto en América Latina y El Caribe y la Red Nacional de Mujeres Contra la Violencia.

de acercarse a la víctima y testigos/as, violentando los derechos a la niña y testigos, quienes ya se encontraban atemorizados.

Se solicitó al Poder Judicial local y nacional la sanción y destitución del juez y que se asuma la medida cautelar de prisión preventiva dictada previamente al acusado Juan Adilio Reyes por la Fiscalía de ser presunto autor del delito de violación. La Red manifestó que “La magistrada Alba Luz Ramos no nos ha contestado nuestras carta, ni siquiera el señor Rodolfo Martínez del Tribunal de Apelaciones de Bluefields, o sea nadie nos ha dado una respuesta, reiterando las violaciones de derechos humanos que se dan a diario en la Costa Caribe y nadie responde por los atropellos. Todavía no se ha celebrado el juicio, estamos a la espera”...⁵² El momento de hacer el presente Informe, no se había recibido ninguna resolución favorable por parte de la CSJ u otras autoridades.

Protección a militares

En octubre 2011, el Estado nicaragüense fue señalado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) por los supuestos actos de violencia sexual en contra de 13 niños y niñas entre las edades 9 y 16 años que fueron víctimas de abuso sexual por parte de militares en la comunidad de Monkey Point, en la RAAS. Los abusos presuntamente se venían cometiendo desde el 2003. No se ha sancionado a ningún militar por estos hechos a pesar que en noviembre del 2009, los líderes de la comunidad de Monkey Point denunciaron que soldados asentados en la comunidad, realizaron una serie de violaciones contra 13 niñas y niños entre 9 y 16 años de edad, hechos que supuestamente ocurrieron después del año 2001.⁵³

Niña violada y embarazada como “bendición”

En noviembre 2011, en la RAAN se denunció la situación de una niña de 12 años que fue violada y resultó embarazada; se conoció públicamente recién cuando cumplió 36 semanas de gestación. Según los medios de

comunicación la niña se encontraba en una “situación dramática” internada en el Hospital Bertha Calderón de Managua. Sus padres habían solicitado a las autoridades sanitarias la interrupción del embarazo porque presentaba un cuadro de eclampsia (convulsiones); la niña, que llegó al hospital con desgarres vaginales, fue intervenida quirúrgicamente por presentar un proceso avanzado de desnutrición y de sepsis.⁵⁴ Aunque nunca se comprobó que se hiciera alguna denuncia judicial, las autoridades estaban obligadas a actuar, ante la evidencia de la violación y el embarazo. Sin embargo, el nacimiento del niño a pesar del grave riesgo de muerte de la niña agredida fue considerado “un milagro y un signo de la bendición de Dios” por las autoridades.

Violencia contra defensoras de DDHH

El Comité de Derechos Humanos analizando el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos⁵⁵ emitió una resolución que claramente condena al Estado de Nicaragua:

- 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 aun 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..

⁵² Memorias del II Encuentro por la Salud y la Vida de las Mujeres. RSMLAC Enlace Nacional *SI Mujer*. Setiembre 2011.

⁵³ Derechos Humanos en Nicaragua, Informe CENIDH, 2011.

⁵⁴ Revista Informativa Nicaragua Hoy, 2011.

⁵⁵ 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.

La violencia en las Regiones Autónomas del Caribe

Violencia sexual contra las niñas.

Existe un marco legislativo que si se aplicara permitiría erradicar o al menos reducir drásticamente la violencia contra las niñas, especialmente en el ámbito sexual; la falta de responsabilidad del Estado hacia las niñas y la carencia de programas específicos y/o de normativas, hace que la legislación no se aplique.

A partir del año 2009 el Ministerio de Educación capacitó en la RAAS y RAAN a maestras y maestros para formar Consejerías Escolares, las que estaban establecidas desde varios años atrás a nivel nacional. Desde entonces los colegios en zonas urbanas deben contar con dos personas encargadas por colegio de impartir charlas sobre derechos de los niños y las niñas. Estas Consejerías también deben velar por la buena atención a los niños y las niñas provenientes de hogares donde ha habido maltrato. Igualmente deben hacer denuncias cuando detecten abusos de los niños y las niñas.⁵⁶

Sin embargo, maestras de la RAAN y RAAS expresan que las Consejerías Escolares no han contado con personal ni recursos suficientes y que las capacitaciones recibidas no logran que el personal tenga suficientes elementos para abordar adecuadamente los múltiples problemas que afrontan la niñez y adolescencia asistente a los centros escolares.

El sistema educativo no ha incorporado una política desde el enfoque de género ni generacional, no se aplica la Guía Básica de consulta para docentes publicada por el MINED en el año 2010, que permitiría la formación del profesorado para enseñar al alumnado el respeto a la integridad sexual de las niñas.

Es muy limitada la información obtenida de las diferentes instituciones que tienen que velar por la seguridad y bienestar de las niñas en relación a la violencia sexual; en la Policía Nacional, los juzgados o el Ministerio de

la Familia, los datos estadísticos encontrados sobre niñas violentadas son mínimos, no existen estadísticas desagregadas por edad, género y etnia.

Como producto de la violencia sexual se produce una gran cantidad de embarazos en niñas y adolescentes, los que son atendidos en instituciones de salud bajo el concepto de “alto riesgo obstétrico” pero no son denunciados antes las autoridades policiales o judiciales. En los escasos programas oficiales que brindan atención por todos los tipos de violencia, negligencia familiar, desamparo, maltrato, abuso sexual, drogodependencia o embarazos en la niñez, el porcentaje de niñas siempre triplica o cuadruplica al de los varones, reflejando su especial situación de vulnerabilidad en todos los ámbitos.

“En el caso de AMICA en atenciones brindadas, se conoció que una niña que fue secuestrada por un hombre de 26 años; se la llevó a su casa, la niña fue encontrada desnuda, la Comisaría de la Mujer y la Niñez obligó a la madre a poner la denuncia, la madre denunció la violación, el Médico Forense dijo que “no hubo penetración”, pero si hubo secuestro y abuso sexual. Luego, la Comisaría de la Mujer y la Niñez la obligó a retirar la denuncia, aunque no tiene potestad de hacerlo, el Juez debió valorar en qué condiciones se produjo el retiro de la denuncia. AMICA exigió que la Fiscalía acuse por abuso sexual al abusador. En el nuevo Código Procesal Penal se tiene que acusar por medio de la Fiscalía, que determinó que si hubo abuso, pero este juicio aun está pendiente”.

En octubre 2010 en Bluefields se realizó el Encuentro Regional de Mujeres contra la Violencia promovido por *SI Mujer*, se denunciaron diversas situaciones de violencia contra las niñas donde prevalece la impunidad: “Dos niñas fueron violadas por el abuelo en Haulover en setiembre 2010, desde la Secretaría de la Mujer y la Red llegamos con nuestras pancartas, los abogados solo pidieron “presentación periódica” del violador”...

“Dos niñas fueron atrozmente asesinadas en La Cruz en Siawas, en la audiencia, el hombre fue condenado, pero se quería declarar que tenía “problemas mentales”...

⁵⁶ Informe de la Costa Caribe nicaraguense. RAAN –RAAS 2009-2012. *SI Mujer*. Nicaragua, 2012

Una sicóloga refirió una situación donde ella está trabajando, sobre el abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes, especialmente por los taxistas, familiares y conocidos “Ya lo saben las autoridades, conocen a los taxistas, a las personas que hacen daño. La Policía Nacional sabe dónde los taxistas las llevan, les dan alcohol y drogas para que no reaccionen, a las niñas las tienen por nombres, por edades, si son o no vírgenes, los familiares dicen mejor no hagamos nada, dejemos esto así, más bien estamos siendo criticadas y burladas, las vecinas comienzan a reclamarle a las madres y a las niñas. Hay casos en que se tienen que ir de su barrio donde viven por la humillación que reciben”.

En abril del 2011, en Puerto Cabezas, en la Reunión de Mujeres Líderes promovida por *SI Mujer*, las participantes se expresaron “En la aplicación de la Talamana, en caso de violación de una adolescente virgen se cuestionan si el violador “fue el primero”; el pueblo indígena permite las negociaciones de padres, madres, tutores, pastores, que negocian la violencia contra las mujeres, incluidos los jueces comunales, con dinero, tierras, animales, casamiento no necesariamente, pero sí juntarse, quiere decir “hacerse cargo...”

“En la Comisaría de la Mujer y la Niñez hay un afiche que dice que el estupro se puede negociar. No toman en cuenta que los delitos sexuales no tiene mediación alguna según el Código Penal; al margen que el estupro tiene una pena menor de cinco años”.

Otras de las grandes dificultades encontradas para el acceso a la justicia en igualdad de condiciones para las mujeres indígenas y afro descendientes es el idioma. En sus comunidades son atendidas en su lengua materna que es una ventaja. Mientras tanto, el derecho positivo se aplica en español y los Juzgados Distritales no cuentan con traducción, aunque es un derecho de los pueblos indígenas y afro descendientes. En las Comisarías de la Mujer y en el Ministerio de la Familia tampoco cuentan con personal para facilitar los procesos de traducción a las minorías étnicas, por falta de recursos económicos. Otro de los vacíos que salta a la vista en las Delegaciones de Policía y los Juzgados es la falta de conocimiento del contexto cultural donde desarrollan su trabajo, así como especificidades sobre las etnias, la construcción de las culturas, entre otros asuntos relevantes.

Violencia contra las mujeres jóvenes y adultas

A inicio del 2012, en la Costa Caribe de Nicaragua solo funcionan 3 Comisarías de la Mujer y la Niñez, una en Bluefields, una en Puerto Cabezas y una en Siuna. Los Juzgados Distritales o el Ministerio Público -que no tiene cobertura regional-, se encuentran alejados de la población rural. La mayoría de los jueces comunitarios viven junto a la población, aplicando el derecho consuetudinario y se extralimitan de sus funciones con lo cual vulneran la ley o no intervienen (Montes & Woods, 2008).

En estas dos Regiones Autónomas RAAN y la RAAS, hubieron capacitaciones para sensibilizar en asuntos de género y sobre violencia intrafamiliar y sexual al personal del Poder Judicial, de la Policía Nacional y de las Comisarías de la Mujer y la Niñez. Esto ha ayudado mucho a concientizar a los administradores de justicia y se refleja de manera positiva en la protección de las víctimas de violencia sexual en los últimos tres años. Los administradores de justicia se muestran más responsables en sus actuaciones a diario; no se está confrontando con su victimario a las víctimas menores de edad en los Juzgados (al menos en los Juzgados Distritales o a nivel urbano). Se observa mayor precaución en el manejo de la información, para evitar re victimización y estigmatización de las víctimas.

En octubre 2010, en el Encuentro Regional de Mujeres contra la Violencia promovido por *SI Mujer* en Puerto Cabezas, las participantes hicieron referencia a casos de violaciones y abusos sexuales en la RAAN, destacando entre otros casos del Triángulo Minero el de una mujer mutilada de un brazo y una pierna que se encuentra en silla de ruedas y vive en la casa con el agresor y sobre el caso la Comisaría de la Mujer expresa que no puede hacer nada, “porque no nadie ha interpuesto denuncia”.

En la plenaria del Encuentro Regional de Mujeres, convocado por *SI Mujer* en Bluefields en abril 2011, también las participantes expresaban los mismos problemas que en la RAAN. Ante la pregunta ¿Qué influencia tienen los sacerdotes y pastores? ¿Desde las iglesias se denuncian estas agresiones?, respondieron:

“Los pastores predicán, pero no se cumple, hacen la vista gorda, tanto en la iglesia Pentecostal como la Iglesia Católica se predicán las cosas, pero cada quien agarra para su molino. Los pastores muchas veces no hablan de la violencia contra las niñas con sus feligreses, ellos no lo hacen, podrían llevar un mensaje importante. Las mujeres deberían impulsar a los pastores a hablar de la violencia”...

Una pastora afirma “Hemos sido educadas bajo ciertos reglamentos de esta iglesias, la biblia dice que el matrimonio es por toda la vida, por eso el pastor no interviene en ciertas situaciones. Ellos no pueden intervenir, ellos se basan en las decisiones de la fe. Nosotras creemos en una situación, nos educamos en una pacificación en el sistema de pleitos, interfiere bastante en que nosotras las mujeres en la RAAS somos mujeres pasivas, somos gente pasiva siempre buscamos el término que no interfiera en la unión de la pareja. Pero la iglesia no interviene en esta situación, nosotras mismas a veces ya sabemos que hay leyes e instancias en que podemos recurrir cuando somos violentadas”...

El Derecho Consuetudinario: agresores “pagan” en especies

El papel del juez comunitario es de mediar e intentar resolver los casos dentro de la comunidad, valorar la gravedad del mismo y si el caso no es de su competencia, lo deben remitir al Juez Local. Muchas veces ocurren casos en donde surge un conflicto entre la cultura (derecho consuetudinario) y la ley (derecho positivo). Al respecto, un juez comunitario expresó “en esos casos se intenta buscar la solución más justa posible”. En las comunidades indígenas y étnicas existen prejuicios culturales y de género muy marcados a la hora de abordar casos de violencia intrafamiliar y sexual.

La aplicación del Derecho Consuetudinario mediante el cual los agresores “pagan” en especies o en dinero

por el delito cometido, es una puerta abierta a la impunidad, que permanece constante. Las barreras para el acceso a la justicia en las denuncias de violencia sexual son enormes, tanto por la falta de presencia de las instituciones oficiales en todo el territorio, como por el costo que implica acceder a la justicia ordinaria, radicada en las cabeceras departamentales, lejos de las comunidades rurales y donde muchas veces se hacen “mediaciones”, las que están expresamente prohibidas por la ley.

“El artículo 20 del Derecho Consuetudinario le da facultades a los jueces wihtas para intervenir en los asuntos de su comunidad con penas que van de cero a cinco años, y como el estupro está entre penas de 2 a 4 años, consideran que se puede negociar. La justicia comunitaria es opcional a la víctima. Los delitos y faltas cometidos por miembros de los pueblos indígenas, y entre comunitarios, con penas no mayores de 5 años, serán juzgados con el derecho consuetudinario y no puede contradecir a la Constitución Política de Nicaragua..”.

En la Reunión de Mujeres Líderes convocada por *SI Mujer* en Bluefields en abril 2011, respecto del Derecho Consuetudinario, expresaron que se aplica en las comunidades indígenas y afro descendientes: “en las comunidades a veces va en contra del derecho positivo en cuando a las violaciones de los DDHH de las mujeres, la violencia sexual, la violencia intrafamiliar, las niñas violadas son canjeadas por la Tala mana por una vaca, un chancho, un pedazo de terreno. Según los arreglos, eso los hace el wihta, para nosotras, que conocemos los DDHH, se contraponen con nuestros derechos, no queremos cambiar la dignidad de nuestras hijas por especies. Sabemos que esto está pasando conocemos de estos casos, Se dan casos en que violan a una niña, la Red Costeña de Mujeres procuró que el violador fuera procesado, hasta el wihta vino a la Fiscalía para ser testigo a favor del violador. La comunidad les impide ser jueces a las mujeres...”

Cairo + 20 - NICARAGUA Diagnóstico Nacional. 1994 - 2012

***Responsabilidad masculina en
sexualidad y reproducción***

Servicios Integrales para la Mujer - SI Mujer

Responsabilidad masculina en sexualidad y reproducción

Página

Marco Jurídico nacional sobre responsabilidad masculina en sexualidad y reproducción.....	71
Educación masculina para la responsabilidad sexual	72
La salud sexual y reproductiva de los varones.....	72
Fecundidad masculina, esa eterna desconocida.....	72
Anticoncepción: un asunto que no atrae a los varones.....	73
Servicios de salud para adolescentes y hombres.	74
Prevención del cáncer de próstata	75
Acceso a la información sobre salud masculina.....	75
Responsabilidad masculina en las Regiones Autónomas del Caribe	76

Marco Jurídico nacional sobre responsabilidad masculina en sexualidad y reproducción

A casi 20 años de la CIPD, la legislación de Nicaragua no reconoce explícitamente el derecho de mujeres y hombres a tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad y reproducción. Las dos Políticas Nacionales de Población, aprobadas por el gabinete social durante el gobierno Chamorro en 1996 y por el gobierno Alemán en 1997 establecen que “las parejas tienen derecho a decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de sus hijos”, sin embargo, ninguna de las dos políticas ha sido incorporada a la legislación. Por tanto, en materia legislativa sobre derechos sexuales y reproductivos la ciudadanía nicaragüense permanece en la infancia jurídica.

La Constitución Política¹ reconoce la igualdad de derechos y obligaciones de madres y padres en la crianza y desarrollo de hijas e hijos, al establecer que “las relaciones familiares descansan en el respeto, solidaridad e igualdad absoluta de derechos y responsabilidades entre el hombre y la mujer”.

El Código Civil aun vigente establece dos categorías discriminatorias para los hijos e hijas: la legítima y la ilegítima, estos últimos son los nacidos fuera del matrimonio sin ser legitimados,² aunque en 1987 la Constitución Política anuló este tratamiento al establecer igualdad de derechos entre los hijos e hijas, sean matrimoniales o no matrimoniales,³ y al disponer que “todos los hijos tienen iguales derechos, no se utilizarán designaciones discriminatorias en materia de filiación”.

Existe normatividad que reconoce a las uniones de hecho los mismos derechos que al matrimonio,⁴ ya que establece que tanto el matrimonio como la unión de hecho estable están protegidos por el Estado, y

descansan en el acuerdo voluntario del hombre y la mujer. Sin embargo en 1999 en el Decreto creador del Ministerio de la Familia, el Presidente de entonces se proponía en los considerandos “legalizar las uniones irregulares por medio del matrimonio”, desconociendo de hecho la legislación vigente⁵ y el libre albedrío de las personas adultas.

La legislación establece el derecho de los hombres a gozar de licencias laborales especiales en caso de muerte de la mujer o del recién nacido y en caso de enfermedad de hijas e hijos,⁶ pero no establece licencias para que los varones puedan asistir a su pareja en el postparto inmediato, ni tampoco para que puedan relevar a la mujer en el cuidado de la prole una vez que termina la licencia de maternidad de la mujer.

De este modo, la legislación perpetúa la inequidad entre los géneros en materia de crianza de la prole, es decir, la inequidad se consagra y se naturaliza. Por otra parte, se sanciona el incumplimiento de las obligaciones familiares⁷ mediante prisión más multas por omisión de alimentos, mediando sentencia civil.

La Ley 623 de Responsabilidad paterna y materna publicada en junio del año 2007 define la paternidad y maternidad responsables e incluye derechos y obligaciones como el derecho de las hijas e hijos a contar con un nombre y apellido, su inscripción expedita; la determinación de la filiación mediante pruebas de ADN, la resolución de conflictos en materia de alimentos y de visitas.⁸

5 Ministerio de la Familia (Mifamilia), creado por la Ley 290, “Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo” para: “Proponer y ejecutar políticas y acciones para facilitar a las parejas en unión de hecho estable, formalizar su relación por medio de matrimonio”. Nicaragua, 1998.

6 Arto. 73, Código del Trabajo.

7 Arto. 225, Código Penal y la Ley 143, Ley de Alimentos, 1992.

8 Arto. 1. La presente Ley tiene por objeto regular el derecho de las hijas e hijos a tener nombres y apellidos y, en consecuencia, el derecho a su inscripción expedita; el derecho de las hijas e hijos a la determinación de la filiación paterna, materna o ambas, a pedir de forma alternativa la resolución de conflictos en materia de alimentos y de visitas a través de mecanismos administrativos y judiciales, ágiles y gratuitos.

1 Arto. 73, Capítulo IV. Nicaragua, 1987.

2 Arto. 220, Nicaragua, 1904.

3 Arto. 75 y 78, Constitución Política. Capítulo IV.

4 Arto. 73, Constitución Política. Capítulo IV.

Educación masculina para la responsabilidad sexual

La ideología patriarcal sustenta la posibilidad que los hombres tengan una multiplicidad de parejas sexuales, permitida como norma social de los roles de género. Las necesidades sexuales masculinas en la creencia que son incontrolables pues son determinadas por la naturaleza explica el comportamiento de los hombres frente a la sexualidad. Afortunadamente existe una transición de esta situación a otras más favorables, aunque aun los hombres actúan irresponsablemente sin hacer prevalecer su razón.⁹ Frente a la reproducción, este tipo de pensamiento se expresa en altos niveles de irresponsabilidad, no solamente con las mujeres, sino con la prole que engendran.

El tránsito hacia una visión donde los hombres asumen -en igualdad de condiciones con las mujeres- una responsabilidad sexual y reproductiva es lento pero inexorable, la educación en esta transformación juega un importantísimo papel, no solamente en el nivel formal, sino por los contenidos educativos y el enfoque cultural que se promueve desde el Estado.

Después de El Cairo y hasta fines del 2010 en el Plan Nacional de Educación del Ministerio de Educación no se hacía mención específica de las responsabilidades sexuales o reproductivas de varones y mujeres. El currículo educativo no incorporaba explícitamente la responsabilidad masculina en materia de sexualidad y reproducción en la educación preescolar, primaria y secundaria. No es de sorprender, pues, que prime la irresponsabilidad sexual entre las últimas generaciones, ni que la población adolescente no tenga a dónde acudir para satisfacer su natural curiosidad.

En octubre del año 2010 fue publicada una Guía para el profesorado que incorpora elementos positivos para el aprendizaje de adolescentes y jóvenes, analiza los roles asignados que condicionan las oportunidades, deberes y derechos que tienen los hombres y las mujeres en la sociedad. La Guía define los roles sexuales como una forma encubierta de rechazar al sexo opuesto,

lo que poco a poco se transforma en desigualdades o en prácticas discriminatorias que atentan contra los derechos de las personas y promueve el reconocimiento de la masculinidad y feminidad como su modelo propio que varía a través de la historia.¹⁰

Propone que cualquiera que sea la orientación sexual de las personas hay que respetarlas sin ninguna discriminación y también reconoce que las muertes por un aborto inseguro tienden a ser ocultadas por las familias y que las mujeres que recurren al mismo en su mayoría provienen de familias en pobreza extrema, son amas de casa, analfabetas, con más de dos hijos e hijas, la mitad de ellas desconocían la legislación y no utilizaban anticonceptivos.

A pesar que la Guía lleva más de dos años de haber sido publicada. Según el FNUAP, hasta julio 2012 solamente se habían distribuido 4 de 40 mil ejemplares, lo que impide al profesorado de los colegios públicos contar con una herramienta con que afrontar las necesidades educativas del alumnado en materia sexual.

La salud sexual y reproductiva de los varones

Fecundidad masculina, esa eterna desconocida

No existen datos que permitan cuantificar la fecundidad masculina, no se incluyen en los censos¹¹, ni en los registros de estadísticas vitales.¹² Sólo se conoce la fecundidad de las mujeres. De este modo, la fecundidad de los varones, de suyo más veloz y más fuera de control que la de las mujeres, no forma parte del registro ni del conocimiento de las autoridades competentes. Tácitamente se muestra que la fecundidad es un asunto de mujeres, y que los varones pueden desentenderse de ella con la anuencia de quienes tienen a su cargo las políticas de población.

⁹ Masculinidad y factores socioculturales asociados a la paternidad: estudio en Nicaragua UNFPA-CEPAL, 2005.

¹⁰ Educación de la Sexualidad Guía Básica de consulta para docentes. MINED, Octubre 2010.

¹¹ Censo Nacional. Nicaragua, 1995.

¹² Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, MINSA. Nicaragua, 2002.

En los años 1998 y 2001 en las dos Encuestas de Demografía y Salud solamente se incluyeron preguntas sobre las intenciones reproductivas y el número ideal de hijos o hijas por parte del varón,¹³ en ENDESA 2006/2007 se incluye una pregunta para las mujeres: “¿cree usted que su esposo o compañero quiere tener el mismo número de hijos que usted, él quiere más o menos hijos de los que usted quiere tener?”. De esta manera se reafirma que para las instancias oficiales averiguar sobre la fecundidad de los hombres no pasa por preguntarles a ellos mismos sobre el asunto, sino utilizar a las mujeres como intermediarias de asuntos tan vitales como la reproducción humana, que en ningún caso debería quedar en manos de mujeres. De todas maneras, en la Encuesta publicada si bien aparece la pregunta realizada no hay ninguna respuesta a la misma.¹⁴

Anticoncepción: un asunto que no atrae a los varones

En estadísticas oficiales, la proporción de usuarios de anticonceptivos bajo responsabilidad masculina –cuando existe- no se registra por grupos de edad. La carga de la anticoncepción sigue recayendo fundamentalmente en las mujeres; el porcentaje de uso del condón era del 3.7% en los varones unidos y del 9.3% en los no unidos en el año 2002.¹⁵

Entre los años 2006 y 2007 según ENDESA¹⁶ el uso de condones masculinos en el total de mujeres encuestadas llegaba al 2.7%; si solo se seleccionan las que usan métodos anticonceptivos, el porcentaje subía al 5.5%. También se reporta que las parejas masculinas de mujeres casadas usan el 5.4% en tanto las de las solteras el 1,2%. Siguiendo el mandato patriarcal en la relaciones sexuales, el matrimonio parece generar una

dosis de responsabilidad mayor que cuando no hay un vínculo formal y son más renuentes a protegerse para evitar la reproducción.

De esta manera la transmisión de infecciones por vía sexual continua sin control, dado que los métodos de barrera como el condón son de bajísimo uso en el país. La falta de compromiso de los hombres con su propia sexualidad y reproducción queda aun en evidencia en Nicaragua.

Dado que no se investiga el uso de anticonceptivos en hombres, cuando se pregunta a las mujeres entre los 15 y 24 años por el uso de anticonceptivos en los últimos tres meses, responden que solamente el 6,8% de sus parejas masculinas han usado condones como promedio del país, esta cifra cambia si se trata de mujeres sin educación y baja al 0.7% o asciende al 19.1% si son mujeres con educación superior; de todas maneras aun contando este porcentaje, 1 de cada 5 mujeres usa condones en esas edades, lo que es el sustento de la altísima frecuencia de ITS, VIH y Sida en mujeres jóvenes en Nicaragua.¹⁷

La esterilización masculina no se impulsa por falta de responsabilidad política y de programas respectivos, pero sobre todo, porque para la población en general, lo mismo que para el gobierno, la conciencia sobre la responsabilidad masculina en materia de anticoncepción es, en el mejor de los casos, incipiente.

La relación de hombres con vasectomía respecto de mujeres esterilizadas aparecía como un objetivo de la Política Nacional de Población en 1996, que establecía la meta de “pasar en la razón entre esterilización masculina y femenina, de una relación de 14 vasectomías por cada 1,000 esterilizaciones femeninas en 1993 a 120:1,000 en el año 2000 y a 200:1,000 en el 2005”.¹⁸ Obviamente diez años después esta progresión no ha sucedido de ninguna manera y las mujeres continúan llevando la mayor responsabilidad ante la anticoncepción.

Según la ENDESA 2001, la razón de hombres vasectomizados en relación a mujeres esterilizadas

13 Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. Nicaragua, 1998 y 2001.

14 Pregunta 718, Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. Nicaragua, 2006/2007.

15 Conferencia Centroamericana y del Caribe - Reducción de la Pobreza, Gobernabilidad Democrática y Equidad de Género. “Equidad de Género en las Políticas Nacionales de Salud”. Lucía Salvo H., Ministra de Salud de Nicaragua, 2002.

16 Cuadro 5.4 Uso actual de anticonceptivos. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, Nicaragua, 2006-2007.

17 Cuadro 12.27 Uso actual de condón en la última relación sexual. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. Nicaragua, 2006-2007.

18 Política Nacional de Población, Gabinete Social de Nicaragua, 1996.

era de 1.97 hombres por 100 mujeres; el porcentaje de hombres vasectomizados era de 0,5% y las mujeres esterilizadas del 25,3%. En el análisis de situación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2002, la esterilización masculina registrada en el MINSA era igualmente del 0,5% en relación a la esterilización femenina.¹⁹

La situación no ha cambiado favorablemente seis años después, pues según los datos de ENDESA 2001/2006 reporta que el 98.67% de las esterilizaciones ocurre en mujeres y el 1.33 en varones, entre 21,085 usuarias ponderadas que estima la encuesta.²⁰ También calcula que la razón de hombres vasectomizados descendió a 1.41 y que el 17.5% del total de mujeres está esterilizada; si se consideran solamente las que usan métodos, el porcentaje asciende a 35.86%. En tanto los hombres vasectomizados apenas alcanzan el 0,2 y 0,41 de ambos porcentajes.

La supremacía de las esterilizaciones de mujeres refleja la aceptación de ellas mismas a mutilar una parte de su cuerpo ante la falta de compromiso masculino en relación a la reproducción; la renuencia masculina a usar métodos anticonceptivos como los condones, se suma así a la pobreza y a la subordinación de las mujeres.

Servicios de salud para adolescentes y hombres.

No existen servicios de salud sexual y reproductiva exclusivos para hombres. Habida cuenta que la sexualidad femenina ha sido patologizada por todo el estamento cultural, la sexualidad masculina, por contraste, se concibe como carente de problemas.

El Plan Maestro de Salud 1999 – 2002 no incorporaba la atención de los problemas de salud sexual de los varones. El Modelo de Atención presentado por el MINSA en el 2002, se proponía realizar acciones para la salud sexual y reproductiva de los hombres mayores de 10 años

en lo que atañe a cáncer de próstata, anticoncepción masculina, violencia, ITS/VIH/Sida, andropausia y salud de la tercera edad, sin embargo, el Programa en que venía incorporado este modelo fue retirado a inicios del 2002 por presiones de la jerarquía católica.²¹ Una vez más, se comprueba que los jerarcas del catolicismo nacional optan por auspiciar la irresponsabilidad y la ignorancia en materia de sexualidad, y que los gobernantes acatan ese criterio.

En el Plan Estratégico Nacional del año 2002 en relación a las ITS, existía referencia a la atención de los varones. En cuanto a la impotencia sexual, en la propuesta de Modelo Paso a Paso aparece la atención a las quejas y disfunciones concernientes a la sexualidad y se menciona el manejo con fármacos de la disfunción eréctil.²² Sin embargo, en los programas de salud no hay referencias a la infertilidad masculina.

Siete años después -a fines del 2009- la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva reconoce también que “las instituciones de salud no ofertan servicios de atención al hombre en su ámbito sexual y reproductivo, ni tienen condiciones para promover su participación en el proceso de atención de su pareja”.

En el informe nacional de indicadores de salud 2005-2010, no se mencionan servicios brindados a los hombres en seis años de reportes donde se incluyen atenciones, actividad quirúrgica y servicios de atención primaria en el país.²³

En el Modelo de Salud Familiar y Comunitario actualmente vigente se define la atención centrada en las personas, la atención centrada en la familia y la atención centrada en la comunidad,²⁴ pero no menciona el abordaje de la salud ni de las enfermedades en los hombres.

En las Prestaciones de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva publicada por el MINSA en el 2011 sobre la

19 Hacia un Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MINSA, Nicaragua, 2002.

20 Elaboración propia en base a las cifras de Endesa, aplicando el porcentaje de esterilizaciones femeninas y vasectomías, según el Cuadro 5.4 Uso actual de anticonceptivos. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. Nicaragua, 2006-2007.

21 Hacia un Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MINSA. Nicaragua, 2002.

22 Construyendo Paso a Paso, OOM, OMS, ONUSIDA, 2002.

23 Comportamiento de principales Indicadores 2005-2010. Gobierno de Nicaragua. Servicios de Salud MINSA.

24 Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Marco Conceptual: Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). MINSA. Nicaragua, 2008.

salud de los varones adolescentes no hay una definición precisa y específica de los servicios entre los 10 y 19 años. Los servicios que el MINSa asegura brindar en esas edades están incluidos en los de las adolescentes mujeres: promoción del desarrollo humanos, promoción de valores y autoestima, prevención de la violencia, proyecto de vida, postergar el inicio de la vida sexual, ITS, VIH, Sida, educación en la sexualidad responsable, planificación familiar y maternidad segura y salud perinatal.²⁵

Los servicios que planifica el MINSa para los hombres están englobadas entre los 20 a 60 años y de 60 años y más. En esas edades se menciona de manera general: la autoestima, la prevención de la violencia intrafamiliar, ITS, VIH y Sida, educación sexual, anticoncepción masculina, paternidad responsable, enfermedades y cáncer de próstata; solo la andropausia se menciona como tema diferente desde los 60 años y más.

Prevención del cáncer de próstata

En Nicaragua el cáncer de próstata ocupó la cuarta causa de muerte por enfermedad maligna en el 2007, 2008 y 2009. Representó la cuarta causa de fallecimientos en población masculina mayor de 50 años.²⁶

En Nicaragua se cuenta con un número reducido de personas capacitadas para el manejo de esta enfermedad, así como pocos recursos materiales para enfrentar este problema de salud que va en ascenso.

Según el MINSa, el cáncer de próstata es una enfermedad que se presenta en mayores de 50 años, cada año cerca de 365 hombres en Nicaragua se les diagnostica esta enfermedad. Es un padecimiento que afecta principalmente a hombres ancianos, el 75% de los casos nuevos diagnosticado se realizan en personas mayores de 65 años.

Recién en el año 2010 se elaboraron normas y protocolos de prevención y de atención mediante un Acuerdo

Ministerial.²⁷ Si bien las disposiciones específicas contienen aspectos relacionados a la prevención primaria y la captación temprana, en la mayoría de establecimientos de salud e instituciones formadoras de educación superior no se conoce o no se aplica la Norma y el Protocolo, para que promuevan hábitos de vida saludable o el chequeo periódico a todo hombre mayor de 40 años con factores de riesgo.

No se sabe si realmente se trabaja para el diagnóstico y tratamiento temprano del cáncer de próstata y si se puede derivar a los hombres a estudios detallados y tempranos para confirmar el diagnóstico de la enfermedad, dado que estos servicios no aparecen reportados en ninguna estadística. En la atención de adultos mayores en Managua se ofrece el ultrasonido gratuito de próstata en épocas de campañas específicas.

Acceso a la información sobre salud masculina

Entre 1995 y 1997, la información oficial nacional no permitía determinar cuántos son los hombres que utilizan anticonceptivos en los servicios del MINSa, dado que no existe un registro sobre el tema; la información existente no estaba desagregada por sexo; las y los trabajadores de la salud no contaban con posibilidades de medir el cumplimiento de sus objetivos y metas.²⁸

Entre 1999 y 2002 no había un sistema oficial confiable de registro sobre responsabilidad masculina en materia de sexualidad y reproducción que integre los subsistemas privados, alternativos y públicos para disponer de una información oficial de calidad.²⁹

Al año 2012, cuando sólo faltan dos años para el cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD, en Nicaragua no hay evidencias suficientes para considerar que la responsabilidad masculina en sexualidad y reproducción se promueva desde alguna instancia del Estado, tampoco se brindan los servicios de salud sexual

25 Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes. Ministerio de Salud. Dirección General de Extensión y Calidad de Atención. Nicaragua, 2011.

26 Acuerdo Ministerial 169-2010. Norma para el Abordaje del Cáncer de Próstata. Protocolo para el Abordaje del Cáncer de Próstata. Nicaragua, 2010.

27 Acuerdo Ministerial 169-2010. Norma para el Abordaje de cáncer de próstata. Protocolo para el abordaje del cáncer de próstata. MINSa. Nicaragua, 2010.

28 Responsabilidad Masculina en Salud Sexual y Reproductiva - Proyecto de Seguimiento de la CIPD. Nicaragua, 1997.

29 Encuentro Nacional: Sociedad Civil y Políticas de Población - Proyecto Cairo + 5, Nicaragua, 1999.

y reproductiva para hombres con amplia cobertura, ni se provee de información estadística para medir los avances, si los hubiera.

Responsabilidad masculina en las Regiones Autónomas del Caribe

La legislación nacional aun no incluye expresamente la responsabilidad masculina en todos los ámbitos de la vida, sin embargo, si se aplicara la legislación existente se podría lograr que las mujeres no tengan que sumir solas toda la carga derivada de la crianza de los hijos e hijas, dado que en las Regiones Autónomas el abandono paterno es lo que prevalece, agravado por las altas tasas de fecundidad y por la renuencia de los hombres a usar métodos anticonceptivos.³⁰

Se carece de todo tipo de información sobre cómo ejercen los hombres su responsabilidad en la sexualidad y la reproducción. Las instituciones oficiales -y no solo la sociedad-, parece que consideran que estos son “asuntos de mujeres”, por lo tanto no los registran.

En las Regiones Autónomas la tasa de fecundidad es tan alta y el abandono paterno es cada vez más prominente y se ve reflejado en la inserción de niñas y niños al mercado laboral, como en la cantidad de hogares encabezados por mujeres, que son la mitad de los existentes. Las instituciones como el MINSa y Mifamilia no cuentan con registros sobre abandono paterno; en el caso del Mifamilia los registros son de pensión alimenticia que expresa un porcentaje significativo del abandono de las responsabilidades paternas, pero no el total del problema existente.

No ha sido posible conocer de qué manera los varones ejercitan sus derechos reproductivos en tanto no se registra el uso de métodos de uso masculino que les permitan controlar su propia fecundidad. Desde el Estado no se hacen campañas destinadas a incentivar a los hombres en relación a sus responsabilidades; prevalecen las organizaciones de mujeres y de sociedad civil trabajando en estos temas.

Siguiendo con indicadores de responsabilidad masculina, en la RAAN se reporta un solo caso de esterilización quirúrgica masculina en el 2008, y desde entonces no ha habido más. En la RAAS, el SILAIS no tiene registros de este método, pero el Hospital Regional registra 3 esterilizaciones masculinas entre 2009 y 2010. La esterilización quirúrgica femenina es mucho más frecuente, en el 2011 la RAAS registra 307 cirugías, que oscilan entre las edades de 19 años a 52 años.

Ambas regiones carecen de datos desagregados por etnias. En el MINSa fue imposible obtener la proporción de usuarias de método anticonceptivos por edad y por sexo. Según los SILAIS de la RAAN y de RAAS, en su mayoría son las mujeres las que usan métodos anticonceptivos; los métodos más usados son las píldoras e inyecciones de 3 ó 4 meses.

No hay datos exactos de las cantidades de mujeres que usan estos métodos. Mientras tanto, los hombres que se acercan al MINSa para planificar solicitan condones, y en su mayoría son hombres jóvenes menores de 30 años. En Epidemiología de la RAAN informan que en Puerto Cabezas, Waspan y Siuna se están promoviendo acciones sobre masculinidad responsable en los últimos dos años, pero fue imposible lograr mayor información sobre esas acciones.

En el sistema de salud regional no existe un protocolo de la participación de la pareja en la atención prenatal y del parto, sencillamente se consideran y se manejan como asuntos de mujeres. En ninguna de las regiones autónomas existen registros públicos sobre fecundidad masculina.

Pero sí se conoce que las mujeres costeñas sufren maltrato por sus parejas siempre que se aborda el tema de uso de métodos anticonceptivos, o si las mujeres se atreven a invitarlos a usar condones, generalmente los hombres se “sienten ofendidos” y tratan como mala mujer y prostituta a su compañera. Creen que el que es hombre de verdad no necesita usar esos métodos.

El programa educativo del MINED en la RAAS para enseñanza secundaria trabajó en el 2009 una iniciativa para incorporar en los colegios secundarios el tema de la responsabilidad paterna y la sexualidad. Se plantean iniciar estas clase en el segundo semestre del 2012

³⁰ Informe de la Costa Caribe nicaraguense RAAN – RAAS 2009 - 2012. *SI Mujer*. Nicaragua, 2012.

según información adquirida de una supervisora del MINED en la RAAS.

Además señaló que el Currículo educativo en los centros de estudio está orientado a fomentar la igualdad de participación de ambos sexos. Señaló que en los dos últimos años se ha puesto en marcha fomentar la participación equitativa de niñas y niños en los concursos académicos a los diferentes niveles. Se piensa publicar textos para esta materia en las aulas de clases. En el

primer año no habrá materiales traducidos en lenguas, sin embargo, en los colegios bilingües el profesorado impartirá el curso en el idioma que corresponde.

Evidentemente en ambas Regiones Autónomas no se conoce ni se aplica la Guía Básica de consulta para docentes. Educación de la Sexualidad, publicación del Ministerio de Educación de octubre de 2010, que aportaría conocimientos al profesorado para abordar la sexualidad y la reproducción.

Cairo + 20 - NICARAGUA Diagnóstico Nacional. 1994 - 2012

*Participación de las organizaciones
de mujeres en instancias de decisión*

Servicios Integrales para la Mujer - SI Mujer

Participación de las organizaciones de mujeres en instancias de decisión

Página

Marco Jurídico nacional sobre participación de las mujeres en instancias de decisión.	81
El Instituto Nicaragüense de la Mujer	82
Participación de adolescentes y jóvenes.....	83
Barreras para hacer efectivo el Programa de Acción de la CIPD	83
La “participación virtual” de las mujeres en el ámbito de las políticas de población.	83
Cierre de espacios mixtos entre el Estado y la Sociedad Civil.	84
Inexistencia o legislación incompleta sobre Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos.	84
Reducción abrupta del financiamiento y retiro de la cooperación internacional.	85
Barreras en el acceso a la información pública.....	85
Los espacios mixtos donde ya no hay participación.	85
Comisión Nacional de Población	86
Consejo Nacional de Salud	87
Comisión Nacional de Lucha Contra la Mortalidad Materna.....	87
Comisión Nacional Contra la Violencia.....	88
Comisión Nicaragüense del Sida.....	88
Persecución a defensoras de DDHH	88
9 feministas denunciadas por apología del aborto.....	89
Nuevas denuncias, calumnias y hallanamientos.....	90
El compromiso de las agencias de las NNUU con la participación de las mujeres.....	91
El Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población	91
El resto de las Agencias de las NNUU	91
Participación de organizaciones de mujeres en las Regiones Autónomas del Caribe	92
Información pública sobre participación de las organizaciones de mujeres	93

Marco Jurídico nacional sobre participación de las mujeres en instancias de decisión.

El Programa de Acción de la CIPD establece con toda claridad que los gobiernos deben tomar en cuenta a las organizaciones de mujeres que desempeñan “funciones esenciales” y tengan la participación que les corresponde en la concepción y aplicación de los programas de población y desarrollo. Además afirma que la participación de las mujeres “en todos los niveles, especialmente en la gestión, es crucial para alcanzar los objetivos fijados y aplicar el presente Programa de Acción”.¹

La Constitución de Nicaragua establece en el Art. 50 que “Los ciudadanos nicaragüenses tienen derecho a participar en igualdad de condiciones en los asuntos políticos y en la gestión estatal. Por medio de la ley se garantizará, nacional y localmente, la participación efectiva del pueblo”.²

Aunque la Constitución consigna la igualdad de derechos en la participación de las mujeres, lograr la misma en igualdad de condiciones respecto a los hombres ha estado lejos de ser una realidad. En el proceso de revisión de Cairo + 20 la participación de hombres y mujeres en Nicaragua está gravemente obstaculizada, especialmente si se trata de las organizaciones de la sociedad civil independientes al gobierno.

1 Programa de Acción de la CIPD.15.8 Los gobiernos y las organizaciones intergubernamentales, en su diálogo con las organizaciones no gubernamentales y los grupos comunitarios locales, y con pleno respeto de su autonomía, deberían incorporarlos en su proceso de adopción de decisiones y facilitar la contribución que las organizaciones no gubernamentales pueden hacer a todos los niveles para hallar soluciones comunes a los problemas en la esfera de la población y el desarrollo y, en particular, asegurar la aplicación del presente Programa de Acción. Las organizaciones no gubernamentales deberían desempeñar una función esencial en los procesos de desarrollo nacional e internacional.

2 Agenda de Salud Integral de las Mujeres. Nicaragua, 2005.

En la Constitución Política no está consignada específicamente la participación de las organizaciones de mujeres en la formulación, gestión y evaluación de las políticas públicas; sin embargo, en el artículo 59 la Constitución establece que “corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma”. La Ley General de Salud no menciona el tema, ni en lo referido a la salud en general o a la salud sexual y reproductiva, -a la que le dedica algo más de dos renglones-.

Nicaragua es signataria de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer, que estipula entre los derechos de las mujeres “participar en la formulación de las políticas gubernamentales y en la ejecución de éstas...”.

No obstante, el Estado niega de facto la participación de las organizaciones de mujeres en la formulación de las políticas de población, de educación y de salud, e incluso desestima sus aportes al respecto, en flagrante violación de este instrumento jurídico internacional.³

Diez años después de la CIPD, el Estado nicaragüense no había logrado identificar qué valores y estructuras constituyen a la sociedad civil, ni mucho menos precisar su ubicación dentro del espectro ciudadano; los documentos oficiales la mencionaban como “ONG’s”, “comunidades”, “redes sociales”, “asociaciones”, “red de mujeres” (si se trata de violencia) o “líderes comunitarios” (si se trata de la Costa Caribe). Los mecanismos de participación activa de las mujeres y el ejercicio de derechos que construyen la ciudadanía, han estado completamente ajenos a las consideraciones gubernamentales.

Catorce años después de la CIPD, la Ley de igualdad de oportunidades, establece en el 2008 que “las políticas públicas, acciones, programas y proyectos para el logro de la igualdad de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres serán diseñadas y ejecutadas en el marco del desarrollo humano sostenible y con la participación ciudadana para el fortalecimiento de la democracia y la lucha contra la pobreza”.⁴

3 Agenda de salud Integral de las Mujeres. Nicaragua, 2005.

4 Ley No. 648. Arto. 6, Políticas del estado para la promoción y garantía de la igualdad de mujeres y hombres. Nicaragua, 2008.

Desde los '90, los sucesivos gobiernos se han especializado en publicar políticas que no son consultadas ampliamente con la sociedad civil ni con las organizaciones de mujeres -que tanto pudieran aportar, justamente “al desarrollo, la democracia y a la lucha contra la pobreza...”

El Instituto Nicaragüense de la Mujer

Aunque en Nicaragua no existe un Ministerio de la Mujer, la participación de las mujeres estuvo determinada por la creación del Instituto Nicaragüense de la Mujer en 1987.⁵ El Instituto -creado durante el gobierno sandinista con el mandato de velar por las políticas, planes, programas y proyectos gubernamentales que garanticen la participación de las mujeres-,⁶ carece de competencias legales para que sus propuestas sean incorporadas como políticas en los ministerios del país. En 1993 se aprobó la Ley Orgánica del INIM,⁷ que establece que es necesario crear mecanismos para que las mujeres nicaragüenses participen en condiciones de igualdad de oportunidades en el desarrollo económico, social, cultural y político del país.

El INIM funcionó como un ente descentralizado hasta 1998, cuando fue adscrito al Ministerio de la Familia. Contaba con el 0.03% del presupuesto nacional. La mera adscripción del INIM al Ministerio de la Familia deja patente la visión tradicionalista y conservadora en lo que atañe a las mujeres: recluidas en el ámbito familiar y con un magro presupuesto.⁸

El Consejo Consultivo del INIM⁹ tuvo una incorporación parcial y seleccionada de mujeres generalmente afines a los gobiernos y su funcionamiento fue totalmente informal y simbólico. En 1996 se creó el Consejo Consultivo de Género de la Policía Nacional,¹⁰ que tuvo una suerte similar.

La Ley 475 de Participación Ciudadana fue publicada en diciembre del año 2003; define que la participación ciudadana es el proceso de involucramiento de actores sociales en forma individual o colectiva en la formulación de políticas públicas nacionales y sectoriales para incidir y participar en la toma de decisiones, gestión y diseño de las políticas públicas.¹¹

En julio del 2004 se creó el Consejo Consultivo Nacional de la Mujer mediante Decreto Presidencial¹²; que funcionaría “como órgano asesor del Instituto Nicaragüense de la Mujer en el diseño, formulación y evaluación de programas, estrategias y políticas gubernamentales que promuevan el desarrollo integral de las mujeres nicaragüenses”.

Fue instalado el Día Internacional de Población durante Cairo +10 y -siguiendo la tradición iniciada en los años '90-, tampoco estaba abierto a una amplia participación de las organizaciones de mujeres; solamente fue invitada la Red de Mujeres Contra la Violencia, que finalmente no llegó a integrarse y dos asociaciones de mujeres¹³ que no demandan derechos desde un enfoque feminista. El Consejo -presidido por el INIM-, estaría integrado por 17 instancias gubernamentales como la Presidencia de la República y el Despacho de la Primera Dama -que por cierto no tiene existencia ni sustento legal-.¹⁴

5 Arto. 2, Ley Creadora del Instituto Nicaragüense de la Mujer. Nicaragua, 1987.

6 INIM: tiene el mandato de velar por las políticas, planes, programas y proyectos gubernamentales que garanticen la participación de las mujeres en el proceso de desarrollo económico, social, cultural y político del país, facilitando que en los planes nacionales la población femenina tenga presencia activa en sus etapas de elaboración, implementación e evaluación, a fin de asegurar a las mujeres una efectiva igualdad de acceso y control de los recursos y beneficios que se derivan del mismo.

7 Ley Orgánica del Instituto Nicaragüense de la Mujer. Nicaragua, 1993.

8 Diagnóstico Nacional Cairo +10 Nicaragua. 1994-2002. *SI Mujer* Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Nicaragua, 2004.

9 Creado en Marzo 1993, como órgano asesor del INIM.

10 Ley 228, creadora del Consejo Consultivo de Género de la Policía Nacional. Nicaragua, 1996.

11 Arto. 38. De conformidad a lo establecido en la Constitución Política, la ciudadanía en general, podrá participar en la formulación de políticas públicas nacionales y sectoriales, a través del espacio de participación que se les otorgue en la formulación de políticas públicas nacionales desde el Consejo Nacional de Planificación Económica y Social, conocido como CONPES y en cualquier otra instancia de carácter sectorial.

12 Decreto Presidencial 40-2004.

13 La Fundación Violeta Chamorro y el Foro | de Mujeres.

14 Además, estaba integrado por la Secretaría de Coordinación y Estrategia de la Presidencia de la República, la Secretaría

Participación de adolescentes y jóvenes

Existe desde el año 2002 la Secretaría de la Juventud adscrita a la Presidencia de la República que no ha emprendido acciones destinadas a lograr que las organizaciones de adolescentes puedan estar representadas a nivel de toma de decisiones.¹⁵ No existen instancias ni mecanismos que aseguren la incorporación de adolescentes a las decisiones programáticas sobre su salud y derechos sexuales y reproductivos.

En Nicaragua desde 1992 existe el Consejo de la Juventud como instancia de coordinación, uno de sus logros ha sido la Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud y en cumplimiento de la cual se creó la Comisión Nacional de Juventud en el año 2003¹⁶ que; sin embargo no incluye la participación de las organizaciones de sociedad civil y tampoco las organizaciones de mujeres. Los sucesivos gobiernos han considerado esta Secretaría un espacio para hacer campañas políticas partidarias, sin que su existencia signifique un avance en los derechos de ciudadanía de adolescentes y jóvenes.

En 1994 se creó la Comisión Nacional de Promoción y Defensa de los Derechos del Niño y de la Niña,¹⁷ conocida como CONAPINA, como órgano rector para formular y coordinar la ejecución de la política nacional de atención y protección integral a la niñez y adolescencia; la participación de las organizaciones de la sociedad civil, tuvo un perfil limitado. La Ley 351 o Ley de Organización del Consejo Nacional de Atención y Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia y la Defensoría de las Niñas, Niños y Adolescentes, fue aprobada en mayo del año 2000.

En julio 2001 ante periodistas, la Procuradora de la Niñez y la Adolescencia expresó que un cierre o traslado de

de la Juventud, el Ministerio de Educación Cultura y Deportes, el Ministerio de Salud, el Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal, el Ministerio de la Familia y el Ministerio de Gobernación, entre otros.

15 Agenda de Salud Integral de las Mujeres. Nicaragua, 2005.

16 La Gaceta No. 36. Nicaragua, Febrero 2003.

17 Decreto Presidencial No. 11-94, creación de la CONAPINA. Nicaragua, 1994.

CONAPINA a Mifamilia sería “grave”, porque se afectaría el trabajo de fiscalización relacionado al cumplimiento de las leyes y tratados firmados por Nicaragua en beneficio de la niñez.¹⁸ En marzo 2007 el Presidente de la República autorizó a la Ministra de la Familia para que presida permanentemente dicho Consejo. Finalmente CONAPINA quedó bajo la tutela del Ministerio de la Familia y se cerró toda participación social.

En la mitad de los '90, el Ministerio de Salud y como parte del Programa de Atención Integral a la Adolescencia se conformó la Comisión Interinstitucional e Intersectorial de Atención Integral a Adolescentes que dio mayor apertura a la participación de organizaciones de sociedad civil, sin embargo con las reformas del sector salud este programa fue cerrado. En la actualidad el Modelo de Salud Familiar y Comunitario no contempla la existencia de Comisiones Nacionales donde adolescentes y jóvenes puedan participar.

Barreras para hacer efectivo el Programa de Acción de la CIPD

La “participación virtual” de las mujeres en el ámbito de las políticas de población.

Aunque la Constitución de la República establece que los nicaragüenses tienen derecho a participar en igualdad de condiciones en los asuntos políticos y la gestión estatal, a la vez que asegura que la ley garantizará la participación efectiva del pueblo, nacional y localmente. Esto último ha sido particularmente difícil de lograr, dado que en las políticas de salud y educación las jerarquías religiosas han desplazado toda propuestas de las mujeres.

Las autoridades no demuestran interés por escuchar las propuestas y demandas de las organizaciones de mujeres y la sociedad civil. La gobernabilidad democrática se encuentra comprometida también por los compromisos gubernamentales con las autoridades eclesiásticas que han demostrado ser poderosas y privilegiadas interlocutoras de regímenes de izquierdas y derechas.

18 La Prensa. Nicaragua, 13 de julio 2007.

La Ley No. 475 Ley de Participación Ciudadana fue publicada en diciembre del 2003, establece que la ciudadanía en general, podrá participar en la formulación de políticas públicas nacionales y sectoriales, a través del Consejo Nacional de Planificación Económica y Social, conocido como CONPES y en cualquier otra instancia de carácter sectorial,¹⁹ regula que los ciudadanos nicaragüenses a título individual o en grupo, tienen el derecho de emitir sus opiniones ante los órganos de consulta establecidos y ante las comisiones legislativas.²⁰

Aunque la Constitución consigna la igualdad de derechos políticos de las mujeres, su participación en igualdad de condiciones respecto a los hombres está lejos de ser una realidad. Desde la CIPD pasaron casi veinte años sin que la legislación establezca acciones afirmativas que promuevan la participación de las organizaciones de mujeres en las instancias de decisión. Estas leyes dejaron de cumplirse totalmente a partir del año 2007, dado que todas las organizaciones de la sociedad civil fueron excluidas.

Cierre de espacios mixtos entre el Estado y la Sociedad Civil.

La realidad es que desde 1977 las organizaciones de mujeres tienen vedada su participación en las instancias mixtas que habían sido creadas desde 1992. La falta de consultas priva al Estado de los aportes para reconocer y solventar las inequidades que se abaten sobre las mujeres en todo el ciclo de su vida.

En Nicaragua, en la década de los '90 mientras existían instancias mixtas de participación no había seguimiento sistematizado del funcionamiento de las mismas ni de sus logros, dada la informalidad de las convocatorias. Era una especie de participación "virtual", las mujeres líderes y las organizaciones eran convocadas, tenían plena libertad de exponer públicamente sus posiciones, las propuestas que formulaban eran recibidas formal o informalmente, pero prácticamente nunca eran incorporadas a la legislación nacional o a la programática institucional.

¹⁹ Ley de participación ciudadana Artículo 38.- Espacio de participación. Nicaragua.

²⁰ Ley de participación ciudadana Artículo 98.- Espacio de participación. Nicaragua.

En Nicaragua ha ocurrido el cierre de los espacios de interlocución especialmente para las organizaciones feministas y de mujeres contradiciendo completamente los compromisos asumidos por los Estados en múltiples tratados, convenciones, programas plataformas que tuvieron consenso internacional. Los déficits de la participación ciudadana se expresan especialmente en los espacios donde se debería debatir sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Desde el año 2007 han desaparecido espacios mixtos donde las organizaciones de mujeres y la sociedad civil tenían representación como el CONPES, el Consejo Nacional de Salud, la Comisión Nacional de Lucha Contra la Violencia y se ha mantenido cerrada la Comisión Nacional de Lucha Contra la Mortalidad Materna. En la CONSIDA-a pesar que la ley 238 establece la participación de la sociedad civil-, sólo son convocadas organizaciones que aceptan las decisiones si cuestionamiento alguno. Además se han eliminado las representaciones de las organizaciones de mujeres de los Consejos de Desarrollo Municipal y los Consejos de Desarrollo Departamental en prácticamente todas las alcaldías del país.

Inexistencia o legislación incompleta sobre Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos.

Los derechos reproductivos no están consignados explícita y claramente en la legislación nacional; el aborto está absolutamente penalizado y hay frecuentes episodios que se revelan como conflictos sociales en los medios de comunicación. Por ejemplo cuando revelan la negativa de interrumpir embarazos en niñas violadas, las que son alojadas en hospitales públicos en espera del nacimiento a pesar de graves complicaciones producto de la misma violación, y de su inmadurez orgánica. La falta de normativas adecuadas genera zozobra en la población que no sabe qué ocurrirá finalmente.

Recién en el año 2008 en Nicaragua comienza a modificar la legislación restrictiva sobre los derechos sexuales. El nuevo Código Penal omitió el delito de sodomía que se mantuvo en la legislación nacional por 18 años. La no discriminación y la no discriminación relativa al empleo ya están incluidas en la legislación, aunque en materia de derechos sexuales son las únicas menciones existentes.

Reducción abrupta del financiamiento y retiro de la cooperación internacional.

Desde el año 2007 el gobierno de Nicaragua sostiene una agresiva política respecto de la cooperación internacional dirigiendo frecuentes descalificaciones a países y personas responsables de Embajadas y proyectos financieros para Nicaragua. El retiro progresivo de la cooperación europea al desarrollo encuentra este ambiente hostil a la vez que re direcciona la ayuda a países africanos, a lo que se suma la crisis económica global. Nicaragua ha perdido progresivamente apoyo para las organizaciones de la sociedad civil por el franco retiro de la cooperación, especialmente de los países nórdicos como importantes donantes en temas de gobernabilidad, participación ciudadana, salud y derechos sexuales y reproductivos. El reciente cambio de estrategias del Fondo Mundial dejando de lado de sus prioridades a las mujeres, adolescentes y jóvenes ha tenido un importante y negativo impacto en ocho organizaciones de sociedad civil que trabajan en la prevención y atención de las personas afectadas por la pandemia del VIH y el Sida.

Barreras en el acceso a la información pública

En relación al acceso de información en los años 1994, 1999, 2004 y 2009 en el proceso de Cairo, Cairo+5, Cairo+10 y Cairo +15 las organizaciones sociales nunca tuvieron acceso a los informes que los cuatro gobiernos de la época enviaron a las NN.UU. Ni los sucesivos gobiernos de Nicaragua ni el FNUAP cumplieron el compromiso adoptado en el Programa de Acción relativo a la participación de las organizaciones de mujeres y de la sociedad civil en la redacción de dichos informes.²¹

En Nicaragua a pesar de contar desde el 2007 con una Ley²² que establece el derecho que tiene toda persona para acceder a la información oficial, prevalece el secretismo como política oficial, las páginas webs de las instituciones públicas fueron cerradas progresivamente o se mantienen con información completamente desactualizada. Esta política de no información se agrava por haberse cerrado la mayoría de las instancias de coordinación del Estado y la sociedad civil.

²¹ 2000, Informe alternativo sobre el cumplimiento de la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Nicaragua.

²² Ley No. 621 Ley de acceso a la información pública. Artículo 4 y Artículo 6. Nicaragua.

El Sistema Nicaragüense de Estadísticas Vitales del MINSA SISNIVEN continúa pasando por fuertes crisis, frecuentemente está desactualizado, suspenden la página web y el Boletín Epidemiológico, faltan registros de los principales problemas de salud de las mujeres, adolescentes y jóvenes, como la morbi mortalidad materna, la pandemia del VIH y el Sida, la fecundidad en adolescentes, entre otros. Las estadísticas nacionales no están disponibles ni es posible conseguir información en la sede central del MINSA, dado que funcionarias y funcionarios tienen prohibido brindar información.

Es prácticamente imposible tener una secuencia lógica sobre la mortalidad materna; desde inicios de los '90 todos los gobierno anuncian "reducciones drásticas" aunque nunca explican cuales han sido las medidas de salud pública aplicadas para lograr tales éxitos. Sucesivamente suben y bajan cifras, a punto que la mortalidad materna es una variable policía. Mientras las agencias internacionales publican cifras de tres dígitos, los gobiernos desde hace una década anuncian que no llega a 100 x 100.000n.v., en tanto actualmente dicen que apenas sobrepasa los 60 x 100,000 n.v.

Las cifras sobre el VIH y el Sida desde hace dos años han dejado de publicar separando el sexo según quintiles de edad, de esta manera se reportan personas sin determinar cuántas son mujeres y cuántos varones. Las estadísticas nacionales de salud carecen de indicadores desde la perspectiva de género y generacional, no se analizan con participación social y por ende, se carece de una valoración independiente que permita señalar las preocupaciones nacionales en materia de salud sexual y salud reproductiva. No hay datos estadísticos que incluyan indicadores de pertinencia cultural y étnica y la lengua materna, a pesar que Nicaragua es un país muticultural, multiétnico y multilingüe, de esta manera se carece de estadísticas específicas sobre el 8% de la población que vive en las regiones autónomas de la Costa Caribe.

Los espacios mixtos donde ya no hay participación.

Entre 1990 y 1996 se crearon diferentes instancias destinadas a la participación social; sin embargo, no se percibió en los sucesivos gobiernos responsabilidad política para apoyar su funcionamiento, en consecuencia,

-además de instrumental-, la participación carecía de recursos humanos y financieros y de mecanismos legales para garantizarla de manera formal.²³ En Nicaragua no existen mecanismos legales específicos para la incorporación de las organizaciones de mujeres en la elaboración de informes de seguimiento ante organismos internacionales como la CIPD, así como ante la Cumbre Social, la Conferencia Mundial de la Mujer, la Conferencia de DDHH, la Convención por los Derechos del Niño y la OMC, entre otros.

Comisión Nacional de Población

Todos los asuntos de población y desarrollo se manejan al margen de las organizaciones que se ocupan de la natalidad, la mortalidad, las migraciones, el crecimiento, estructura y distribución espacial de la población y el medio ambiente, entre otros. Mantener la reiterada y deliberada exclusión de las organizaciones sociales y en particular de las organizaciones de mujeres confirma la voluntad de gobernar de espaldas a la población; en la actualidad las mujeres no conocen si hay alguna instancia que se ocupe de los asuntos de población, ya que todos los espacios multisectoriales han sido cerrados y la participación activa de las organizaciones sociales demandantes y contestatarias ha sido reemplazada por organizaciones para partidarias y que defienden los intereses del gobierno.

En 1993 se creó por Resolución Ministerial la Comisión Nacional de Población²⁴ -que no contemplaba la participación de las organizaciones de mujeres, ni de la sociedad civil-, ya que según funcionarios del Ministerio de Acción social “no puede incluir a grupos de mujeres, puesto que son únicamente los gobiernos los encargados de diseñar las políticas de población de un país”.²⁵

Así, la vocación autocrática que prevalece en el país se exhibe desde hace muchos años atrás; según los

gobiernos, las políticas de población no son competencia de la población. En 1999 la Secretaría de Acción Social convocó a algunas organizaciones para elaborar el Plan de Acción de Población, a la vez que instaló el Comité Técnico de Población con participación de la sociedad civil, aunque nunca llegó a establecer pautas claras y reales para la participación social ni mecanismos para incorporar sus propuestas.

En julio 1999²⁶ mediante un pronunciamiento nacional, 74 organizaciones sociales demandaron al gobierno la creación de las Mesas Tripartitas de Población y Desarrollo²⁷ pero la propuesta no fue tomada en cuenta.

En julio de 1997, el nuevo gobierno formuló otro documento de Política de Población²⁸ creó por Decreto Presidencial una nueva Comisión Nacional de Población con asistencia técnica y financiera del FNUAP, donde no se previó la incorporación de la sociedad civil ni de las organizaciones de mujeres, faltando así a los acuerdos contenidos en el Programa de Acción de la CIPD.

En febrero del 2000, el Presidente de la República creó una segunda Comisión Nacional de Población²⁹, sin ninguna participación de las organizaciones sociales ni de las organizaciones de mujeres. Posteriormente nombró a la Primera Dama como presidenta de la misma.

En julio del 2002 el gobierno de la “nueva era”, repitió la misma práctica, creando una tercera Comisión Nacional de Población reiterando la deliberada exclusión de las organizaciones sociales y en particular de las organizaciones de mujeres, lo que confirma la voluntad de gobernar de espaldas a la población.

Hay desde 1994 otra Comisión de Población en el Poder Legislativo, que tampoco promovió la participación de las organizaciones de mujeres, ni lo hace dieciocho años después. Por el contrario, en 1994 el Presidente

23 Participación organizada de las mujeres en las instancias de decisión. Proyecto de Seguimiento de la CIPD. Nicaragua.

24 Gabinete Social del Gobierno – Política Nacional de Población. Nicaragua, 1993.

25 Participación organizada de las mujeres en instancias de decisión – Proyecto de Seguimiento de la CIPD. Nicaragua, 1997.

26 Como iniciativa del Proyecto de Seguimiento de la CIPD en Nicaragua se logra la adhesión de diferentes sectores de la sociedad civil.

27 La Sociedad Civil de Nicaragua en el Día Mundial de Población. Nicaragua, 1999.

28 Decreto presidencial 24-97, del 7 de julio de 1997, mediante el cual establece que la Comisión Nacional de Población estará presidida por el Ministerio de Acción Social, que posteriormente redujo su rango a Secretaría.

29 Decreto 18 – 2000.

de la Comisión de Población de la Asamblea Nacional manifestó su propósito de introducir una propuesta para cerrar los centros alternativos de mujeres, que activamente participaban desde la llanura en el proceso de la CIPD.

Consejo Nacional de Salud

El Consejo Nacional de Salud, creado por resolución ministerial en 1995 como máximo órgano asesor en asuntos de salud del Ministerio de Salud, incorporaba la representación de la Comisión Nacional de Lucha Contra la Mortalidad Materna, que estaba en manos de las organizaciones de mujeres. En 1997, apenas iniciada su gestión, el Ministro de Salud reformó el Consejo Nacional de Salud y excluyó al movimiento de mujeres y a otras 31 organizaciones de la sociedad civil. El Consejo fue nuevamente reabierto por Decreto Presidencial en el año 2000, sin ninguna representación de las organizaciones de salud de las mujeres. Resulta difícil entender de qué manera se pueden concebir planes nacionales de salud sin contar con las organizaciones de salud de las mujeres. Nuevamente en el 2002 el gobierno repitió la misma práctica, excluyendo a las mujeres.

En enero 2007, antes de la toma de posesión del nuevo gobierno, la futura Ministra de Salud convocó a organizaciones de la sociedad civil prometiendo la reapertura del Consejo, lo que nunca se cumplió. En marzo el mismo año convocó a la conformación de una Comisión de Expertos para analizar las causas reales de la mortalidad materna y aplicar la clasificación internacional -ignorada por los sucesivos gobiernos-, pero tuvo una corta existencia, en mayo del mismo año dejó de ser convocada; ni siquiera hubo oportunidad de presentar los documentos producidos. La Ministra -que apreciaba la participación ciudadana-, fue destituida poco después por plantear públicamente la necesidad de restituir el aborto terapéutico, eliminado de la legislación. En la actualidad no existe la posibilidad de interlocutar con el Ministerio de Salud en ningún departamento del país.

Comisión Nacional de Lucha Contra la Mortalidad Materna

La Comisión Nacional de Lucha Contra la Mortalidad Materna, creada por Resolución Ministerial en 1992 y que promovía la participación multisectorial y

multidisciplinaria, y cuya Secretaría Ejecutiva estaba en manos de las organizaciones de mujeres, tuvo una activa participación en la mayoría de departamentos del país, monitoreando las muertes de mujeres como consecuencia del embarazo y visitando los SILAIS -y de alguna manera obligando a altos funcionarios y funcionarias- a escuchar las demandas de las mujeres. Se hacían análisis de las muertes maternas, y aun con férreas resistencias, se logró que -al menos una vez en la historia- el MINSA reconozca formalmente que la Tasa de de Mortalidad Materna nacional ascendía a 197.5 x 100,000 nv. en el año de su fundación.

La Comisión fue cerrada al asumir el nuevo gobierno en 1997, cuando el Ministro de Salud envió en febrero de 1997 una comunicación a las organizaciones participantes; serían convocadas "si ello fuera necesario".³⁰ Tres años después, la Comisión prácticamente fue cerrada -esta vez de manera formal- por un Decreto donde el Presidente de la República se facultaba a sí mismo para elegir sólo "un" representante de la sociedad civil,³¹ haciendo patente que, desde la perspectiva del Estado, las mujeres no tienen ningún papel en la lucha por su propia salud.

Excluyendo a las propias mujeres se pone de manifiesto el patrón de autoritarismo y paternalismo que tradicionalmente ha agobiado a nuestro país: el gobierno sabe autocráticamente lo que hay que hacer y basta con que haya "un" solo representante de la sociedad civil para que se valide cualquier decisión.³²

La misma Comisión y con el mismo Decreto fue instalada por el siguiente gobierno en el año 2002, eliminado igualmente la participación amplia de las organizaciones de salud de las mujeres. Ambas Comisiones nunca llegaron a funcionar, pues nacieron prácticamente muertas.³³

30 Gobierno de Arnoldo Alemán. Ministro de Salud Carlos Quiñónez. Nicaragua, 1997.

31 La nueva CNLCMM está integrada por el Ministerio de Salud, Ministerio de la Familia, Ministerio de Educación Cultura y Deportes, Instituto Nicaragüense de la Mujer, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y un representante de las ONG vinculadas a la salud.

32 Decreto 20-2000 de Creación de la Comisión Nacional de Lucha contra la Mortalidad Materna y Perinatal. Nicaragua, 2000.

33 Gobierno de Enrique Bolaños.

En mayo del 2005, luego de una marcha del movimiento de mujeres en el Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres se logró que el MINSa aceptara la demanda de reactivar la Comisión con la incorporación de integrantes de las organizaciones que trabajan por la salud de las mujeres. Dos meses después, el intento quedó nuevamente en la nada. Con el último gobierno –que ascendió en el año 2007 y otra vez en el 2012- la Comisión tampoco se reactivó.

Comisión Nacional Contra la Violencia

En Nicaragua en 1998 funcionaba la Comisión Nacional de Lucha contra la Violencia hacia la Mujer, Niñez y Adolescencia a través de la que se aprobó el Plan Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual, así como el Programa Nacional de Prevención y Atención de la Violencia basada en Género. La Red de Mujeres contra la Violencia participó activamente en esta Comisión, que desapareció igual que todos los espacios multisectoriales.

En el 2012 la Ley integral contra la violencia hacia las mujeres faculta la creación de la Comisión Nacional Interinstitucional de Lucha contra la Violencia con catorce instituciones del Estado y ninguna de la sociedad civil y añade que las organizaciones serán llamadas cuando la Comisión “así lo estime conveniente” y tendrán voz, pero no tendrán voto.³⁴

De esta manera se cierra el círculo que desconoce por completo los acuerdos del Programa de Acción, -específicamente consignados en el Capítulo XV-, donde demanda a los gobiernos a promover la participación de las organizaciones de mujeres en todas las instancias relativas a la población y el desarrollo.

Comisión Nicaragüense del Sida

En 1996, con la participación de varias ONG's se formuló la Ley 238³⁵ que prevé la constitución de la Comisión Nicaragüense del Sida que contempla la representación de 9 instituciones del Estado y de 4 organizaciones de la sociedad civil.³⁶

34 Comentarios sobre la Ley integral contra la violencia hacia las mujeres. Ana María Pizarro. Nicaragua, 2012.

35 Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el Sida. Nicaragua, 1996.

36 Un delegado del Ministerio de Salud; un delegado del

en el Reglamento de la Ley se aprobó en 1999 la representación de personas que viven con VIH/Sida. En 1999 se elaboró el primer Plan Estratégico Nacional para la Prevención del VIH/Sida donde las organizaciones de mujeres lograron incorporar en la lucha contra el Sida actividades vinculadas a los derechos humanos, la educación sexual y el aborto terapéutico.³⁷

Desde su fundación, en la CONISIDA se produjo el enfrentamiento de la sociedad civil con las concepciones religiosas del Ministerio de Educación, -al que el MINSa nunca quiso contrarrestar-, y que llegó al extremo que entre 1999 al 2004 no se pudo publicar un folleto educativo debido al veto de las autoridades de educación que se oponían a toda mención del condón como método de prevención del VIH y el Sida.

La CONISIDA ha demorado varios años en la redacción de cada Plan Estratégico Nacional; la falta de monitoreo real a su aplicación de los Planes Estratégicos y el incumplimiento de las propias atribuciones de la Comisión son responsables que donantes como el Fondo Mundial tomen decisiones tan graves como excluir a las mujeres, adolescentes y jóvenes de las prioridades nacionales ante el VIH y el Sida, cuestión que quedó establecida desde inicios del año 2012.

La decisión de excluir a las mujeres fue compartida por organizaciones de la sociedad civil –que en lugar de defender sus derechos-, se plegaron a la voluntad del Estado, sin tomar en cuenta la franca diseminación de la pandemia en Nicaragua. En la actualidad la CONISIDA no incorpora ninguna organización de salud de las mujeres, solo personas viviendo con el VIH y de la diversidad sexual.

Persecución a defensoras de DDHH

Ministerio de Educación; un delegado del Ministerio del Trabajo; un delegado del Ministerio de Gobernación; un delegado del INSS; dos delegados por las ONG que promueven la atención y prevención del SIDA; un delegado de la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional; tres delegados -uno por cada una de las organizaciones de derechos humanos; un delegado de las organizaciones más representativas de los trabajadores de la salud.

37 El Plan Estratégico fue aprobado por Decreto del MINSa en diciembre 1999.

9 feministas denunciadas por apología del aborto

En el mes de octubre del 2007 la Asociación Nicaragüense pro Derechos Humanos, con el patrocinio del Secretario de la Conferencia Episcopal de Nicaragua³⁸ y funcionarios del Ministerio de la Familia, MIFAMILIA interpusieron una denuncia ante el Ministerio Público (Fiscalía) en contra de 9 feministas,³⁹ todas conocidas como defensoras de los derechos humanos y con amplia experiencia en el tema de derechos sexuales y derechos reproductivos, trabajo con sobrevivientes de violencia y abusos sexuales y promoción de los derechos de las niñas y niños.

Fueron citadas para responder por “Delitos contra la administración de justicia, encubrimiento del delito de violación, asociación ilícita para delinquir y apología del delito de aborto”. La Fiscalía abrió un Expediente Fiscal y realizó una investigación que duro dos años y medio hasta que fue desestimada dos años y medio después.⁴⁰

Dado que la denuncia se basaba en la situación de la niña violada y embarazada en Costa Rica quien tuvo un aborto terapéutico en el marco de la legislación vigente en el año 2003, quedaba clara la intención política de la misma. El Ministerio Público, tenía en sus archivos todas las diligencias de investigación realizadas en el 2003 en relación con el aborto terapéutico practicado a la niña Rosita, en base a la resolución del Ministerio de Salud, y con fundamento al Art. 165 del Código Penal vigente. Dicho Ministerio fundamentó la legalidad y legitimidad del mismo, lo que consta en la resolución emitida al respecto y mediante la cual desestimó la denuncia por falta de merito en marzo del 2003.

La acusación –que carecía por completo de fundamento-, procuraba deslegitimar a todas las organizaciones y movimientos sociales, se ensañó contra las mujeres

dirigentes y pretendía la pérdida de credibilidad de las feministas ante la opinión pública, por la férrea defensa de los derechos de ciudadanía, la lucha por la participación democrática y la vigencia del Estado de Derecho, impulsada desde los movimientos sociales.⁴¹

El CENIDH -Centro Nicaragüense de Derechos Humanos- y la CPDH -Comisión Permanente de Derechos Humanos-, acompañaron ante diversas instancias nacionales e internacionales la denuncia de violación a los DDHH por parte del gobierno y de la jerarquía de la iglesia católica de Nicaragua.

La Fiscalía “continuó” las investigaciones, sin tomar en cuenta numerosas peticiones desde el nivel nacional e internacional, para impedir que abra un proceso judicial y lograr que se desestime la denuncia.

La respuesta fueron múltiples muestras de solidaridad tanto del ámbito nacional, regional e internacional, de modo que hubo repercusión en el seno de la ONU. El

⁴¹ Las acusadas eran: Mayra Sirias, integrante de la Comisión Coordinadora de la Red de Mujeres contra la Violencia y de la Coordinadora Política del Movimiento Autónomo de Mujeres, Ana María Pizarro, del centro *SI Mujer*, integrante de la Coordinación Regional de la Campaña 28 de Septiembre, Consejera Consultiva de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe e integrante de la Coordinadora Política del Movimiento Autónomo de Mujeres, Juanita Jiménez, hasta hace poco Responsable de Incidencia de la Red de Mujeres contra la Violencia, integrante de la Coordinadora Política del Movimiento Autónomo de Mujeres, Lorna Norori, integrante de la Red de Mujeres Contra la Violencia y del Movimiento Contra el Abuso Sexual, Luisa Molina Arguello, de la Federación de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan con Niñez y Adolescencia, CODENI y de la Comisión Coordinadora de la Coordinadora Civil, Martha María Blandón del Foro Sexualidad, Maternidad y Derechos, Martha Munguía del Centro de Mujeres Acción Ya, integrante de la Red de Mujeres Contra la Violencia, del Movimiento Autónomo de Mujeres y de la Red Latinoamericana de Albergues para mujeres en situación de violencia, Violeta Delgado, ex Secretaria Ejecutiva de la Red de Mujeres contra la Violencia, integrante de la Coordinadora Política del Movimiento Autónomo de Mujeres y Yamileth Mejía, hasta hace poco Responsable de Formación Política de la Red de Mujeres contra la Violencia, integrante de la Coordinadora Política del Movimiento Autónomo de Mujeres y de la Comisión Coordinadora de la Coordinadora Civil.

³⁸ Roberto José Petray, Director Ejecutivo de la ANPDH y el Obispo Abelardo Mata de Estelí.

³⁹ En la denuncia el Director Ejecutivo de la ANPDH Roberto Petray transcribió parte de un documento elaborado por el Ministerio de la Familia, que dice: “El día jueves nueve de Agosto del 2007, a eso de la tres de la tarde me presenté a las oficinas de la denominada Red de Mujeres Contra la Violencia,”?

Exhortación a la solidaridad.28 de junio 2008

⁴⁰ Exhortación a la solidaridad.28 de junio 2008.

Comité de Derechos Humanos analizando el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos⁴² emitió una resolución que claramente condena al Estado de Nicaragua:

- 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 aun 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..

En febrero 2010 la Fiscalía desestimó la acusación, por no encontrar argumentos para sustentarla y pasarla a los tribunales de justicia. Las acusadas tomaron conocimiento de tal resolución por los medios de comunicación, mostrando el Estado su voluntad violatoria de los derechos ciudadanos.

En su apoyo se manifestaron organizaciones de derechos humanos internacionales como Amnesty Internacional encabezó una campaña de solidaridad denominada “Mariposas de esperanza” que logró más de 6,000 tarjetas diseñadas por sus integrantes en más 25 países del mundo, que fueron enviadas a las mujeres agraviadas. Además 20 mil fax enviados a la Presidencia y la Fiscalía de Nicaragua solicitando cesar la intimidación y cerrar el proceso iniciado. La denuncia fue desestimada en enero 2009 por evidente falta de sustento para mantenerla.

⁴² 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.

Nuevas denuncias, calumnias y hallanamientos

En setiembre del año 2008 el Ministerio de Gobernación interpuso una denuncia ante el Ministerio Público (Fiscalía) contra líderes feministas y 8 organizaciones y espacios de sociedad civil como el Centro de Investigaciones de la Comunicación, el Movimiento Autónomo de Mujeres, el Grupo Venancia de Matagalpa y la Coordinadora Civil y Agencias de Cooperación como Oxfam Gran Bretaña y Forum Syd, entre otros. Dos de las feministas acusadas en el 2006 volvieron a ser incluidas en esta nueva denuncia.⁴³

Mientras tanto, medios de comunicación oficiales dirigían una fuerte campaña de desprestigio contra las líderes feministas y las instituciones acusadas, señalándolos de lavado de dinero y de triangulación de fondos. A través de actos de intimidación personal en diversas modalidades como asaltos y llamadas telefónicas, las feministas fueron amenazadas y hostigadas frecuentemente durante esos meses.

En octubre del mismo año la Fiscalía logró un mandamiento judicial que ordenó el allanamiento a 8 organizaciones, ejecutándose en contra del Movimiento Autónomo de Mujeres y el Centro de Investigaciones de la Comunicación, incautando computadoras, libros contables, archivos y demás documentos de ambas organizaciones.

En enero del 2009 la Fiscalía desestimó la investigación por no encontrar elementos para continuarla y pasarla a los tribunales, devolviendo equipos de computación y documentos que fueron incautados.

Otros actos de hostigamiento y calumnias fueron las diversas agresiones que ha sufrido la Presidenta del Centro Nicaragüense de Derechos Humanos, doctora Vilma Núñez, con el fin de intimidarla y atemorizarla, por lo que tuvo que demandar protección especial para ella y para el CENIDH. La Dra. Núñez -que recibió una condecoración del Gobierno de Francia por su larga lucha a favor de los DDHH- además fue objeto de todo tipo de acciones intimidatorias, como el daño a la propiedad con carteles en aerosol en su casa de habitación.

⁴³ Nuevamente fueron acusadas Ana María Pizarro y Juanita Jiménez; se sumaron a la acusación dos feministas más Sofía Montenegro y Patricia Orozco.

El compromiso de las agencias de las NNUU con la participación de las mujeres

El Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población

El Programa de Acción de la CIPD en sus Objetivos, no solo plantea compromisos a los gobiernos, sino a las agencias de las NNUU para que actúen como intermediarias entre la sociedad civil y las autoridades de cada país. El objetivo –dice-, “es fomentar una colaboración efectiva entre todos los niveles de gobierno y toda la gama de organizaciones no gubernamentales y grupos comunitarios locales en los debates y decisiones sobre la concepción, ejecución, coordinación, vigilancia y evaluación de programas relativos a la población.....”⁴⁴

También en las Medidas establece que “los gobiernos y las organizaciones intergubernamentales, en su diálogo con las organizaciones no gubernamentales y los grupos comunitarios locales, deberían incorporarlos en su proceso de adopción de decisiones y facilitar la contribución que las organizaciones no gubernamentales pueden hacer a todos los niveles para hallar soluciones comunes a los problemas en la esfera de la población y el desarrollo y, en particular, asegurar la aplicación del Programa de Acción”.

El FNUAP durante los ocho primeros años de la CIPD -y también con el patrocinio de la Sede de Nueva York- brindó apoyo para el monitoreo de la CIPD en varios países de América Latina, incluido Nicaragua. Sin embargo, a nivel del apoyo político necesario, en Nicaragua durante todo el proceso han existido dificultades para lograr esa interacción, aunque nunca como en la actualidad, dado que en los últimos cinco años actúa a modo de observador. Ante la dura realidad que enfrentan las mujeres, adolescentes y jóvenes en relación a sus derechos humanos en la esfera de la salud sexual, la salud reproductiva, los derechos sexuales y los derechos reproductivos era de esperar que su

papel fuera relevante promoviendo el cumplimiento del Programa de Acción.

El FNUAP apoyó y logró que la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva fuera publicada un mes antes de terminar el gobierno del Ingeniero Bolaños, dejando a la comunidad de salud un documento que en lo general reconoce los derechos sexuales y reproductivos y analiza los problemas existentes con una mira autocrítica, cosa inusual en un documento oficial.

A pesar que en los últimos años las violaciones de los derechos humanos a las mujeres han sido cada vez más frecuentes y graves, no se ha involucrado ni ha manifestado su preocupación públicamente por la situación. Tampoco ha mostrado el compromiso que demanda el Programa de Acción de facilitar la interlocución entre el Estado y las organizaciones de mujeres. El proceso de redacción del Cuestionario de Cairo + 20 y de participación de las organizaciones de mujeres no cuenta con el necesario apoyo político y financiero del FNUAP, tal como fue anunciado en la Reunión Regional de Redes y Organizaciones realizada en Uruguay a mediados del 2012, al comienzo del proceso de revisión latinoamericano.

Al respecto, la Red de Mujeres Contra la Violencia, en una reflexión sobre la cooperación en Nicaragua, expresaba en noviembre del 2012 “Amnesty Internacional reemplaza de hecho a las agencias de Naciones Unidas, que desde el año 2007 guardan un largo silencio frente a las violaciones de los derechos humanos en Nicaragua, que involucran Convenciones, Tratados y Declaraciones que nuestro país ha ratificado y con las cuales ha adquirido compromisos como Estado parte. No está demás expresar que las mujeres de Nicaragua, las líderes e integrantes de los movimientos feministas y de mujeres no nos podemos sentir protegidas, cuando quienes representan a los organismos internacionales más parecen coincidir con los que violan nuestros derechos.....”.

El resto de las Agencias de las NNUU

Nicaragua también padece la falta de beligerancia de las Agencias de Naciones Unidas al igual que el resto de países latinoamericanos y del Caribe. Sobre ONUMUJERES -cuyo mandato la compromete a vigilar

⁴⁴ Programa de Acción de la CIPD, Objetivo 15.7.

activamente la vigencia de los derechos de las mujeres en todos los ámbitos-, no se conoce su funcionamiento y no tiene una posición de acercamiento real y efectivo con las organizaciones de mujeres.

Se ha involucrado en desarrollar un programa contra la violencia hacia las mujeres que fue presentado a las organizaciones sociales cuando el modelo de atención derivado del mismo ya estaba publicado, sin haber realizado una consulta previa. No se manifiesta ante la gravísima y reiterada violación de derechos sexuales y reproductivos que viven las mujeres, adolescentes y jóvenes, la cual es de conocimiento público.

En lo que respecta a la OPS, tuvo una relación estrecha con las organizaciones de mujeres en los primeros años de la década de los '90 que se fue desvaneciendo progresivamente. Con motivo de la derogación del aborto terapéutico, la OPS apoyó y logró que las Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas fuera publicado, como una medida paliativa –aunque inaplicable, porque contradice al Código Penal-, procurando evitar los daños que la medida legislativa provocaría. Desde siempre y hasta la actualidad, brinda seguimiento a los asuntos maternos y perinatales, lactancia materna o casas maternas sin tener acercamiento ni relación efectiva con las organizaciones de salud de las mujeres, manteniéndose al margen de situación que se vive.

Debido a unas declaraciones brindadas a la agencia EFE, en setiembre del 2010 el gobierno exigió la salida del país de la representante de UNICEF. Había advertido sobre el incremento de las muertes neonatales en el país. La funcionaria afirmó que en Nicaragua “ha habido un crecimiento” de la mortalidad neonatal, “hemos pasado lamentablemente de 15 a 16 fallecidos” por cada mil nacimientos. El gobierno la desmintió exigiendo una aclaración. Posiblemente es la causa por la que UNICEF no hace declaraciones públicas ante las violaciones de derechos humanos de las niñas en la esfera de la sexualidad, ni aun en casos de tanta trascendencia como la violación de niñas que luego salen embarazadas, a las que se las obliga a parir al margen de los enormes riesgos para su salud y su vida.

Por su parte, el PNUD en la década de los '90 tuvo un importantísimo papel en el fortalecimiento de la

sociedad civil, promovió consultas, encuestas, apoyó el desarrollo de indicadores para monitorear la gestión gubernamental, y promovió el análisis de la corrupción gubernamental, apoyó el diálogo entre el Estado y al sociedad civil, -en fin- cumplió su mandato como parte de las NNUU. El gobierno de Arnoldo Alemán lo declaró “non grato” publicando un enorme campo pagado en los medios de comunicación.

En el proceso previo y después de la derogación del aborto terapéutico El PNUD jugó un papel beligerante junto a la Embajada de Holanda y otros países europeos, demandado públicamente al gobierno no tomar esa medida. Mediante cartas públicas, campos pagados y en foros con la sociedad civil todas las agencias de NNUU se pronunciaron en apoyo de las demandas de las mujeres.

Desde el año 2007 -al igual que las otras agencias-, se mantiene al margen de la situación, manifestado su apoyo público y trabajando expresamente con los planes y programas gubernamentales, sin involucrarse con las organizaciones sociales ni en los temas que violentan los derechos humanos de las mujeres y las niñas.

Participación de organizaciones de mujeres en las Regiones Autónomas

En las Costa Caribe se encuentra un número significativo de mujeres en cargos de decisión como Gobernadoras en ambas regiones en los últimos años. Sin embargo, la participación como Concejales Regionales es reducida, siendo en la RAAS del 26,6% y en la RAAN del 17.7%; en los Consejos Municipales en la RAAN las mujeres son el 30.3% y en la RAAS el 32%.⁴⁵

No hay un registro adecuado de la participación de las mujeres en sus partidos políticos, lo que no permite conocer la eficacia de los discursos partidarios versus su participación real; al interior de los partidos la supremacía

⁴⁵ Informe de la Costa Caribe nicaragüense RAAN – RAAS 2009 - 2012. *SI Mujer*. Nicaragua, 2012.

masculina es evidente y las dificultades de las mujeres para acceder a cargos de dirección son enormes, según testimonian las mujeres líderes. A nivel de la justicia comunitaria se han incorporado mujeres como wixtás o síndigos, por ser reconocidas por las comunidades como mejores administradoras y más honestas.

No hay registros estadísticos que den cuenta de la incorporación de las mujeres en las diferencias instancias de poder lo que impide conocer el impacto de su presencia en la vida de las mujeres. Cuando llegan a los altos cargos las exigencias para las mujeres son mayores que para los varones, y la relación con las mujeres de las organizaciones aun no logra ser fluida y de mutuo apoyo, dado que hay falta de comunicación entre ellas en ambas regiones. La percepción de las mujeres en relación a las deficiencias del proceso electoral del año 2011 es igual que en Pacífico, reconocen la falta de institucionalidad y la discrecionalidad de las autoridades electorales.

Información pública sobre participación de las organizaciones de mujeres

Entre 1994 y el 2000 en el proceso de Cairo, Cairo+5 y Cairo+10, las organizaciones sociales nunca tuvieron acceso a los informes que los tres gobiernos de la época enviaron a las NN.UU. concernientes al cumplimiento del Programa de Acción.

En ese mismo período no hubo en las instituciones oficiales una política para compartir la información, que es muy diversa y dispersa, no está centralizada, no permite que las organizaciones de mujeres cuenten con información oportuna para influir en la toma de decisiones.⁴⁶ Esta política de no información se agrava por haberse cerrado la mayoría de las instancias de coordinación del Estado y de la sociedad civil habían sido establecidas después de los '90.⁴⁷

⁴⁶ Informe alternativo sobre el cumplimiento de la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Nicaragua, 2000.

⁴⁷ Implementing ICPD: Moving Forward in the Eye of the Storm - DAWN: Pizarro, Ana Maria. Nicaragua, 2000.

El INIM elaboraba un informe anual sobre la situación de la mujer en Nicaragua, que estaba disponible en Internet, sin embargo, su praxis institucional no contempla la información a la ciudadanía, o los informes se entregaban a un limitado grupo de funcionarios/as públicos, donantes y grupos afines, no se sabe si elegidos al azar o por decisiones arbitrarias.

A pesar que en el año 2007 fue promulgada la Ley de acceso a la información pública, que establece “el derecho que tiene toda persona para acceder a la información existente en poder de las entidades y que las mismas deben facilitarla a quienes así lo demande”, para obtenerla hay que recurrir a influencias, lo que a su vez está determinado por la situación política del momento.

Para el desarrollo de esta investigación fue imposible obtener información directa en las instituciones del Estado, los documentos que circulan en internet – aunque dispersos y poco confiables- han sido una principal fuente de información, así como los registros y el monitoreo de los principales periódicos nacionales que desarrolla *SI Mujer* desde hace más de 21 años. Las investigaciones independientes y producidas por investigadoras feministas, redes y movimientos sociales ha sido utilizada ampliamente, así como las de fuentes oficiales -que ocasionalmente se consiguen-, tanto gubernamentales como las que produce el Sistema de NNUU.

En la actualidad –y especialmente en el sistema de salud- prevalece el secretismo y también la expresa prohibición de brindar información -aunque sea con fines de investigación-. Esto se suma al cierre total de espacios de interlocución donde se pudieran tener acceso a algún un tipo de estadísticas o información sobre la salud integral de las mujeres.

Desde 1999, la Procuraduría de DDHH, a través de la Procuraduría Especial de la Mujer, publicaba informes anuales que distribuía ampliamente, lo cual ha dejado de ocurrir. Algunas instituciones del Estado cuentan con páginas en Internet que han dejado de funcionar, generalmente están desactualizada y apenas un porcentaje mínimo de la población tiene acceso a ese medio.

Cairo + 20 - NICARAGUA Diagnóstico Nacional. 1994 - 2012

***Derechos sexuales y derechos
reproductivos de adolescentes***

Servicios Integrales para la Mujer - SI Mujer

Derechos sexuales y derechos reproductivos de adolescentes

	Página
Marco Jurídico nacional sobre derechos de adolescentes	97
Derechos sexuales y derechos reproductivos	97
Derechos a la educación sexual.....	97
Derechos a la salud sexual y reproductiva	99
Fundamentalismos religiosos versus derechos de adolescentes	100
Prohibidos programas de salud y manuales de educación sexual.....	100
Nicaragua con la tasa más alta de embarazos en la adolescencia	101
Embarazos no planificados y “suicidios”	101
Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva	101
Anticoncepción y atención a la adolescencia	102
Centro de Salud Reproductiva para Adolescentes en el Hospital Bertha Calderón	103
<i>SI Mujer</i> , un Centro Alternativo para adolescentes y jóvenes.....	103
Adolescentes y jóvenes en las Regiones Autónomas del Caribe	104

Marco Jurídico nacional sobre derechos de adolescentes

Derechos sexuales y derechos reproductivos

La única legislación nacional que reconoce explícitamente los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes es la Ley 392 de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud que desde el año 2001 establece “que se debe contribuir a una educación sana y responsable que promueva el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, la paternidad y la maternidad responsable y sin riesgos, así como la prevención de enfermedades de transmisión sexual”.

Si bien el derecho a la continuidad de la educación de las niñas y de las adolescentes embarazadas o de las que ya son madres – o sea la prohibición de separarlas de las aulas- no está establecido explícitamente en el Código de la Niñez¹ ni en la Ley 392, en ambas se define que se debe garantizar la enseñanza primaria y secundaria así como la no exclusión de jóvenes del sistema estatal de educación por diversas razones; la Ley es más explícita dado que establece la protección “de forma particular” a las adolescentes, que no deben quedar excluidas por razones de embarazo o lactancia.²

Sin embargo, estas disposiciones no se aplican estrictamente y muchas veces las adolescentes son forzadas a pasar a turnos nocturnos o son acosadas y también excluidas de la educación pública y privada, especialmente si se trata de colegios religiosos.

Desde 1901 el Código Civil aun vigente considera justo

1 Arto. 76, El Estado, las instituciones públicas o privadas, con la participación de la familia, la comunidad y la escuela, brindarán atención y protección especial a las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en las siguientes situaciones: k) Cuando se trate de niñas y adolescentes embarazadas.

2 Arto. 16, Del sistema educativo: 5. Garantizar de forma gratuita la educación primaria y secundaria, por lo cual ningún joven será excluido (a) del sistema estatal de educación por razones económicas, políticas, culturales, religiosas o de sexo y de forma particular las adolescentes por razones de embarazo o lactancia.

que los varones a los 21 años y las mujeres a los 18 años puedan contraer matrimonio libremente; sin embargo en otro artículo también establece que pueden contraer matrimonio el varón que ha cumplido 15 años y la mujer que ha cumplido 14, con autorización parental. De esta manera se establecen responsabilidades para las mujeres en edades más tempranas que para los varones, dado que la sociedad patriarcal considera aptas a las niñas de 14 años y las adolescentes de 18 años para asumir las obligaciones del matrimonio, en tanto protege a los varones para esas mismas responsabilidades. En los últimos cien años no ha existido responsabilidad del Estado para cambiar esta inequidad.

No existen campañas o acciones públicas que promuevan los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes; estas iniciativas las emprenden exclusivamente las organizaciones que trabajan con la niñez, la adolescencia, la juventud y las mujeres organizadas.

La Ley 582, Ley General de Educación publicada en agosto del año 2006, a pesar que tiene por objeto “establecer los Lineamientos Generales de la Educación y del Sistema Educativo Nacional”, no menciona la educación sexual, los derechos sexuales y reproductivos y no violencia, por ejemplo. No queda claro cómo la ley vigente puede haber ignorado completamente asuntos que son vitales para el desarrollo de la persona humana durante el proceso educativo.³

Derechos a la educación sexual

El Código de la Niñez y la Adolescencia establece desde 1998 que “las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a recibir una educación sexual integral objetiva, orientadora, científica, gradual y formativa que desarrolle su autoestima y el respeto a su propio cuerpo a la sexualidad responsable, el Estado garantizará programas de educación sexual a través de la escuela y la comunidad educativa”.⁴

Desde el año 2001, la Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud Ley 392, establece que el Estado

3 Arto. 1. Esta Ley tiene por objeto, establecer los Lineamientos Generales de la Educación y del Sistema Educativo Nacional, las atribuciones y obligaciones del Estado, los derechos y responsabilidades de las Personas y la Sociedad en su función educadora. Se regulan todas las actividades educativas desarrolladas por Personas Naturales o Jurídicas Públicas o Privadas en todo el país.

4 Arto. 44, Ley 287. Nicaragua, 1998.

debe “contribuir a una educación sana y responsable⁵ y promover un modelo pedagógico que genere una educación científica investigativa, que proporcione valores de paz, convivencia, tolerancia, solidaridad, libertad, justicia social y relaciones democráticas. Igualmente el respeto al medio ambiente y a la biodiversidad.⁶

Ni el Código de la Niñez y la Adolescencia ni la Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud han sido respetados por ninguno de los gobiernos y más bien las consecuencias de no contar con educación sexual la viven las adolescentes mujeres con altísimas tasas de embarazos no planificados, abortos, suicidios, VIH y Sida.

El MINSA, en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva reconoce en el año 2006 que “en el caso de niñas, niños y adolescentes, los abusos sexuales pueden pasar desapercibidos porque estos no son capaces de identificarlos o sienten vergüenza o miedo de denunciar a los agresores, en una gran proporción miembros de sus propias familias o maestros”.

Pero el Estado tampoco reacciona ante los abusos sexuales, dice la Estrategia: “En la actualidad, salvo algunos casos aislados, no se promueve la transmisión de información para la identificación y abordaje por parte de los niño/as y adolescentes de los abusos sexuales y violencia y las formas de buscar apoyo”. En el 2006, dice que el Ministerio de Educación ha implementado intervenciones dirigidas a la detección y atención de niños, niñas y adolescentes que viven violencia de género, particularmente el abuso sexual, la violencia física y la trata de personas. Esta experiencia fue desarrollada en 700 escuelas en donde han formado 1,300 maestros consejeros, para la identificación de este tipo de casos, brindar consejería y garantizar atención oportuna a través de una red interinstitucional que incluye al Ministerio de la Familia, Comisaría de la Mujer, ONG’S, entre otros.

5 Arto. 16, inciso 7. Contribuir a una educación sana y responsable que promueva el respeto de los derechos sexuales y reproductivos; la paternidad y maternidad responsables y sin riesgo, así como la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Nicaragua, 2001.

6 Arto. 16, inciso 2. Nicaragua, 2001.

El Plan Nacional de Educación del MECD 2001-2015 menciona la democracia y el género entre los valores de la educación pública, y plantea que en la universidad se elabora una reforma curricular que contempla la obligatoriedad de cursar disciplinas humanísticas en todas las carreras, que incluyen derechos humanos, equidad de género y otras.⁷

Estos enunciados se refuerzan en los objetivos y estrategias del sistema educativo, que establecen la aplicación de estrategias integradas para lograr la igualdad entre los géneros en materia de educación. Tales estrategias reconocen la necesidad de cambiar las actitudes y las prácticas y de fortalecer los valores. Otro de los propósitos de la reforma curricular consiste en eliminar toda forma de discriminación basada en el género, dado que las niñas y las mujeres tienen igual derecho a la educación que los niños y los hombres.⁸

En la práctica, no se cumple ninguno de los enunciados, compromisos o estrategias definidas desde las instancias oficiales de la educación pública, y la educación continúa siendo sexista y reforzadora de los estereotipos tradicionales que discriminan a las mujeres y las niñas. En los textos de educación primaria y secundaria sigue vigente la imagen de la familia nuclear, sustentada en valores patriarcales.

A nivel universitario, existen diversos programas de estudio de género, tanto en las universidades públicas [la UNAN Managua⁹ y UNAN León] como en las privadas [la UCA].¹⁰

En la UNAN Managua existe desde 1997 una Maestría en Salud Sexual y Reproductiva que incorpora un capítulo sobre enfoque de género, aunque ese enfoque no se integra de manera transversal en el resto del currículo, que mantiene un enfoque tradicional. Por ello, en el marco de los estudios universitarios el género es un asunto de especialistas, y más aun, de especialistas mujeres, por lo que parece que los varones no debieran tener acceso u ocuparse del tema.

A fines del 2010 el Ministerio de Educación presentó a la comunidad educativa el documento “Educación de

7 Plan Nacional de Educación. Formación Integral. 2001-2015. Nicaragua, 2001.

8 Plan Nacional de Educación, Objetivos y Estrategias del Sistema. Nicaragua, 2001.

9 Programa de Estudios de Género, UNAN, Managua y 2000, en León. Nicaragua, 1998.

10 Programa Interdisciplinario de Estudios de Género, UCA. Nicaragua, 1993.

la sexualidad: Guía básica de consulta para docentes”, que ofrece nociones introductorias sobre educación de la sexualidad de los niveles de preescolar, primaria y secundaria como “un instrumento de lectura y consulta sobre el tema de la sexualidad. Introduce a las docentes y los docentes en una visión comprensiva y positiva del ser niño, niña o adolescente, a partir del conocimiento y aceptación de las características particulares de cada etapa. Su propósito es facilitar reflexiones y contribuir a construir propuestas que faciliten el desarrollo de habilidades personales y sociales útiles para la vida”.

Este documento constituye un avance en relación a las políticas netamente conservadoras de los últimos veinte años en la educación pública y permitiría que la niñez, la adolescencia y la juventud nicaragüense cuenten al fin con información dentro de las aulas, en la medida que el profesorado adquiriera conocimientos básicos para afrontar las demandas del alumnado.

Incluye los siguientes temas la sexualidad, sexo y género, Desarrollo de una personalidad plena, Desarrollo de la afectividad, La familia, la primera escuela, Prevención de la violencia y del abuso sexual, Pubertad y adolescencia, El grupo en la adolescencia. Paternidad y maternidad responsable, Reproducción humana, Infecciones de Transmisión Sexual, el VIH y el sida, Prevención de trastornos y del cáncer del aparato reproductor, Toma de decisiones y proyecto de vida.¹¹

La Guía que debería ser un documento de consulta permanente para el profesorado, no ha logrado ser distribuida en todo el país -ni a todas las personas destinadas-, ya que a pesar que se hicieron 40 mil ejemplares, según el FNUAP solamente se había distribuido el diez por ciento a fines del año 2012.

Derechos a la salud sexual y reproductiva

El Código de la Niñez y la Adolescencia del año 2008 establece que corresponde al Estado con la participación activa de la familia, la escuela y la comunidad, desarrollar la atención preventiva de la salud dirigida a la madre y al padre en materia de educación sexual y salud reproductiva.¹²

¹¹ Educación de la Sexualidad Guía Básica de consulta para docentes. MINED. Nicaragua, 2010.

¹² Arto. 39, Capítulo III Derechos a la Salud, Educación, Seguridad Social, Cultura y Recreación.

Ley de Promoción también afirma que “las instituciones de salud deben de asegurar a las y los jóvenes servicios apropiados para disminuir los índices de jóvenes con enfermedades inmuno prevenibles, de transmisión sexual y mortalidad materna por embarazos precoces.

Establece que “es necesario brindar información a las y los jóvenes sobre salud sexual y reproductiva, en particular el embarazo de las adolescentes, los embarazos no deseados, el aborto en condiciones de riesgo, las Enfermedades de Transmisión Sexual y el VIH/Sida”.¹³

A pesar de la claridad con que la legislación establece los derechos en materia de educación y de salud, dichas leyes en Nicaragua continúan siendo desconocidas por la mayor parte de las instancias oficiales que la deben aplicar, son también desconocidas por adolescentes y jóvenes que de esa manera tienen imposibilitado reclamar por sus derechos.

La Política Nacional de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia fue aprobada en el año 1996 y reformada en el 2001¹⁴, sin embargo no mencionaba que deben existir en los servicios de salud normas o protocolos específicos para estos rangos etarios, con atención de calidad.

La Política de Protección Especial a los Niños, Niñas y Adolescentes fue aprobada en el año 2006 como un conjunto de principios, objetivos y estrategias que las instituciones del Estado y la sociedad en general deben incorporar en sus planes, programas, proyectos y acciones, a fin de resguardar y restituir el goce de los derechos de niños, niñas y adolescentes ante amenazas o violaciones de los mismos.

¹³ Arto. 18, inciso 1. Las instituciones de salud deben de asegurar a las y los jóvenes servicios apropiados para disminuir los índices de jóvenes con enfermedades inmuno prevenibles, de transmisión sexual y mortalidad materna por embarazos precoces; para ello es necesario brindar información a las y los jóvenes sobre salud sexual y reproductiva, en particular el embarazo de las adolescentes, los embarazos no deseados, el aborto en condiciones de riesgo, las ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) y el VIH/Sida.

¹⁴ Comisión Nacional de Promoción y Defensa de los Derechos del Niño y de la Niña y Consejo Nacional de Atención y Protección Integral a la Niñez y al Adolescencia. Nicaragua, 2001.

La existencia de ambas políticas no ha significado ni reconocimiento ni respeto por los derechos de adolescentes en Nicaragua, especialmente en la esfera de la sexualidad, la reproducción y la no violencia.

El Comité de los Derechos del Niño de la ONU en el año 2010 nuevamente insta a Nicaragua “a adoptar todas las medidas necesarias para atender a las recomendaciones formuladas y que no ha aplicado suficientemente, como la puesta en práctica de la legislación, el plan de acción nacional y la coordinación, la recopilación de datos, la edad mínima para contraer matrimonio, el registro de los nacimientos, los castigos corporales, el maltrato y el abandono de niños y los embarazos de adolescentes”. También que “garantice que los adolescentes tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva seguros, legales y confidenciales, que incluyan información, asesoramiento y servicios de interrupción del embarazo, y ofrezca acceso generalizado a los medios anticonceptivos”.

Fundamentalismos religiosos versus derechos de adolescentes

Los contenidos de la educación pública a nivel de enseñanza primaria y secundaria carecían de perspectiva de género, aunque en el Plan Nacional de Educación del MECD se establecía como una estrategia para lograr los objetivos del sistema educativo la “supresión de las disparidades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria al 2005 y lograr antes del año 2015 la igualdad entre los géneros en relación a la educación, en particular garantizando a las niñas un acceso pleno y equitativo a una educación básica de buena calidad, así como un buen rendimiento”.¹⁵

El propósito de esta estrategia entró frecuentemente en contradicción con los virajes tradicionalistas promovidos por las jerarquías religiosas, que imponen valores morales que deben ser el sostén de las familias y de la educación pública, en la que no debieran incursionar.

Posterior a la CIPD, durante toda la década de los '90

los sucesivos gobiernos manifestaron su oposición a la educación para adolescentes y jóvenes desde las instituciones estatales aduciendo que los padres no deben “enajenar” en el Estado un asunto que compete exclusivamente “a la familia”. Al respecto, en el decreto de creación del Ministerio de la Familia, se sostiene “que el Estado reconoce que los padres son los primarios y principales educadores...”.¹⁶ Esto significaría dejar al alumnado en la ignorancia total y quitar al Estado la responsabilidad que la Constitución le confiere. Las madres y padres son en su mayoría parte de las generaciones de nicaragüenses que carecieron por completo de educación sexual, por lo que no están capacitados para impartirla a sus hijas e hijos.

Durante la década de los '90 grupos de presión en nombre del Estado se opusieron en todos los foros internacionales a que adolescentes y jóvenes cuenten con servicios de salud sexual y reproductiva y que estos sean confidenciales, pues “violan la patria potestad”, dado que los padres deben conocer el tipo de consultas realizan y qué atención reciben, violentando el respeto que merecen adolescentes y jóvenes.

Negaron y continúan sin reconocer la magnitud de la epidemia del VIH/Sida y su impacto en adolescentes y jóvenes, durante más de una década plantearon que Nicaragua era el país de Centroamérica con la menor cantidad de personas positivas y se opusieron públicamente al uso de condones para la prevención del VIH/Sida, diversos asesores hablando en nombre de los sucesivos gobiernos publicaron artículos periodísticos atacando el uso de condones y la educación sexual moderna y científica, el uso de métodos anticonceptivos modernos y los derechos ciudadanos de la adolescencia y juventud.

Prohibidos programas de salud y manuales de educación sexual

En febrero 2002 el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva fue retirado del MINSA por presiones de las jerarquías eclesiásticas, Nicaragua pasó 4 años

¹⁵ Plan Nacional de Educación, Objetivos y Estrategias del Sistema. Cobertura y Equidad de Educación. Nicaragua, 2001.

¹⁶ Escenarios de las Políticas de Población en Nicaragua. Proceso de Advocacy y Monitoreo del Programa de Acción de la CIPD en Nicaragua. 1999 – 2000. Ana María Pizarro – *SI Mujer*.

sin programa alguno en la esfera de la sexualidad y la reproducción.

También en el año 2003, el Ministerio de Educación retiró por mandato de la jerarquía católica el “Manual Para la Vida”, de educación sexual para el profesorado. Los grupos católicos llamados “provida”, grupos evangélicos y el arzobispado hicieron una intensa campaña contra el manual, acusando al Ministerio de “promover el aborto y la homosexualidad y pretender disolver las familias”.¹⁷ El Cardenal celebró el retiro del manual anunciando que contaba con “una comisión de moralistas y teólogos para rehacer el documento.

Nicaragua con la tasa más alta de embarazos en la adolescencia

Según la CEPAL Nicaragua encabeza todos los países de Latinoamérica y El Caribe con un porcentaje de embarazos en la adolescencia del 27% de las mujeres, que ya son madres. Entre los años 2000 y 2010, hubieron 367,095 embarazos en mujeres menores de 18 años. El 27.10% de los partos del año 2010 ocurrieron entre los 10 y los 19 años, según el MINSA.

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2009 menciona con preocupación la tasa de fecundidad en la adolescencia y los embarazos en niñas y adolescentes de 10 a 19 años, que se han incrementado de 33,742 en el año 2007 a 35,945 en el 2010, con un incremento del 6.52%.

Según el FNUAP los nacimientos anuales entre los 10 y los 14 años se han incrementado en 47%, pasando de 1,066 en el año 2000 a 1,577 en el 2009.¹⁸

Embarazos no planificados y “suicidios”

La Estrategia Nacional reconoce que existe “un problema asociado y poco estudiado como es el suicidio en las adolescentes embarazadas. Este problema es relevante en la medida que el suicidio es una de las causas

principales de muertes en esta edades” afirma. Pero además de mencionarlo, no existen acciones concretas, ni campañas de información pública, ni estadísticas que permitan conocer la magnitud de este problema, que no parece tener demasiada importancia para las autoridades, dada su total falta de respuesta.

En el Capítulo referido al Aborto Inseguro -en esta misma investigación-, se puede conocer que entre los años 2006 al 2008, 25 mujeres murieron por una causa directamente relacionada con el aborto -como es el embarazo no planificado o no deseado-. El 70% de las muertes que fueron reportadas como “suicidios” por el MINSA eran adolescentes y jóvenes, todas estaban embarazadas con menos con 20 semanas de gestación y todas usaron sustancias químicas organofosforadas para intentar interrumpir el embarazo. Evidentemente el Estado continúa “sin estudiar” este fenómeno y sin incluir esas muertes dentro de las estadísticas. Lo peor es que las adolescentes continúan muriendo sin que las autoridades competentes tomen alguna decisión para evitarlo.

A pesar de la alta fecundidad y de los embarazos en la niñez y la Adolescencia, en la Política Nacional de Salud del 2008 actualmente vigente, no se menciona ni en sus objetivos ni en sus lineamientos alguna acción para prevenir y reducir los embarazos en la adolescencia o para garantizar su atención, dada la magnitud del problema existente en el país.¹⁹

Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva

Antes de 1998, Nicaragua no contaba con una normatividad jurídica que promoviera el derecho de las y los adolescentes a contar con información y servicios de salud sexual y reproductiva.

A partir de 1995 se definió un Modelo de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia. Se integraron servicios y actividades tales como el marco regulatorio y el sistema de información del Programa Nacional de Adolescentes, se creó la Comisión y el Plan de Intervención de la Comisión Nacional de Adolescentes,

17 Fundamentalismo religioso y salud sexual y reproductiva. Ana María Pizarro. Nicaragua, 2004.

18 Información brindada por el FNUAP, julio 2012.

19 Política Nacional de Salud. MINSA. Nicaragua, 2008.

se definió el Plan Nacional de Atención a las y los Adolescentes y se propuso la implementación de clínicas y casas municipales para adolescentes y en el Hospital Berta Calderón.

A pesar de este extenso conjunto de normas y disposiciones, en la mayor parte de los servicios públicos de salud no existe una atención diferenciada para adolescentes, quienes en términos de políticas de población y desarrollo debieran ser el grupo priorizado.

El modelo fue aplicado durante 10 años y luego desapareció con la aplicación de nuevos modelos donde las prioridades son “las familias y las comunidades”, de esta manera, las necesidades específicas de la adolescencia quedan sumergidas dentro de los problemas y necesidades del resto de integrantes de las familias o la comunidad.

Según la Estrategia Nacional de Salud Sexual y reproductiva del año 2006, “no existe una atención diferenciada en los servicios de salud orientados a las y los adolescentes que requieren de acceso a orientación profesional sobre su salud sexual y reproductiva.

Anticoncepción y atención a la adolescencia

Todos los asuntos de la reproducción, -al igual que con las personas adultas- recaen en las adolescentes; Nicaragua no ha logrado involucrar a los varones adolescentes en el uso consistente de métodos anticonceptivos o métodos de barrera que además pueden proteger a la pareja del VIH y el Sida.

En el 2006 la Estrategia Nacional de Salud reconocía que “la promoción de métodos anticonceptivos en general es insuficiente. Además que “los servicios de consejería orientados a los adolescentes están limitados a los clubes de adolescentes y son aun insuficientes. Igualmente, la consejería en los colegios públicos y privados es casi inexistente y los maestros no han sido debidamente capacitados”.

Si bien se abrieron Casas del Adolescente a nivel municipal y un servicio especializado de atención para adolescentes en Managua, el enfoque adultista limitó seriamente la afluencia de esa población meta, haciendo poco exitosa la iniciativa.

No existe información oficial desagregada sobre el porcentaje de métodos de uso masculino en adolescentes

a nivel rural o urbano. En 1998 se reportaba que solamente el 11,3% de mujeres estaba usando anticonceptivos modernos.²⁰ Información oficial del MINSA en 1999 señalaba que el 40% de las adolescentes sexualmente activas nunca había utilizado métodos anticonceptivos.²¹

En el año 2009, según un estudio de la USAID sobre el mercado de anticonceptivos en Nicaragua, se concluye que “el uso de anticonceptivos es particularmente bajo entre las mujeres adolescentes entre 15-19 años en ambos grupos e incluso entre las mujeres jóvenes casadas entre 20-24 años. El uso muy bajo entre las mujeres adolescentes que están sexualmente activas sugiere que éstas no tienen un acceso equitativo a los servicios de planificación familiar y que enfrentan ciertas barreras para el uso de métodos en mayor grado que aquellas mujeres cuyas edades oscilan entre los 20 y 40 años, quienes muestran mayor uso de métodos anticonceptivos”. Solamente el 58.9% de las mujeres no unidas sexualmente activas entre 15 y 19 años usan métodos anticonceptivos y solo el 61.1% de las mujeres actualmente unidas.²²

USAID reporta que “tanto en la ENDESA del 2001 como en la del 2001-2006, el 16.7% de las adolescentes y las mujeres jóvenes unidas que están en el primer segmento de sus años 20, cuentan con una mayor necesidad insatisfecha que las mujeres en edad reproductiva de segmentos de edad mayor. Esto, está en concordancia con el bajo uso de anticonceptivos en los grupos de edades mencionados anteriormente, a pesar que existe una demanda por métodos anticonceptivos entre esos grupos de mujeres adolescentes y jóvenes”.

En Nicaragua, responder a la necesidad insatisfecha de estas mujeres es particularmente crítico, ya que las adolescentes entre 15 - 19 años tienen el doble de probabilidades de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto que las mujeres de mayor edad, dado que “muchas adolescentes son físicamente inmaduras, lo cual aumenta sus riesgos de padecer complicaciones obstétricas”, tal como se ha mencionado en el informe “La planificación familiar salva vidas”.²³

20 UNFPA-CEPAL, Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe, 1991.

21 Instituto de Estadísticas y Censos, Nicaragua, 1999.

22 Análisis del mercado de anticonceptivos en Nicaragua. USAID. Nicaragua, 2009.

23 Family Planning Saves Lives, Smith 2009.

Centro de Salud Reproductiva para Adolescentes en el Hospital Bertha Calderón

En Managua funciona el Centro de Salud Reproductiva para Adolescentes en las instalaciones del Hospital Bertha Calderón. En el año 2011 reportó la atención de 10,240 usuarios/as de las cuales el 98.46% son mujeres, entre ellas el 6.14% tiene de 10 a 14 años (62) y el 93.85% entre 15 a 19 años (8,470).²⁴

Atendió a 155 niñas embarazadas entre 10 y 14 años y 3,887 adolescentes de 15 a 19 años igualmente embarazadas. La presunción de violencia sexual o que algunos o la mayoría de estos embarazos son forzados no forma parte de la atención, no se conoce que el personal de salud denuncie esta situación ante las autoridades competentes –como sí lo hace con las mujeres con abortos-.

Llama la atención que reportan 9 niñas “casadas” de 10 a 14 años. Se naturaliza la maternidad en las niñas; en las instituciones del Estado se atienden bajo el criterio de “alto riesgo obstétrico”, sin considerar ni analizar el origen de esos embarazos, la mayoría de los cuales ocurre por relaciones sexuales forzadas con conocidos y desconocidos.

Otro elemento que está siendo tomado en cuenta es que el 15.7% de sus usuarias (180) de 10 a 14 años usan anticonceptivos inyectables, que están especialmente contraindicados en esa edad. De esta manera se revela que a las niñas puérperas que atienden les indican anticonceptivos inyectables como si fueran mujeres adultas.

SI Mujer, un Centro Alternativo para adolescentes y jóvenes

Simultáneamente las organizaciones de mujeres crearon centros para la educación y la atención de la adolescencia, desde la perspectiva de género y generacional que sobreviven con el exclusivo esfuerzo de sus integrantes dado que la cooperación internacional se ha retirado casi por completo de Nicaragua, la falta de

apoyo gubernamental ha sido constante desde inicios de los años '90.²⁵

Un centro como *SI Mujer* brinda atención a adolescentes y jóvenes desde su fundación en 1991 y además cuenta con el Programa de Adolescentes y Jóvenes desde el año 1993 en el Barrio San Judas en Managua. *SI Mujer* como Centro Alternativo feminista demuestra que sí se puede contar con estadísticas, aun sin tener programas informáticos sofisticados, sino la responsabilidad de conocer sobre sus propias usuarias y usuarios.

Se promueven activamente los métodos de barrera bajo control de la propia persona y que no significan acciones invasivas, lo que coloca a *SI Mujer* como uno de los servicios de más alto el uso de condones masculinos en Latinoamérica. Se ofrecen anticonceptivos seguros tanto en la atención en los consultorios como en las comunidades, mediante la visita cada a casa hechas por promotores y promotoras juveniles.

En la atención que se brinda en los consultorios, entre los años 1991 y 2012-, de sus 12,391 usuarias y usuarios menores de 19 años, el 98.27% usa métodos anticonceptivos; de ellos el 87.52% usa métodos modernos y el 10.75% métodos tradicionales. Entre quienes usan métodos modernos, prevalece el condón con el 40.73% y las píldoras con el 32.58%, un 2.43% usa DIU's y el 11.79% inyectables.

El uso de DIU's en *SI Mujer* sigue las normas internacionales, deben tener al menos un hijo o hija vivos, además *SI Mujer* no promueve inyectables a ninguna edad, sin embargo, las que los continúan usando son usuarias que ya llegan con ese método y prefieren mantenerlo, a pesar de la asesoría que se les brinda. Lo mismo ocurre con los métodos tradicionales, entre los cuales el ritmo llega al 2.43%, el coitus interruptus al 8.15% y la lactancia materna al 0.17%, -que no es precisamente un método anticonceptivo-. Adolescentes y jóvenes reciben permanente asesoría sobre salud sexual y salud reproductiva en el marco de sus derechos de ciudadanía.

²⁴ Centro de Salud Reproductiva para Adolescentes, Hospital Bertha Calderón. Análisis de productividad de servicios, atención integral a la adolescencia. Nicaragua, 2011.

²⁵ *Proceso de monitoreo en Nicaragua Cairo + 20*. Salud Integral de las Mujeres - Mortalidad Materna VIH y Sida - Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Ana María Pizarro *SI Mujer*. 21 de agosto 2012.

En *SI Mujer* no responde ni se suma a campañas de mercadeo de productos anticonceptivos, se brinda información sobre la píldora anticonceptiva de emergencia pero no se la promueve, dado que es evidente que no está siendo utilizada como método de emergencia sino en prácticamente todos los contactos sexuales. De esta manera, se logra que los varones cada vez más desentiendan de su propia responsabilidad y que las mujeres continúen ingresando hormonas semanal y mensualmente en su cuerpo.

En *SI Mujer*, la Distribución Comunitaria de Anticonceptivos DCA se realiza en 14 barrios populares y asentamientos; el condón masculino es el principal método distribuido, se ofrece el 7.14% entre los 12 y 14 años, el 73.62% entre los 15 y 19 años y el 19.23% entre los 20 y 24 años. Las mujeres reciben el 22.43% y los varones el 77.56%. De esta manera prevalece un método de barrera que cumple múltiples funciones protectoras.

Adolescentes y jóvenes en las Regiones Autónomas del Caribe

En las Regiones Autónomas se cuenta con legislación adecuada para la promoción y protección de los derechos de la adolescencia y juventud, sin embargo, la falta de compromiso para su aplicación así como la carencia de presupuesto y de programas especiales hace que la población joven sobreviva con múltiples carencias.²⁶

Desde 1998 el Código de la Niñez y la Adolescencia establece que “a las niñas, niños y adolescentes que pertenezcan a comunidades Indígenas, grupos sociales étnicos, religiosos o lingüísticos o de origen indígena ... el Estado les garantizará los derechos que le corresponden en común como su propia vida cultural, educativa y gozar de los derechos y garantías consignados en el Código y demás leyes.”²⁷

²⁶ Informe de la Costa Caribe RAAN - RAAS 2009-2012. *SI Mujer*. Nicaragua, 2012.

²⁷ Arto. 8. A las niñas, niños y adolescentes que pertenezcan a Comunidades Indígenas, grupos sociales étnicos, religiosos o lingüísticos o de origen indígena, se le reconoce el derecho de vivir y desarrollarse bajo las formas de organización social que corresponden a sus tradiciones históricas y culturales. El Estado garantizará a las niñas,

Los derechos de adolescentes y jóvenes en materia de sexualidad y reproducción no están incorporados en la agenda de las autoridades de la Costa Caribe. No hay apertura para que las organizaciones de jóvenes y de la sociedad civil o las universidades puedan coordinar acciones con las instituciones de gobierno.

En la RAAN y la RAAS la atención de salud en adolescentes y jóvenes no ha sido priorizada por el MINSA, la aplicación de los Modelos Regionales de Salud no logra promover los derechos sexuales o los derechos reproductivos de jóvenes especialmente para la prevención del embarazo en la adolescencia y las enfermedades de transmisión sexual.

Las estadísticas oficiales de salud no pueden mostrar información actualizada y completa sobre uso de anticonceptivos por sexos en la adolescencia, o la mortalidad materna en adolescentes en zonas rurales, aunque si se conoce que la fecundidad es elevada. La educación sexual que está legalmente establecida no se imparte de manera integral y el profesorado desconoce la Guía Básica de consulta para docentes, publicada por el MINED en el año 2010, que les permitiría contar con la formación adecuada para enseñar al alumnado.

Este panorama revela que las barreras que existen para lograr la autodeterminación de adolescentes y jóvenes en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción son muy extendidas. No se conocen estadísticas que demuestren la situación de jóvenes en relación a información y servicios en las regiones autónomas.

En la región del Caribe nicaragüense no se cuenta con datos de la proporción de adolescentes de ambos sexos que usan métodos anticonceptivos brindados en los servicios públicos de salud. Los datos que manejan los SILAIS de la RAAN y la RAAS son mayormente de personas que están usando anticonceptivos porque ya han tenido uno más hijos e hijas. Entre estas podemos encontrar niñas y adolescentes que han salido

niños y adolescentes que pertenezcan a tales comunidades indígenas o grupos sociales, a tener los derechos que le corresponden en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, educativa, a profesar y practicar su propia religión, costumbres, a emplear su propio idioma y gozar de los derechos y garantías consignados en el presente Código y demás leyes.

embarazadas. El personal de salud señala que es difícil llevar un control, porque en su mayoría las y los jóvenes usan métodos anticonceptivos a escondidas de sus padres y por tanto no se acercan a los centros de salud, generalmente los adquieren a través de amistades. Cuando los varones llegan a los centros con intención de planificar o usar un anticonceptivo, es únicamente a solicitar condones.

A partir del año 2009 el Ministerio de Educación capacitó en la RAAS y RAAN a maestras y maestros para formar Consejerías Escolares, las que estaban establecidas desde varios años atrás a nivel nacional. Desde entonces los colegios en zonas urbanas deben contar

con dos personas encargadas por colegio de impartir charlas sobre derechos de los niños y las niñas. Estas Consejerías también deben velar por la buena atención a los niños y las niñas provenientes de hogares donde ha habido maltrato. Igualmente deben hacer denuncias cuando detecten abusos de los niños y las niñas.

Sin embargo, maestras de la RAAN y RAAS expresan que las Consejerías Escolares no han contado con personal ni recursos suficientes y que las capacitaciones recibidas no logran que el personal tenga suficientes elementos para abordar adecuadamente los múltiples problemas que afrontan la niñez y adolescencia asistente a los centros escolares.

Cairo + 20 - NICARAGUA Diagnóstico Nacional. 1994 - 2012

*Calidad de atención en los servicios
de salud sexual y reproductiva*

Servicios Integrales para la Mujer - SI Mujer

Calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva

Página

Marco Jurídico sobre salud sexual y salud reproductiva.....	109
Políticas de salud antes y después de la CIPD.....	110
Calidad de la atención en las políticas de salud.....	111
Calidad de atención en <i>SI Mujer</i>	111
Capacidades del sistema de salud.....	113
Diversos modelos, diversos programas y diversas normas.....	113
Cobertura en salud sexual y reproductiva en la seguridad social.....	114
Inversión en salud de las mujeres.....	114
Salud sexual.....	115
La anticoncepción como derecho de las mujeres.....	115
Acceso a tratamiento de la infertilidad.....	116
Atención integral a adultas mayores.....	117
Prevención y atención del cáncer génito mamario.....	119
El cáncer de cuello uterino en Centros de Mujeres.....	121
Atención a las diversas necesidades de las mujeres.....	123
Mujeres indígenas y afro descendientes.....	123
Mujeres con discapacidad.....	124
Lesbianas y bisexuales en la atención de su salud.....	125
Aportes no valorados de las organizaciones de mujeres.....	126
Programas de Centros Alternativos de Mujeres.....	126
El Colectivo de Mujeres de Matagalpa.....	127
La Casa Materna de Matagalpa.....	128

Marco Jurídico sobre salud sexual y salud reproductiva

La Ley General de Salud que fue aprobada en mayo del año 2002 establece que “la atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud”.¹ Curiosamente en esa época no existía dicho programa, dado que había sido retirado por presiones de la jerarquía católica en febrero del mismo año.

La Ley establece como derechos de las personas usuarias “la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población”; en el año en que fue promulgada el Banco Mundial consideraba que el 83% de la población del país era pobre o extremadamente pobre, lo que significa que de hecho los servicios de salud debían brindarse a la gran mayoría de la población, lo que nunca pudo ser realidad, dados los bajos presupuestos que se han destinado a la salud en general.

También establece la calidad como principio, a la que describe como “el mejoramiento continuo de la situación de salud de la población en sus diferentes fases y niveles de atención, conforme a la disponibilidad de recursos y tecnología existente para brindar el máximo beneficio y satisfacción con el menor costo y riesgo posibles”.² Nótese que no hace mención específica a la calidad de atención de las mujeres ni a la salud sexual y reproductiva.

La norma jurídica define que la información hacia las usuarias y usuarios debe ser “completa y continua, la atención con confidencialidad y sigilo, con respeto a su persona y a la dignidad humana, a no ser objeto

de experimentación y al consentimiento informado”.³ Estos parámetros no se cumplen en la mayor parte de las unidades de salud, ni se evalúan periódicamente con participación de las personas usuarias del sistema público.

No existen metas poblacionales específicas incluidas en las normas jurídicas del país, pero sí en una de las Políticas de Población en el año 1996, que definía explícitamente diferentes metas explicando que no eran metas sino propósitos a cumplir: reducir la tasa específica de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 y de 30 a 44 años y metas concernientes a las uniones tempranas, al embarazo en mujeres adolescentes “solteras”, a la frecuencia de embarazos no deseados, al recurso al aborto inducido, a la incidencia de embarazos tempranos, tardíos, muy seguros y en multíparas, entre otras.⁴

Sin embargo, ninguna instancia oficial se ocupó de aplicar estas políticas y tampoco de dar seguimiento a las metas que se planteaban alcanzar, -que por cierto tampoco fueron alcanzadas-. La imposición de metas poblacionales -que pretendían lograr controlando el cuerpo de las mujeres-, ha sido parte de la coexistencia entre los grupos pro natalistas y antinatalistas en los gobiernos conservadores y liberales entre los años 1990 y 2007.

No existen normas jurídicas explícitas que permitan a las mujeres la decisión anticonceptiva sin autorización de la pareja. Ocasionalmente en el caso de la esterilización quirúrgica se establece como una costumbre de los médicos exigir la autorización de la pareja, aunque esta disposición no tiene sustento legal. Esta praxis relega a las mujeres nicaragüenses a la infancia jurídica, y a un estatus de enajenación del propio cuerpo.

En agosto de 1997 se promulgó la Ley 202 de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad, que tenía muchos vacíos especialmente en la esfera de la educación de personas ciegas pues no incorporaba sus necesidades particulares ni permitía terminar con las barreras y carencias en materia de educación formal.

Catorce años después se promulgó la Ley 763 de los derechos de las personas con discapacidad,⁵ que hace

1 Ley 432, Arto. 32, Capítulo De la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia. Este programa incluirá las acciones de control prenatal, atención del parto, del puerperio, recién nacido, detección precoz del cáncer de cuello uterino y mamas, así como acciones para la salud sexual y reproductiva.

2 Arto. 5, Ley 423 General de Salud. Gratuidad: Se garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población, priorizando el cumplimiento de los programas materno-infantil, personas de la tercera edad y discapacitados. Nicaragua, 2002.

3 Arto. 8, Ley General de Salud. Derechos de los usuarios.

4 Política Nacional de Población, Gabinete Social de Nicaragua, 1996.

5 Ley 763 de los derechos de las personas con Discapacidad.

mención a la atención especializada, los servicios de información de la salud sexual y reproductiva; las ITS y el Sida; la violencia intrafamiliar y sexual hacia hombres y mujeres con discapacidad; también a la reducción de la mortalidad materna y la información a adolescentes sobre el cuidado y manejo responsable de la sexualidad, entre otras. A fines del año 2012 la Ley aun no está reglamentada y para las organizaciones que trabajan con personas con discapacidad no es posible lograr su cumplimiento, ni que se destinen recursos del presupuesto nacional, por esta causa.

No existen mecanismos específicos para denunciar la vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos en las instituciones de salud, aunque la Ley 238⁶ sobre el Sida establece mecanismos de denuncia de los derechos humanos en general,⁷ los mismos nunca se han llegado a aplicar.

Las posibilidades de legislar o modificar la legislación vigente para adecuarla a los nuevos tiempos parece remota en Nicaragua. A fines del 2011, diputadas/os reunidos en el grupo Pro ODM, insistieron en demandar a la Asamblea Nacional que al menos pase a comisiones 9 proyectos de ley -la mayoría sobre salud-, pero han encontrado una férrea resistencia por parte del oficialismo.

Los medios de comunicación reflejan que “Nueve iniciativas de ley relacionadas a tres Objetivos del Milenio ni siquiera salieron de las gavetas de la Primera Secretaría de la Asamblea Nacional para iniciar el proceso de formación de la ley”. Ninguna de las propuestas pudo llegar a la comisión correspondiente para las consultas y continuar así su proceso de formación.

Las iniciativas “engavetadas” –entre otras- son la Ley de Reforma a la Ley General de Salud, la Ley Semana Nacional de la Lactancia Materna; la Ley de Lucha contra el Cáncer Cérvico Uterino; la Ley de Lucha contra el Cáncer de Mamas; la Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva y la Ley Reforma y Adición a la Ley No. 641, Código Penal, con el cual se pretende eximir de responsabilidad a los médicos que se vean obligados, por motivos terapéuticos, a realizar un aborto.⁸

Nicaragua, 2011.

6 Ley de Promoción, Protección y Defensa de los DDHH ante el SIDA. Nicaragua, 2011.

7 Ley contra la Violencia Intrafamiliar. Nicaragua, 1996.

8 Diputados en deuda con Objetivos de Desarrollo del

Políticas de salud antes y después de la CIPD

En 1993 simultáneamente el proceso de reformas del Estado [iniciado antes de la CIPD] se formula el Plan Maestro y la Política Nacional de Salud⁹, el Informe Nacional sobre Población en Nicaragua [aunque las organizaciones de mujeres y de la sociedad civil nunca conocieron¹⁰-, el Proyecto de las Comisariás de la Mujer y la Niñez¹¹ y la Ley para Prevenir y Sancionar la Violencia Intrafamiliar.¹²

En 1995 siguiendo con la política pendular entre control y derechos de la población, en el MINSA se organizó la Dirección General de Atención Integral a la Mujer y la Niñez y se publicó el Manual Operativo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez, que responde al espíritu y los acuerdos de la CIPD y que las organizaciones de salud de las mujeres reclamaban públicamente.

En 1996 el MINSA publicó la Política Nacional de Salud 1997–2002¹³, el Manual de Salud Reproductiva¹⁴ y el Manual del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, sin que ninguno fuese consultado con las organizaciones de mujeres, razón por la cual este último fue rechazado por la Comisión Nacional de Lucha Contra la Mortalidad Materna. La Norma de Planificación Familiar y las Bases Programáticas de Atención Integral a la Adolescencia tampoco se consultaron ampliamente, y en el final del período preelectoral se orientó atender los casos de violencia intrafamiliar en las unidades públicas de salud, procurando contar con el favor de las organizaciones de mujeres, ante un tema tan sensible.

En 1997 el MINSA publicó -nuevamente sin ninguna consulta con las organizaciones sociales- la Norma de

Milenio. El Nuevo Diario. Nicaragua, 13 de diciembre 2011.

9 1993, Política Nacional de Salud. MINSA.

10 1993, Presentado en la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo. México.

11 1993 – 25 de noviembre

12 Ley 230

13 1998. Se considera que se integran todos los componentes de atención integral a la población, para acelerar el ritmo de descenso de la mortalidad infantil y las Tasas de Mortalidad Materna mediante acciones multisectoriales y focalizadas en los territorios en riesgo. – MINSA.

14 1996, Ministerio de Salud.

Planificación Familiar¹⁵ y las Normas para la Atención Prenatal, el Parto de Bajo Riesgo y el Puerperio.¹⁶

Apenas iniciada su gestión, el nuevo Ministro de Salud reformó el Consejo Nacional de Salud y excluyó al Movimiento de Mujeres y a otras 31 organizaciones de la sociedad civil¹⁷.

Para ese entonces, la Dirección General de Atención Integral a las Mujeres, Niñez y Adolescencia había sido rebajada a nivel de departamento. A principios del 2002 fue asimilada a la Dirección de Atención Primaria de Salud, de modo que los asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción de más de la mitad de la población navegan en el agitado océano del dengue, las fumigaciones, las inmunizaciones, las epidemias o las diarreas, endemias que consumen el presupuesto de salud de un país pobre y desnutrido como Nicaragua.¹⁸

En ese mismo año se elaboró la primera Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA que nunca incorporó preguntas sobre la mortalidad materna a pesar de las demandas de las organizaciones de salud de las mujeres.

A instancias de las organizaciones de la Comisión Nacional de Lucha Contra el Sida desde la Sociedad Civil CNLCSSC ante el MINSA, se elaboró el Plan Estratégico de Lucha contra las ETS/VIH/Sida.¹⁹

En diciembre 1999 se creó la Comisión Nicaragüense del Sida CONISIDA, en acatamiento a la Ley 238 de Promoción, Protección y Defensa de los DDHH ante el Sida, que establece la participación de dos representantes de la CNLCSSC, de FETSALUD²⁰ y de organizaciones de derechos humanos. Es la única comisión mixta creada por ley que mantiene sus actividades hasta el año 2012, aunque con participación de organizaciones seleccionadas por el gobierno.

Las organizaciones sociales y de mujeres aportaron cinco documentos con la intención de transformar la

visión biologicista e instrumental en cuanto a la salud. La consulta tuvo lugar por iniciativa del MINSA, sin embargo, los aportes entregados nunca fueron incorporados.

En el 2004, el MINSA publicó la Política Nacional de Salud y el Plan Nacional de Salud, sin incorporar los aportes de las organizaciones de mujeres, que sustentaron sus demandas en documentos que hicieron llegar al MINSA.

Calidad de la atención en las políticas de salud

La definición de calidad de atención en la Ley general de Salud es vaga y general y no define su aplicación a los servicios concretos de salud sexual y reproductiva que la población femenina recibe en todo el ciclo de su vida, ni da respuestas a sus necesidades particulares.

En la Política Nacional de Salud 1997-2002 del MINSA se consideraba necesario “desarrollar un sistema de evaluación de calidad que aborde simultáneamente la problemática en el primer y segundo nivel de atención”, pero no se conocen evaluaciones que hayan surgido como resultado de esta Política. Entre el año 2008 y el 2009 se conocieron reportes sobre análisis de muertes evitables, donde se podía analizar -al menos- las deficiencias del sistema de salud que llevaron a la pérdida de la vida de las mujeres.

No existen campañas oficiales para promover la calidad de la atención en los servicios de salud desde la perspectiva de género; mientras tanto, desde las organizaciones de mujeres se promueven acciones nacionales y se demanda al sistema público que se mejore la calidad de la atención, se reduzcan los daños a la salud y a la vida de las mujeres, adolescentes y las niñas en la esfera de la mortalidad materna, el aborto inseguro, el VIH/Sida y la violencia sexual, entre otros asuntos.²¹

Calidad de atención en SI Mujer

La calidad de atención en los Centros Alternativos de mujeres se define como una prioridad y se demuestra que es posible brindar atención con respeto de los derechos de las mujeres aun con limitados recursos financieros.

²¹ Campaña “6 Acciones Urgentes para reducir la Mortalidad Materna y el Aborto Inseguro”. *SI Mujer*. 2002.

¹⁵ 1997 – Ministerio de Salud.

¹⁶ 1997 – Ministerio de Salud.

¹⁷ 1997, marzo 18 – Decreto 48-97.

¹⁸ Nicaragua en el 2003. Derechos, Salud, Educación y Desarrollo. Ana María Pizarro. *SI Mujer*.

¹⁹ 1999, Ministerio de Salud – CNLCSSC.

²⁰ Federación de Trabajadores de la Salud.

En la experiencia de 21 años desde su fundación, *SI Mujer* ha llegado mediante su tarea educativa, de promoción de derechos y de atención a más de 2 millones seiscientos mil personas. Cuenta con 60 mil usuarias, a las que previo a la consulta, la Enfermera Asesora hace una entrevista que dura 20 minutos, abre el expediente y hace la Historia Clínica obteniendo los datos generales, los antecedentes personales y familiares y establece el motivo de consulta, lo que permite clasificar la misma y remitirla -según las necesidades de la usuaria- a la medica indicada.

SI Mujer establece como tiempo mínimo de la consulta general 20 minutos y 30 minutos en una especialidad. La Historia Clínica incluye el tema de las experiencias sexuales y su satisfacción sexual, así como el inicio de las relaciones coitales, lo que permite a las médicas abordar circunstancias vividas por las mujeres que de otro modo sería imposible conocer. La consulta incluye asesoría sobre salud sexual, salud reproductiva, sexualidad, ITS, VIH y Sida, prevención del cáncer génito mamario, climaterio y menopausia, procurando responder las inquietudes de las usuarias y abordar de manera integral aspectos importantes en la vida de las mujeres. Es posible brindar información actualizada y veraz como herramienta de la promoción de derechos cuando el modelo de atención se desarrolla desde la perspectiva feminista.

En *SI Mujer* uno de los componentes de la calidad de atención es la información que reciben las usuarias sobre sus derechos mediante asesorías durante las consultas médicas, y mientras esperan ser atendidas, en la Salas de Espera con charlas educativas, exposición de murales, entrega de materiales impresos y presentación de videos.²²

La información como herramienta de cambios

En el año 2012, mediante una encuesta en 811 usuarias con más de 3 años y hasta 20 años de atención, se pudo comprobar que el 81.4% de la usuarias respondió que ha recibido información sobre sus derechos durante el

proceso de atención; el 89.8% recibió información sobre el “derecho a vivir sin violencia en la casa, en la cama y en la calle”; el 86.3% sobre el “derecho a solicitar a su pareja sexual el uso del condón o que se haga la vasectomía”; el 77.8% sobre “el derecho a decidir sobre la continuación de un embarazo”; el 70% sobre el “derecho que tienen las mujeres lesbianas de ser respetadas igual que las personas heterosexuales” y el 68% de las usuarias recibió información sobre que “ante un embarazo por violación no debo sentirme obligada a continuar con el mismo”, entre otros temas.²³

El 79.1% afirma que en general ha realizado cambios en el ejercicio de sus derechos asociados a la información recibida en *SI Mujer*. El 90.5% identifica los principales cambios alrededor de atender su aspecto físico y emocional que puede ser considerado como el resultado de todos los demás cambios que experimentan.

Ocho de cada diez mujeres manifiestan su dedicación a preservar su salud, ya que el 89.7% realiza su chequeo ginecológico cada cierto tiempo. El aumento de conocimientos sobre métodos anticonceptivos va de la mano con la afirmación que expresa el 86.8% utiliza métodos anticonceptivos seguros.

Luego de veinte años de brindar atención, el 82.7% de las usuarias afirma que reclama ante una violación de sus derechos sexuales. Casi ocho de cada diez mujeres, el 78.3%, reclama por la violación de sus derechos reproductivos. Este concepto ha sido largamente trabajado por *SI Mujer* con sus usuarias, fortaleciendo su capacidad de tomar decisiones, para que de manera informada y responsable, logren que la maternidad deje de ser “el destino femenino”, que responde a la imposición del sistema patriarcal. El 77.1% de las usuarias firmó que ahora establece acuerdos que fortalecen su autoestima. Siendo el cáncer de mamas una de las epidemias que avanza con mayor celeridad en Nicaragua, resulta sumamente satisfactorio comprobar que el 72.8% ahora realiza auto-examen de mamas cada cierto tiempo.

²² Para ello *SI Mujer* ofrece anualmente en ambas sedes 834 Charlas Educativas en Salas de Espera, se exhiben 90 Murales y se realizan 4,620 presentaciones de videos educativos relativos a los 6 Ejes Temáticos institucionales.

²³ Calidad de información recibida en Salas de Espera. *SI Mujer*. Nicaragua, 2011 – 2012.

Capacidades del sistema de salud

Diversos modelos, diversos programas y diversas normas

Después de la CIPD los organismos y los gobiernos donantes exigieron que se incorpore la perspectiva de género en todos los proyectos que apoyaban; las instituciones nacionales tuvieron que acatar esa disposición en términos meramente formales, con poco contenido. Sin embargo, en documentos oficiales después del año 2000 comenzaron a incluirse programas, normas y disposiciones donde se menciona la perspectiva de género. Lo que no significa que el personal se encuentra capacitado para aplicar sus contenidos.

Nicaragua estableció en 1995 la Dirección y el Programa de Atención Integral de la Mujer separado de la Atención Integral de la Niñez y Adolescencia, cumpliendo con el compromiso de brindar atención especial a las necesidades integrales de las mujeres en materia de salud, superando el abordaje basado en la reproducción y el cuidado del denominado “binomio materno infantil”.

En febrero de 2002 el MINSA presentó el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.²⁴ Se declaraba que su finalidad era “contribuir a romper el círculo vicioso de reproducción inter generacional de la pobreza mediante el fomento del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la mejora y ampliación de los servicios de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género”.

Dado que los derechos de la ciudadanía son una afrenta a los dictados de las jerarquías religiosas -que parecen ser la autoridad máxima del país en materia de salud, educación y población-, el Programa fue retirado un mes después de haber sido presentado.

Recién cuatro años después -en el 2006 y re titulada en agosto 2008-, se publicó la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que se plantea el abordaje de diferentes programas y a la vez reconoce las dificultades

existentes en el país respecto de los servicios que se brindan desde el MINSA, aunque su personal la conoce muy limitadamente.

Si bien en los programas públicos de salud se considera la necesidad de brindar atención a las mujeres en todas las etapas de su vida, no existen programas integrales de salud sexual y salud reproductiva específicos desde la perspectiva de género. Las actividades concernientes a la salud sexual y salud reproductiva se atienden con diferentes modalidades, sin llegar a una concepción integral.

Sin embargo, desde el año 2008 se impuso un nuevo Modelo de Salud familiar y Comunitario MOSAFC, que ha significado en la práctica el regreso a concepciones previas a la conferencia de Kenya. Las mujeres han desaparecido como grupo específico de atención para disolverse dentro de las necesidades y demandas de “la familia”, de manera que la única mirada es la de la reproducción, así como la satisfacción y el servicio a las necesidades de los/las demás integrantes de la familia, a las que se agregan las necesidades de la comunidad.

El Modelo define la atención según grupos de población y ciclos de vida, siendo estos Niñez, Adolescentes, Adultos y Adultos mayores. Se basa en que la provisión de servicios efectiva y eficiente debe considerar a la población en términos de la Atención centrada en las personas, Atención centrada en la familia, Atención centrada en la comunidad, Atención al medio ambiente físico y ecológico.

En noviembre de 1996 ya se había establecido el Modelo de Salud de las RAAN y recién en el año 2009 se estableció el de la RAAS,²⁵ donde sí se definen lineamientos concretos para la atención desde le perspectiva intercultural. Sin embargo consultadas las mujeres líderes de la RAAN sobre su aplicación, manifiestan: Por ejemplo, a la hora de la implementación del Modelo de Salud Regional que reconoce los derechos sexuales y los derechos reproductivos de adolescentes mujeres y

²⁴ Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MINSA. Nicaragua, 2002.

²⁵ MASIRAAN Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte, Noviembre 2009 y MASIRAAS Modelo de Atención de Salud Intercultural de la Región Autónoma Atlántico Sur de Nicaragua. Mayo 2009.

varones-, en la Secretaría de Salud del Consejo no se enteran si las acciones planteadas se desarrollan o qué se hace en relación a ello”.²⁶

A pesar que tan frecuentemente se menciona en el MINSA la “participación ciudadana”, mujeres líderes de la RAAS expresaron en setiembre 2008 que el MINSA estaba ejerciendo control sobre las actividades de las ONG’s que trabajan el tema de la salud en las comunidades. “Ahora tenemos que ser autorizadas por el SILAIS y por el Centro de Salud rural para viajar a las comunidades y en los últimos meses se está minimizando el trabajo que las organizaciones realizan, sobre todo lo que tiene que ver con el cáncer, VIH y Sida, abuso y violencia sexual”.²⁷

Cobertura en salud sexual y reproductiva en la seguridad social

El INSS cerró el año 2011 con 596,328 personas asegurada con un incremento del 8.9% en relación a diciembre 2010. Esta cifra corresponde al 24.52% de la población económicamente activa del país. En términos de género, el 57 por ciento de asegurados son hombres y 43 por ciento son mujeres. La población asegurada masculina presenta un crecimiento de 9.9% y la femenina del 7.6 % en relación a diciembre 2010.

La población asegurada por grupos de edades es muy joven. En el rango de 20 a 24 años se encuentran el 14.8%; en el grupo de 25 a 29 años el 20.4%; de 30 a 34 años el 17.2% y de 35 a 39 años el 12.8%. El 65.3% son menores de 39 años.²⁸

Según el Anuario Estadístico del INSS del año 2011, se brindaron 311,560 consultas de Ginecología y Obstetricia, que corresponden al 6.26% del total de consultas brindadas. En Atención Prenatal se brindaron 108,500 consultas en el 2011, el 60% fueron consideradas de Alto Riesgo Obstétrico.

El uso de métodos anticonceptivos en usuarias de los servicios del INSS en el 2011 fueron 48% inyectables, 37% píldoras, 10% condones y 1% DIU’s.

Inversión en salud de las mujeres

Diez años después de la CIPD -y contradiciendo los acuerdos adquiridos por el Estado nicaragüense-, el presupuesto del Ministerio de Salud sufrió las restricciones impuestas por las políticas neoliberales. El gasto anual en salud por habitante cayó de U\$35 en 1989 a U\$16.5 en 1998 y a U\$21.81 en el 2004²⁹, lo que explicaba el franco deterioro de los servicios que se ofrecía a la población.

En el MINSA queda de manifiesto que continúa sin desagregar el gasto asignado para la atención de las mujeres en general, ni para su salud sexual y reproductiva en particular. Los principales rubros donde se hacen inversiones son la prevención, como la anticoncepción, que está generalmente financiada por donantes. Se carece de información específica de las inversiones que se realizan.

En el año 2002 el promedio de inversión en salud por cada nicaragüense ascendía a 59 dólares. De éstos, el MINSA aportaba solamente 19.5 dólares; en tanto cada ciudadano, hombre o mujer, pasó de aportar 10 dólares per cápita en 1995³⁰ a 29 dólares en el 2001. Este aporte se contabiliza como “gasto de bolsillo”, que descansa fundamentalmente en los hogares, demostrando la falta de equidad, eficacia y eficiencia del sistema sanitario; el resto lo aportan diversas fuentes³¹. En la práctica, significa que cada persona contaba con 1,29 córdobas del presupuesto por día para el cuidado de su salud.

Hay falta de racionalidad cuando el sistema de salud prefiere atender las complicaciones de las patologías prevenibles que superan ampliamente el monto disponible para la atención de una persona por año. Por ejemplo, en el año 2003, los medios de comunicación

26 Foro Político Territorial de Junio 2008 en Puerto Cabezas, convocado por *SI Mujer*.

27 Foro Político Territorial de Setiembre 2008 en Bluefields, convocado por *SI Mujer*.

28 Dirección de Estadísticas Económicas y Sociales. INSS, 2011

29 Presupuesto General de la República. Nicaragua, 2004.

30 ¿Adónde va la descentralización en Nicaragua? Centro de Investigaciones de la Comunicación CINCO. Nicaragua, 2003.

31 Informe de Cuentas Nacionales en Salud. La Prensa, 3 diciembre 2004.

informaban que el Hospital Bertha Calderón la atención de las complicaciones de un aborto en una adolescente le costó al hospital casi C\$100,000, -es decir más de 6,600 dólares-.³²

En Nicaragua el presupuesto del MINSA continúa sin reportarse desagregado por programas, en el año 2009 el gasto neto en salud fue de 257 millones de dólares, en el año 2011 se redujo algo a 248.3 millones de dólares. Con una población que crece anualmente en 2.7% el gasto en salud se ha ido reduciendo progresivamente. El porcentaje del Producto Bruto Interno para la salud ascendió al 4.05% en el año 2009 y se redujo al 3.75% en el 2010. El gasto por persona por año pasó de 44.87 dólares en el 2009 a 42.21 dólares en el 2010, incluyendo la cooperación externa.

Salud sexual

La anticoncepción como derecho de las mujeres

Lo único que se estudia en los países donde el patriarcado se impone -como en Nicaragua- es la fecundidad de las mujeres. De hecho, los hombres son y pueden ser muchísimo más fecundos, si se toma en cuenta que tienen capacidad de embarazar a cientos de mujeres anualmente.

Para los años 2001-2006, la Tasa Global de Fecundidad en Nicaragua ascendía a 2.7.³³ Según esta cifra, hubo un descenso del 18% con respecto a la TGF de 3.3 estimada en el 2011 y del 31% con respecto a la TGF de 3.9 estimada para 1998. Sin embargo la reducción de la Tasa Específica de Fecundidad entre los 15 y 19 años si bien llegó a 106, solo se ha reducido el 23.7% en el mismo período.

En el sistema público de salud ha existido siempre una oferta de anticonceptivos modernos y seguros para ambos sexos, aunque ha tenido prolongados períodos de desabastecimiento debido a problemas de almacenaje, distribución y falta de recursos financieros.

Con excepción del diafragma, todos los demás métodos han estado disponibles. Por falta de recursos y de un programa específico, la esterilización femenina prácticamente depende de brigadas voluntarias de fines de semana en el sistema público.

Seis años después de la CIPD en el año 2000 se informaba que la oferta de anticonceptivos en el sistema público era gratuita, sin embargo, el desabastecimiento era frecuente, de tal manera que las mujeres, que a menudo cambian de método, debían conseguirlos por sus propios medios, pues la provisión no estaba orientada a las preferencias de las usuarias, si no que dependía de la disponibilidad del día.³⁴

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre 1992 y 1993 ascendía al 24%³⁵ en mujeres en unión marital, el 65% de las cuales vivía en áreas rurales. Para el año 2002 el MINSA estimaba que existía una demanda insatisfecha de anticonceptivos que alcanzaba el 15% entre las mujeres unidas³⁶; cifra que ascendía al 20% en zonas rurales, al 22% entre mujeres con nivel educativo más bajo y al 19,8% entre mujeres unidas de 15 a 19 años.

Según ENDESA 2001, el uso de métodos anticonceptivos en mujeres unidas subió de 49% en 1993 a 69% en el 2001 aunque no se logra explicar cómo se pudo haber avanzado 20% en sólo 8 años, contando con las deterioradas condiciones del sistema de salud. El Ministerio de Salud al no tener estadísticas confiables comenzó a utilizar la ENDESA como reporte estadístico del sistema público desde el año 1996 y la continúa utilizando sin generar información propia de manera sistemática.

La misma Encuesta reporta que el 70% de las mujeres han usado “alguna vez” en su vida un método “El uso de anticoncepción en Nicaragua es relativamente alto, pues el 70% de todas las mujeres en edad fértil han utilizado “alguna vez en su vida un método de planificación

³²Agenda de Salud Integral de las Mujeres. Nicaragua, 2005.

³³Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA 2001/2006. Nicaragua.

³⁴Encuesta de Establecimientos de Salud, Measure, USAID, MINSA. Nicaragua, 2000.

³⁵Encuesta de Salud Familiar, Profamilia. Nicaragua, 1993.

³⁶Conferencia Centroamericana y del Caribe - Reducción de la Pobreza, Gobernabilidad Democrática y Equidad de Género. “Equidad de Género en las Políticas Nacionales de Salud”. Lucía Salvo H., Ministra de Salud de Nicaragua, 2002.

familiar”, el 69% ha usado métodos modernos y el 12% alguna vez ha usado métodos tradicionales.

Pero cuando ENDESA reporta las mujeres entrevistadas que “usan actualmente un método anticonceptivo”, solamente el 48.8% responde positivamente; de esto quiere decir que el 51.2% no estaba usándolos. Los métodos más empleados “actualmente” entre el total de mujeres que usan anticonceptivos son: Esterilización 35.86%, Inyección 30.53%, Píldora 17.42%, Condón masculino 5.53%, DIU 5.12%, Ritmo/Billings 3.89%, lactancia materna 1.23% y Vasectomía 0.41%.³⁷

Respecto a la anticoncepción quirúrgica femenina, no está incluida en la legislación; solamente en las normas del MINSA. En las del año 2008 se estableció que la mujer debe haber recibido consejería y firmado o autorizado su consentimiento informado,³⁸ aunque no menciona un plazo mínimo entre consentimiento e intervención. La esterilización forzada no está tipificada como delito en el Código Penal, por tanto, queda al arbitrio del personal médico.

La esterilización masculina no aparece descrita ni se establecen procedimientos para su aplicación en las unidades de salud. Solo aparece mencionada al final de la misma Norma dentro del cuadro “Exámenes o pruebas a utilizar según métodos de anticoncepción”;³⁹ de esta manera el propio Estado descarga toda la responsabilidad de este método en las mujeres -que de hecho son las que mayoritariamente los usan-, dejando claramente establecida la concepción tradicional que prevalece en los servicios públicos, donde la decisión de limitar la reproducción pasa por el control del cuerpo de las mujeres.

Próximos a cumplirse 20 años desde la CIPD, la esterilización masculina continúa siendo prácticamente simbólica en relación a la femenina. Según ENDESA 2001/2006 se calcula que el porcentaje de hombres con vasectomía apenas alcanza el 0,41%.

Para el Estado y la sociedad nicaragüense, los asuntos de la reproducción son únicamente cuestiones de

mujeres, de la misma forma que el control de la fertilidad solo debe y de hecho se promueve en las mujeres; los hombres quedan al margen de toda responsabilidad reproductiva y continúan sin desarrollar acciones para controlar su propio proceso reproductivo.

Acceso a tratamiento de la infertilidad

Según el propio MINSA al año 2006 no existen datos sobre la incidencia de infertilidad en el país; siendo las infecciones de transmisión sexual no tratadas o mal tratadas una de las principales causas de este problema, se estima que en Nicaragua, en las condiciones actuales, de alta prevalencia de ITS y dificultad para el acceso a los tratamientos adecuados, existe un alto porcentaje de parejas infértiles por obstrucciones tubáricas derivadas de las ITS.⁴⁰

Reconoce que no hay programas de prevención y solamente se cuenta con un servicio de referencia nacional en la capital. En la actualidad este problema es atendido sobre todo en el sector privado. En algunos SILAIS se realiza el estudio de la pareja infértil en el segundo nivel de atención, pero una vez diagnosticado el problema, no se brinda apoyo a la pareja por el bajo nivel de resolución que las instituciones tienen para el abordaje de este problema de salud.

En general este problema no se considera prioritario ya que las estrategias en salud reproductiva se han concentrado en la reducción de la mortalidad materna y perinatal. La principal limitante es la falta de medios diagnósticos y tratamiento, dado los altos costos que implica su manejo, a su vez se requiere de protocolos de atención, que en la actualidad no existen y de personal de salud capacitado.

En agosto 2010 el MINSA elaboró la Norma de Técnicas de Reproducción Asistida destinadas a aplicar en parejas “heterosexuales”, con lo de hecho establecen una discriminación que la legislación prohíbe, y que además no penaliza a las parejas del mismo sexo. Determina los criterios para regular las técnicas para tratamiento de la infertilidad. La norma incluye el Manual de procedimientos para inseminación artificial.⁴¹

³⁷ Distribución porcentual de mujeres entrevistadas, por estado conyugal, según uso actual de método y tipo de método. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA 2001/2006. Nicaragua.

³⁸ Nomas y Protocolos de Planificación Familiar. MINSA. Nicaragua, 2008.

³⁹ Nomas y Protocolos de Planificación Familiar. MINSA. Nicaragua, 2008.

⁴⁰ Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. MINSA. Nicaragua, 2006.

⁴¹ Norma de Técnicas de Reproducción Asistida. MINSA, Nicaragua, 2010.

Atención integral a adultas mayores

Aunque la Constitución Política de Nicaragua establece en el art. 77 que “Los ancianos tiene derecho a medidas de protección por parte de la familia, la sociedad y el Estado,” siete años después de la CIPD la situación de atención del climaterio y la menopausia estaba fielmente reflejada en Nicaragua cuando el MINSA afirmaba que “hay poca información sobre la prevalencia del climaterio y menopausia y sus implicaciones en los servicios de salud, por lo que la atención de las mujeres que padecen trastornos ha tenido poco desarrollo, el personal conoce poco de los problemas en esta etapa de la vida, no existen programas de atención por lo que no hay protocolos de atención ni capacitación”.⁴²

Del total de mujeres en el país, el 9% tiene 60 años y más. La proporción de mujeres mayores de 60 ó 65 años es casi un 50% mayor que los hombres de esa misma edad, esto implica que las mujeres viven más, pero no necesariamente significa que con buena salud. Muchas mujeres llegan a enfrentar más de una década de vida sin su compañero, que generalmente muere varios años antes que ella. Transcurre sus últimos años en condiciones de soledad, pobreza, mayor deterioro físico y emocional y no pocas veces, abandono, agravado por su difícil acceso a la atención de salud, lo que pone en evidencia la discriminación y el trato inequitativo que reciben las mujeres.⁴³

De ese modo, las adultas mayores pasan desapercibidas para el sistema público de salud. No existe ninguna instancia que se ocupe de la salud emocional de la población, menos aun de la salud de las mujeres en la tercera edad, cuando —agotadas por toda una vida dedicada al cuidado de todos los miembros de la familia, con la salud deteriorada tras múltiples partos, embarazos y enfermedades de toda índole— las mujeres ven declinar su vigor y sobre ellas se ciernen el desamparo, la pobreza, las diversas discapacidades, la pérdida de autonomía y la muerte.

⁴² Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MINSA. Nicaragua, 2002.

⁴³ Agenda de Salud Integral de las Mujeres. Nicaragua, 2005.

Mientras que los varones de algunos sectores pueden disfrutar de su jubilación, las mujeres tienen menos acceso a protección social, y sobre ellas recae el cuidado de la pareja, de los nietos y nietas, suelen ser cabezas de hogar, y en resumidas cuentas, trabajan hasta el final de su vida. Así pues, la conjunción de género y edad avanzada suele tener efectos perjudiciales sobre su calidad de vida. En Nicaragua no existen datos sobre morbilidad en las mujeres de la tercera edad.⁴⁴

Contrarrestar el estereotipo de la vejez como sinónimo de incapacidad implica asegurar políticas que reflejen y respondan a sus necesidades. Las cifras que atañen a la morbilidad de las adultas mayores, según el MINSA⁴⁵ no están desagregadas por sexo lo que permite inferir que, una vez sobrepasada la edad fértil, las mujeres no cuentan en las estadísticas. En el Plan Nacional de Salud 2004-2015 se planteaba “aumentar la sobre vivencia de las personas adultas mayores mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado y oportuno de las afecciones crónicas”; sin embargo en los indicadores sólo se menciona el cáncer cérvico-uterino, de mamas y a la hipertensión, y en las acciones intersectoriales sólo se menciona la cobertura de citologías vaginales que se incrementarían de 9.3% al 23.8% de las mujeres en el 2015, -cuestión que por cierto no ha ocurrido ni podrá ocurrir cuando solo faltan 3 años para que se cumpla esa meta-.

En Nicaragua no existen programas específicos para la atención de la salud sexual de las adultas mayores. En el año 2006, según reconoce la Estrategia Nacional, “existe poca información sobre la prevalencia de los problemas de salud asociados al climaterio y menopausia -en las mujeres-, la andropausia y la disfunción eréctil -en los hombres-, así como de sus implicaciones en la demanda de los servicios de salud en Nicaragua. La atención de

⁴⁴ La literatura médica reporta que las principales dolencias que afectan a las mujeres mayores son: las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares, cáncer cérvico-uterino, diabetes y problemas nutricionales, anemia/obesidad, afecciones crónicas discapacitantes (artritis, osteoporosis), deficiencias sensoriales (visión o audición disminuida, cataratas), todo ello conducente a cuadros depresivos y no pocas veces a demencia.

⁴⁵ Estadísticas publicadas en el Plan Nacional de Salud 2004-2015.

estos trastornos en la etapa post reproductiva ha tenido poco desarrollo y la ausencia de normas y protocolos de atención contribuye a que el personal desconozca el manejo de los problemas en esta etapa de la vida”. Nótese que se menciona los “trastornos” de esta etapa, con lo cual se patologizan todas las manifestaciones propias del proceso.

La Estrategia Nacional reconoce que “a esto se suma la ausencia de insumos para la atención de los principales trastornos de esa etapa de la vida. Asimismo, no existen acciones de promoción de estilos de vida saludables como parte de la salud de las personas en etapa post reproductiva. Las únicas iniciativas provienen de las agrupaciones médicas que aglutinan profesionales que atienden estos problemas en su práctica privada”.

Las definiciones tradicionales de climaterio y menopausia⁴⁶, no toman en cuenta el contexto social y cultural en el cual las mujeres viven durante la menopausia, así como la comprensión de ésta y de sus diferentes reacciones emocionales. Ello demuestra que, una vez sobrepasada la edad fértil, las mujeres no cuentan y en consecuencia, los cambios de la menopausia se han “naturalizado” en el imaginario colectivo. En la mayoría de los países en desarrollo, las mujeres no buscan atención para los síntomas de la menopausia; cuando lo hacen a menudo son tratadas más por los síntomas psicológicos que por los síntomas físicos.⁴⁷

La experiencia de las mujeres con relación a la menopausia también puede verse influida por la manera como su cultura considera el envejecimiento. La mayoría de médicos tradicionales consideran la menopausia como una “enfermedad” y ofrecen soluciones médicas innecesarias; llevan a las mujeres a pensar que no podrán sobrellevar las molestias naturales y los cambios de apariencia sin medicinas o cirugías; no hacen énfasis en el ejercicio, la dieta, los complementos de vitaminas, la terapia herbolaria, la meditación, los masajes o el yoga.

46 Climaterio es el término de la etapa de la vida que inicia a los 35 años y termina a los 65. Es una etapa del desarrollo humano que marca la transición entre la edad adulta y la vejez. Durante el climaterio, sucede el último sangrado menstrual, al cual médicamente se le llama menopausia.

47 Historias de mujeres en la madurez. Mary J. Breen La Revolución de las Canas – Cuadernos Mujer y Salud 4/ RSMLAC.

Ante la queja de las mujeres por diferentes síntomas, generalmente recomiendan una histerectomía y la extirpación de los ovarios como método “preventivo”, también recetan tranquilizantes y estrógenos como terapia hormonal sustitutiva, sin considerar los efectos secundarios publicados ampliamente en la literatura internacional. El MINSA guarda silencio mientras recetan lo que visitadores médicos distribuyen, apoyan la propaganda de las corporaciones farmacéuticas que no toman en cuenta los daños agregados para la salud de las mujeres.

Al 2012 a nivel privado prevalece la medicalización del climaterio y la menopausia; la influencia de los consorcios farmacéuticos y la ausencia de una perspectiva de género en las universidades nacionales, logra que profesionales de la salud en su mayoría coincida con el pensamiento tradicional de la sociedad patriarcal. Los signos y síntomas de la menopausia “se curan” con medicamentos -especialmente hormonas-, sin tomar en cuenta la necesaria preparación y adaptación de las mujeres en esa nueva etapa de su vida, especialmente cuando la cultura patriarcal desvaloriza a las mujeres cuando ya no pueden ser madres.

Prevención y atención del cáncer génito mamario

No existe una disposición legal que promueva la prevención del cáncer génito-mamario. La Política Nacional de Salud 2004-2015 señala “se hará énfasis en la detección oportuna, tanto del cáncer cérvico uterino como de próstata, con el fin de incidir en la mortalidad por estas causas”, pero no plantea estrategias para prevenirlos.⁴⁸

Con respecto al cáncer génito mamario, la atención se limita a la prevención del cáncer cérvico uterino y al cáncer de mamas. Los demás tipos de cáncer ginecológico -trompas, ovarios, vulva- se detectan en etapas avanzadas, y la capacidad del sistema para atenderlos es sumamente limitada.

Para el tratamiento del cáncer avanzado se cuenta con el Centro Nacional de Radioterapia, pero no hay

48 Atención del cáncer génito mamario – Estrategias de prevención. Agenda de Salud Integral de las Mujeres. Nicaragua, 2005.

disponibilidad de medicamentos de quimioterapia para todas las usuarias. No existe información nacional sobre el porcentaje de mujeres en seguimiento de cáncer cérvico uterino respecto del total de casos registrados.

Al 2004 según el MINSa, las unidades de salud no estaban preparadas para la recolección, lectura y manejo del Papanicolaou.⁴⁹ En los años “90 cerraron la especialidad de Patología en la UNAN de Managua, solo quedó funcionando en la UNAN de León con aproximadamente 4 residentes por año. En el año 2008 se reabrió en la UNAN de Managua.⁴⁹

Hace 15 años se cerró la escuela de Cito tecnología, el MINSa argumentó que no había presupuesto. Existen cito tecnológas/os empíricos que nos son suficientes para cubrir las demandas. El MINSa no tiene capacidad por la infraestructura inadecuada, la falta de recursos humanos suficientemente entrenados y que logren leer todos los Papanicolaou del país.

Se cuenta con una Norma Técnica de Prevención, Detección y Atención del cáncer cérvico uterino publicada en el año 2006. En el año 2009 el MINSa publicó una Normativa para promotores de Salud, orientada a entrenar al personal comunitario para mejorar la captación temprana del CaCu.⁴⁹

En el 2010 el MINSa elaboró la Norma para la Atención de cuidados paliativos dirigida a proporcionar los lineamientos para generar bienestar al enfermo terminal y su familia mediante un tratamiento adecuado del dolor y otros síntomas, así como el alivio y prevención del sufrimiento. Como tantas otras normas no se conoce si ha sido difundida y si el personal del sistema de salud la aplica.

Respecto al porcentaje de mujeres que se han practicado PAP en el último año, no existen en el sistema público de salud informes desagregados por rangos etarios. Respecto de la citología vaginal PAP, no se ha logrado incrementar de manera importante la cobertura ya que ha pasado del 6,25% de las mujeres en edad fértil en 1995, al 11% en 1999, luego ha comenzado a descender al 10,3% en el 2001 y al 9.3% en el 2009.

⁴⁹ Política Nacional de Salud 2004-2015. MINSa. Nicaragua, 2004.

En 6 de los 17 SILAIS del país la cobertura es menor a la nacional. Esto significa que la gran mayoría de mujeres no encuentran atención en el sistema público para la detección oportuna del cáncer de útero. Los Papanicolaou de las Regiones Autónomas demoran hasta seis meses en ser entregados y frecuentemente se extravían. La calidad de la atención y todo el proceso es muy baja y frecuentemente hay errores en el diagnóstico.⁵⁰

Según la ENDESA 2001/2006 solamente el 47% de las mujeres entrevistadas se ha realizado PAP en los últimos 12 meses, a pesar que el 98.4% en el área urbana y el 94.9% del área rural refirieron conocer sobre el PAP.

En las Regiones Autónomas del Caribe también el androcentrismo prevalece a la hora en que las mujeres de comunidades rurales deben atenderse en casos específicos de cáncer de mamas, cáncer cérvico uterino o en embarazos riesgosos. No se logra conocer estadísticas sobre calidad de atención en salud en ambas regiones, el MINSa se ha demostrado receloso con sus datos estadísticos. A pesar de ello, se conoce que en la RAAN solo el 7% de las mujeres en edad fértil se han realizado la toma de PAP, por lo que la detección precoz del cáncer de cérvix está completamente limitada.⁵¹

El Instituto de Seguridad Social en el año 2011, reporta haber realizado 62,257 tomas de Papanicolaou, encontrando 1,155 con alteraciones (1.85%).⁵² También se reportan entre 11,300 pruebas de Papanicolaou en 1995 y 28,700 en el 2002, aunque no se conoce qué porcentaje del total de las aseguradas queda cubierto por este examen.

En Nicaragua la tasa de cáncer cérvico-uterino en el año 2002 ascendió a 13.9 por cada 100.000 mujeres mayores de 15 años. En ese año, el 6.8% de las mujeres con ese tipo de cáncer tenían entre 15 y 34 años de edad; el 30% ocurrió entre los 35 y los 49 años de edad, y el 63.2% eran mujeres mayores de 50 años.

⁵⁰ III Ciclo de Prevención y atención del cáncer génito – mamario Julio - Prevención y atención del cáncer génito mamario como componente de la salud integral de las mujeres Ana María Pizarro. *SI Mujer*. Agosto 2005.

⁵¹ Informe de la Costa Caribe nicaragüense RAAN – RAAS. *SI Mujer* 2009-2012.

⁵² Encuesta de Establecimientos de Salud, Measure, USAID, MINSa. Nicaragua, 2000.

Según el FNUAP el MINSA ha contado con su apoyo para desarrollar la Norma y Protocolo para los cuidados paliativos, aprobada en el año 2010, realizar sesiones técnicas de expertos y la Comisión Nacional de Cáncer, entrenamiento del personal de salud en: Inspección Visual con Acido Acético, colposcopia, crioterapia, citología cervical. actualización del personal de cito tecnología e histotecnología a fin de mejorar los servicios de Patología, para mejorar la calidad diagnóstica, actualización de Patólogos-as, especialmente en la Costa Caribe RAAN y RAAS, abriendo los servicios de patología en el 2007 y capacitación en el software Canreg4, para el registro de la información.

También han contribuido en la apertura de 19 clínicas de diagnóstico y manejo temprano de lesiones pre malignas de cáncer cérvico uterino, dotación de equipos y materiales para la realización de citologías cervicales.

En cuanto al cáncer cérvico-uterino en las mujeres lesbianas, uno de los factores de riesgo es el virus del papiloma humano (HPV), que puede transmitirse de mujer a mujer en la relación sexual, pero el factor de riesgo principal es no realizarse exámenes ginecológicos con frecuencia, lo que impide la detección temprana.⁵³

Mortalidad por cáncer de mamas

Según estadísticas del MINSA, en el 2000 entre las defunciones por tumores, el primer lugar lo ocupa el cáncer de estómago, seguido del cáncer cérvico uterino, cáncer de próstata, cáncer de pulmón y cáncer de mamas; con excepción del Ca de estómago, los otros 4 han experimentado una tendencia al incremento.⁵⁴

El cáncer de mamas se elevó a 5.8 por cada 100,000 mujeres mayores de 15 años en el año 2002. Según el MINSA, en el año 2008, la tasa de muerte de mujeres mayores de 35 años fue de 15 por cáncer de mamas.⁵⁵

53 Lesbianas, salud y DDHH desde una perspectiva latinoamericana. Laura Eiven, Alejandra Sardá, Verónica Villalba.

54 Cáncer Cérvico uterino en Nicaragua. Contribución del Programa Global para el Aseguramiento de Insumos de Salud Sexual y Reproductiva. UNFPA 2010.

55 Indicadores de Mortalidad por SILAIS, MINSA. Nicaragua, 2008.

Las mujeres lesbianas podrían correr mayor riesgo que las heterosexuales de desarrollar cáncer de mamas debido a que sólo un porcentaje de ellas se ha embarazado, en comparación con las mujeres heterosexuales; se reporta que el embarazo tendría un efecto preventivo con respecto al cáncer.⁵⁶

Mortalidad por cáncer cérvico uterino

A nivel de las Américas, Nicaragua se ubica en el segundo lugar en las tasas más elevadas de morbi mortalidad por cáncer del cérvix después de Haití, con una tendencia al incremento. En el año 2005, se diagnosticaron 2,227 mujeres con cáncer cérvico uterino comparado con 1,688 en el año 2000. Sin embargo se estima que la dimensión del problema es mucho mayor constituyéndose como la principal causa de muerte en la mujer nicaragüense producto de un complejo entramado causal.⁵⁷

Movicancer una organización dedicada a la lucha contra el Cáncer informa que Nicaragua se sitúa como el segundo país más afectado en morbi mortalidad en toda América Latina en relación al cáncer cérvico uterino. Sin embargo, aunque el cáncer cérvico uterino tiene las mejores posibilidades de ser prevenido o curado a través de la detección precoz mediante una prueba sencilla y de bajo costo como el Papanicolaou, corresponde a la primera causa de muerte por tumores para el sexo femenino y duplica a las muertes maternas. La mayoría de ellos (81%) son diagnosticados en etapa tardía sin antecedentes de un Papanicolaou.

El porcentaje de mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres mayores de 15 años según el MINSA⁵⁸ ascendió de 17,6% a 75% en el 2000 y a 61% en el 2001⁵⁹. Datos de mortalidad de la OPS entre 1996-2001 indican una

56 Lesbianas, salud y DDHH desde una perspectiva latinoamericana. Laura Eiven, Alejandra Sardá, Verónica Villalba.

57 http://www.un-ngls.org/spip.php?page=article_s&id_article=263. NGLS The United Nations Non-Governmental Liaison Service (UN-NGLS) is an inter-agency programme of the United Nations mandated to promote and develop constructive relations between the United Nations and civil society organizations. Movicancer Nicaragua.

58 Análisis de la Situación de Salud en Nicaragua, 1992 – 1998, MINSA. Nicaragua, 2001.

59 Situación Epidemiológica de la Salud de las Mujeres, MINSA. Nicaragua, 2002.

mortalidad por cáncer cérvico uterino estandarizada por edades TMEE, persistentemente alta en Nicaragua de hasta 26 defunciones por cada 100,000 mujeres, mientras que Canadá muestra una tasa de 1,17 defunciones en el año 2000. Según el MINSa en el 2008, la tasa de muerte de mujeres mayores de 35 años por cáncer de cérvix fue de 25.9.⁶⁰

El 45% de la mortalidad por cáncer de cérvix ocurre en las mujeres entre 20 y 34 años de edad, lo mismo que el 53% de la mortalidad por cáncer de mamas.

En el año 2010 el MINSa reporta que la tasa de muerte por ese cáncer en Nicaragua es de 17.8; en ocho de los 17 departamentos que constituyen el 47% del país, se reporta una tasa superior a la nacional.⁶¹ El grupo de edad más afectado es el de 50 a más años, seguido del grupo de 35 a 49 años, es importante destacar la presencia de defunciones por esta causa en el grupo de 15 a 34 años.⁶²

Movicancer indica que en Nicaragua, los principales servicios de atención al cáncer están centralizados a la capital y pocos se han implementado en los departamentos. Los tratamientos de quimioterapia son escasos y muchas mujeres no tienen acceso a ellos. En el Hospital de la Mujer Bertha Calderón es el principal centro de atención al cáncer ginecológico ha pasado sin quimioterapia por meses, generando competencia entre las pacientes cuando se recibe alguna donación para tratarse por cáncer. Otras tienen que esperar mucho tiempo y muchas se resignan "a la voluntad de Dios" y esperar la muerte en sus hogares aun sin oportunidad a cuidados paliativos cuando lo necesiten. Más del 65% de las mujeres con cáncer provienen de comunidades de difícil acceso en Nicaragua.⁶³

60 Indicadores de Mortalidad por SILAIS, MINSa. Nicaragua, 2008.

61 Indicadores Básicos de Salud. MINSa. Nicaragua, 2007. <http://www.minsa.gob.ni/planificacion/estadisticas/ind2007/index.html>.

62 Presentación Epidemiología del Cáncer del Cuello Uterino. Dirección General de Servicios de Salud, MINSa. Nicaragua, 2010.

63 Movicancer. www.un-ngls.org/spip.php?page=article_s&id_article=2639

El cáncer de cuello uterino en Centros de Mujeres

Centro de Mujeres Ixchen

Desde noviembre del 2005 por iniciativa de Ixchen -un Centro Alternativo de mujeres-, se desarrolla el Programa Sectorial de Prevención y Atención del Cáncer Cérvico Uterino, conformado inicialmente por 23 instancias del Estado y sociedad civil. La primera fase fue la detección y tratamiento oportuno de lesiones precursoras de cáncer e ITS dirigido a mujeres en situaciones de vulnerabilidad, que finalizó en el 2008.

Se atendieron 75 municipios de 12 departamentos del país realizando 68,550 citología cervicales. Se brindó atención a 94,792 mujeres, 4,437 recibieron tratamiento, salvando 1,743 vidas. El estudio de impacto realizado refleja logros importantes tal como el aumento de la cobertura de detección de cáncer cervical de un 63% y de 69% mediante el programa y en conjunto con las entidades públicas y ONG's. A pesar de los altos costos del programa este fue rentable ya que el costo efectividad por año de vidas salvadas fue menor que el PIB per cápita.⁶⁴

Una segunda fase se desarrolló de abril del 2010 a octubre del 2012⁶⁵ en 56 municipios de 8 departamentos del país brindando 110,629 atenciones médicas, se realizaron 61,334 citología cervicales; 1,221 se reportaron positivas. Se encontraron 4,437 lesiones tempranas y 201 fueron diagnosticadas como carcinomas. Al 60% se confirmó el diagnóstico mediante biopsia, encontrándose lesiones de bajo, alto grado, carcinoma invasor y recidivante a cúpula vaginal. De ellas el 44% presentaron VPH.

En relación a la prevención del cáncer de mamas Ixchen realizó examen clínico a 7,733 mujeres, 1,977 mamografías, 51 mujeres fueron confirmadas con cáncer de mamas y remitidas al MINSa.⁶⁶

64 Evaluación de impacto-Programa Sectorial de prevención y atención al CaCu en Nicaragua- Royal Tropical Institute.

65 Llamado Proyecto Salud Sexual y Reproductiva en poblaciones vulnerables compartido con PASMO, AQB, Xochiquetzal e Ixchen y en alianza con el MINSa.

66 Información brindada por la Lic. María Lourdes Rodríguez B. Directora Ejecutiva del Centro de Mujeres Ixchen. 2012.

En un reporte de Ixchen de abril 2010 a setiembre 2012, de 2,242 lesiones tempranas detectadas, el 5% se fue en mujeres de menores de 19 años, el 27 entre las de 20 a 30 años. Es cada vez más frecuente que las lesiones relacionadas al cáncer se presenten en mujeres jóvenes e inclusive en adolescentes. De las mujeres portadoras de carcinoma, el 12,80% tenía menos de 30 años, inclusive se reporta 1 en el grupo de 13 a 19 años.⁶⁷

Servicios Integrales para la Mujer – *SI Mujer*

En *SI Mujer*, la estrategia fundamental de la prevención del cáncer génito mamario es la educación, la promoción del autocuidado y los chequeos periódicos. El cáncer del cuello del útero es fácilmente detectable y prevenible, pero el limitado acceso a servicios de salud de calidad de la población más vulnerable pone en riesgo la vida de las mujeres, convirtiéndose este cáncer en el más frecuente de las de menos recursos económicos y con menor acceso a los servicios de salud.

En el Programa de Detección Oportuna de Cáncer génito mamario entre el año 2007 a 2011, se realiza un 97 % de actividades preventivas y para diagnóstico y el 3% para tratamiento. La toma de Papanicolaou correspondió al 90% de las actividades preventivas, siendo -además de un método efectivo para la detección temprana de cáncer de cérvix- una oportunidad para brindar información y asesoría a las usuarias, generando de esta manera conciencia y disposición al cambio.

Se tomaron 14,039 Papanicolaou, se diagnosticaron 1,123, como positivos para patología de cérvix, el 8%. La lesión más frecuente fue la atipia celular con el 69%; las lesiones de bajo grado el 27%; las lesiones de alto grado el 4%. El 1% del total de usuarias positivas fue diagnosticada con carcinoma invasor.

El seguimiento de usuarias con resultados positivos continúa siendo exitoso; de las que tuvieron Papanicolaou positivo fueron contactadas por *SI Mujer* el 99%, solamente 22 usuarias no fueron notificadas por cambio de dirección y teléfono, todas ellas tenían lesiones de bajo grado. El 66% de las usuarias positivas fueron atendidas en *SI Mujer*, el 25% referidas al INSS y el 9% remitidas al Hospital Bertha Calderón.

⁶⁷ Prevalencia de lesiones precursoras y cáncer cérvico uterino. 2010-2012. Centro de Mujeres Ixchen.

La relación entre el cáncer de cuello del útero y el Virus del Papiloma Humano refleja la necesidad de fortalecer la prevención de las ITS el VIH y el Sida y la promoción de prácticas sexuales seguras como la responsabilidad compartida con su pareja sexual y el uso de condón.

SI Mujer ofrece atención directa a las parejas sexuales, el 16% de las usuarias con resultados positivos lograron que su compañero se haga una peneoscopia, resultando positivos para VPH el 60%; todos ellos recibieron tratamiento. De las actividades terapéuticas, al 92% de las usuarias positivas se les realizó crioterapia y al 8% se realizó tratamiento con Asa térmica por lesiones de cérvix de alto grado.

Atención a las diversas necesidades de las mujeres

Mujeres indígenas y afro descendientes

Las mujeres sufren distintos tipos de discriminación y muchas veces son afectadas por más de una forma paralelamente, sufren una doble o múltiple discriminación: por ser mujeres, por ser pobres, por ser indígenas, por ser negras, por ser jóvenes, por tener capacidades diferentes, por ser viejas y también por su opción sexual o su religión.⁶⁸

Por otra parte, las mujeres negras e indígenas junto con su marginación económica y social, se han enfrentado a barreras que les impiden el rescate de su identidad y valores, de sus creencias religiosas, incluso de sus modelos estéticos, pues la violencia cultural de los sectores dominantes desconoce y destruye el valor de su historia y tradiciones, de su ser indígena o negra. Tal como los conquistadores aplastaron hace más de 500 años a las sociedades indígenas, todavía hoy la cultura blanca y occidental conspira contra estas ricas herencias, y les impone su imperio.⁶⁹

Si es larga y ominosa la lista de discriminaciones que sufren las mujeres, más larga es la historia

⁶⁸ Agenda de Salud Integral de las Mujeres. Nicaragua, 2005.

⁶⁹ Mujeres negras e indígenas. Cruce de discriminaciones históricas. Revista Mujer Salud 1/2004. RSMLAC.

de discriminación que padecen las mujeres que pertenecen a las etnias indígenas y a la Costa Caribe, permanentemente ignoradas en los planes de salud, de educación y de desarrollo.

La salud de las mujeres indígenas y negras, así como la salud de la población indígena y negra son aspectos secularmente descuidados. Tal negligencia sólo se puede adjudicar al racismo que sigue vigente de forma implícita en todas las capas sociales. En Nicaragua se carece de información sobre las patologías que afectan a las mujeres negras o indígenas, cuyo estado de salud no es registrado en las estadísticas oficiales.

El Plan Nacional de Salud 2004-2015 menciona entre sus retos la necesidad de “garantizar el respeto a los derechos autonómicos dentro de la multiétnicidad y la diversidad cultural”. Otro de sus retos es la necesidad de “articular los Modelos de Salud de las regiones con el Ministerio de Salud, a través del fortalecimiento de la Comisión Coordinadora, como lo contempla la Ley General de Salud; estableciendo una red de servicios integrales, funcionales, adecuados, respetuosos y accesibles que disminuyan las barreras sociales, culturales, geográficas o económicas; estableciendo capacidades de sostenibilidad social, económica, productiva y ambiental”.⁷⁰

En ese mismo Plan Nacional de Salud se menciona como uno de sus ejes las relaciones interculturales, y dice que “los servicios de salud deben ser culturalmente accesibles a poblaciones multiculturales, lo cual significa que los servicios deberán ser aceptados por los pueblos indígenas, comunidades étnicas y afro-descendientes”⁷¹, sin embargo, en las intervenciones no se menciona específicamente ninguna destinada al cumplimiento de ese objetivo.

A partir del año 2010, el MINSA incorpora en las normas elementos relativos a las necesidades particulares de las usuarias según la cultura; las que deben tomarse en cuenta en el momento del parto. Define la cosmovisión y la cosmovisión indígena y la interculturalidad.⁷² También

menciona el Modelo de Salud Intercultural, aunque incluye solamente una definición general de los términos mencionados, sin establecer cuáles son las actividades concretas de cómo se aplicará dicho modelo en la realidad.

En el año 2011 en el Marco de Planificación para Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas el MINSA reconoce que “es importante destacar la aptitud cultural en la atención, que implica la identificación de las diferentes necesidades y el abordaje de atención a los miembros de poblaciones especiales por sus características étnicas, raciales, culturales o de otra índole”.

El MINSA propone que los servicios de salud orientados a la comunidad “deben contar con el conocimiento actualizado de las necesidades y prioridades en salud valoradas desde la óptica técnica como de la óptica comunitaria”. Los documentos abundan en definiciones e información reconociendo las necesidades particulares de atención. La aplicación de estas normas está lejos de ser una realidad, el personal de salud no conoce a profundidad estas disposiciones, pero lo más relevante es que las instalaciones del sistema de salud no están acondicionadas para lograr su cumplimiento. Se describe con mucho detalle el parto vertical, por ejemplo, así como las diversas formas en que familiares y acompañantes participarán del mismo, sin embargo, en la práctica no existen posibilidades de hacerlo.

y creencias que conforman la imagen o concepto general del mundo que tiene una persona, época o cultura a partir del cual se interpreta su propia naturaleza y la de todo lo que exista. También es la forma de ver y concebir el mundo en el que viven los seres humanos. Es la visión o ideología que se firma entre cultura, asociadas a su creencias místicas y espirituales, para explicar el mundo y las relaciones que lo sustentan.

Cosmovisión indígena: Es la forma de valorar la vida y sus orígenes, así como la interrelación con la naturaleza, plantea que este sistema de valores, normas, conocimientos y prácticas está determinada por el medio natural en que habitan sus pobladores.

Interculturalidad: Se refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de culturas. En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo a partir de la escucha mutua, de hablar con el otro y no para el otro, es un diálogo solidario.

⁷⁰ Plan Nacional de Salud 2004-2015. MINSA. Nicaragua, 2004.

⁷¹ Ibid.

⁷² Norma de Humanización del Parto Institucional. MINSA. Nicaragua, 2010. Cosmovisión: Es el conjunto de opiniones

También el Marco de Planificación reconoce que “existen costumbres en los pueblos indígenas y comunidades étnicas que inciden negativamente en la salud, y muchos de ellos en relación a los cuidados de la mujer en estos pueblos, por ejemplo: la mujer no puede asistir a la unidad de salud y ser atendida por un médico (masculino), ya que según sus costumbres y tradiciones no es conveniente esta situación, es preferible que el personal de salud sea femenino”. Generalmente el personal de MINSA es femenino, ello no sería un obstáculo, pero el Estado nicaragüense debería comprometerse en promover el cambio de esas concepciones -que actúan como barreras para el acceso de las mujeres a la salud-. Las costumbres y tradiciones en ningún caso pueden violar los derechos humanos de las mujeres.

“Desde el punto de vista de estos pueblos, no se permite que la mujer planifique debido a dos razones: la mujer debe de tener todos los hijos que Dios le dé y si planifica es señal de infidelidad, lo que conlleva en muchos casos a la violencia intrafamiliar y/o al homicidio”.⁷³ Esto no solamente ocurre en los pueblos indígenas y comunidades étnicas, sino en muchas zonas rurales y allí donde la ignorancia se impone.

Las sectas religiosas que deambulan por las comunidades así como pastores y sacerdotes en todo el territorio del país también amenazan a las mujeres con el castigo divino si usan métodos anticonceptivos modernos, por ejemplo. Esta injerencia directa en asuntos de salud pública -que trae graves consecuencias a la salud y la vida de las mujeres y al propio sistema de salud- es totalmente tolerada, las autoridades nada hacen para poner en vigencia el carácter laico del Estado que establece la Constitución.

Mujeres con discapacidad

La Ley 202 de Prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades para personas con discapacidad, promulgada en 1995, establece en el art. 9 que “El Estado y la comunidad, desarrollarán y asegurarán prestación de los servicios de rehabilitación integral a

las personas con discapacidad. Esto incluye servicios sociales de nutrición, médicos y de formación profesional necesarios para poner a las personas con deficiencias en condiciones de alcanzar un nivel funcional óptimo”.

La ley no hace mención a las necesidades diferenciadas de las mujeres en función de su discapacidad, aunque de todas las personas con discapacidad, el 55,39% son mujeres.

Hasta el momento no se han formulado políticas efectivas para su abordaje, y se dispone de escasos recursos para su atención, especialmente para mejorar la movilidad, la comprensión y comunicación, las limitaciones en las funciones vitales, y la limitación para incorporarse en las distintas formas de participación social de las personas afectadas. Ocurre por ejemplo, que una mujer no vidente no puede retirar a su hijo o hija del hospital cuando les dan el alta, porque no puede firmar, y en consecuencia, depende de otro familiar también para eso.

Aunque la ley 202 existe desde hace 18 años, este esfuerzo no ha dado resultados concretos por falta de voluntad política del gobierno al no asignar recursos económicos para implementar dicha ley. En tanto, las mujeres con discapacidades sufren nuevas discriminaciones al intentar acceder a la atención de su salud, las barreras sociales, arquitectónicas o la falta de programas específicos y normas, que aborden sus demandas y necesidades.

En el informe de la Federación de Mujeres con Capacidades Diferentes⁷⁴ se reconoce que “aun considerando que los avances en materia de Salud han sido notables, las personas con discapacidades todavía afrontan numerosas carencias y un sistema deficiente que no supe sus necesidades”.

Estas deficiencias se traducen en asistencia médica insuficiente e inadecuada, escasez de medicamentos adecuados a sus necesidades, atención médica especializada limitada, limitado o nulo acceso a los servicios de asistencia y rehabilitación. Afirman que muchas personas con discapacidad fallecen por una falta de atención adecuada.

En el caso de las mujeres el 48% declaró tener

⁷³ Marco de Planificación para Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas. Capítulo Costumbres y tradiciones relacionadas a la salud de los pueblos indígenas y comunidades étnicas. MINSA. Nicaragua, 2011.

⁷⁴ La Discapacidad en Nicaragua una realidad. FEMUCADI. Nicaragua, 2011.

necesidades insatisfechas frente a un 36% en los hombres, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad están ampliamente ignorados. “En el foro “No a la Violencia” en Chinandega en Septiembre 2010, revelan que se han producido 57 femicidios durante el transcurso de este año, 21 de los cuales se trataba de mujeres con alguna discapacidad”.

La ley del año 1997 fue sustituida en el año 2011 con una nueva Ley que aun no tiene Reglamento ni se conoce si tiene presupuesto. Líderes de las organizaciones de mujeres con discapacidad a fines del año 2012 afirman que no hay interés en elaborar el Reglamento, porque ello implicaría destinar los recursos necesarios, modificar las instalaciones y los servicios y no hay responsabilidad política de hacerlo.

SI Mujer mantiene un convenio con mujeres discapacitadas desde octubre de 1994 mediante el cual se les brinda un promedio de 120-150 consultas por año. Las consultas son completamente gratuitas, y por los exámenes de laboratorio se aplican categorías de cobro subsidiadas.

Lesbianas y bisexuales en la atención de su salud

En Nicaragua la homosexualidad estuvo penalizada en el Código Penal desde 1992; el artículo 204 penalizaba la sodomía, definida como la relación entre dos personas del mismo sexo. Esta legislación violaba normas internacionales de derechos humanos como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención Americana de Derechos Humanos⁷⁵; y habida cuenta que Nicaragua ha firmado la Convención por la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW), violaba los principales instrumentos internacionales sobre derechos humanos vigentes. Al aprobarse el nuevo Código Penal en el año 2008 dicha legislación desapareció, aunque no existe ningún artículo en la legislación nacional que reconozca los derechos sexuales.

La diversidad sexual es un hecho ineludible y patente en todas las sociedades humanas, el Estado tiene el deber de procurar servicios de salud sexual y reproductiva también

para las mujeres lesbianas y bisexuales. La diversidad sexual —un tema que ya desde el siglo pasado forma parte del currículo académico en grandes universidades del mundo— exige su derecho a la legitimidad y al reconocimiento pleno de las mujeres lesbianas como ciudadanas de un Estado laico y democrático.⁷⁶

Las organizaciones afines denuncian que las lesbianas consultan menos que las heterosexuales debido a que se sienten incómodas revelando su preferencia sexo-afectiva a las/os profesionales de la salud. Se realizan menos exámenes ginecológicos de rutina porque no requieren anticonceptivos ni atención prenatal con la misma frecuencia que las heterosexuales, con menores posibilidades de detección temprana de cáncer.

En el caso de las ginecólogas y ginecólogos, esos prejuicios “pueden llevar a diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados, preguntas carentes de sensibilidad y tacto y comentarios sexistas”. Algunos de esos mitos incluyen que las lesbianas no mantienen relaciones sexuales, no tienen relaciones sexuales con hombres, no corren riesgo de contraer ITS ni VIH, no necesitan hacerse el PAP con la misma frecuencia que las heterosexuales, porque no practican el coito.⁷⁷

Las mujeres lesbianas requieren de apoyo psicológico en situaciones similares a las que atraviesa cualquier otra persona: crisis vitales, duelos por muerte o separación, cambios, elección profesional, relaciones amorosas y/o familiares. En muchos casos, además, el acompañamiento profesional puede facilitar el tránsito para “salir del closet”.⁷⁸

La atención de salud de las lesbianas es un asunto ignorado en las normas del sistema de salud, en el currículo de las universidades nacionales y en la formación de profesionales en las especialidades médicas. De esta manera, además de la marginación de la sociedad patriarcal -manifestada en los mitos, tabúes y prejuicios-, Nicaragua demuestra incapacidad de atender las necesidades y demandas de las lesbianas

⁷⁵ Centro Nicaragüense para el Desarrollo Humano. Nicaragua, 2005.

⁷⁶ Agenda de Salud Integral de las Mujeres. Nicaragua, 2005.

⁷⁷ Lesbianas, salud DDHH desde una perspectiva latinoamericana. L.Eiven/A.Sardá/V.Villalba.9o EIMS. Canadá, 2002.

⁷⁸ Ibid.

a todo nivel.

Consultadas líderes del movimiento lésbico en Nicaragua en noviembre 2012, afirman que “existe el Decreto 249-2009 pero no se cuenta con mecanismos para evaluar el grado de conocimiento y cumplimiento. No hay programas específicos de atención en salud y particularmente que incorpore los derechos sexuales y derechos reproductivos. El modelo de atención ginecológica está diseñado para personas heterosexuales según los formatos, preguntas, actitudes del personal profesional. No hay programas de fertilización asistida para lesbianas, No existe un programa específico de prevención de VIH y Sida para lesbianas y bisexuales en general”.⁷⁹

“Tampoco existe un programa específico de prevención de ITS en población de mujeres lesbianas y siguen entregando por parte del MINSA condones masculinos a las organizaciones de lesbianas. Tampoco existe un programa específico de prevención del cáncer de mama y cérvico uterino, siendo la atención más deficiente en las zonas rurales del país, aunque es la segunda causa de muerte de mujeres”.

No hay campañas permanentes sostenidas de prevención de Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida, Cáncer, solo se han realizado acciones puntuales.

Aportes no valorados de las organizaciones de mujeres

Programas de Centros Alternativos de Mujeres

SI Mujer es un Centro alternativo feminista fundado en 1991, que desde 1991 al 2012 ha brindado 318,404 consultas a 48,324 usuarias diferentes de todos los departamentos del país. Es un centro de referencia nacional por la calidad de los servicios que brinda.⁸⁰

⁷⁹ Fundación Artemisa. Nicaragua, 2012.

⁸⁰ Estadísticas del Área de Atención de Usuarias y usuarios. *SI Mujer*, 1991-2012. Ginecología 169,055 consultas, Obstetricia 52,342 consultas, Detección del Cáncer ginecomamario 70,118 consultas, Sicología 10,927

La edad de las usuarias atendidas por *SI Mujer* incluye menores de 19 años: 12,391 usuarias con el 25.64%; de 20 a 35 años: 25,042 usuarias, con el 51.82% y mayores de 35 años: 10,891 usuarias, con el 22.54%.

En las actividades educativas y de promoción de derechos, *SI Mujer* llega a una población anual de 200 mil personas que asisten a procesos de capacitación, participan en grupos de apoyo y reflexión, reciben información sobre los diferentes Ejes Temáticos institucionales⁸¹, reciben materiales educativos y son visitadas en sus comunidades por la Red de promotoras y promotores juveniles.

Desde 1993 *SI Mujer* fundó el Programa de Adolescentes y Jóvenes que se constituye en el primer programa específico para la adolescencia y la juventud dedicado a la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, especialmente de la población de más escasos recursos. Aplica la metodología de adolescentes a adolescente en los programas de educación y capacitación a promotoras y promotores juveniles y la población menor de 24 años de los barrios y comarcas de los diferentes Distritos de Managua.

El Centro de Mujeres Ixchen es una organización creada en 1988 como programa pionero en Nicaragua de atención integral a las mujeres bajo el enfoque holístico de la salud, como condición determinante para el desarrollo, que ha trascendido a la promoción y defensa de los derechos sexuales incluyendo el derecho a vivir sin violencia, con “la atención de mujer a mujer”. Anualmente brinda más de 300 mil atenciones en la esfera de la salud sexual, la salud reproductiva, la prevención del cáncer génito mamario, el VIH y el Sida y de las violencias, a mujeres con énfasis en las de escasos recursos económicos.⁸²

Luego de 24 años cuenta con diez centros ubicados en Managua Distrito IV, VI, Ciudad Sandino y Tipitapa, Masaya, Matagalpa, Granada, Estelí, León y Bluefields.

consultas y otros servicios 15,962 consultas.

⁸¹ Políticas de Salud, Población y Desarrollo, Salud Sexual y Salud Reproductiva, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, Prevención y Atención de la Violencia Sexual e Intrafamiliar, Prevención y Atención de las ITS/VIH/Sida y Adolescencia.

⁸² Información brindada por la Lic. María Lourdes Rodríguez B. Directora Ejecutiva del Centro de Mujeres Ixchen. Nicaragua, 2012.

Aplica el enfoque de género vital para la aplicación efectiva del enfoque de derechos, el enfoque generacional que busca visibilizar el lugar en que la sociedad hasta ahora ha ubicado a la niñez, la adolescencia y la tercera edad y el enfoque de derechos humanos especialmente de igualdad, no discriminación, empoderamiento, participación y toma de decisiones.

En el año 2011 brindaron 62,166 atenciones en salud sexual y reproductiva, 35,557 consultas ginecológicas, distribuyeron 19,200 métodos anticonceptivos, hicieron 14,310 ultrasonidos, diagnosticaron 8,357 infecciones de transmisión sexual y atendieron 1,173 casos de violencia en contra las mujeres.

El Colectivo de Mujeres de Matagalpa

El Colectivo contribuye a la atención del parto domiciliario desde un enfoque humanizado. Han aportado en capacitaciones del personal del MINSA y también trabajan con obras de teatro para la sensibilización de una vida sin violencia y la prevención del VIH y el Sida.

Desde el punto de vista del Colectivo las actividades de los brigadistas en las comunidades ha mejorado la referencia de las usuarias desde los municipios, las parteras hacen un trabajo voluntario impecable, trabajan con responsabilidad, son las que más acompañan a las mujeres, las parteras son del municipio de Matagalpa y están bajo la coordinación del Colectivo. Existe un convenio desde cuando vivía María Cavalleri, trabajan desde 1984 en la capacitación y la alfabetización de parteras, ese fue el embrión del Colectivo que ofreció una nueva propuesta de atención y referencias al MINSA.

Además de partos, las parteras del Colectivo hacen acompañamiento sobre ciudadanía, promoción de los derechos, la atención del parto va disminuyendo, el perfil está cambiando, en las estadísticas se advierte que aumentan las referencias de parte de ellas. Ahora ven cuidados de recién nacidos/as y acompañan en la gestión de las partidas de nacimiento, brindan asesoría sobre métodos anticonceptivos, cuidan a niños y niñas mientras las mujeres están en la ciudad o las acompañan al parto.

Todo esto es producto de las capacitaciones y de los cambios de la situación; las parteras sufrieron mucho

cuando se les dijo que no podían atender los partos con complicaciones, ellas sintieron que “les quitaban” los partos. Se advierte que no hay relevos, no ganan dinero, las nuevas generaciones no están interesadas en aprender el oficio. El Colectivo trabaja en municipios diferentes de los de la Casa Materna.

El Colectivo provee -además de la alfabetización y de la capacitación a las parteras- de un botiquín con todo lo necesario a menos que la parturienta tenga con qué atenderse.⁸³

La Casa Materna manifiesta querer asistir cuando se desarrollan los análisis de mortalidad materna pero no participan porque no las invitan, no saben si se hizo el análisis de muertes maternas de mujeres que pasaron por la Casa. Desde hace varios años el Colectivo ya no puede participar del análisis de Mortalidad Materna por falta de voluntad del MINSA.

En el SILAIS de Matagalpa cuando se les pregunta si al hacer análisis de la mortalidad materna participan las organizaciones de sociedad civil responden que “según las normas de Auditoría Médica el Subcomité Hospitalario menciona las personas que lo pueden integrar” y está a cargo del Subdirector de Atención Médica del hospital. “La norma no incluye a alguien de la comunidad y por cuestiones legales se supone que el análisis es meramente intra hospitalario”.

De esta forma de intenta explicar las barreras a la participación real de las organizaciones que cuentan con una larga experiencia acumulada. Si la fallecida ha sido atendida en el Centro de Salud, el SILAIS se encarga de hacer la auditoría hospitalaria y en esos casos incluye líderes comunitarias ajenas al MINSA, médicos privados, de las sociedades médicas, afirman.

La Casa Materna de Matagalpa

El MINSA, ha fortalecido la expansión nacional de las

⁸³ Plástico, toallas, capotes, focos, tijeras, etc. Les entregan materiales de reposición mensual como guantes, gasa, alcohol que paga el Colectivo. También el Colectivo ofrece el pasaje y las comidas en los encuentros; dos veces al año les entregan un paquete de comida y estímulos; a las parteras viejitas necesitadas, el Colectivo les da un colchón, una silla, sábanas; a las que tienen amputaciones por diabetes se les ayuda con comida.

Casas Maternas y como resultado -según fuentes oficiales-, al finalizar el 2010 están funcionando 89 Casas maternas en 14 SILAIS. Esto ha significado en el año 2010 la mejora del acceso a la atención humanizada y calificada del parto de 17,888 mujeres del área rural que viven en promedio a más de 3 horas de distancia de las unidades de salud.⁸⁴

En Matagalpa, las referencia de embarazadas desde los Centros de Salud y hospitales pasan por encima de las normas de la casa materna e inclusive de la Casa de Madre Acompañante del propio Hospital.

La Casa Materna Mary Ann Jackmann existe desde el 29 octubre 1991. Hasta el año 2010 había atendido 14,395 mujeres.⁸⁵ Trabaja en 6 municipios con los Centros de Salud en La Dalia, Rancho Grande, Bocana de Paiwas, Terrabona y Waslala. Atienden a las mismas parteras que el MINSA, les ofrecen un temario de capacitaciones anuales. Aun hay parteras que no reciben capacitación de ninguna institución, aunque son una minoría.

Muchas veces las mujeres no quieren salir de sus lugares porque la atención del parto no es como la de las parteras, expresan que ahora las están sacando de sus comunidades, que ya llegan las embarazadas con más facilidad a la atención institucional.

Referencias inadecuadas y antes de tiempo

Actualmente el mayor problema de la Casa Materna ocurre antes del parto porque les refieren mujeres desde los Centros de Salud o desde el Hospital de Matagalpa hasta con 34 semanas de gestación o menos, tienen dificultades para darles comida de 20 a 25 mujeres que se mantienen por 1 o 2 meses; ellas se quieren ir a su casa, las mujeres reclaman porqué las dejan en la Casa y porqué las mandan antes de tiempo.

⁸⁴ Evaluación de la gestión institucional. MINSA. Nicaragua, 2010.

⁸⁵ Brinda atención ginecológica, atención prenatal, ultrasonido, monitoreo fetal, ofrece vitaminas, caminatas, ejercicios, preparación al parto, alimentación integral. Además manualidades, seguimiento en el puerperio, métodos anticonceptivos post parto, capacitación de lideresas para el seguimiento en las comunidades, etc.

Al respecto refieren que las embarazadas que llegan antes de tiempo no llevan un diagnóstico específico de riesgo, sino que las mandan “a valorar” porque son de riesgo por la inaccesibilidad geográfica, a pesar que ahora existen casas maternas en todos los municipios y que hay ambulancias. Allí las podrían valorar cuando son atendidas por lejanía; cuando son por alto riesgo se deben remitir como siempre a la Casa Materna.

En los municipios tienen miedo de quedarse con las mujeres, por eso las traen al hospital y de allí las van a dejar a la Casa Materna. Otras veces envían embarazadas con diagnósticos de altísimo riesgo, como una embarazada con placenta previa sangrante que enviaron desde el Hospital.⁸⁶

Inclusive les envían embarazadas desde barrios de la ciudad de Matagalpa -de la Chispa por ejemplo-, las embarazadas afirman que en el Hospital les dijeron que de allí no las pueden devolver. A algunas las traen a las 5 de la tarde y a la 1 de la mañana se las tiene que llevar al parto porque ya vienen en pleno trabajo de parto.

Aun embarazadas de bajo riesgo obstétrico se trasladan 2 semanas antes, las de alto riesgo obstétrico se trasladan 4 semanas antes, vienen de Siuna y de Rosita un mes y medio o 2 meses antes; ellas ya no se quieren quedar. Se confunden las de alto riesgo verdaderos de los que son por distancia únicamente. Algunas veces llegan personas de la comunidad en camionetas de lujo, son personas que tienen recursos, llevan dinero y mandan a comprar cosas con sus familiares, delante de las otras que no tienen nada.

En el Hospital reconocen que las embarazadas “potenciales” de alto riesgo de los municipios se alojan desde las 35 semanas dado que no pueden enviarlas de regreso porque se pierde su vigilancia por 2 o 3 semanas

⁸⁶ Tenía un embarazo de 36 semanas con sangrado no diagnosticado, en la noche mismo desarrolló trabajo de parto y se tuvo que trasladar a la 1 de la mañana.

más. En esos casos las envían con la ambulancia hacia la Casa Materna, a veces a la Casa de Madre Acompañante del propio hospital –que aunque es para puérperas y está saturada-, ellas esperan allí mientras su niño se recupera, a veces inclusive se envían pacientes embarazadas.

Otras veces, las aseguradas llegan también a la Casa Materna y quieren salir para pasar consulta en el INSS, tomándola como albergue.

Prohibido reconocer el trabajo de las mujeres

La mayoría de las parteras están organizadas y ahora tiene que brindar sus servicios gratuitamente; antes la gente les daba algo como retribución, dinero o una gallina, pero ahora les dicen en el MINSA que no pueden cobrar, el aporte voluntario de las mujeres que atienden era un reconocimiento a su trabajo, así había sido su trabajo siempre, ahora la situación se les ha hecho mucho más difícil, porque son muy pobres.

Según la Casa Materna no se debería engañar a la gente, frecuentemente las autoridades les dicen a las usuarias que en la Casa “tienen de todo” porque el gobierno se los da, algunas mujeres afirman “el Director me mandó que me van a dar pañales y todo”. Es cierto también - dicen- que la gente repite cosas por su propia necesidad. Antes, las comunidades colaboraban con alimentos, ahora dicen que en el Centro de Salud les asesoran que nadie les puede pedir nada.

Consecuencias de abusos y arbitrariedades

Las embarazadas tienen que dormir con otras embarazadas, la comida se reduce o está mala, ellas se sienten maltratadas. Las mujeres se molestan cuando se reduce la atención. Si se cumple con las capacidades, la atención es mejor para cada mujer, pero si se sobrepasan las capacidades no se puede brindar esa buena calidad de atención. En el día han tenido que hacer casi 150 platos de comida. Esto las obliga -por falta de recursos- a recoger limosnas en las iglesias para ayudarles a las mujeres.

La Casa Materna puede alojar en camas a 25 mujeres individuales, pero han tenido hasta 48. Las normas de la Casa son tenerla en post cesáreas por 8 días, las de parto fisiológico por 72 horas, pero aun así se quieren ir antes.

Cuando las embarazadas que envían tienen 36 semanas o menos ellas insisten en querer quedarse con su familiar, en las unidades de salud o los brigadistas les prometen atenciones que la Casa Materna no tiene capacidad de brindar. La Casa Materna ha informado de esta situación a las autoridades de salud, pero las ignoran.

Antes no había este problema, esta parte más dura comenzó desde el año 2008 y se ha agravado. Para la Casa Materna, lo más importante es continuar con el programa, cuando mandan mujeres que pudieran venir varias semanas después, es muy difícil sostener el servicio.

Sin embargo mencionan que una vez vino llorando una embarazada porque la fueron a sacar con la Policía y la llevaron a la Casa Materna, la mujer pasó un mes llorando, amenazaron al esposo con llevarlo preso si ella no venía, relató la mujer.⁸⁷

⁸⁷ Agenda de Salud Integral de las Mujeres. Nicaragua, 2005.

Cairo + 20 - NICARAGUA Diagnóstico Nacional. 1994 - 2012

*Salud reproductiva, mortalidad
materna y adolescencia*

Servicios Integrales para la Mujer - SI Mujer

Salud reproductiva, mortalidad materna y adolescencia

	Página
Maternidad segura y atención prenatal.....	133
Cobertura y calidad del parto institucional.....	133
Las cesáreas en franco incremento.....	134
El parto domiciliario.....	134
Puerperio con baja cobertura.....	135
Embarazos en la adolescencia.....	135
Las niñas madres.....	136
Mortalidad Materna.....	137
Clasificación inadecuada en los registros oficiales.....	137
Mortalidad materna hospitalaria.....	138
Tasa de mortalidad materna, cifras como variable política.....	139
Muertes maternas violentas.....	140
Mortalidad Materna y negligencias médicas en las unidades de salud.....	141
Mortalidad Materna y negligencias médicas en los medios de comunicación.....	142
Metas de la CIPD: reducir el 75% de las muertes maternas del año '90 al 2015.....	142
Calidad de los servicios de salud reproductiva en las Regiones Autónomas del Caribe	143
Comités de DDHH condenan al Estado por muertes maternas.....	143
Acceso a la información pública sobre salud sexual y salud reproductiva.....	144

Maternidad segura y atención prenatal

Nicaragua reporta una atención prenatal que no logra cubrir las necesidades de todas las embarazadas a nivel nacional, la atención por personal calificado es insuficiente y el sistema de salud no brinda toda la atención del parto institucional que se requiere. Las coordinaciones con las organizaciones de sociedad civil que trabajan con parteras son difíciles; ocurren frecuentes abusos de parte de las unidades de salud hacia las Casas Maternas. La atención del puerperio tampoco llega a porcentajes adecuados que permitan advertir las complicaciones de este periodo.

Estas son algunas de las razones de la alta morbilidad y que si bien se ha logrado la reducción de la mortalidad materna, no llegarán a cumplir las metas de la CIPD que podrían lograrse con una verdadera estrategia nacional, coordinación con las organizaciones de mujeres y la sociedad civil y la inversión en medidas sencillas que pueden aplicarse con relativa facilidad en el país.

La atención prenatal para que sea efectiva debe ser precoz, periódica e integral, cuestión que no se cumple a nivel nacional. Solamente el 32.7% de embarazadas logró entre 7 y 8 atenciones prenatales y solo el 9,7% logró recibir 9 atenciones y más. Según ENDESA los niños y niñas nacidas entre el 2001 y 2006, en el 91% de los casos tuvieron al menos “un control prenatal”, el 95% a nivel urbano y el 87% a nivel rural.¹

El 9% a nivel nacional no recibió atención prenatal y si se suman las que solo la tuvieron entre 1 y 3 veces, se comprueba que el 21.3% de las embarazadas del país han pasado su embarazo sin atención suficiente o con un bajo número.

Estas cifras sin embargo, no son reconocidas públicamente por las autoridades y sin duda alguna tienen mucha relación con la persistencia de complicaciones y muertes, algunas de las cuales nunca llegan a analizarse. En un reporte del MINSA de los años 2005-2010 las embarazadas que llegan a 4 controles prenatales son el 60.4% con una variación entre 96.3% en Chinandega y el

41.2% en la RAAN. Las mujeres sin educación tuvieron acceso a atención prenatal en un 76.2%. Las de 6 o más hijos/as al 79.3%.

La captación precoz del embarazo, -o sea antes de alcanzar los 4 meses de gestación-, permite la detección oportuna de problemas o evita complicaciones; ENDESA afirma que es del 70.2% a nivel nacional. En la RAAN la captación precoz se reporta en 42.6% y en la RAAS en 56%.

Sin embargo al año 2010 según el cuadro “Cobertura de la captación precoz del CPN” el MINSA reporta a nivel nacional que la misma era del 49.1% de las embarazadas y subió al 54% en el 2011.² Estas contradicciones son permanentes en las cifras oficiales y ocurren en reportes emitidos en el mismo año, por lo que las estadísticas publicadas resultan poco confiables.

Cobertura y calidad del parto institucional

En un país de pobreza marcada como Nicaragua, los organismos internacionales y el sentido común demandan la aplicación de medidas sencillas que logren un alto impacto. La atención del parto por personas calificadas y en lugares que cuenten con capacidades básicas para resolver los problemas que emergen anticipada o abruptamente son la llave para reducir y atender oportunamente las complicaciones del embarazo.

Sin embargo, la cobertura de partos atendidos en un establecimientos de salud del sector público ha aumentado solamente 3 puntos desde 2001 en que ascendía a 59.8% a nivel nacional y subió al 62.8% en el 2006. Dentro del total de partos institucionales -que asciende a 73.8%-, el sector privado atiende el 11%.

La atención del parto en un establecimiento de salud en el área urbana es de 72.8% y en la región del Pacífico 70.2%, aunque en el área rural la cobertura es más baja ha habido un aumento del 45% en el 2001 al 53.4% en el año 2006. Nuevamente las Regiones del Caribe exhiben las cifras más bajas de parto institucional, la RAAN con el 36.3% y la RAAS con el 45.7%.

¹ Encuesta Nacional de Salud 2001/2006. Nicaragua.

² Ministerio del Poder ciudadano para la Salud. MINSA. Cobertura de la captación precoz del CPN atendidos por el MINSA.

El 72.4% de las embarazadas fueron atendidas por médicas o médicos generales o especialistas, el 1.3% por enfermeras y el 26.3% por comadronas o parteras, aunque no se conoce qué capacitación han recibido en su totalidad. La probabilidad de ser atendido por un ginecólogo/a es mayor en el área urbana 67.2%, en la región del Pacífico 64.9% y en Managua 78.5%; en tanto en la RAAN llega solamente al 17.4%, Jinotega al 21.5% y la RAAS al 22.6%, todas reportadas con altas tasas de mortalidad materna.

Desde el 2007 nuevamente en los servicios públicos el parto institucional debería atenderse de manera gratuita, la propaganda oficial así lo menciona en todas las oportunidades, aunque no existe una política pública que se ocupe de normar o hacer aplicar estrictamente la gratuidad de su atención; de ese modo, las embarazadas usualmente reportan que deben sufragar diferentes gastos y aportar insumos médicos.

Las normas del año 1996 del sistema público de salud no incorporaban a los hombres como acompañantes de su pareja en el parto y en la consulta prenatal.³ Doce años después, en la normativa 011 del año 2008, ya se menciona al menos en el instructivo, que hay que marcar la casilla donde dice “acompañante en trabajo de parto”, el que puede ser su “pareja”, algún “familiar”, “otro” en caso de no pertenecer al núcleo familiar o “ninguno”.⁴

En la norma del 2010 ya se especifica la participación del cónyuge o compañero como acompañante; resulta curioso que en la extensa descripción de los “deberes y derechos” de los acompañantes solamente en dos párrafos se menciona a la pareja⁵, en tanto se describen minuciosamente las actividades que deben hacer las personas “acompañantes”, sin mencionar ni promover

efectivamente que tal persona sea su pareja. De esta manera se reafirma que el sistema de salud no facilita la presencia masculina, y a pesar de contar con una norma, no resulta fácil entender que está dirigida a promover la responsabilidad de los hombres en todo el proceso reproductivo.

Las cesáreas en franco incremento

Del total de partos a nivel nacional el 19.6% fue por cesárea, cifra que se eleva a 26.6% cuando la cesárea ocurrió en un establecimiento de salud y al 44.1% si fue en una empresa médica previsual. Lo que revela que las indicaciones de cesáreas no responden precisamente a un criterio de necesidad, sino de comodidad de profesionales o usuarias que así lo prefieren.

El porcentaje de partos por cesárea aumentó respecto a ENDESA 2001 en 15%. Las mujeres con educación superior cuyo porcentaje había iniciado un descenso en el período 1996-2001 con 38%, en la ENDESA 2001/2006 alcanzaron el 51.3%.

Las cesáreas continúan incrementándose aceleradamente, el MINSa reporta en el año 2010 que en el sistema público supera los porcentajes internacionales, subió del 14,7 en el 2002 al 30% del total de partos.⁶ En el Instituto de Seguridad Social en el año 2011 se reporta la atención de 18.900 partos, el 43% vía vaginal y el 57% vía cesárea, superando los parámetros internacionales en 3.8 veces.⁷

El parto domiciliario

El limitado desarrollo social del país hace que el parto domiciliario se convierta en un altísimo riesgo dadas las limitaciones de las personas que lo atienden, las largas distancias hasta llegar a una unidad de salud que logre resolver problemas y emergencias y la falta de medios de transporte adecuados, todo derivado de la ausencia del sistema de salud allí donde es más necesario y allí donde impera la pobreza.

Todavía en el año 2006 uno de cada 4 partos en Nicaragua -el 25.7%-, tuvo lugar en el domicilio. Mientras

3 Acuerdo Ministerial 250-2010. Norma de Atención del Embarazo, Parto y Puerperio normal y bajo riesgo, MINSa. Nicaragua, 1996.

4 Acuerdo Ministerial 312.2008. Normas y Protocolos para la Atención prenatal, Parto, Puerperio y Recién nacido de bajo riesgo. MINSa. Nicaragua, 2010.

5 Norma de Humanización del Parto Institucional. MINSa. Nicaragua, 2010. Estar acompañada por la persona de su confianza preferiblemente el cónyuge o compañero, siempre que no existan complicaciones ni se altere el normal desarrollo del parto. Debe permitirse el acompañamiento del compañero, familiar o partera/o que la embarazada determine.

6 Comportamiento de Principales Indicadores. Servicios de Salud MINSa, 2005-2010.

7 Anuario Estadístico INSS. Dirección de Estadísticas Económicas y Sociales. Nicaragua, 2011.

esta situación persista, la capacitación de parteras y las Casas Maternas juegan un papel relevante en la prevención y atención de las complicaciones obstétricas causantes de la mortalidad materna.

Las Casas Maternas salvan vidas y constituyen una de las estrategias que mayores resultados positivos ha logrado desde su implementación a inicios de los años '80, cuando feministas internacionalistas inauguraron la primera que se conoce en el país en Matagalpa.⁸

Puerperio con baja cobertura

ENDESA reporta que entre el 2001 y 2006 solamente el 47.6% de las embarazadas a nivel nacional tuvieron atención en el puerperio, oscilando esos porcentajes en 63.8% en zonas urbanas y 32.6% en zonas rurales a pesar que en el puerperio se presentan importantes complicaciones que derivan en secuelas y mortalidad materna.

Los departamentos con menor atención del puerperio fueron Jinotega 23.8%, Río San Juan con 24.9%, Matagalpa 28.4%, la RAAS 30.3% y la RAAN 30.9%. En las mujeres que tuvieron atención del puerperio, el mismo fue de 78% en un establecimiento de salud pública y de 22% en uno privado.

Según el MINSA en el 2010 la cobertura del puerperio es del 71.6% de los partos atendidos a nivel nacional.⁹

Embarazos en la adolescencia

Los graves retrasos que Nicaragua muestra sobre la salud sexual y reproductiva lo ubican como el país con más alta tasa de embarazos en la adolescencia en América Latina. En el año 1998 el porcentaje de mujeres de 15-19 años que ya eran madres o estaban embarazadas fue de 27%,¹⁰ con un valor "estimado" de 115 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años.

Según el MINSA, en el 2001 menos del 30% de adolescentes y jóvenes usaban el condón¹¹ lo que las expone gravemente expuestas a las ITS como preámbulo de la epidemia del Sida¹² En ese año, la mitad de las jóvenes a los 19 años ya han estado alguna vez embarazadas. El porcentaje de mujeres de 15-19 años que ya eran madres o estaban embarazadas era del 25%.

Información oficial del MINSA señala que el 40% de las adolescentes sexualmente activas nunca había utilizado métodos anticonceptivos.¹³ Los embarazos en las adolescentes en relación con el conjunto de partos fueron el 28.5% en el 2002.¹⁴

La fecundidad entre adolescentes rurales superaba en más del 60% la tasa de fecundidad de las adolescentes urbanas, y representa el grupo con mayores tasas de mortalidad materna. No existe información oficial desagregada sobre el porcentaje de métodos de uso masculino en adolescentes a nivel rural o urbano.

El 3% de los embarazos adolescentes ocurría en edades comprendidas entre los 10 y los 14 años, lo que enmascara el registro de violaciones y embarazos forzados en la niñez y adolescencia temprana.¹⁵

El MINSA reporta que entre 1998 y el 2006, la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 10 años bajó 23,74% en 9 años -de 139 x 1,000 en 1998 a 106 x 1,000 adolescentes en el 2006-.¹⁶ Este último dato -tomado de ENDESA- revela una importante falta de concordancia de la información estadística oficial, que no es posible contrastar con cifras de instituciones internacionales.

Según cifras del MINSA, la Tasa de embarazos en la adolescencia reportada oficialmente muestra una reducción de solamente en 1.2 puntos en los últimos seis

8 La Casa Materna de Matagalpa, Mary Ann Jackmann.

9 Comportamiento de principales indicadores. Servicios de Salud MINSA. Nicaragua, 2005-2010.

10 INEC. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA 1998.

11 MINSA, Departamento de Atención Integral a la Adolescencia. Nicaragua, 2001.

12 INEC. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA 2001. Fecundidad y Maternidad en Adolescentes.

13 Instituto de Estadísticas y Censos. Nicaragua, 1999.

14 Plan Nacional de Salud, Situación del Sector Salud, MINSA. Nicaragua, 2003.

15 Agenda de Salud Integral de las Mujeres. Nicaragua, 2005.

16 Ministerio de Salud. Dirección General de Extensión y Calidad de Atención. Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes 16 de Junio del 2011.

años, pues pasó de 101.1 x 1,000 adolescentes en el año 2005 a 99.9 en el 2010.¹⁷

También reporta en el 2010 que la Región Autónoma del Atlántico Norte tiene una Tasa de fecundidad en adolescentes de 185.1, que sobrepasa por 100 puntos la media de la región Latinoamericana y del Caribe que asciende a 80 embarazos x 1,000 mujeres de 15 a 19 años. También sobrepasa en 85.2 puntos a la fecundidad adolescente nacional.¹⁸ En la RAAS esa tasa es de 117.1 x 1,000 mujeres adolescentes. También en Jinotega la tasa asciende a 128.1, en Matagalpa a 114.8, en Nueva Segovia a 109.9, en Chontales a 100 x 1,000 adolescentes de 15 a 19 años.

Sigue incrementándose el nacimiento de niños y niñas de mujeres adolescentes, según información de julio del 2012 el 41% de los embarazos en el país ocurre en adolescentes y jóvenes.¹⁹ La asistencia a la atención prenatal en las edades tempranas está siendo influida por la presión que se ejerce desde organizaciones comunitarias ligadas al partido de gobierno. Existen testimonios de adolescentes que en el sistema de salud han recibido resultados positivos de un examen de embarazo y que a partir de ese diagnóstico son acosadas por estas organizaciones para saber si van a mantener el embarazo o si van a tomar otra decisión. De esta manera se desvirtúa una tarea positiva que es asumida como metas partidarias.

En 9 de 17 SILAIS, el porcentaje de nacidas/os vivos de madres adolescentes en el año 2010 oscila entre 26.6% y 31.3% de todos los nacimientos, los registros muestran que están por encima de la media nacional reportada por el MINSA en 25.8% para todo el país.²⁰

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas FNUAP, esta importante variable se ha mantenido casi igual en los últimos seis años, pues su reducción ha sido

solamente de 0.4% entre el 2005 y el 2010, bajando del 26.2% al 25.8%. Los nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años entre los años 2007 al 2009 aumentaron el 7,2%, con 2,562 más nacimientos. El número neto fue de 35,945 en el año 2010.

UNICEF contradice estos reportes pues revela que en Nicaragua entre 1990 y 2005 la tasa global de fecundidad descendió un 26%, de 5.1 a 3.8 nacidos vivos por mujer de 15 a 49 años; pero en el mismo período, la tasa de fecundidad en adolescentes bajó solamente 11% en 15 años, o sea de 152 a 135 nacimientos por 1,000 mujeres de 15 a 19 años.²¹

Lion, Prata y Stewart en el 2010 reportan que la tasa de fecundidad adolescente de Nicaragua es la más alta del mundo exceptuando a África y es más alta que la tasa de África subsahariana en su totalidad (127 nacimientos por cada 1,000). Aproximadamente la mitad de las mujeres jóvenes en Nicaragua dan a luz antes de los 20 años; y cerca de un cuarto de todos los nacimientos en el país son de madres adolescentes.²²

Las mismas autoras señalan con datos de 3,142 mujeres encuestadas de 15 a 19 años encontraron que el 22% vivía con una pareja o esposo (17% y 5%, respectivamente) y el 96% conocía métodos anticonceptivos; sin embargo sólo el 11% conocía el ciclo ovulatorio. El 35% había tenido una relación sexual y el 25% había sido madre. La edad media de la primera relación sexual fue a los 18.9 años, mientras que la edad mediana al primer nacimiento fue a los 19.6 años.

Este es el impacto de la falta de definición de políticas de educación sexual en el ámbito público y privado y de la falta de acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva en la adolescencia, que permita prevenir el embarazo no planificado y en edades tempranas.

Las niñas madres

Se han naturalizado en el país y en los servicios públicos de salud el embarazo y los nacimientos en niñas de 10

17 Ministerio de Salud. Informe de Gestión Institucional 2010. Nicaragua, Abril 2011.

18 Información del Ministerio de Salud presentada el 25 de Julio 2012 en el BCN en el Día Mundial de Población.

19 Proceso de monitoreo en Nicaragua Cairo + 20. Salud Integral de las Mujeres - Mortalidad Materna VIH y Sida - Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Ana María Pizarro *SI Mujer*. 21 de agosto 2012.

20 Análisis de la Situación de Salud en Nicaragua, 1992 - 1998, MINSA. Nicaragua, 2001.

21 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fertility and Contraceptive Use, Nueva York: UNICEF, 2006.

22 La maternidad en adolescentes de Nicaragua: una evaluación cuantitativa de factores asociados Por Katherine C. Lion, Ndola Prata y Chris Stewart. 2010.

a 14 años. A julio del 2012 el FNUAP reporta que estos embarazos aumentaron el 47% en 9 años, según cifras oficiales, pasaron de 1,066 en el año 2000 a 1,577 en el año 2009. Las niñas son forzadas a parir el producto de una violación, pues a nadie puede pasar desapercibido que en esas edades no se pueden consensuar relaciones sexuales, dada la inmadurez emocional de las criaturas, las que son violadas y embarazadas.

Sin embargo, en los servicios públicos son atendidas bajo el “enfoque de riesgo”, se considera que “el embarazo” es de alto riesgo, no que las niñas está en alto riesgo-, y se han todos los esfuerzos para que el “producto de la concepción” nazca en las mejores condiciones, ignorando por completo las circunstancias en que se inició la gestación, ni el riesgo de morir o quedar con secuelas, producto de las graves complicaciones que acarrea este tipo de situaciones en las niñas.

En Bilwi, En la Casa Materna se refleja la gravísima situación de las niñas y adolescentes víctimas de la violencia dado que salen embarazadas producto de las violaciones sexuales reiteradas y regresan a vivir nuevamente con sus violadores, producto de extrema pobreza, la ignorancia y la marginación que prevalecen.

En la RAAN, la Casa Materna de Bilwi cuanto a vidas salvadas en el 2010 se reportan 490 ingresos de mujeres embarazadas. Cumple una importante labor, reporta que del total de mujeres atendidas, el 44.48 % (218) tenía menos de 19 años, cifra que excede por más de 15 puntos al reporte nacional de embarazos en esa misma edad.

Entre ellas, el 39.6% tenía entre 15 y 19 años y 4.9% tenía 14 años y menos, o sea eran niñas, todas seguramente embarazadas como producto de la violencia sexual.²³ Esto refleja la gravísima situación de las niñas y adolescentes víctimas de la violencia, la que resulta en embarazos forzados, embarazos de riesgo y nuevos embarazos producto de la impunidad, dado que todas regresan al mismo ambiente donde fueron embarazadas y continúan a expensas de sus agresores.

En el año 2010 se atendieron en la Casa Materna 24 niñas embarazadas de 10 a 14, no se conoce que hayan reportado estas niñas embarazadas a las autoridades policiales ni judiciales, a pesar que la violencia es un delito de orden público, o sea no requiere de la denuncia de la víctima o sus familiares. Mujeres Líderes convocada por *SI Mujer* en octubre 2010 expresaron “Sabemos que sus familiares, padres, abuelos, son los que embarazaron a las niñas, pero no los denuncian, cuando ellas salen de alta van nuevamente a vivir al mismo lugar y con las mismas personas, pueden regresar dos o tres veces más, igualmente embarazadas”.

Mortalidad Materna

Clasificación inadecuada en los registros oficiales

En Nicaragua es sabido que el sistema de registro es deficitario y lo ha sido de manera crónica, antes y después de la CIPD. No se registran todas las muertes ni se aplica la clasificación internacional, por lo que resulta muy difícil conocer la magnitud de la mortalidad materna ni sus principales causas.

Ocho años después de El Cairo, en el Plan Nacional de Salud se reportaban 13 causas diferentes de mortalidad materna entre 1998 y el 2002, agrupadas en 11 variables que ignoran la clasificación internacional y causan confusión al desagregar diagnósticos que responden a una misma etiología y que actúan como desencadenantes de las muertes.

Por ejemplo, en lugar de consignar como causa básica Hemorragia se reportan separadamente cuatro diagnósticos diferentes: “hemorragia post parto, placenta previa, desprendimiento y hemorragia anteparto”; en lugar de causa básica Aborto reportan tres causas diferentes: “embarazo terminado en aborto, aborto inducido ilegalmente y aborto espontáneo”; no mencionan la causa básica Infección; sí mencionan el Síndrome Hipertensivo Gestacional y las complicaciones relacionadas con el Puerperio, también las complicaciones del Trabajo de parto y del Parto y una clasificación sui géneris que no tiene nombre y que incluye: “otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte, otros trastornos maternos

²³ Informe de la Costa Caribe nicaragüense 2009-2012: El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. Según Indicadores de la Base de Datos ATENEA. *SI Mujer* – RSMMLAC.

relacionados con el embarazo y otros trastornos maternos relacionados con la cavidad amniótica y el feto”.²⁴

Diez años después entre los años 2007 al 2011, la situación sigue igual y peor y tampoco se pueden conocer las verdaderas causas de la mortalidad materna en Nicaragua, tal como revela un reporte nacional del MINSA publicado en el 2012.²⁵

Solamente en el 53.9% se aplica la clasificación internacional: Hemorragias relacionadas al embarazo, parto y puerperio 34.07%, Eclampsia, Preeclampsia, Síndrome de Hellp 16.83% y Aborto 3.01%. Nótese que no reportan muertes por Infecciones/Sepsis.

El 46% de las muertes registradas no responde a la clasificación internacional ya que incluye de manera desorganizada diferentes entidades: Enfermedades sistémicas o crónicas 22.85%, Causas externas 11.22%, Enfermedades sistémicas agudas 6.21%, Otras causas no especificadas 3.81%. Otras enfermedades específicas y afecciones que complican el embarazo 1.60% y Hemorragias no relacionadas al embarazo, parto y puerperio 0.40%.

OPS tampoco logra conocer las verdaderas causas de mortalidad materna

Nicaragua no cuenta con información seria y confiable a pesar de la inversión de las OPS-OMS y la cooperación internacional para el sistema estadístico de la mortalidad materna. Como no se reportan las muertes maternas según la clasificación internacional no se puede comparar las estadísticas del país con las de la región latinoamericana.

En un reporte de la OPS, se analizan 1,113 muertes maternas entre los años 1997-2006. Lo más llamativo de esta información es que no se puede concluir con exactitud cuáles son las verdaderas causas de mortalidad materna; las causas no clasificadas o mal clasificadas en los reportes publicados ascienden al 41% (23% supuestamente infecciones y 18% no clasificadas).²⁶

²⁴ Oficina de Estadística DGPD-MINSA.

²⁵ Documento Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud 2012.

²⁶ OPS Distribución de las Muertes relacionadas con: Embarazo, Parto, Puerperio 1997 – 2006.

Lo único que está claro es que el 33% de las muertes ocurrieron por Hemorragias antes, durante y después del parto, el 19% de las muertes estuvieron asociadas al Síndrome Hipertensivo Gestacional, el 7% a las complicaciones del Aborto Inseguro, aunque el reporte menciona varias denominaciones que enmascaran las complicaciones del aborto como: “Hemorragia precoz del embarazo, Aborto espontáneo, Otros trastornos maternos relacionados con la cavidad amniótica y el feto y Embarazo terminado en aborto”.

El 41% restante se divide entre un 23% de muertes probablemente por Infecciones, dado que mencionan: “Complicaciones del trabajo de parto y del parto y Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio” y el 18% que no han sido clasificadas totalmente y no se pueden clasificar, dado que no mencionan la causa básica, el reporte señala: “Otros trastornos maternos relacionados con el embarazo y Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte”.

Mortalidad materna hospitalaria

A nivel hospitalario entre los años 1993 y 1996 se analizaron 83 muertes maternas en el Hospital Nacional de la Mujer Berta Calderón. De demostró que el Aborto Inseguro o la Eclampsia fueron alternativamente la primera o segunda causa de las muertes maternas; encontrándose entre las causas directas que el 34,3% fueron por Aborto Inducido y por Eclampsia el 31,4%.

Las infecciones -como la endometritis (17,1%), los abscesos pélvicos post cesárea (5,7%) y la peritonitis puerperal (2,8%)- constituyeron la tercera causa básica con el 25,6% del total. Las causas hemorrágicas ascendieron al 8,5%, por acretismo placentario y atonía uterina postparto.²⁷

En el año 2009, la mortalidad Materna en el Hospital Bertha Calderón fue reportada en 19 causas diferentes²⁸, a las que fue necesario agrupar según la clasificación internacional. De este modo se logró conocer que la primera causa es la Eclampsia con el 42.86 de las muertes, la segunda el Aborto Inseguro con 23.81%,

²⁷ Atención Humanizada del Aborto y del Aborto Inseguro. Proyecto de Seguimiento de la CIPD. Ana María Pizarro, *SI Mujer*. 1997.

²⁸ Producción de Servicios del Hospital Bertha Calderón. Nicaragua, 2009.

la tercera las Infecciones con 19.05% y la cuarta las Hemorragias con 14.29%.

El 58.33% de las muertes fueron clasificadas por la autora de esta investigación como Obstétricas Directas. De ellas, el 38.1% ocurrieron en adolescentes menores de 19 años, el 76.19% entre los 20 y 35 años y el 4.76% en mayores de 35 años.

De todas las muertes por aborto, el 80% ocurrió en adolescentes de 15 a 19 años. Las evidencias de los daños a la salud y a la vida de las mujeres están demostrada, pero el Estado no parece reaccionar. Las muertes maternas llenan titulares con propaganda oficial sobre su sostenida reducción, pero no son analizadas con criterios científicos y no se adopten medida eficaces para reducirlas.

Las muertes de las adolescentes son el resultado de la inexistencia de una estrategia nacional que garantice la educación sexual, promueva la responsabilidad masculina, procure la erradicación de la violencia sexual y supere la falta de educación e información en edades tempranas.

En julio del 2012 los medios de comunicación publicaban “comentarios de pasillo” de médicos del Hospital Alemán Nicaragüense, en momentos en que cambiaban a su Directora, supuestamente porque en los primeros seis meses del presente año habían ocurrido 11 muertes maternas, mientras en todo el año 2011 ocurrieron 7.²⁹

Tasa de mortalidad materna, cifras como variable política

El MINSA en el año 2002 reconocía que su sistema de información no es capaz de brindar información oportuna y de calidad debido a problemas en el registro de los datos primarios, a la lentitud en el procesamiento, a ausencia de controles automáticos sobre la información, a falta de integración de la información en los diferentes niveles; además, hay un excesivo trabajo manual, y por

lo tanto, la comunicación de la información también es manual y no existe un sistema de información gerencial formal.³⁰

El registro nacional de la mortalidad materna no ofrece datos confiables, falta coherencia en las cifras publicadas y hay contradicciones dentro del mismo sistema de salud. Entre 1983 y el 2003, en documentos oficiales se publicaron al respecto 97 cifras diferentes y se continúan publicando cifras muy dispares de un mismo año.

Las NNUU luego de analizar la situación del sector salud, reportó estimaciones de mortalidad materna en Nicaragua de 200 x 100,000 nv. en 1998³¹ y de 250 por cada 100,000 nv. en el año 2000.³²

El gobierno de Nicaragua en la ERCERP afirmaba que se bajará la tasa de mortalidad materna por cada 100,000 nacidos vivos de 142 en el 2001 a 129 en 2005, en tanto el PNUD afirmaba que se bajó la mortalidad materna de 118 en 1998 a 100.3 en el 2002, pero la Política Nacional de Salud de mayo del 2004 y el Plan Nacional de Salud de setiembre 2004, afirman que la misma mortalidad ya había bajado de 125 a 96.6 en 2002.

Según el MINSA la tasa de Mortalidad Materna en el año 2003 era de 105 x 100,000 nv., con un rango entre 33 x 100,000 en Estelí y 321 x 100,000 en la Región Autónoma del Atlántico Norte.³³ Sin embargo, en otro documento del mismo año, el MINSA reportaba que la tasa en el 2003 era de 83 x 100,000 nv.³⁴ Esta diferencia de 22 puntos nunca logra ser explicada y los informes oficiales pasan de un reporte a otro con cifras diferentes, por lo que todas las cifras resultan poco confiables.

La Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva reconoce en 2006 la tasa de mortalidad materna puede ser aun mayor por el hecho de que ésta no es reportada adecuadamente cuando ocurre en el domicilio, debido al subregistro

²⁹ Aumentan muertes maternas en el Alemán. La Prensa, 5 de julio 2012.

³⁰ Política Nacional de Salud. MINSA. Nicaragua, 1997-2002.

³¹ UNICEF. Un análisis de las muertes maternas ocurridas en Nicaragua en 1998. Nicaragua, 1999.

³² PNUD. Estado de la Población Mundial - FNUAP 2001.

³³ Mortalidad Materna y Perinatal, Información General. Guía de mensajes de comunicación en salud. Octubre 2006.

³⁴ Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. MINSA. Nicaragua, 2006.

existente. Por otra parte, las muertes secundarias a un aborto inseguro tienden a ser ocultadas por las familias y tampoco se incluyen las muertes secundarias a los casos de violencia intrafamiliar asociada al embarazo de la víctima.³⁵

En el 2010 la CEPAL publicó una tasa de Mortalidad Materna en Nicaragua de 100 x 100.000 nv. en el año 2010.³⁶ Según el Informe de Gestión Institucional del MINSA en ese mismo año la mortalidad materna ya había descendido a 71.9 x 100,000 nv. En ese informe, cuatro SILAIS tenían una tasa de mortalidad materna superior a 100 x 100,000 nv.

En junio del 2012 la Ministra de Salud anunciaba que la Tasa de mortalidad materna ya había bajado de 100 x 100,000 en el año 2006 a 63 a junio del 2012.³⁷

La enorme variabilidad de las cifras hace pensar que la información de la mortalidad de las mujeres por causas relacionadas al embarazo, al parto o al aborto inseguro continúa siendo una variable antojadiza que se instaló desde los años '90 -y que ha persistido en los diferentes gobiernos-. Hace falta invertir una alta dosis de seriedad y realismo, así como dejar de enmascarar las estadísticas con clasificaciones caseras que no se aplican a nivel internacional y pasar a incorporar información de múltiples fuentes, lo que permitiría conocer la magnitud de esta pandemia.³⁸

Muertes Maternas en la RAAN

En la Costa Caribe la Mortalidad materna ascendía a 180.6 en la Región Autónoma del Atlántico Sur RAAS. A 145.3 en Jinotega, a 118.2 en León y a 100.8 en Chinandega. Para el año 2010, las cifras oficiales reconocen que 9 de 17 SILAIS tenían una tasa mayor de 80 x 100,000 nv. con lo que obviamente no se logrará reducir a 40 para el año 2015, según las metas de la CIPD.

Según el SILAIS de la RAAN, la razón de Mortalidad Materna había disminuido de 240 x 100.000 nv. a 104.8

x 100,000.00 nv. entre el año 2007 y 2010, en este último hubo 9 muertes maternas.³⁹

Sin embargo en el 2011 el SILAIS de la RAAN reportó un aumento de la Mortalidad Materna a 221.7 x 100.000nv., cifra que sobrepasa más del doble la tasa nacional que reporta el gobierno. Pasó de 9 muertes maternas en el 2010 a 18 Muertes Maternas en el 2011, según el Plan de Acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna en el SILAIS RAAN.⁴⁰ Extraoficialmente se informó que el total de muertes maternas a diciembre 2011 fue de 20. Ese fuerte incremento de las muertes maternas contradice las afirmaciones oficiales sobre su sostenida reducción.⁴¹

En el Encuentro de Mujeres Líderes en relación a la Mortalidad Materna de Junio 2010, convocado por *SI Mujer* en Puerto Cabezas, las participantes expresaron que actualmente hay mayor acceso a la atención de salud sexual y reproductiva, aunque no hay insuficiente educación sobre los métodos anticonceptivos seguros; de la misma forma, las brigadas médicas refuerzan la atención en las zonas rurales con mucho esfuerzo por parte del personal de salud, que en su mayoría son mujeres.⁴²

En ambas Regiones Autónomas muchas veces los hombres tienen en sus manos la decisión sobre la atención de las mujeres en el momento crucial en que termina el embarazo, muchas veces se niegan a que las embarazadas salgan hacia las cabeceras departamentales, otra vez prefieren que sean atendidas por parteras o sukias en las comunidades, lo que según el MINSA, agrava la situación de las muertes maternas.

Muertes maternas violentas

La información pública más completa que se dispone para establecer los niveles de la prevalencia de la

35 Estrategia Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva del año 2006-2008.

36 Indicadores. CEPAL. Nicaragua, 2010.

37 La Prensa. Nicaragua rumbo hacia las metas del milenio. 60 de junio 2012.

38 Agenda de Salud Integral de las Mujeres. Nicaragua, 2005.

39 Plan de Acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna en el SILAIS RAAN. Diciembre 2011.

40 Plan de Acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna en el SILAIS RAAN. CIES UNAN – SILAIS RAAN MINSA, Nicaragua, 2011.

41 Informe de la Costa Caribe nicaragüense 2009-2012: El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. Según Indicadores de la Base de Datos ATENEA. *SI Mujer* – RSMLAC.

42 Informe de la Costa Caribe nicaragüense RAAN – RAAS. *SI Mujer* 2009-2012.

violencia intrafamiliar y sexual en el país procede de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. En 1998 ENDESA reportaba que el 29% de las mujeres alguna vez en unión habían sido abusadas sexual o físicamente por su pareja; el 36% de las mujeres fueron abusadas estando embarazadas y que en más de la mitad de los casos, la violencia sufrida por la mujer fue presenciada por los hijos e hijas.

La violencia de género se considera una de las causas de muerte materna, perinatal e infantil, que generalmente no es reconocida en las unidades de salud debido a la falta de criterios y normas que permitan su adecuada identificación, registro y abordaje y aunque constituye un delito punible, en general no es denunciado a las autoridades competentes por parte de los servicios de salud.⁴³

También las muertes maternas ocurren por violencia, especialmente de sus cónyuges. Entre 1997 y los cinco primeros meses del 2009, se registran 10 embarazadas asesinadas: 3 por herida profunda por arma de fuego, 3 por herida profunda por arma blanca, 3 por trauma craneo encefálico y 1 por trauma hepático. Ninguna de ellas ingresa a la Tasa de mortalidad materna por considerarlas muertes “indirectas”.⁴⁴

Si agregamos a las muertes violentas de embarazadas los “suicidios” de mujeres con embarazos no deseados o forzados por violencia sexual, podría explicarse por qué la mortalidad materna continúa “bajando” en los reportes oficiales.

Mortalidad Materna y negligencias médicas en las unidades de salud

En el MINSA, en el año 2008 se analizaron 18 muertes maternas, encontrándose que todas eran evitables; se mencionaron diversos problemas como: Falta de sangre para transfundir en hospital privado, múltiples deficiencias en el diagnóstico y tratamiento del Síndrome Hipertensivo Gestacional SHG, desgarros vaginales trans parto no advertidos, alta sin tratamiento para

SHG, cesáreas con complicaciones evitables, desgarros trans cesárea por mala praxis, inversión uterina por maniobras intempestivas en unidades de salud seguidas de shock hipovolémico, rotura uterina por maniobra realizada por partera, falta de referencia a unidades de mayor complejidad, atención de eclampsia por “médico tradicional”, complicaciones de partos domiciliarios en zonas donde hay Casas Maternas, etc.⁴⁵

Según reportes del MINSA “Muertes Materna de embarazadas que llegaron con buen estado general a unidades de salud y fallecieron en el año 2009”⁴⁶, se conoce que existen muertes evitables por falta de diagnósticos oportunos e ineficiencia de los tratamientos aplicados, lo que amerita una profunda revisión de la capacitación del personal médico tratante.

A partir de los '90 se produjo una reducción progresiva y persistente de los programas de capacitación continua en los hospitales, especialmente de las especialidades relacionadas a la salud sexual y reproductiva, que coincidió con el despido injustificado de médicas y médicos docentes de larga experiencia -basados en razones políticas y posterior a las huelgas de los Médicos Pro Salario-. También ha influido la reducción de los recursos financieros para la salud, a pesar de los discursos oficiales. Podemos explicarnos en este conjunto de factores el porqué del deterioro de la formación hospitalaria, lugar donde se adquieren los principales conocimientos y destrezas para afrontar la profesión sin que las usuarias corran riesgos.

También influye la partidización en la selección de postulantes a las residencias hospitalarias, pues a un grupo se exige de realizar el examen de ingreso en la medida que cuenten con recomendaciones políticas. Esta situación ha debilitado la calidad de profesionales -que egresan sin suficientes méritos ni capacitación-. Las negligencias médicas en los servicios públicos no se analizan de manera rutinaria ni con fines documentales, y cuando se hacen, no se mencionan las responsabilidades

43 Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. MINSA. Nicaragua, 2006.

44 Reporte basado en datos del MINSA. Mortalidad Materna en Nicaragua Crónica de una epidemia silenciada. Ana María Pizarro. *SI Mujer* 2010.

45 La Discapacidad en Nicaragua una realidad. FEMUCADI. Nicaragua, 2011.

46 Dirección General de Servicios de Salud. Situación de Mortalidad Materna, Peri natal y Neonatal. Semana Epidemiológica 1 a 19. Años. MINSA, Nicaragua 2008 – 2009.

particulares -aunque todo mundo sabe de quién se trata-, con lo cual se diluyen las posibilidades de corregir las prácticas inadecuadas.

Mortalidad Materna y negligencias médicas en los medios de comunicación

Solamente en los primeros ocho meses del año 2009, los medios de comunicación reportaron 6 casos de muerte materna en instituciones del Estado o clínicas privadas por negligencias médicas. Las hemorragias inmediatas producto de maniobras intempestivas que lesionan los órganos genitales como desgarros de cuello de útero, desgarros de vagina o hipotonía uterina no advertida, aparecen como una de las causas más frecuentes de muertes maternas en mujeres atendidas por profesionales de la salud ingresadas en una unidad de salud.

Las demoras en la atención y la falta de insumos adecuados para atender las emergencias obstétricas son mencionadas en la mayoría de los casos. Otro elemento son las complicaciones durante y después de las cirugías y mala praxis: por ejemplo por dejar restos placentarios después de una cesárea que se complica con shock séptico, olvido de instrumental quirúrgico en la cavidad abdominal que obliga a extirpar órganos vitales producto de las complicaciones, etc.

En el año 2009, la Procuraduría de Derechos Humanos asumió de oficio 5 casos de presuntas violaciones al derecho a la salud y a la vida contra el SILAIS de Managua. Esos casos son parte de 80 solicitudes de auditorías médicas por posible mala práctica registradas durante el primer trimestre del año 2009. El Centro Nicaragüense por los Derechos Humanos CENIDH, informó de 5 denuncias de negligencias médicas que provienen de diferentes departamentos. La Comisión Permanente de Derechos Humanos CPDH, señaló denuncias de familiares una mujer que fue dejada en estado vegetal después de ser atendida por un parto, quien deja en desamparo a su mamá, abuela y sus 6 niños. Las investigaciones que realizan comisiones médicas -nombradas al efecto-, no son dadas a conocer, por lo que familiares de las víctimas continúan reclamando

en instancias de DDHH y denunciando indefensión ante la mala atención recibida.

Metas de la CIPD: reducir el 75% de las muertes maternas del año '90 al 2015.

En 1996 en términos de mortalidad materna, si bien el Gobierno de Nicaragua reconocía que no disponía de datos precisos, afirmaba que “asume el compromiso de El Cairo de reducir este indicador a la mitad del nivel de 1990 para el año 2000 y una nueva reducción a la mitad para el año 2015. Esto significa que, con una mortalidad materna estimada en 160 por cien mil nacidos vivos en 1990, se pretende reducir esa tasa a 80 para el año 2000 y a 40 para el año 2015”.

Si tomamos en cuenta que la Tasa Nacional de Mortalidad Materna en 1996 fue de 197.5 por cada 100,000 nacidas/os vivos, lograr la reducción del 75% haría bajar la tasa de mortalidad materna a 49.3 x 100,000 n.v. para el año 2015.

En las Metas de Desarrollo del Milenio, el gobierno de Nicaragua estableció: Reducir la tasa de mortalidad materna de 100 a 86 x 100,000 nv. para el año 2008, que por cierto no es el $\frac{3}{4}$ de lo que teníamos en 1994. En aquel año, el MINSA reconoció que la tasa de mortalidad materna era de 150 por cada 100,000 nacidos vivos, esto significa que el $\frac{3}{4}$ serían 37.5 muertes maternas x 100,000 nv. para el año 2015.⁴⁷

Para complicar más las cosas, el Plan Nacional de Desarrollo trazaba dos proyecciones tomando como base el año 2002 y afirmaba que en el 2015 la tasa sería reducida a 62, muy por encima de 37.5 x 100,000 nv., si cumpliera con las MDM.

Sin embargo la propaganda oficial anuncia que la mortalidad materna ya bajó a 63 x 100,000 nv. en junio del año 2012, según declaraciones de la Ministra de Salud, aunque no se conocen documentos que sustenten tales cifras. Además afirma que la meta es de 27 x 100,000

⁴⁷ Agenda de Salud Integral de las Mujeres. Nicaragua, 2005.

nv. para el año 2015, contradiciendo lo que el propio gobierno afirmaba en el año 2006.⁴⁸

Calidad de los servicios de salud reproductiva en las Regiones Autónomas y del Caribe

A pesar de contar con legislación nacional y regional clara sobre los derechos de la población del Caribe a información y servicios de salud sexual y salud reproductiva, de contar con Planes de Atención y Marco de Planificación en el MINSA, las mujeres líderes de la RAAN y de la RAAS consultadas entre los años 2005 y 2012 expresan que la información no es accesible ni es ampliamente difundida para que mujeres, adolescentes y jóvenes gocen de ese derecho.

La distribución geográfica de la población y la falta de presencia de las instituciones de salud y educación en zonas rurales o remotas, es una barrera importante en ambas regiones autónomas. Por ello, la mayor carga de enfermedades, secuelas y muertes se atribuye a las comunidades rurales.⁴⁹

En el Encuentro de Mujeres Líderes expresaron que la atención del parto y cesárea se realiza con dificultades por falta de personal, demandando mayor entrenamiento para las parteras rurales que son capacitadas en Bilwi, lo que ocasiona una fuerte inversión al MINSA, se reconoce que hace falta mayor tiempo para capacitarlas mejor. Mencionaron que la calidad de atención aun es deficitaria, hay varios casos de mujeres que fueron esterilizadas en nivel público y privado y luego salieron embarazadas, por lo que este método les causa temor, a pesar de ser de alta efectividad.

A pesar que la RAAN es una de las regiones de mayor mortalidad materna en el país, se reportan altos porcentajes de atención prenatal, pero la captación precoz y el número de atenciones prenatales es muy reducido, así como el acceso al parto institucional, que apenas llega al 41.4% en el 2011.

⁴⁸ Nicaragua rumbo hacia las Metas del Milenio. Diario La Prensa Nicaragua. 30 de Junio de 2012.

⁴⁹ Informe de la Costa Caribe nicaragüense RAAN – RAAS 2009 - 2012. *SI Mujer*. Nicaragua 2012.

Comités de DDHH condenan al Estado por muertes maternas.

En febrero 2007, cuatro meses después de derogado el aborto terapéutico, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer⁵⁰ envió sus Observaciones finales que demanda al Estado con meridiana claridad la necesidad de prevención de los embarazos no planificados para reducir las muertes maternas en Nicaragua:

El Comité pide al Estado Parte que refuerce las medidas encaminadas a la prevención de los embarazos no deseados, en particular mediante actividades de divulgación y concienciación acerca de la planificación de la familia y los servicios a disposición de las mujeres y las niñas, y que tome medidas para que las mujeres no tengan que recurrir a procedimientos médicos peligrosos, como los abortos ilegales, debido a la falta de servicios adecuados de planificación de la familia y de anticoncepción o a la imposibilidad de acceder a ellos por su costo u otros motivos.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en noviembre de 2008 emitió otra recomendación que condena al Estado de Nicaragua por la mortalidad materna y la prohibición del aborto.⁵¹

El Comité observa con preocupación el alto grado de mortalidad materna e infantil y que los abortos clandestinos provocan un gran número de muerte de mujeres. El Comité alienta encarecidamente al Estado parte a continuar con sus esfuerzos para disminuir la mortalidad materna e infantil, y a tomar las medidas legislativas necesarias para solucionar el problema de la mortalidad de las mujeres a causa de abortos clandestinos y le recomienda que en los programas

⁵⁰ 37° período de sesiones 15 de enero a 2 de febrero de 2007 Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Nicaragua.

⁵¹ 41° período de sesiones. Examen de los informes presentados por los estados partes de conformidad con los artículos 16 y 17 del pacto. Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Nicaragua

escolares los temas de educación sexual y de métodos de planificación familiar sean abordados abiertamente, de tal manera que contribuyan a prevenir los embarazos precoces y la transmisión de enfermedades sexuales. Le recomienda también que adopte una ley sobre salud sexual y reproductiva compatible con las disposiciones del Pacto.

Acceso a la información pública sobre salud sexual y salud reproductiva.

Nicaragua tiene una larga experiencia de violar la legislación que formalmente garantiza el derecho de la ciudadanía a contar con información pública. La realidad es que desde 1996⁵² a la actualidad, la información pública fue cerrada y expresamente se prohibió entregar reportes a investigadoras/es independientes, aunque ese mismo año el MINSa había establecido un nuevo sistema de vigilancia de la mortalidad materna, con el objetivo de “superar las deficiencias en el registro de éstas y normar los procedimientos, instrumentos e instancias, que deberán dar seguimiento al comportamiento”.

El MINSa reconocía en el año 2002 que su sistema de información no es capaz de brindar información oportuna y de calidad debido a problemas en el registro de los datos primarios, a la lentitud en el procesamiento, a ausencia de controles automáticos sobre la información, a falta de integración de la información en los diferentes niveles; además, hay un excesivo trabajo manual, y por lo tanto, la comunicación de la información también es manual (formularios) y no existe un sistema de información gerencial formal.⁵³

Cinco años después, la Ley No. 621 Ley de acceso a la información pública establece “el derecho que tiene toda persona para acceder a la información existente en poder de las entidades y que las mismas deben facilitarla a quienes así lo demande”. Aprobada en el año 2007, contradice totalmente la práctica del gobierno de

Nicaragua, pues el secretismo se ha impuesto, así como el cierre total de espacios de interlocución donde se pudieran compartir estadísticas e información sustantiva sobre la realidad de la salud integral de las mujeres, -al menos con fines de investigación-.

Solamente se cuenta con la ENDESA que incluye información nacional obtenida de las propias mujeres concerniente al uso de métodos anticonceptivos, atención prenatal, lugar de ocurrencia del parto o cesárea, y diferentes eventos sobre la fecundidad, pero estas encuestas [que constituyen el mayor nivel de información en cantidad y calidad] no incorporan ninguna información estadística sobre las muertes maternas. La exclusión de este tema prevalece desde la primera ENDESA, y por si el problema no fuera suficiente, la que debía hacerse en el año 2011 no se realizó y no hay información que pudiera alentar la esperanza de una nueva Encuesta. De este modo, Nicaragua queda sin esta información que de hecho sustituye parcialmente la falta de registros estadísticos oficiales del sistema de salud.

No existe un mecanismo para compartir y agregar a las estadísticas oficiales las atenciones brindadas por organizaciones de mujeres y de la sociedad civil que trabajan en salud, dado que no hay una relación formal ni fluida con las mismas, por lo que este problema se agrega al persistente subregistro nacional.

El Boletín Epidemiológico del MINSa no brinda información sobre salud sexual y reproductiva, únicamente reporta muertes maternas junto a las enfermedades endémicas. El Programa Nacional de ITS/VIH/Sida reporta ocasionalmente y por separado las estadísticas sobre la pandemia cuya calidad y oportunidad son completamente cuestionables.

En el Boletín Epidemiológico oficial se publican con demasiado retraso estadísticas sobre las principales epidemias que interesan al MINSa, las que son las producidas por vectores, microbios, hongos, parásitos y virus, no por las que ocurren por las inequidades de género, la pobreza, la violencia, la ignorancia y la discriminación de las mujeres, las niñas y las adolescentes.

⁵² Diagnóstico de Situación del Sistema de Salud, MINSa. Nicaragua, 1998.

⁵³ Política Nacional de Salud. MINSa. Nicaragua, 1997-2002.

Cairo + 20 - NICARAGUA Diagnóstico Nacional. 1994 - 2012

***Atencion humanizada
del aborto inseguro***

Servicios Integrales para la Mujer - SI Mujer

Atención humanizada del aborto inseguro

	Página
Marco Jurídico nacional sobre el aborto.....	147
La protección legal del “no nacido”. La supremacía de los fetos.....	148
Morir o ir a la cárcel. Persecución de mujeres por aborto.....	149
Dilema en profesionales de la salud.....	150
Normas y Protocolos contradicen al Código Penal.....	150
¿Es el aborto terapéutico una solución para las mujeres?.....	151
Una discusión compleja y necesaria.....	152
Atención del aborto terapéutico en los servicios de salud.....	152
Repercusión nacional e internacional por la prohibición del aborto.....	153
Demandas de las Sociedades médicas nacionales.....	153
Advertencia de la Organización Panamericana de la Salud.....	154
Exhortación del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FLASOG.....	155
Exhortación del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FIGO.....	155
Exhortación del Comité sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer. CEDAW.....	155
La ONU condena al Estado de Nicaragua.....	156
Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. CEDAW.....	156
Observaciones Finales del Comité de Derechos Civiles y Políticos.....	157
Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.....	157
Iniciativa del MAM ante el Comité Internacional contra la Tortura.....	158
Observaciones finales del Comité contra la Tortura.....	158
Audiencia ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos - CIDH.....	158
Amnistía Internacional: La prohibición del aborto terapéutico en Nicaragua es una vergüenza.....	159
Recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño.....	159
Aborto inseguro como problema de salud de las mujeres.....	159
Encuesta sobre el aborto en el año 2012.....	160
Aborto inseguro y muertes maternas: una fórmula trágica.....	160
Tasa estimada de aborto inseguro a lo largo de los años.....	161
El aborto inseguro acrecienta la mortalidad materna.....	162
Ingresos en obstetricia y ginecología por complicaciones del aborto inseguro.....	162
Ingresos hospitalarios por aborto involuntario o espontáneo.....	162
Calidad de la atención del aborto inseguro.....	163
Prevención del aborto inseguro.....	163
Atención post aborto.....	164
Prohibición total del aborto aumenta las muertes maternas.....	165
Demoras en la toma de decisión y negación de tratamientos.....	165
Jazmina Bojorge: Violencia estatal = shock séptico no diagnosticado y demoras en la atención.....	165
Amalia: Violencia estatal = negativa de tratamiento y demoras en la atención.....	165
“Suicidios”, mujeres jóvenes y embarazos no planificados.....	166
Violación de DDHH como consecuencias de la penalización total del aborto.....	167
El aborto inseguro en las Regiones Autónomas del Caribe.....	168
Acceso a la información pública sobre el aborto.....	169

Marco Jurídico nacional sobre el aborto

En Nicaragua, abortar ha sido un delito en toda su historia jurídica. El aborto ha estado penalizado siempre, antes del 2008 la pena para las mujeres oscilaba entre 3 a 6 años. La legislación que prohíbe el aborto es una de las más violadas en el país, pues toda la ciudadanía -incluida las jerarquías religiosas que persistentemente convencen a sus feligreses en la Asamblea Nacional-, saben que la ley se viola diariamente con consecuencias graves para las mujeres pobres y para la vigencia del Estado de Derecho. Es un asunto de doble moral, donde la palabra hipocresía impera, tal como lo denuncian las feministas y el movimiento de mujeres desde hace más de 30 años.

El aborto terapéutico estaba en la legislación desde 1837, en que fue establecido por razones médicas. En 1879 la legislación estableció que “No incurrirá en pena alguna el médico o cirujano, comadrón o partera que procure el aborto cuando no haya otro modo de salvar la vida de la mujer embarazada”. En 1891 se agregó que “No incurrirá en pena alguna el médico o cirujano, comadrón o partera que procure el aborto cuando haya recurrido a él como el medio indicado por la ciencia para salvar la vida de la mujer embarazada”.¹

Erróneamente se menciona que el aborto terapéutico era permitido para salvar la vida de la mujer, sin embargo en la legislación nacional vigente hasta el 2006 nunca se especificaron las causales por las que se podía permitir, ya que el Art.165 establecía que “*será definido científicamente por tres facultativos*” sin mencionar las razones para su realización.

Por tanto, la posibilidad de un aborto legal quedaría sujeta al arbitrio personal de tres facultativos, y de la autorización del cónyuge o pariente cercano, que usualmente por su irresponsabilidad o es el causante o ya está muy lejos cuando ocurre esta situación. Además de tratarlas como menores, la ley exigía a las mujeres lograr que una

tercera persona –un hombre seguramente- les otorgue permiso para proceder; además, para las mujeres pobres la posibilidad de consultar a tres médicas/os era prácticamente inalcanzable.

El 26 de octubre del 2006 ocurrió la derogación del aborto terapéutico del Código Penal. El 27 de octubre de ese año el Nuevo Diario, -en ese momento el más importante y único periódico de la izquierda- tituló a ocho columnas “Con mojigatería, diputados PLC, FSLN y ALN², derogaron aborto el terapéutico. A la vez subtitulaba “Votos vergonzantes: Unos se escondieron, otros mandaron a sus suplentes, y algunos se exhibieron con una gran procacidad. Con 52 votos a favor: 28 del Frente Sandinista de Liberación Nacional; 6 de ALN y 18 del PLC, la Asamblea Nacional derogó ayer el artículo 165 del Código Penal vigente que por más de cien años permitió el aborto terapéutico en Nicaragua”.

Sin consultar a las organizaciones de mujeres, dando la espalda a las múltiples recomendaciones de las sociedades médicas y en contra de la opinión pública, en una bochornosa sesión los diputados exhibieron su carencia de compromiso por los derechos humanos, su absoluta sumisión a los mandatos de la jerarquía de la iglesia católica y su desprecio por la vida y la salud de las mujeres. Antes, los obispos “legisladores” ofrecieron excomulgar a parlamentarios del Estado laico de Nicaragua.³

El 17 de Noviembre del 2006 ante representantes de la Iglesia Católica y Evangélica, el Presidente de la República firmó la Ley de Derogación al Artículo 165 del Código Penal, quedando eliminada la figura del aborto terapéutico en la forma de la Ley 603. En tanto, la Oficina de la Presidencia informaba que el Presidente de la República, Ingeniero Enrique Bolaños, firmó el decreto en Casa Presidencial afirmando que “La Iglesia Católica mediante la Conferencia Episcopal, así como la Alianza Evangélica de Nicaragua y el Congreso Nacional de Pastores Evangélicos, habían exhortado al Presidente Bolaños y a los honorables diputados de la Asamblea Nacional una reforma al Código Penal de Nicaragua a fin

1 Audiencia Mortalidad Materna en Nicaragua. Ana María Pizarro. Comisión Interamericana de Derechos Humanos Organización de Estados Americanos, 6 de noviembre 2009.

2 Partido Liberal Constitucionalista, Frente Sandinista de Liberación Nacional, Alianza Liberal Nicaragüense.

3 “La vida de las mujeres, la izquierda y el aborto, Ana María Pizarro. Nicaragua, 22 de febrero 2009.

de eliminar la figura del aborto terapéutico, para fortalecer el inviolable derecho a la vida desde el momento mismo de la concepción y para que se condene el aborto en todas sus formas". El mandatario firmó rodeado también por líderes de las organizaciones denominadas "pro vida".

- El artículo eliminado fue el 165 Aborto Terapéutico: *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.*

En setiembre del 2007, -otra vez en el poder el Frente Sandinista-, las autoridades eliminaron del nuevo Código Penal el Art.143.1 sobre el Aborto Terapéutico, culminando el proceso iniciado en el año 2000, cuando las jerarquías religiosas acordaron trabajar en coalición con los políticos.

- El artículo 143.1 eliminado decía: *Aborto Terapéutico: La necesidad de interrupción del embarazo por motivo terapéutico, será determinada científicamente, con el dictamen de tres facultativos por lo menos. El aborto terapéutico no será punible.*

Por segunda vez en 11 meses, esta vez el 14 de setiembre del 2007, nuevamente El Nuevo Diario, tituló a ocho columnas: "Penado todo aborto" y subtitulaba "66 votos para penalizar el aborto, 3 en contra del MRS. 27 votos FSLN: voto unánime para eliminar el Aborto Terapéutico. El MRS argumentó por el Estado laico y los derechos de las mujeres. Liberales: con el lenguaje de los monasterios de la Edad Media".⁴

El diario señalaba que la diputada por el MRS Mónica Baltodano pidió a los legisladores que no hablaran de las mujeres como si fuesen las "vacas de sus fincas", abundó en explicaciones para hacerles ver que no se podía privilegiar al embrión sobre las mujeres y recordó a los sandinistas los ideales de Carlos Fonseca, Ricardo Morales Avilés y Carlos Núñez Téllez".⁵

4 Movimiento Renovador Sandinista.

5 Carlos Fonseca fundador del FSLN, Ricardo Morales Avilés poeta, artista e intelectual, formador y creador de la mística revolucionaria y Carlos Núñez Téllez ex Presidente de la Asamblea Nacional, llamado el padre de la Constitución de la Revolución, que reivindicó el carácter laico del Estado y los derechos de las mujeres; todos fallecidos.

Este Código Penal es el resultado de la ilegalidad con que actuaron líderes religiosos y líderes de casi todos los partidos, que legislaron ignorando el mandato de la ciudadanía. Es el resultado del concordato religioso establecido por los caudillos políticos que violando el carácter laico del Estado aislaron a Nicaragua de la comunidad internacional, junto a los seis países donde el aborto está penalizado en toda circunstancia.⁶

Los Artículos que quedan vigentes que penalizan totalmente el aborto son, entre otros:

- Art. 143. Aborto: *Quien provoque aborto con el consentimiento de la mujer será sancionado con la pena de 1 a 3 años de prisión. Si se trata de un profesional médico sanitario la pena principal simultáneamente contendrá la pena de inhabilitación especial de 2 a 5 años para ejercer la medicina u oficio sanitario. A la mujer que intencionalmente cause su propio aborto o consienta que otra persona se lo practique se le impondrá la pena de 1 a 2 años de prisión.*

En marzo del 2010, un grupo de 21 diputados de la Asamblea Nacional, presentaron una iniciativa de ley para reformar el Código Penal y contemplar una excepción respecto a la vida de la mujer; sin embargo, la misma no fue sometida a discusión del plenario de dicho órgano por negativa de la Comisión Directiva del parlamento de mayoría oficialista. La propuesta no contempla excepciones en casos de malformaciones congénitas incompatibles con la vida ni en casos de violación o incesto.⁷

La protección legal del "no nacido". La supremacía de los fetos

La protección legal del no nacido es una propuesta del Vaticano que se hizo realidad por la negociación de la Conferencia Episcopal con el gobierno de Nicaragua en el año 2001, que promulgó el *Día Nacional del Niño por Nacer* mediante un Decreto Presidencial; de esa manera, una festividad religiosa católica quedó instalada

6 Chile, República Dominicana, Haití, Honduras, El Salvador y Nicaragua.

7 CENIDH Informe Anual. Derechos Humanos de las Mujeres. Nicaragua, 2011.

como fiesta nacional, en abierta contradicción del Estado Laico, violando la Constitución de la República.⁸

Sin embargo, con esto no termina el riesgo para las mujeres; dado que también quedó establecido que durante los nueve meses que dure la gestación, las médicas y médicos pueden ser acusados por causarle un daño “físico o psicológico” al no nacido. Aunque no se conoce de qué manera se podrá diagnosticar dicho daño -dado que la sicología prenatal forense no existe-, las médicas y los médicos de cualquier especialidad -inclusive odontología y anestesiología-, pasan a ser parte de un exclusivo grupo de profesionales condenados a actuar bajo sospecha, pende una amenaza sobre sus cabezas ante cada consulta prenatal brindada.

Además que el aborto continúa totalmente ilegalizado, Nicaragua ha instalado una nueva legislación -inédita en el país-, que otorga al embrión o el feto derechos legales que menoscaban y eliminan los derechos constitucionales de las mujeres ya nacidas. Esta iniciativa fue respaldada por los jerarcas religiosos que coordinaron una “Coalición Nacional por la Vida”, con quienes convinieron introducirla al Código Penal desde el año 2001, la que finalmente fue aprobada en el año 2007.

- Dice el Artículo 148. De las lesiones en el que está por nacer: *El que, por cualquier medio o procedimiento, causare en el no nacido una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su normal desarrollo, o provoque en el mismo una grave lesión física o psíquica, será castigado con pena de prisión de 2 a 5 años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de 2 a 8 años.*

Morir o ir a la cárcel. Persecución de mujeres por aborto

Dado que queda eliminada completamente la posibilidad de interrumpir el embarazo aun en las más graves circunstancias y que además se penaliza el “daño físico o psicológico al no nacido”, profesionales de la medicina

sin distinción de su especialidad quedan expuestos/as a penas de cárcel en el momento de atender una mujer en cualquier etapa del embarazo.

Especialistas en Derecho Penal plantean que “El médico que deja morir a una mujer comete homicidio imprudente o culposo porque pudo salvarla y no lo hizo”; consideran que las más perjudicadas serán las mujeres de estratos socioeconómicos bajos, que no pueden ir a otro país a realizarse el aborto terapéutico, y los médicos que trabajan en los hospitales públicos, que es donde se tiene mayor control.

Afirman: Si hay algo que lamentar en el nuevo Código Penal es la derogación del aborto terapéutico “Nos dejaron dos opciones a las mujeres y una a los médicos”. Las mujeres con riesgos quirúrgicos tendrán que escoger entre morir o ir a la cárcel. Los médicos, en cambio, sólo tienen una opción: la cárcel. Si los legisladores no revierten esta situación, la única opción que tienen los médicos es alegar el caso de necesidad, que significa que el médico tuvo que escoger “el bien jurídico más importante”. “Pero el médico tendrá que enfrentar la justicia y demostrar su inocencia. Y después, ¿quién le restituye el prestigio a ese profesional?”.⁹

Entre los años 2008 y 2011 la Policía Nacional y las Comisarías de la Mujer y la Niñez registraron 94 mujeres que fueron denunciadas por el delito de aborto en sus diversas manifestaciones y a 38 hombres, detenidos por la misma causa. Desde que el nuevo Código Penal se aprobó, 132 personas han sido perseguidas, denunciadas o detenidas por el delito de aborto. No se ha logrado conocer si les han abierto procesos ante la justicia.

Esto indica que se está aplicando el nuevo Código Penal en todo su articulado relativo al aborto, en el mayor de los silencios y sin que estas denuncias hayan llegado a los medios de comunicación. Según tipo de denuncia, el 64.91% son por Aborto, el 19.3% por Aborto sin consentimiento), el 10.53% por Aborto imprudente, el 3.51% por Lesiones imprudentes en el que está por nacer y el 1,75% por Lesiones en el que está por nacer. Las características de las mujeres denunciadas, se revela son mujeres de todas las edades, de bajo

⁸ El artículo 14 establece que el Estado no tiene religión oficial.

⁹ El Nuevo Diario, 4 de noviembre 2007.

nivel educativo, sin oportunidades laborales y pobres o extremadamente pobres.¹⁰

Dilema en profesionales de la salud

Profesionales de la salud tiene en Nicaragua muchos motivos para considerar que las leyes, políticas y normas son alienantes. Por ejemplo, la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del año 2006, -publicada un mes después que derogaron el aborto terapéutico-, establece el “enfoque de derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos como eje transversal de la atención pública de salud”.¹¹

No se entiende entonces, cómo profesionales de la salud van a trabajar diariamente enmarcados en la prohibición total del aborto y a la vez van a dar “pleno reconocimiento” de los derechos sexuales y reproductivos, que se inscriben como parte de los derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso.

Negar la interrupción del embarazo, o negarse a aplicar medidas que salven la vida de las mujeres o eviten secuelas en su salud por la prohibición total del aborto, significa que en los servicios públicos y privados el personal no puede reconocer “la decisión libre y responsablemente de las parejas e individuos a disponer de información y medios para alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva y adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia”, tal como lo establece el Programa de Acción de la CIPD.

Normas y Protocolos contradicen al Código Penal

En diciembre del 2006, dos meses después de la derogación del aborto terapéutico, el Ministerio de Salud orientó la utilización de las Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas.

Integrantes de la Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia, dijeron sentirse contra la espada y la pared porque hay conflicto entre el Código Penal y el Protocolo de atención.¹²

Dichas normas están en contraposición con el Código Penal pero el MINSA orientó su utilización a pesar de las contradicciones que ello implica con la práctica médica. Las normas señalan el manejo del aborto inminente o en curso, el aborto inevitable, el aborto diferido o el huevo muerto retenido y la indicación es evacuar el útero lo más pronto posible independiente de si el producto está vivo o no. En la pre eclampsia grave y eclampsia orientan interrumpir el embarazo dentro de las primeras 24 horas y de las primeras 12 horas para la segunda, aunque por edad gestacional con seguridad el producto fallecerá.

Afortunadamente en Nicaragua, profesionales de la salud conocen los alcances de los Protocolos y los alcances de la legislación restrictiva:

- “El MINSA, al obligarme a que yo cumpla con sus protocolos, me está instigando para que yo sea un delincuente. Me está invitando a hacer asociación ilícita para delinquir. Me está obligando a que me coloque fuera de la ley. Me está pidiendo que siga protocolos obstétricos, los cuales yo sé que no tienen la misma jerarquía que la ley. Y el problema es que si yo no cumpla con esos protocolos, me sancionará el MINSA. Y si yo cumpla con los protocolos, entonces me sancionará el Estado”.¹³

Esta contradicciones han sido expuestas por el sector médico pero el MINSA nunca ha dado respuesta a las mismas, y las autoridades frecuentemente –cuando son cuestionadas por organismos internacionales- argumentan que no existen problemas en la atención del aborto en Nicaragua pues se aplica el Protocolo.

El Grupo Parlamentario Pro Objetivos de Desarrollo del Milenio 5 “Mejorar la Salud Materna”, en el año 2010 realizó una encuesta sobre la necesidad de

10 Mujeres denunciadas por el delito de aborto en Nicaragua 2008 – 2011, según datos de la Policía Nacional y las Comisarías de la Mujer y la Niñez. Estudio en progresión. Ana María Pizarro.

11 Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. MINSA. Nicaragua, 2006.

12 En diciembre de 2006 el Ministerio de Salud les explicó que se debe cumplir con los protocolos “con toda seguridad que no comete delito el médico que cumple con dichos protocolos.”

13 La Prohibición Total del Aborto en Nicaragua. La Vida y la salud de las mujeres, en peligro; los profesionales de la Medicina, criminalizados. Amnistía Internacional 2009. Secretariado Internacional.

interrumpir el embarazo para preservar la vida y la salud de la mujer y el 85.1% de los encuestados/as dijo que la decisión correspondía a la mujer y solamente el 3.3% dijo que correspondía al Estado; por lo tanto, la población considera que el Estado no debe decidir y en consecuencia restringir, prohibir o sancionar una decisión que solo corresponde a la mujer.¹⁴

¿Es el aborto terapéutico una solución para las mujeres?

Las feministas estamos obligadas a reflexionar reconociendo que preservar la salud de las mujeres o evitar que mueran por complicaciones de un embarazo constituye el argumento más “primitivo” o más limitado para lograr la despenalización del aborto, dado que se necesita sustentar el potencial daño a la salud o la pérdida de la propia vida para que la sociedad y el Estado concedan a las mujeres la posibilidad de preservarla.¹⁵

Es tan “elemental” el argumento que el 97% de los países del mundo permiten la interrupción del embarazo cuando la vida de las mujeres está en peligro. En todos esos países, al menos el sentido común parece haber prevalecido, dado que les dan a las mujeres “permiso para que no se mueran”.

Solo 17 países del mundo -y entre ellos uno que no es país ni es Estado como El Vaticano- ni siquiera lo consideran como una posibilidad y lo prohíben completamente; 5 de esos países están en Centroamérica y El Caribe. Uno no es técnica ni realmente un país -el Vaticano-, impone su posición contra el aborto como si su religión fuera universal.

En el 97% de los países del mundo se permite la interrupción del embarazo por diferentes razones, ese procedimiento ha sido denominado en muy pocos países como Aborto Terapéutico, que se realiza con la

finalidad de evitar riesgos o impedir que se incrementen los daños a las mujeres embarazadas, preservar su salud o salvar su vida. Ha sido con razón cuestionado el término “terapéutico” y ha sido poco mencionado en las legislaciones, dando paso al aborto “por causales”, donde preservar la salud o salvar la vida han tomado mucha mayor jerarquía -por ejemplo-, cuando existe un embarazo asociado a cáncer de útero, de mamas u otros tipos de cáncer, al VIH o al Sida, a la insuficiencia cardiaca congestiva, a la pre eclampsia severa o la eclampsia, la diabetes descompensada, cuando hay incapacidad mental o motora como parálisis, hemiplejía, cuadriplejía, etc.

Pero esta larga lista no refleja todos los riesgos de las mujeres ante un embarazo ni son estos los problemas que ocurren más frecuentemente. Una emergencia médica que pone en peligro la vida y afecta la salud de las mujeres y que pone en aprietos al personal médico es el embarazo ectópico, en el cual el óvulo fertilizado puede implantarse en las Trompas de Falopio, en el cuello del útero o en la cavidad abdominal; ese embarazo no es viable y es potencialmente mortal para la mujer, porque el embrión o el feto, al crecer, puede hacer estallar las trompas, causando daños internos permanentes y la muerte por hemorragia abrupta si no se interviene rápidamente.

Donde el aborto es legal o el aborto está permitido por causales, el diagnóstico clínico o la confirmación por ultrasonido son suficientes para determinar la emergencia e interrumpir el embarazo para evitar daños permanentes a largo plazo que afectan la fertilidad de las mujeres. La penalización del aborto exige a cada médico o médica “demostrar” que el embrión o el feto ya no tienen vitalidad, se requiere de ecografías seriadas o análisis de sangre a repetición, así, se prolongan los riesgos, se demoran las decisiones y finalmente, se somete a las mujeres a un tratamiento tardío cuyas secuelas no se analizan; o se las deja libradas a su suerte, como ha ocurrido en Nicaragua.

La mola hidatiforme, una degeneración del tejido trofoblástico de la placenta puede desatar una hemorragia “cataclísmica”, -según relata la literatura médica- seguida de la muerte de la embarazada. La situación se complica si la mola está embrionada, dado que se produce una

14 CENIDH Informe Anual. Derechos Humanos de las Mujeres. Nicaragua, 2011.

15 La causal salud como argumento para la despenalización del aborto. Presentado en el Seminario La despenalización del aborto, un asunto de justicia para las mujeres en El Salvador. Ana María Pizarro. *SI Mujer*, Nicaragua. Marzo 2011

situación similar al embarazo ectópico: la obligada espera hasta que el embrión pierda vitalidad.

El argumento de salvar la vida de las mujeres se enfrenta a la protección de la vida “desde la concepción” –inclusive ante embarazos ectópicos o molares- ya que el sustento de la falta de excepciones en las leyes restrictivas es la prioridad la vida de los embriones o de los fetos.

En los países donde el aborto es legal o está permitido bajo ciertas causales, el tratamiento de un embarazo con feto anencefálico es la interrupción inmediata del embarazo independiente el momento de la gestación, dado que el feto no tiene ninguna posibilidad de sobrevivir, nace generalmente muerto o muere a las pocas horas, dado que no se ha formado una importante porción del cerebro. Cuando el aborto está penalizado, ocurre una circunstancia expresamente compleja con el feto anencefálico, que viola gravemente los derechos humanos de las mujeres pues se les obliga a continuar el embarazo durante largos meses hasta el nacimiento, aun cuando se conoce previamente los resultados de esta complicación.

Una discusión compleja y necesaria

El aborto llamado terapéutico y el aborto por causales están seriamente limitados y su acceso está restringido para las mujeres -porque están subordinados a las decisiones de terceros-, que invocando razones “científicas” y “autoridades” médicas dejan a las mujeres bajo el arbitrio del sistema patriarcal, cuyos dictámenes clínicos, resultados de laboratorio, estudios epidemiológicos y pruebas terapéuticas nunca han considerado importante su valor humano y ciudadano.¹⁶

Descritas las diversas circunstancias que pueden servir de argumento a la “causal salud” o a la “causal vida”, las feministas reconocemos que la vida y la salud de las mujeres son derechos humanos fundamentales, que la ciudadanía plena solo puede lograrse en el marco de la igualdad y la libertad, y que acabar con las restricciones al derecho a decidir solo puede lograrse en el marco

de sociedades y Estados democráticos, en el ejercicio de la justicia social que considere a las mujeres como ciudadanas capaces de tomar las mejores decisiones y demandar plenamente sus aspiraciones.

Una sociedad indiferente, que desvaloriza a las mujeres, las considera descartables, intercambiables y prescindibles, solo puede brindarles respuestas negativas, legislaciones restrictivas, políticas mezquinas y decisiones egoístas, porque pretende que los seres que tutela –como las mujeres-, las acepten sin más.

La respuesta más patética que ilustra este ejemplo ocurre cuando niegan un aborto en los casos de embarazo a consecuencia de una violación, situación donde debiera prevalecer el argumento del ejercicio de todos los derechos fundamentales de las mujeres. Mientras la sociedad patriarcal demande a las mujeres renunciar a su propia vida o poner en peligro su salud en función de otras prioridades y otras vidas, las “causales” tienen pocas posibilidades de erradicar el problema y aportar soluciones definitivas a esta compleja situación.

El aborto no debería estar incluido en el Código Penal; al ser un procedimiento médico -o realizado por las propias mujeres con las nuevas tecnologías-, debe regirse por normas y protocolos de atención que garanticen un trato respetuoso, que brinde a las mujeres la posibilidad de tomar decisiones informadas y sin riesgos para su salud o su vida.

La legalización del aborto permitiría que este gran problema que involucra múltiples dimensiones-, desde la hipocresía de la sociedad patriarcal hasta los presupuestos nacionales de salud-, tuviera una salida honorable y civilizada, acorde al desarrollo de los derechos humanos de las mujeres.

Atención del aborto terapéutico en los servicios de salud

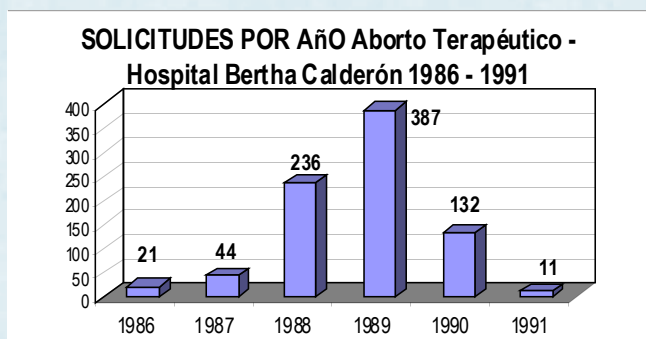
En la legislación nacional estaba establecido el aborto terapéutico, que no mencionaba en qué situaciones debía aplicarse. No existían excepciones para hacer el aborto no punible por violación o por razones de malformaciones fetales (eugenésicas), económicas, fracaso de los métodos anticonceptivos, edad de la mujeres (adolescentes o mayores) o por VIH+ de la embarazada. Es así que en cualquier caso el aborto

¹⁶ La causal salud como argumento para la despenalización del aborto. Presentado en el Seminario La despenalización del aborto, un asunto de justicia para las mujeres en El Salvador. Ana María Pizarro. *SI Mujer*, Nicaragua. Marzo 2011

era virtualmente punible -y la maternidad virtualmente obligatoria-.

En la legislación no existían supuestos que fueran considerados atenuantes para la aplicación de la pena por aborto,¹⁷ ni siquiera la violación, ni si ésta fuera en niñas. En consecuencia, las niñas y las mujeres sobrevivientes de violación eran y son legalmente obligadas a parir hijos o hijas de sus violadores.

Tanto el Código Penal, -que permitía el aborto terapéutico-¹⁸, como las normas del MINSA, no establecían que los



trámites o procedimientos administrativos debían ser ejecutados antes de las 12 semanas de gestación en el caso de aborto permitido.

La aplicación real del aborto terapéutico en el sistema de salud queda reflejada en el presente cuadro de la atención brindada en el Hospital de la Mujer Bertha Calderón.

Las 870 solicitudes presentadas fueron estudiadas minuciosamente entre 1986 y 1991, a lo largo de los últimos cinco años de la Revolución Popular Sandinista.¹⁹ Se encontró que el Comité de Análisis e Interrupción del Embarazo resolvió denegar el 17% de las solicitudes por “semanas de gestación avanzadas”, aunque el tiempo había avanzado a causa de los múltiples requisitos no justificados que se les exigían a las mujeres. El 67% de esas solicitudes fueron aprobadas y se procedió a la interrupción del embarazo en una institución del Estado por médicas y médicos especialistas del Sistema de

17 Arto. 164, Código penal de Nicaragua.

18 Arto. 165, Código Penal de Nicaragua.

19 Desarrollo de la Actividad del Comité de Análisis e Interrupción del Embarazo en relación al Aborto Terapéutico en el Hospital Bertha Calderón. 1986 -1991. Ivania Flores Cárdenas, Ana María Pizarro.

Salud, amparados en la legislación vigente.

No se hacía promoción de estos servicios, las mujeres llegaban por referencia de otras mujeres. En el último año de estudio -ya instalado el gobierno Chamorro-, el número de solicitudes cayó abruptamente sin que hubiera una prohibición expresa, las mujeres comprendieron qué tan profundos fueron los cambios políticos del país, en tanto el mismo Comité prácticamente dejó de funcionar.

Repercusión nacional e internacional por la prohibición del aborto

Desde los Cabildos Abiertos convocados durante la Revolución Popular Sandinista en 1985, organizaciones feministas, luego agrupadas en la Campaña 28 de setiembre por la despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe y organizaciones y líderes del movimiento de mujeres de todo el país demandaron la despenalización del aborto. Especialmente fuerte fue la demanda desde el inicio del proceso de reformas del Código Penal en el año 2001 y finalmente, lograron colocar el tema del aborto en el debate público nacional.

La repercusión de las acciones emprendidas y las denuncias públicas realizadas a nivel nacional e internacional lograron sensibilizar a sectores que nunca antes se habían pronunciado sobre el tema, consiguiendo adhesiones durante los años 2006 y 2007, dentro y fuera de Nicaragua.

Demandas de las Sociedades médicas nacionales

Profesionales de la medicina de Nicaragua agrupados en 21 organizaciones científicas de salud²⁰ firmaron una

20 Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Nicaragüense de Medicina General, Facultad de Medicina UNAN León, Asociación Nicaragüense de Oncología, Asociación de Gineco-Obstetras Ecografistas de Nicaragua, Asociación Nicaragüense de Cirugía General, Asociación Nicaragüense de Psiquiatría, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Asociación Nicaragüense de Salud Pública, Asociación Centroamericana de Sistema y Economía de Salud, Facultad de Medicina UNAN Managua, Grupo Nacional

denuncia contra la prohibición del aborto en el 2006 en el cual afirmaron que sentían que iban a tener importantes limitaciones en su trabajo a causa directa de una prohibición total del aborto, dado que:

- “La penalización del aborto terapéutico es una violación a los derechos humanos, en especial el derecho a la vida de las mujeres y a tomar decisiones vitales que le competen exclusivamente y que están consignadas en la Constitución de la República y la Ley General de Salud”.

Después de la derogación del aborto terapéutico, movimientos y organizaciones sociales, ciudadanas y ciudadanos de diferentes procedencias presentaron numerosos Recursos para declarar inconstitucional la Ley 603 ante la Corte Suprema de Justicia, los que permanecen sin respuesta casi seis años después.²¹

Advertencia de la Organización

de Medicina Basada en la Evidencia, Asociación Nicaragüense de Ortopedia y Traumatología, Fundación de Mujeres Médicas, Asociación de Cirugía Maxilofacial, Asociación Nicaragüense de Cirugía Laparoscópica, Asociación Nicaragüense de Climaterio y Menopausia, Asociación Nicaragüense de Medicina Perinatal, Asociación Nicaragüense de Dermatología, Asociación Nicaragüense de Infectología, Asociación Nicaragüense de Pediatría y Sociedad Nicaragüense de Hematología.

²¹ Para el CENIDH, este recurso representa la oportunidad de que el Estado de Nicaragua revierta esta decisión y reconozca que penalizar el aborto terapéutico supone una afectación desproporcionada en los derechos de la mujer ya que 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 garantizarles, y las somete a servicios ilegales que comprometen aun más su salud, aumentando la probabilidad de muerte por abortos. Por tales hechos acudimos a la comunidad nacional e internacional para que se dirijan a las autoridades nicaragüenses, y en especial a la Corte Suprema de Justicia, para solicitar: 1. Que como toda decisión judicial en un Estado democrático los Honorables Magistrados de la Corte Suprema de Justicia reconduzcan el debate al ámbito estrictamente constitucional y ponderen de manera proporcional los bienes jurídicos encontrados con la penalización reciente y total del aborto. 2. Declaren la inconstitucionalidad de la Ley No. 603 por ser ésta un atentado a derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política y por ende contraria a las disposiciones de ésta. Nicaragua, 2007.

Panamericana de la Salud

En setiembre del año 1996 la OPS distribuyó el escrito “La derogación del derecho al aborto terapéutico en Nicaragua: impacto en la salud”. Este informe presenta estadísticas del aborto en Nicaragua asumiendo que no existe una cantidad exacta debido a los subregistros en las unidades de Salud. Estimando las observaciones de población en el país y el número de embarazos esperados para 2006, se considera una tasa de aborto espontáneo de 10%, el cual sería al menos 17,410 abortos espontáneos. También advertía que se produce un 0.5% de embarazos ectópicos, que corresponde a 870 embarazos de este tipo por año.²² Se podrían producir 174 embarazos molares; además de 174 embarazos complicados con cáncer, que corresponden al 0.10% de la población embarazada.

Según el informe de OPS, cada día en Nicaragua 48 mujeres sufren abortos espontáneos, y según estadísticas de 2005, sólo 21 asistieron a los hospitales en busca de atención médica obstétrica. Cada dos días una mujer se presentará con un embarazo molar y otra con un embarazo asociado con cáncer. “Estas complicaciones obstétricas requieren la realización de una interrupción del embarazo de forma inmediata, de lo contrario conllevan una hemorragia o una infección que compromete la vida de la mujer”, afirma el documento.

La OPS advirtió a fines del 2006 que la falta de legalidad del aborto terapéutico ante los casos de malformaciones congénitas, complicaciones obstétricas y el cáncer ginecológico asociado con el embarazo, incrementaría los riesgos de abortos clandestinos realizados en condiciones inseguras. Asimismo advirtió que para evitar las 68,000 defunciones mundiales, además de las discapacidades y sufrimientos atribuibles a los abortos inseguros, el país no sólo debe definir lo que es legal y lo que no, sino también garantizar el acceso de la mujer --en la medida máxima permitida por la ley-- a servicios de aborto terapéutico y a una buena atención post aborto de buena calidad. “El Consejo Nacional de Salud y Sociedades Científicas han recomendado no eliminar el aborto terapéutico, y que la discusión del tema esté basada en una amplia consulta y no sólo se considere

²² <http://impreso.elnuevodiario.com.ni/2007/02/09/nacionales>

la opinión de la clase política y de los sectores religiosos del país”, afirma la OPS.²³

Además, agregó que la penalización del aborto terapéutico va en contra del principio de la preservación de la salud de las mujeres. “No debe ser tipificado como un delito, sino como una intervención médico-quirúrgica de urgencia para prevenir complicaciones, secuelas y salvar la vida de las mujeres”.

Después de esas declaraciones, al asumir el nuevo gobierno en el año 2007, nunca más se pronunció en ningún sentido.

Estadísticas nacionales actualizadas y confiables no están disponibles ni ha sido posible lograr que las instituciones las hagan accesibles de manera sencilla. En las estadísticas tradicionales de mortalidad materna, la muerte de jóvenes mujeres embarazadas no está reconocida en la clasificación oficial del Ministerio de Salud, aunque ingieran sustancias tóxicas, pesticidas órgano-fosforados o raíces venenosas. Su muerte está registrada en el MINSA pero están “desconocidas” en las estadísticas, ya que no son tomadas en cuenta al calcular la Tasa o Razón de Mortalidad Materna, ya que se consideran muertes “no relacionadas” al embarazo. Mientras tanto, la mortalidad materna continúa “bajando”, según las autoridades de salud de los últimos cuatro gobiernos. La palabra aborto prácticamente ha desaparecido de las estadísticas, o se utilizan eufemismos para enmascararlo, esta es una práctica que permanece sin cambios desde hace más de dos décadas.

Exhortación del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FLASOG

Cinco meses antes de la derogación del Aborto terapéutico -en mayo del 2006-, la Asamblea Nacional recibió una comunicación del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, donde especialistas de la región expresaban:

- “...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”.

Exhortación del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FIGO

Una semana antes de la derogación, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia se dirigió a la Asamblea Nacional:

- “....alarmados por las noticias sobre la iniciativa de criminalizar el aborto en cualquier circunstancia en Nicaragua.....Nunca la prohibición del aborto ha sido capaz de disminuir esa práctica excepto por cortos periodos de tiempo. De hecho, los países con menores tasas de abortos son los países de Europa Occidental donde el aborto es permitido y accesible”.

Exhortación del Comité sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer

Diez días antes que la Asamblea Nacional de Nicaragua tomara la decisión, el Comité sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer de la ONU -el 16 de octubre de 2006- se dirigió a la Asamblea Nacional tomando en cuenta “la importancia que tiene la reciente aceptación de reformas al Código Penal de la República por la Junta Directiva de la Asamblea Nacional y el traslado de estas a la Comisión de Justicia, mismas que han sido introducidas por las jerarquías de la Iglesia Católica y algunas Iglesias Evangélicas, para penalizar el aborto terapéutico.

Hace un llamado a los diputados y diputadas nicaragüenses a posponer la discusión actual del Código Penal y realizar un proceso de consulta que permita tomar

²³ <http://impreso.elnuevodiario.com.ni/2007/02/09/nacionales>.

decisiones enfocadas a la defensa del Estado Laico, como forma de garantizar la libertad y la democracia y el respeto a la libertad de conciencia para todos y todas. Les solicita tener en cuenta los siguientes argumentos:¹

- Nicaragua según su Constitución es un Estado independiente, libre, soberano, unitario e indivisible²; que el “Estado no tiene religión oficial.” y que el derecho al aborto terapéutico está contemplado dentro de los derechos humanos como el derecho a la vida y el derecho a la salud presentes en su carta magna;
- Mantener la figura del aborto terapéutico en el Código Penal, no significa de ninguna manera obligar a las mujeres embarazadas a abortar independientemente que su embarazo sea consecuencia de una violación, incesto y estupro o que su producto se desarrolle con malformaciones graves e incluso cuando su vida este en peligro, sino más bien es ofrecerle una oportunidad a decidir que riesgos y consecuencias de un embarazo problemático ella y su familias están dispuestos a asumir;

Durante todo el proceso previo, legisladoras y legisladores se negaron a recibir a las organizaciones de mujeres y a las sociedades médicas, demostrando un profundo desprecio por la opinión ciudadana. Al respecto el Comité expresaba:

- La Asamblea Nacional no ha contado con la opinión de los especialistas en el tema, como la Sociedad de Ginecología y Obstetricia y la Asociación Nacional de Salud Pública; docentes médicos de las principales de las universidades, ni ha existido una consulta con las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la defensa de los derechos de las mujeres, niñas y adolescentes. Lo que resulta inadmisibles desde el punto de vista ético, por que se estaría anteponiendo dogmas y prejuicios, a los derechos humanos de las mujeres nicaragüenses.

La ONU condena al Estado de Nicaragua

Algunos Comités de Derechos Humanos de la ONU emitieron inicialmente exhortaciones a la Asamblea

Nacional antes de la derogación del aborto terapéutico, -y posteriormente al unísono- todos demandaron que el Estado cambie la legislación, permita la interrupción del embarazo en diversas circunstancias, garantice la educación sexual, haga accesibles los métodos anticonceptivos, no permita el maltrato en los servicios públicos a las mujeres que llegan por abortos, y no permita que el personal de salud tenga que actuar bajo la presión permanente de ser encarcelado, entre otros. El énfasis por el cambio en la legislación fue la recomendación más fuertemente emitida.

Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

En febrero 2007, cuatro meses después de derogado el aborto terapéutico, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer²⁴ envió sus Observaciones finales que expresan con meridiana claridad el impacto de las decisiones adoptadas por Nicaragua:

- El Comité observa asimismo con preocupación la elevada tasa de mortalidad materna, en particular el número de defunciones a causa de abortos practicados ilegalmente o en condiciones peligrosas. El Comité observa además con preocupación las gestiones realizadas recientemente por el Estado Parte para tipificar como delito el aborto terapéutico, lo que puede dar lugar a que más mujeres recurran a abortos ilegales practicados en condiciones peligrosas, con los consiguientes riesgos para su vida y su salud, y para imponer sanciones severas a las mujeres que se sometan a abortos ilegales, así como a los profesionales de la salud que proporcionen asistencia médica para tratar las complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones peligrosas.
- El Comité recomienda al Estado Parte que considere la posibilidad de revisar la legislación relativa al aborto con miras a suprimir las disposiciones punitivas aplicables a las mujeres que abortan, que les

²⁴ 37º período de sesiones 15 de enero a 2 de febrero de 2007
Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Nicaragua.

proporcione servicios de calidad para el tratamiento de las complicaciones derivadas de los abortos practicados en condiciones peligrosas y que reduzca la tasa de mortalidad materna de conformidad con la recomendación general 24 del Comité, relativa a las mujeres y la salud y la Plataforma de Acción de Beijing.

Observaciones finales del Comité de Derechos Civiles y Políticos

El Comité de Derechos Humanos analizando el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos²⁵ emitió una resolución que claramente condena al Estado de Nicaragua:

- 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.

Claramente demanda al Estado de Nicaragua a cambiar la legislación y a evitar daños en la vida de las mujeres:

- 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.

Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en noviembre de 2008 emitió otra recomendación que condena al Estado de Nicaragua por el aborto:²⁶

- El Comité observa con preocupación la prohibición general del aborto en los artículos 143 a 145 del Código Penal 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.
- El Comité insta al Estado Parte a que revise su legislación en materia de aborto y a que estudie la posibilidad de prever excepciones a la prohibición general del aborto para los casos de aborto terapéutico y los embarazos resultantes de violación o incesto. Asimismo, el Estado parte debería adoptar medidas para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados, de forma que no tengan que recurrir a abortos ilegales o inseguros que puedan poner su vida en peligro o realizarlos en el extranjero. Asimismo, el Estado debería evitar

²⁵ 94° 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.

²⁶ 41° período de sesiones. Examen de los informes presentados por los estados partes de conformidad con los artículos 16 y 17 del pacto. Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Nicaragua

penalizar a los profesionales de la medicina en el ejercicio de sus responsabilidades profesionales.

Iniciativa del MAM ante el Comité Internacional contra la Tortura

Otra iniciativa sobre la violación a los derechos humanos de las mujeres al aborto terapéutico y a la atención médica de emergencia fue presentada por el MAM ante el Comité Internacional contra la Tortura y el Trato o Castigo Cruel, Inhumano o Degradante en mayo del año 2009.²⁷ Denunciaron la legislación regresiva de Nicaragua que viola obligaciones contenidas en el artículo 2 de la Convención contra la Tortura.

Argumentaron que la prohibición absoluta del aborto significa la aplicación de los elementos de la tortura en tanto se inflige intencionalmente, causa dolor y sufrimiento severo tanto físico como mental, intimida y coacciona a las mujeres a llevar su embarazo hasta el final y a los médicos a abandonar sus responsabilidades éticas y profesionales al negar tratamientos que salvan la vida y la salud, siendo además discriminatorio al negar tratamientos que sólo las mujeres necesitan y que se “justifica” inadmisiblemente sobre bases religiosas y se inflige sobre la base de la acción directa y oficial del Estado que compele a adherirse a través de la criminalización.

Observaciones finales del Comité contra la Tortura

En mayo del año 2009, el Comité contra la Tortura remitió al gobierno de Nicaragua el examen del informe aprobado en el 42º período de sesiones en Ginebra un año atrás²⁸:

- El Comité urge al Estado parte a que revise su

²⁷ Reporte sobre la violación a los derechos humanos de las mujeres al aborto terapéutico y a la atención médica de emergencia. MAM Movimiento Autónomo de Mujeres, CDC Centro de Derechos Constitucionales, MADRE y IWHR Clínica Jurídica Internacional por los Derechos de las Mujeres, Escuela de Derecho de la Universidad de Nueva York.

²⁸ Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del Artículo 19 de la Convención. Observaciones finales del Comité contra la Tortura: Nicaragua, Ginebra, 27 de abril a 15 de mayo de 2008

legislación en materia de aborto, tal como fue recomendado por El Consejo de Derechos Humanos, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en sus últimas observaciones finales y que estudie la posibilidad de prever excepciones a la prohibición general del aborto para los casos de aborto terapéutico y los embarazos resultantes de violación o incesto. De conformidad con las directivas de la Organización Mundial de la Salud, el Estado Parte debe garantizar el tratamiento inmediato y sin condiciones de las personas que buscan atención médica de emergencia. Asimismo, el Estado debe evitar penalizar a los profesionales de la medicina en el ejercicio de sus responsabilidades profesionales.

- Asimismo, le preocupa al Comité 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, en clara violación de las numerosas normas éticas de la profesión médica. Asimismo, el Comité observa con preocupación que el personal médico pueda ser investigado y sancionado por el Estado Parte por la práctica del aborto terapéutico, artículos 148 y 149 del Código Penal.

Audiencia ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos

En noviembre 2009, -en el marco de la primera Audiencia Mortalidad Materna en Nicaragua ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en Washington-, se expuso la situación del aborto en Nicaragua luego de la prohibición absoluta ocurrida en el año 2006 y refrendada en el 2007.

Fue presentada como evidencia ante la Comisión la situación de dos mujeres nicaragüenses, una por haber fallecido por retardación y mala calidad de atención aun antes que se publicara en la Gaceta Diario Oficial la nueva Ley 603 y otra que fue detenida y sometida a tratos crueles en Condega, denunciada y ultrajada por la Directora del Centro de Salud y la Médica encargada de

su atención, las que la filmaron mientras estaba desnuda durante el legrado.²⁹

Amnistía Internacional: La prohibición del aborto terapéutico en Nicaragua es una vergüenza

Por su parte, Amnistía Internacional en el año 2009 publicó un informe internacional que denominó “La prohibición total del aborto en Nicaragua. La vida y la salud de las mujeres, en peligro; los profesionales de la Medicina, criminalizados”. Entre otros asuntos, señala la situación de médicas y médicos afirmando “Los profesionales de la salud pueden ser encarcelados por proporcionar información sobre el aborto o practicarlo. Los médicos que, siguiendo los Protocolos Obstétricos, intervienen para evitar la muerte de una paciente por complicaciones obstétricas, arriesgan su carrera profesional y puede que su libertad.”³⁰

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

“La prohibición del aborto terapéutico en Nicaragua es una vergüenza. Es un escándalo de derechos humanos que ridiculiza la ciencia médica y distorsiona la ley al ser un arma en contra de la prestación de servicios esenciales de atención médica a niñas embarazadas y mujeres”, dijo dicho Kate Gilmore, secretaria general

²⁹ Audiencia Mortalidad Materna en Nicaragua. Ana María Pizarro. Comisión Interamericana de Derechos Humanos Organización de Estados Americanos, 6 de noviembre 2009.

³⁰ La Prohibición Total del Aborto en Nicaragua. La Vida y la salud de las mujeres, en peligro; los profesionales de la Medicina, criminalizados. Amnistía Internacional 2009. Secretariado Internacional.

adjunta de Amnistía Internacional, en una conferencia de prensa en la Ciudad de México, al regresar de una visita a Nicaragua. “El Código Penal de Nicaragua es un artefacto cruel y cínico, resultado de los tratos políticos durante las elecciones en el país en 2006. Hoy, sin embargo, se castiga a las mujeres y las niñas por buscar tratamientos médicos que salvarían sus vidas y a los médicos por proporcionarlos.”

Recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño

En el año 2010, también el Comité de los Derechos del Niño de la ONU respondiendo al 4to Informe enviado por Nicaragua, recomendó -en el capítulo denominado Malos Tratos y descuido- que:

- “Derogue los artículos del Código Penal que penalizan el aborto y garantice que las niñas no estén sujetas sanciones penales por tratar de abortar o abortar en ninguna circunstancia”.

Han pasado casi seis años y ninguna de las exhortaciones, resoluciones o condenas explícitas de los Comités de la ONU han convencido a las autoridades nicaragüenses. El aborto continúa penalizado de manera absoluta – y mientras se gobierne en concordato con la iglesia católica-, las posibilidades de revertir la legislación son prácticamente nulas.

Aborto inseguro como problema de salud de las mujeres

Las mujeres llegan a los servicios públicos o privados de salud cuando las complicaciones del aborto inseguro ya están establecidas, al punto que se estima que entre el 10 y 50% de los abortos inducidos requieren atención médica. Diversas investigaciones regionales demuestran que las mujeres más pobres y las más jóvenes son las que más dificultades tienen para obtener un aborto seguro, y a la vez son las que más tardíamente llegan en busca de atención, por sus carencias de poder y de recursos.³¹

³¹ La causal salud como argumento para la despenalización del aborto. Presentado en el Seminario La despenalización

Con la diseminación de los métodos de aspiración endouterina las complicaciones más graves se han reducido drásticamente aunque no han desaparecido. Evidentemente las complicaciones son menores cuando se comienza a conocer el uso de medicamentos para favorecer la dilatación del cuello uterino y el desprendimiento y expulsión del huevo fecundado.

Sin embargo, mientras el uso de estos medicamentos quede librado a las propias posibilidades de las mujeres, es de esperar que nuevas complicaciones se reporten, especialmente ligadas a las sobredosis, las hemorragias abruptas, las reacciones adversas o a los efectos secundarios severos.

Sea cualquiera el método que usen para abortar, en caso en que se presente una complicación grave, las mujeres pobres no tienen acceso a tratamientos oportunos y adecuados justamente por su falta de recursos; muchas veces ellas han tenido que recurrir a métodos de alto riesgo, pero de bajo costo y saben que -si acuden a un servicio público- las posibilidades de ser denunciadas son elevadas.

Encuesta sobre el aborto en el año 2012

En Nicaragua se deberían revisar las actuales leyes sobre el aborto, así lo expresó el 76.3% de la población nicaragüense, de acuerdo a los resultados de la segunda encuesta nacional ¿Qué opina la población sobre el aborto? presentada por el Movimiento Autónomo de Mujeres y en el mes de marzo por la firma M&R Consultores.³²

Se valora que los resultados son muy positivos porque desideologiza el debate sobre el aborto, dado que más de la mitad de la población reconoce la problemática como una violación a derechos de las mujeres (54.3%) y va en disminución la opinión de ver este problema como un asunto religioso (38.2). La encuesta refleja que la población considera el aborto un problema grave en nuestro país (8 de cada 10), que afecta mayoritariamente a los pobres (5 de cada 10).

Se mantiene la tendencia de 6 de cada 10 personas que están de acuerdo que se permita el aborto por razones de peligro la vida de la mujer (64.1%) y aumenta 5 de cada 10 cuando hay malformaciones del feto (51.1%). El 78.1% de la población continúa afirmando que los medios de comunicación son la principal fuente de información que mejor ilustra o enseña sobre el tema del aborto, seguido de las organizaciones de mujeres con un 14.0%.

Aborto inseguro y muertes maternas: una fórmula trágica

Se trata, -además- de un problema que ocasiona gran cantidad de muertes de mujeres: Entre 66 mil y 75 mil mujeres mueren en el mundo anualmente a consecuencia de un aborto inseguro; de ellas, el 99,8% ocurre en los países subdesarrollados. En América Latina según diversas fuentes ocurren anualmente entre 2 y 5 mil muertes de mujeres embarazadas a consecuencia de las complicaciones del aborto inseguro.

La divergencia de la cifra habla por sí misma de las dificultades de contar con estadísticas confiables en la región. Los sistemas de salud no han demostrado interés por registrar y reportar el número preciso de mujeres que recurren al aborto ni las circunstancias, daños, costos y consecuencias del aborto en condiciones inseguras. La ilegalidad del aborto se argumenta como justificación de la falta de información; por el contrario, debería ser el principal motivo para buscar formas innovadoras para llegar a conocer la verdadera situación.

El aborto inseguro constituye un importante porcentaje de la Mortalidad Materna: a nivel mundial, la OMS reconoce que significa el 13% de las muertes maternas, en los países desarrollados llega al 4%, en tanto en América Latina y El Caribe el aborto inseguro constituye el 17% de las muertes, el 11% en Centroamérica. Sin embargo, en América del Sur en general el aborto inseguro ocasiona el 23% del total de muertes y en algunos países en particular llega al 32%.

del aborto, un asunto de justicia para las mujeres en El Salvador. Ana María Pizarro. *SI Mujer*, Nicaragua. Marzo 2011

32 Nota de Prensa Encuesta sobre el aborto. Nicaragua. Mayo, 2012.

Tasa estimada de aborto inseguro a lo largo de los años

Frecuentemente se considera que el aborto únicamente es “un problema de salud pública” por la magnitud de las repercusiones en el sistema de salud. Sin embargo, la principal denominación debería centrar la atención que el aborto en condiciones inseguras es un problema de salud “de las mujeres”, las que pagan con el deterioro de su salud o con sus vidas las arbitrariedades de un Estado que da la espalda a sus derechos. Centrar la atención en las mujeres permite concentrar la demanda en los DDHH, que son violentados por una legislación basada en la complacencia de los que ejercen el poder terrenal con los que ejercen el poder de facto, como el poder religioso.

En 1996, dos años después de la CIPD el gobierno de Nicaragua publicó en el documento Política Nacional de Población, estimaciones relativas al aborto; desde entonces nunca más se conocieron cifras oficiales. Sucesivos gobiernos publicaron datos que no responden a la clasificación internacional, por lo que las cifras de aborto se reducen, enmascaradas en múltiples otras causas de morbilidad y mortalidad maternas.

El gobierno Chamorro revelaba públicamente una dramática realidad, reconocía que en Nicaragua había “Entre 27 mil y 36 mil abortos inducidos por año y también que: La mayoría de los abortos ocurren entre mujeres sexualmente activas que no quieren quedar embarazadas pero no usan ningún método anticonceptivo, o usan métodos de baja eficacia. Mayoría de abortos entre mujeres de bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educativo y en el área rural”.³³

Un estudio realizado en 1993 por Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en el Municipio de León mostraba que el aborto ocurría con una razón de 1.1 eventos por cada 100 nacidos vivos.³⁴ En los años 1997,

2001 y 2005 la Universidad realizó encuestas para conocer la situación de la salud reproductiva en cuatro departamentos de la zona del Pacífico de Nicaragua: Chinandega, León, Managua y Rivas.³⁵ En total se entrevistaron 16,511 mujeres comprendidas entre los 15 y los 49 años de edad. En el año 2006 se calculó que nacieron vivos unos 141,200 niños. De acuerdo a los datos de dicha encuesta habrían ocurrido como mínimo unos 1,737 abortos inducidos.

Entre las 16,511 mujeres entrevistadas, en los doce meses previos a la encuesta habían nacido vivos 1,784 niños y ocurrieron 243 abortos, de los cuales 217 fueron reportados como espontáneos, 22 como provocados y en 4 casos las mujeres se negaron a reportar su naturaleza. En base a las cifras anteriores se obtiene una tasa de 1.3 abortos inducidos al año por cada mil mujeres en edad fértil y una razón de 1.23 abortos por cada 100 nacidos vivos.

En cuanto a las características de las 22 mujeres que tuvieron abortos provocados, se encontró que 18 eran mayores de 20 años y que de las 4 adolescentes que abortaron, 2 tenían menos de 18 años; 13 no habían pasado del sexto grado de primaria; 19 eran casadas o unidas. Entre adolescentes hubo una razón de 0.6 abortos por cien nacidos vivos, mientras que entre mujeres mayores de 20 años la cifra correspondiente era de 1.3 por cien. Mujeres de todos los niveles de escolaridad recurrieron al aborto.

En el Hospital Bertha Calderón en el año 2008 hubo 738 y en el 2009 hubo 1,042 ingresos clasificados como “aborto incompleto”; en el 2008 murió una mujer por intoxicación por fosfina directamente relacionada con el embarazo no planificado y al año siguiente 4 mujeres por aborto “infectado”. En total hubieron 36 muertes maternas según las estadísticas hospitalarias investigadas por la autora, -es necesario expresar que fue necesario clasificarlas según parámetros internacionales-; se encontraron 21 muertes maternas directas; entre ellas el 23.8% fueron por complicaciones del aborto inseguro,

Diciembre 1993

35 Aborto inducido en Nicaragua. Arnoldo Toruño T. Departamento de Salud Pública Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León.

33 Política Nacional de Población 1996, citada en Atención Humanizada del Aborto del Aborto Inseguro. Ana María Pizarro. RSMLAC/SI Mujer. Nicaragua, Julio 1998.

34 Peña R., Zelaya E., Liljestrand J., Dahlblom K. y Person. La Salud reproductiva e infantil en León. Departamento de Medicina Preventiva, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León y Departamento de Epidemiología y Salud Pública, Universidad de Umea, Suecia, Octubre-

siendo la segunda causa de muerte en dos años, el 80% tenía entre 15 y 19 años, lo que evidencia la gravedad del problema en las edades más tempranas.³⁶

Desde el año 2007 no se conocen datos oficiales a nivel nacional sobre el número y porcentaje del aborto en el total de la mortalidad materna.

Resulta insólito entonces que en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en el año 2007 el MINSA se desentienda del problema afirmando que “la magnitud del aborto inseguro no es conocida en nuestro país. Sin embargo, algunos estudios señalan que las mujeres que recurren a este procedimiento en su mayoría provienen de familias en pobreza extrema, son amas de casa, analfabetas, con más de dos hijos, la mitad de ellas desconocían la legislación y no utilizaban anticonceptivos”.

El aborto inseguro acrecienta la mortalidad materna

Ningún gobierno -ni antes ni después de la CIPD- puede argumentar que no conoce la situación del aborto inseguro en el país. En el mismo documento Política de Población el gobierno de Nicaragua reconocía que en 1996 ocurría la “Interrupción de entre 16 y 21% de los embarazos por año. Entre 190 y 260 abortos por cada 1.000 nacidas/os vivos. Más de 10.000 abortos complicados atendidos por año en los servicios de salud. 75 abortos complicados registrados por cada 1.000 nacimientos. Aborto inducido como una de las principales causas de muerte materna en 1990 y 1991, causando el 24% de las muertes maternas intra y extrahospitalarias”.

Investigaciones independientes de especialista dentro del propio sistema de salud revelaban cifras alarmantes, muy por encima de las reportadas a nivel oficial, tomando los expedientes de las mujeres ingresadas por aborto a las salas generales y a la Unidad de Cuidados Intensivos. Desde 1994 en el Hospital Bertha Calderón el aborto fue la segunda o tercera causa de mortalidad materna en general y la primera o segunda de mortalidad materna hospitalaria.

Entre 1993 – 1996 en el mismo hospital, el porcentaje de muertes por aborto y la tasa reportada de mortalidad

materna hospitalaria fue respectivamente: 19.23% (por aborto) sobre 267 TMM (Tasa de Mortalidad Materna 1993), 7.12% (por aborto) sobre 145 TMM (1994), 12.50% (por aborto) sobre 157 TMM (1995) y 20% (por aborto) sobre 263 TMM (1996).³⁷

Muchas de estas investigaciones obtenían premios al interior del Hospital, sin embargo, sus autoridades –aunque tomaban en cuenta las recomendaciones para mejorar la calidad de atención-, no consideraban que el problema debía plantearse ante las autoridades nacionales, o sus preocupaciones tampoco eran tomadas en cuenta al más alto nivel.

Ingresos en obstetricia y ginecología por complicaciones del aborto inseguro

La cifra promedio anual de morbilidad hospitalaria por aborto entre 1992-1996 fue de 16.49%. En la Política Nacional de Población de 1996 se estimaba que “el total de abortos podría ser entre tres y cuatro veces la suma de los abortos reportados. Es probable que los abortos inducidos fluctúen entre 27 mil y 36 mil por año”.

Antes y ahora las solicitudes de las mujeres son rechazadas, ellas encontraban y encuentran disponible el recurso del aborto en forma privada, aunque debido a su pobreza la oferta es siempre de mala calidad, y cuando regresan con graves complicaciones, el sistema de salud -que tiene obligación de atenderlas- ahora frecuentemente las denuncia ante las autoridades policiales.

No ha sido posible conocer cifras actualizadas de ingresos en obstetricia por abortos inseguros, dada la política oficial de completo secretismo respecto de las estadísticas de la salud pública.

Ingresos hospitalarios por aborto involuntario o espontáneo

Según estimaciones de la OPS en el año 48 mujeres cada día tienen un aborto espontáneo³⁸ el cual en un año asciende a 17,520 en total, aunque solo el 43.75% asisten

³⁶ Reporte Anual Hospital Bertha Calderón. MINSA. Nicaragua, 2009.

³⁷ Cairo +10, Nicaragua. Diagnóstico Nacional 1994-2002 RSMLAC *SI Mujer*.

³⁸ <http://impreso.elnuevodiario.com.ni/2007/02/09/nacionales>

a los hospitales en busca de atención médica obstétrica (7,375). Si se agregan a los abortos espontáneos los 870 embarazos ectópicos anuales, los 174 embarazos molares y los 174 embarazos complicados con cáncer, el sistema de salud debería brindar al menos 18,738 atenciones por aborto y estar preparado técnica y humanamente para hacerlo.

El registro de ingresos por abortos en el Hospital Bertha Calderón en Managua ascendió a 5,640 entre 1993 – 1996, se ingresan como aborto incompleto sin desagregar si son espontáneos. No se conoce oficialmente la estadística de mujeres con abortos atendidas en centros de salud con camas ni de hospitales de segundo y tercer nivel.

Calidad de la atención del aborto inseguro

Prevención del aborto inseguro

El Estado nicaragüense parece demostrar que si no hace referencia al aborto en sus documentos programáticos, este desaparecerá automáticamente.

En la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva publicada en el año 2006 y nuevamente en el 2008, no menciona ningún lineamiento para su prevención o atención, pero dice al menos: “por otra parte, las muertes por un aborto inseguro tienden a ser ocultadas por las familias.”.³⁹ Puede ser que las familias las oculten, pero las instituciones oficiales no deberían hacer lo mismo.

En la Política Nacional de Salud del año 2008 no se menciona la palabra aborto. Sin embargo, en el documento del Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud del año 2012, el MINSA reconoce que la mortalidad materna por aborto es el 3,01% del total, aunque no aplica la clasificación internacional, lo que no permite ninguna comparación estadística y repite lo que los gobiernos predecesores hacían, al enmascarar la cifra en 9 causas diferentes.

De esta manera el Estado nicaragüense ignora la prevención de los embarazos no planificados, la atención de la morbilidad secundaria al aborto realizado en condiciones inseguras y la mortalidad materna subsecuente.

El personal de salud no recibe cursos de capacitación específicos sobre la atención del aborto inseguro. En 1997, -cuando existía el aborto terapéutico-, una investigación a nivel nacional concluyó que “entre las/os funcionarios de niveles superiores existe gran desconocimiento de las Normas de Atención al Aborto ya que no se organizan capacitaciones a todos los niveles destinados a especialistas de ginecología y obstetricia”.⁴⁰

No existían campañas o acciones públicas para divulgar los causales de aborto no punible, la transmisión oral de conceptos erróneos prevalecía, también en el Ministerio de Salud y en la atención privada, donde era frecuente que médicos y médicas jóvenes sustenten que el aborto era ilegal en todas sus circunstancias, ignorando la legislación que estipulaba como no punible el aborto terapéutico.

Antes de la derogación del aborto terapéutico, no existía legislación que garantice que en los servicios públicos de salud haya personal sin objeción de conciencia que realice el aborto permitido; por lo que ante la solicitud de un aborto terapéutico las/los profesionales de la salud en los servicios públicos podían argumentar objeciones de tipo “ético”, desestimando la legislación sobre el aborto. Sin embargo, era conocido que esas objeciones se disipaban en sus consultorios privados, pues a cambio de altas sumas de dinero practicaban abortos sin ninguna objeción.

Tampoco existía una normatividad jurídica que obligue a los establecimientos de salud pública a brindar atención de calidad en caso del aborto permitido.⁴¹ El personal de salud no estaba explícitamente exento de la obligación jurídica de denunciar los casos de aborto, aunque según la legislación vigente, las personas tienen la obligación de denunciar la comisión de un delito, cualquiera que sea.⁴²

³⁹ Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2008. MINSA, Nicaragua, 2009.

⁴⁰ Atención Humanizada del Aborto del Aborto Inseguro. Ana María Pizarro. Nicaragua, 1998.

⁴¹ Normas de Atención del Aborto. MINSA. Nicaragua, 1989.

⁴² Arto. 2, Código Penal de Nicaragua.

En el año 2001, en el Protocolo específico del MINSA para la atención obstétrica se ignoraba la existencia del aborto terapéutico -que en ese momento estaba vigente en la legislación-, ni se establecían medidas para su atención.⁴³ En el 2006, inmediatamente después de la derogación del aborto terapéutico, se publicó un Protocolo para la atención de las complicaciones⁴⁴ que frecuentemente se suele nombrar argumentando que permite la atención de las complicaciones del aborto en el sistema público de salud. Si bien menciona que al presentarse un embarazo ectópico se debe tratar de manera inmediata y que su gravedad no amerita demoras, una norma del MINSA nunca estará por encima de la prohibición total del aborto en el Código Penal.

En los medios de comunicación en el año 2006, la Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia SONIGOB, se refirió al número de abortos realizados en las unidades de salud pública, señalando que un pequeño número de solicitudes habían sido aprobadas. En 2002 se realizaron seis abortos reportados por el Ministerio de Salud. Un estudio realizado por esta entidad titulado “El acceso del aborto terapéutico en Nicaragua”, reflejó que desde el último trimestre de 1990 hasta 2002, se solicitaron 115 abortos en el Hospital “Berta Calderón”, sólo 52 fueron aprobados, que correspondió al 42%, los que fueron aprobados por el Comité. De los casos aprobados, 25 fueron para salvarle la vida a la mujer, 8 por violación, 19 por malformación fetal y 62 solicitudes fueron negadas.⁴⁵

“Nosotros estamos en medio”, dijo el presidente de la SONIGOB, quien se quejó de que “una cosa es lo que se dice y otra la que se hace”, en una clara referencia a la dualidad gubernamental, que por un lado penaliza el aborto terapéutico y paralelamente lo legaliza a través de normativas internas del Ministerio de Salud, exponiendo a los médicos a ser tratados como delincuentes por practicar su profesión, su deber ético y cumplir con las orientaciones ministeriales.⁴⁶

43 Protocolo para la Atención Obstétrica y Pediátrica. Dirección de Atención Integral a la Mujer Niñez Adolescencia. MINSA. Nicaragua, 2001.

44 Normas y Protocolos para la Atención de las complicaciones obstétricas. MINSA. Nicaragua, 2006.

45 Cifras reales sobre aborto terapéutico. <http://www.impreso.elnuevo diario.com.ni/2006/10/05/nacionales>

46³² Doctor Efraín Toruño, Presidente de la Sociedad

Atención post aborto

A pesar que la atención después de un aborto no se puede negar en el sistema público, lo que no se logra obtener es información estadística sobre su atención, si cumple con los estándares internacionales de uso de métodos de aspiración uterina modernos, seguros y de bajo costo, así como el porcentaje de métodos anticonceptivos seguros ofrecidos después del aborto.

En las Normas de 1989 para la atención del aborto se establecía la aspiración endouterina preferencial, pero no se contemplaba asesoría en anticoncepción post aborto, ni asesoría multidisciplinaria. Por otra parte, tampoco se contemplaban sanciones para las/os funcionarios del servicio de salud por no cumplir las mismas.⁴⁷

Según un reporte del año 2003, el 3.95% (40) de las unidades de salud del país (1.011) disponía de servicios de atención post aborto, cubriendo 26 centros de salud con cama en el primer nivel, 20 hospitales generales en el segundo nivel y 1 hospital de referencia nacional en el tercer nivel. Dentro de esos servicios, el 82% de las mujeres portadoras de aborto eran atendidas por legrado uterino instrumental LUI, el 18% por AMEU.⁴⁸ Esto significaba que por cada AMEU había 4.55 legrados.

No ha sido posible conocer cifras actualizadas, dada la política oficial de completo secretismo respecto de las estadísticas de la salud pública.

Prohibición total del aborto aumenta las muertes maternas

Demoras en la toma de decisión y negación de tratamientos

El riesgo para las mujeres se encuentra incrementado dado que también quedó establecido en el Código Penal que durante los nueve meses que dure la gestación las médicas y médicos pueden ser acusados por causarle

Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia.

47 Normas de Atención al Aborto. MINSA. Nicaragua, 1989.

48 Un Diagnóstico nacional de la atención post aborto. PadillaK., MacNaughton, Gómez . IPAS Centroamérica. Nicaragua, 2003.

“daño físico o psicológico” al no nacido. De esta manera, pasan a ser parte de un exclusivo grupo de profesionales condenados a actuar bajo sospecha y pende una amenaza sobre sus cabezas ante cada consulta prenatal brindada.

Jazmina Bojorge: Violencia estatal = shock séptico no diagnosticado y demoras en la atención

Las demoras en tomar la decisión de interrumpir el embarazo quedan demostradas en el siguiente análisis de la muerte de una adolescente, ocurrida 15 días antes que se publicara la derogación del aborto terapéutico en la Gaceta Oficial; esto quiere decir que la ley no estaba vigente aun pero ya se aplicaba en los servicios públicos de salud:

- Se trata de una joven de 19 años Jazmina Bojorge Rodríguez de Carretera Cuajachillo, con segundo embarazo y 19 semanas de gestación que ingresó el 31 de octubre con contracciones uterinas dolorosas a las 5 de la tarde. A las 11 de la mañana del 1 de noviembre fue enviada al Hospital Roberto Calderón porque el Vélez Páiz no contaba con ultrasonido en buen estado, este examen reveló que el feto estaba vivo, a pesar de la gravedad decidieron tratarla como “amenaza de aborto” y se ingresó a la sala de Alto Riesgo Obstétrico, las contracciones continuaron hasta que ya no se escuchaba foco fetal y se determinó la muerte del feto.⁴⁹
- Decidieron que expulse el feto espontáneamente por vía vaginal. En la madrugada del 2 de noviembre, Jazmina presentó signos de shock (presión baja, ansiedad, palidez generalizada y piel cianótica), las notas de enfermería revelan “paciente con síntomas de hipocondría” o sea que no creen en sus signos y síntomas, pues consideran que eran inventados por ella misma. Pero fue llevada a la sala de operaciones 8 horas después, a las 8am del 2 de noviembre; la cirugía reveló que la placenta estaba desprendida y el útero estaba infiltrado de sangre; le

extrajeron el útero mientras hacía paros cardiacos y permanecía en shock, la trasladaron en coma a la UCI del Hospital Bertha Calderón donde falleció una hora después con diagnóstico de coagulación intravascular diseminada.

Los signos de septicemia estuvieron presentes desde su ingreso, pero decidieron darle “tratamiento conservador” porque el feto “tenía latido” y luego que este falleció la dejaron “evolucionar naturalmente”. ¿Salvar la vida de una joven madre y enfrentar una pena de hasta 8 años de cárcel?, fue la pregunta que pudieron haberse hecho los médicos del Hospital “Fernando Vélez Páiz, quienes ante el temor de ser perseguidos y condenados como delincuentes se demoraron demasiado en interrumpir el embarazo que hubiera evitado la muerte de Jazmina.⁵⁰

Yasmina Bojorge ingresó a una Unidad del Ministerio de Salud el 31 de octubre del 2007, cinco días después que la Asamblea Nacional de Nicaragua derogó el artículo 165 del Código Penal, que permitía el aborto por razones terapéuticas.

Los medios de comunicación nacional informaron ampliamente sobre esta decisión. Aunque al ingreso de la paciente al HFVP la resolución de la Asamblea Nacional no estaba vigente -pues no había sido publicada en la Gaceta Diario Oficial-, el personal médico que atendió a Yasmina Bojorge pudo haber estado fuertemente influenciado por la noticia que a partir de ese día toda forma de aborto era considerada un delito, lo que impidió que tomaran una decisión inmediata y adecuada, que hubiera permitido evitar esta muerte materna.

Amalia: Violencia estatal = negativa de tratamiento y demoras en la atención

En el año 2010 el Centro Nicaragüense de Derechos Humanos CENIDH, conoció el caso de “Amalia”, una joven embarazada de 27 años a quien el Estado nicaragüense negó el tratamiento para cáncer avanzado y la obligó a continuar su embarazo.

- En febrero del 2010 el CENIDH, el Grupo Estratégico por la Despenalización del Aborto Terapéutico y otras organizaciones, solicitaron a la CIDH la adopción de medidas cautelares para proteger la vida e integridad física y psicológica de Amalia, en virtud de la negativa

⁴⁹ Audiencia Mortalidad Materna en Nicaragua. Ana María Pizarro. Comisión Interamericana de Derechos Humanos Organización de Estados Americanos, 6 de noviembre 2009.

⁵⁰ Análisis de la muerte de Jazmina Bojorge solicitado por la Fiscalía y redactado por Ana María Pizarro.

del Estado nicaragüense de brindarle el tratamiento médico requerido utilizando como fundamento la penalización absoluta del aborto.

- El 26 de febrero del mismo año las medidas cautelares fueron otorgadas y la CIDH ordenó al Estado de Nicaragua adoptar las medidas necesarias para asegurar que Amalia tuviera acceso al tratamiento médico que necesitaba para tratar su enfermedad. Luego de la solicitud de la Comisión, el Estado nicaragüense aplicó el tratamiento de quimioterapia. En el informe brindado a la CIDH en marzo del 2011 el Estado señaló que el tratamiento se aplicaría sin la interrupción del embarazo.
- Con posterioridad a plena penalización absoluta del aborto, varias personas naturales y numerosas organizaciones de mujeres han recurrido en dos oportunidades ante la Corte Suprema de Justicia de Nicaragua para que se pronuncie sobre la inconstitucionalidad de los artículos 143, 144, 148 y 149 del Código Penal, referidos a la prohibición total del aborto, con fundamento en el orden constitucional vigente y los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por el Estado de Nicaragua.

Al mes de diciembre del año 2012 la Corte Suprema de Justicia no se ha pronunciado sobre la inconstitucionalidad alegada, violando las normas nacionales sobre plazos razonables establecidos en el procedimiento constitucional y las obligaciones internacionales derivadas de la Convención Americana de Derechos Humanos. La prohibición total del aborto en Nicaragua representa un claro ejemplo de las implicaciones discriminatorias en la población femenina y produce efectos adversos sobre la vida y la salud de las mujeres.

- En agosto del 2010, se informó a la CIDH sobre las labores de parto de Amalia y que el embrión fue expulsado muerto el día 23 de julio del mismo año, con malformaciones incompatibles con la vida. Amalia falleció el 18 de diciembre del 2011 producto del cáncer con metástasis avanzado, lo cual se procedió a informar a la CIDH.

El Enlace Nacional de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe denunció las manifestaciones de violencia de Estado de la que fue

víctima Amalia al no aplicarle el tratamiento inmediato poniendo en riesgo su vida y al no explicarle los riesgos de su embarazo, sufriendo casi nueve meses de tortura psicológica a causa de las maniobras políticas del Estado.

“Suicidios”, mujeres jóvenes y embarazos no planificados

Desde la derogación del aborto terapéutico, entre los años 2006 al 2008, 25 mujeres murieron por una causa directamente relacionada con el aborto como es el embarazo no planificado o no deseado. Algunas tomaron en sus manos pastillas de curar frijol y se intoxicaron con los tóxicos químicos utilizados en país como pesticidas, otras usaron sustancias “desconocidas”;⁵¹ el 80% tenía menos de 24 años, el 70% eran adolescentes y jóvenes, todas estaban embarazadas, con menos con 20 semanas de gestación, sin poder tomar el control de sus vidas y de sus decisiones debido al cierre de todas las posibilidades.⁵²

Según los reportes oficiales se “suicidaron” sin que nadie haya podido brindar una explicación del porqué. Ninguna de esas muertes aparece registrada en las estadísticas oficiales en la Tasa de Mortalidad Materna, a pesar que todas estaban embarazadas, dado que el Estado considera que son muertes “no relacionadas” al embarazo.⁵³

- Algunas de las mujeres muertas por intoxicación con venenos químicos -órgano fosforados-, mal denominados “suicidios”: Marlene de 36 años por Intoxicación por fosfina, Hellen de 26 años por intoxicación por fosfina, Yessica de 17 años por intoxicación por fosfina, Elizabeth de 24 años por intoxicación por fosfuro de aluminio, Ana Luisa de 17 años por Intoxicación por cipermetrina, Conny de 20

51 La Dirección de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna del MINSa reportó que 9 mujeres murieron por intoxicaciones en el año 2007 y 7 en el año 2008, todas estando embarazadas.

52 Esta información fue registrada por el MINSa en el cuadro estadístico anual de Mortalidad Materna del Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Luego de las primeras denuncias nunca más fue posible tener acceso a esos cuadros para investigaciones independientes.

53 Mortalidad Materna en Nicaragua, Crónica de una epidemia silenciada. Ana María Pizarro, *SI Mujer*. Mayo 2010.

años por intoxicación por fosfina, Mercedes de 20 años por intoxicación por gramoxone, Yury de 19 años por intoxicación por cloroquina, Sandra de 18 años por intoxicación por sustancia desconocida y Ericka de 20 años que se suicidó por ahorcamiento. De ocho mujeres más que usaron pesticidas organofosforados no se conocen los nombres, así como tampoco de una que se ahorcó y de otra que usó sustancias desconocidas.

En Nicaragua la situación de las muertes relacionadas directamente al embarazo no planificado son conocidas y reportadas por el MINSA desde hace largo tiempo. En el año 2004, 19 mujeres murieron por causas no obstétricas, de las cuales 14 fueron suicidios por embarazos no deseados, siendo en el 70% de los casos adolescentes; la mayoría por violación.⁵⁴ Según el MINSA también en los primeros cinco meses del 2005 se registraron 6 muertes por suicidios, dos por pesticidas Fosfinas, y 4 por ingesta de Cloroquina.⁵⁵

En todas las investigaciones realizadas en Nicaragua desde los años '80 a la actualidad, el perfil de las mujeres que mueren a consecuencia de complicaciones del aborto inseguro revela que: son jóvenes con bajo nivel de instrucción, de procedencia urbano marginal o rural y pobres o extremadamente pobres.

Por otra parte, una de las formas más evidentes de embarazo forzado es el que ocurre como resultado de una violación, muchas de las muertes maternas están relacionadas a la violencia sexual independiente de la edad; de esa manera los embarazos en niñas y adolescentes incrementan las muertes, en tanto el MINSA reporta que de las 6 adolescentes muertas en las 19 primeras semanas del 2009 ninguna usaba métodos anticonceptivos, obviamente agravando las circunstancias en que quedaron embarazadas. Así, la marginación social y la pobreza de las mujeres prevalecen entre todos los factores de riesgos sociales y reproductivos:

54 Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Informe sobre Mortalidad Materna. Ana María Pizarro, *SI Mujer*. Nicaragua, 2005.

55 Análisis Comparativo de Mortalidad Materna hasta la Semana Epidemiológica 22, Años 2004 – 2005.

Violación de DDHH como consecuencias de la penalización total del aborto

Desde la derogación del aborto terapéutico han ocurrido graves violaciones a los derechos humanos de las mujeres que acuden a los servicios públicos en busca de atender sus complicaciones:

El domingo 16 de agosto del 2009, una joven obrera del tabaco de 25 años acudió al Centro de Salud de Condega, Municipio de Estelí. Según el testimonio de la madre de la joven:⁵⁶

...” la doctora me dijo le voy a hacer un legrado y vaya a traerle la ropa, vaya a traerle todo porque se la voy a dar, porque ya con el legrado ya se puede ir a la casa; me dice no se preocupe que esto no va a pasar a más, el nombre de ella no va a salir en ninguna cosa, entonces yo me vine y la dejé sola y ella se quedó sola con mi hija, fue cuando le preguntaron todo, entonces la encontré llorando allí y bien nerviosa”.

En tanto la joven refiere:

- ...”la doctora llamó a la Directora, sólo me dijeron que me cubriera la cara y ellas comenzaron a tomarme fotos mientras me hacían el legrado. Durante todo el tiempo que me estuvieron haciendo ese legrado ellas va de tomarme fotos así desnuda y grabándome. Cuando llegó el Policía también me tomó fotos; la Doctora le enseñó esas fotos que me habían tomado con un celular que fueron a prestar”.

Mientras, la Doctora insistía ante la madre de la joven que dice:

- “ que por ningún motivo llamara a un abogado porque a mí no me iban a hacer nada, que no necesitaba de abogada ni nada, por eso mi mamá no hizo nada.... Yo estaba nerviosa no hallaba qué

56 Audiencia Mortalidad Materna en Nicaragua. Ana María Pizarro. Comisión Interamericana de Derechos Humanos Organización de Estados Americanos, 6 de noviembre 2009.

decir, me presionaron, me obligaron a hablar, ellos me presionaron, ellos estaban allí todos contra mí, mi mamá no estaba, yo estaba solita”. ... yo supongo que tenía que tener un abogado a la par y a mí no me lo permitieron; ella dijo que por ningún motivo llevara un abogado, la doctora y la Directora así dijeron, que no me iban a hacer nada por el simple hecho de que yo había reconocido y dicho todo”.

- “El policía me dijo que ese caso era delicadísimo, delicadísimo y que la única forma que yo no saliera tan perjudicada en eso era que yo dijera absolutamente todo. Empezó a grabar y tomar fotos”....

Cuando actuó la Comisaría de la Mujer y la Niñez lo hizo ignorando su mandato:

-“Yo todavía estaba con suero, cuando llegó una policía bajita, me dijo que tenía que decir absolutamente todo, que no escondiera nada, porque si no iba a recaerme todo sobre mí; otro día llegaron tres policías mujeres, ninguna de ellas me dijo que tenía derecho a abogado, por eso mi mamá no buscó abogado”.

El temor a la denuncia, al maltrato del personal de salud y la discriminación ante las otras usuarias, hace que las mujeres no acudan a tiempo cuando se instalan las complicaciones. Los daños psicológicos que usualmente esgrimen los grupos denominado “pro vida” para oponerse al aborto son en realidad consecuencias de la ilegalidad que fomenta la clandestinidad, el maltrato y las vicisitudes que las mujeres pasan para conseguir el dinero y pagar un aborto. El temor por las complicaciones, la incertidumbre del tratamiento que les será aplicado, la responsabilidad por haber dejado “descuidados” a otros hijos e hijas o la posibilidad de perder su trabajo, complementan un cuadro dramático y doloroso frente al cual las autoridades terrenales y celestiales nunca se compadecen, al menos.⁵⁷

⁵⁷ La causal salud como argumento para la despenalización del aborto. Presentado en el Seminario La despenalización del aborto, un asunto de justicia para las mujeres en El Salvador. Ana María Pizarro. *SI Mujer*, Nicaragua. Marzo 2011.

El aborto inseguro en las Regiones Autónomas del Caribe

La eliminación del aborto terapéutico repercutió en las Regiones Autónomas de la misma forma que en el Pacífico. En general es difícil para las mujeres posicionarse sobre el tema, cuando existe toda una estructura de poder social que las presiona y las inhibe. En la región atlántica generalmente no se habla del aborto, algunas dirigentes lo consideran un tema tabú al cual no se le brinda mayor atención.⁵⁸

Sin embargo, mujeres líderes de sus comunidades han planteado públicamente su preocupación por los daños del aborto en malas condiciones; también médicas y personal del MINSA han expresado las circunstancias en que les toca atender sus complicaciones; también se conoce de pastores evangélicos, católicos y protestantes que desde el pulpito condenan enérgicamente los grupos que protestan contra la penalización del aborto en el país.

En los encuentros convocados por *SI Mujer*, las líderes mencionaron que la derogación del aborto terapéutico es un retroceso para la vida de las mujeres y aunque el personal de salud afirma que no denuncia a las que llegan con complicaciones del aborto. Sin embargo, en el documento “Denuncias por el delito de aborto ante la Policía Nacional y las Comisarías de la Mujer y la Niñez entre los años 2008 al 2010”⁵⁹, se reveló que existen dos denuncias a mujeres en la RAAN, una por aborto y otra por aborto sin consentimiento en el año 2008. En tanto en la RAAS otras dos mujeres fueron denunciadas, una por aborto y otra por lesiones imprudentes en el que está por nacer, según la tipificación del Código Penal aprobado en el 2008. O sea que la nueva legislación se está aplicando silenciosamente a las mujeres desde el mismo momento de su aprobación.

En Puerto Cabezas en noviembre 2011 las líderes comentaron que “a las mujeres se les niega la atención,

⁵⁸ Informe de la Costa Caribe RAAN RAAS 2009 - 2012. *SI Mujer*. Nicaragua, 2012.

⁵⁹ II Encuentro por la Salud y la Vida de las Mujeres. Ana María Pizarro, *SI Mujer*. Nicaragua Mayo 2011.

existe temor por parte del personal de salud si atiende mujeres con complicaciones, la mayoría de las veces no interviene, se siente amenazado. Las líderes se preguntan ¿qué pasa si los médicos/as que estudian por 8 años y no hacen nada por las mujeres?, eso está en contra de la ética”. Refirieron que una joven llegó con un aborto incompleto al Policlínico, desde donde fue remitida a la Policía, porque “no les consta que el aborto no sea provocado”, “la joven fue tratada como una criminal”, señalaron.

La situación de médicas y médicos, especialistas y enfermeras del MINSA es complicada, dado que deben reportar todas las mujeres ingresadas por aborto a Managua y esperar autorización para proceder en cada caso, por ejemplo, un especialista en ginecología y obstetricia de la RAAN manifestó en el 2011 en un evento público que en el Hospital se hacen abortos “como siempre” pero no se reportan, porque que cada vez que hay complicaciones graves de embarazos se ven obligados a pedir autorización a Managua para proceder, se envía un fax y se deben esperar 2 ó 3 días para poder aplicar la decisión que se toma en Managua, “¿dónde ha quedado la autonomía de la Costa Caribe?”, se preguntaba.

Otros prefieren que las mujeres se mueran antes de arriesgarse ellos de ir a la cárcel. Mujeres líderes expresaron que el mayor número de muertes maternas ocurre a nivel rural en las comunidades, hubo 3 muertes recientes en El Tortuguero, de las cuales 2 fueron por aborto inseguro y una post parto. “Al hospital han llegado casos de mujeres con aborto en curso y con restos de Misoprostol, por lo que MINSA ha empezado a exigir la venta del medicamento solamente refrendado por la Dirección del Hospital, con lo cual se viola el libre ejercicio de la profesión médica”.

En ambas regiones no existe información pública disponible en relación al aborto inseguro. En el MINSA, durante el desarrollo de un estudio independiente, en la RAAN se negaron compartir toda información sobre la atención del aborto inseguro. El personal del MINSA no conoce la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva publicada en el año 2008, ni el Manual de Emergencias Obstétricas del 2006, que si bien no prevalece por

encima del Código Penal, permite conocer medidas para atender las emergencias obstétricas.

No existen estadísticas sobre atención del aborto inseguro ni de muertes maternas por aborto, a pesar que han sido reportadas en los últimos años. En ambas regiones se negaron a proporcionar información sobre el tema en todas las instituciones consultadas.

Acceso a la información pública sobre el aborto

Si bien el MINSA cuenta con un Sistema de Vigilancia Epidemiológica que se puede ver en su portal de Internet, la información se encuentra completamente desactualizada, por lo que no es oportuna. En la información sobre las muertes maternas por aborto se procura minimizar su magnitud mediante múltiples denominaciones fuera de la clasificación internacional, lo que no permite conocer las verdaderas causas.

No existe información publicada sobre mortalidad materna por complicaciones de aborto que esté desagregada por grupos de edad. No existe un reporte oficial que señale la proporción de abortos atendidos en instituciones de salud en relación al total estimado de abortos que se practican en el país en el mismo período. Mientras existía el aborto terapéutico, no se conocía oficialmente una estadística de hospitales de segundo y tercer nivel que lo realizaban.

La Comisiones Intersectoriales han sido cerradas a partir del 2007, no hay posibilidad de unificar y analizar conjuntamente la información disponible, a pesar que desde el año 2007, la Ley de acceso a la información pública establece el derecho que tiene toda persona para acceder a la información existente en poder de las entidades y que las mismas deben facilitarla a las personas que así lo demanden. La información no es accesible, ni es analizada desde las variables de género, y en el caso de la mortalidad materna en general o la mortalidad materna por aborto, la clasificación no corresponde a la norma internacional.⁶⁰

⁶⁰ Ley No. 621 Ley de acceso a la información pública. Nicaragua, 2007.

En mayo del 2007 en un análisis independiente -solicitado por la Ministra de Salud a una comisión especial para procurar la reducción de la mortalidad materna-, se recomendaba estudiar y corregir las estadísticas del MINSA dado que se confundían las Causas Básicas con signos o síntomas, lo que no permitía conocer

las verdaderas causas de ingreso o defunciones; en relación al aborto señalaba que “se anota como Causa Básica de Muerte Materna la “Amenaza de aborto” y el “Aborto incompleto”, sin tomar en cuenta que ninguno de estos dos diagnósticos son causa de muerte materna o suficiente sustento de las mismas”.⁶¹

⁶¹ Reporte preliminar para la Comisión Sistemas de Información y Análisis de la Mortalidad Materna. MINSA – Sociedad Civil. Ana María Pizarro. Nicaragua, 2007.

Cairo + 20 - NICARAGUA Diagnóstico Nacional. 1994 - 2012

*Prevención y atención de las
ITS, el VIH y el Sida*

Servicios Integrales para la Mujer - SI Mujer

Prevención y atención de las ITS, el VIH y el Sida

	Página
Marco Jurídico nacional sobre el VIH y el Sida	173
Iniciativa de ley que viola los DDHH	174
Cantidad estimada de personas viviendo con VIH	175
VIH según vía de transmisión	176
Atención y tratamiento en el sistema de salud y el seguro social	176
Calidad de atención cuestionada por las personas viviendo con el VIH	177
Disponibilidad de antirretrovirales.....	178
Prevalencia de ITS.....	178
Las mujeres y el VIH sida en Nicaragua.....	179
Cambio de estrategias sin sustento epidemiológico conocido	179
Mujeres positiva sin respeto por sus derechos sexuales y reproductivos.....	180
Feminización de la epidemia. Razón de hombres/mujeres VIH+	180
Embarazadas viviendo con VIH	180
Mujeres que reciben tratamiento antiviral. Prevención de la transmisión vertical	182
Trabajadoras sexuales y el VIH	183
ONUSIDA, adolescencia y juventud	183
Las mujeres adolescentes y el VIH. Franca feminización pero no reconocida.....	184
El VIH y Sida en las Regiones Autónomas del Caribe	186
El VIH y el Sida en la RAAS	187
El VIH y el Sida en la RAAN	187
Creencias y prácticas culturales ante el VIH.....	187

Observamos con profunda preocupación que, pese al progreso sustancial logrado a lo largo de los tres decenios transcurridos desde que se tuvo noticia por primera vez del SIDA, la epidemia del VIH sigue siendo una catástrofe humana sin precedentes que produce un sufrimiento inmenso a los países, las comunidades y las familias de todo el mundo, que más de 30 millones de personas han muerto de Sida y se estima que otros 33 millones de personas viven con el VIH, que más de 16 millones de niños han quedado huérfanos a causa del Sida, que cada día se producen más de 7.000 infecciones nuevas por VIH, la mayor parte de personas de países de ingresos bajos y medianos, y que se cree que menos de la mitad de las personas que viven con el VIH son conscientes de su infección;

Declaración Política ONUSIDA, junio 2011

Marco Jurídico nacional sobre el VIH y el Sida

Luego de persistentes esfuerzos de las organizaciones de la Comisión Nacional de Lucha contra el Sida, en 1996 fue aprobada la Ley de Promoción, Protección y Defensa de los DDHH ante el Sida Ley 238. En 1999 fue aprobado su Reglamento.

La ley 238 reconoce y enfatiza los derechos humanos de las personas portadoras del VIH y los de su familia, garantiza la voluntariedad de las pruebas diagnósticas, la confidencialidad de los resultados, prohíbe la exigencia de la prueba diagnóstica como condición para iniciar o mantener una relación laboral y obliga a los servicios de salud a brindar atención integral a las personas VIH positivas o con Sida. No obliga a los establecimientos públicos de salud de segundo y tercer nivel a realizar gratuitamente las pruebas Elisa y Western Blot, pero siempre han sido gratuitas.¹

¹ Arto. 3, 4, 5 y 6. Capítulo II, de los Derechos y Arto. 24, Capítulo IV. De las personas que viven con VIH/Sida.

A pesar que su objetivo principal es la promoción y protección de los DDHH de las personas viviendo con Sida, no les garantiza la no discriminación en la atención en términos de orientación sexual, vías de transmisión, nacionalidad, edad o actividad sexual, por lo que la reforma de la Ley es un imperativo. Sin embargo, han pasado más de cinco años desde que se comenzó a consultar una propuesta de reformas y adiciones a la legislación actual que no ha prosperado en la Asamblea Nacional.

En Nicaragua, a pesar que desde 1998 el Código de la Niñez y la Adolescencia² establece que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a recibir educación sexual y que el Estado debe garantizar programas de educación sexual a través de la escuela y la comunidad educativa,³ la legislación nunca ha llegado a aplicarse, sus consecuencias son evidentes ante la pandemia del Sida, donde la población adolescente y juvenil del país exhibe las peores estadísticas.

Desde el año 2001, la Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud Ley 392, establece “la educación sana y responsable que promueva el respeto de los derechos sexuales y reproductivos...” así como la prevención de enfermedades de transmisión sexual, para lo cual el Estado debe brindar información a las y los jóvenes “sobre salud sexual y reproductiva en particular... las ETS y el VIH/Sida”.⁴ A pesar de la claridad con que

² Ley 287. Nicaragua, 1998.

³ Ley 287, Arto. 44. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a recibir una educación, sexual integral, objetiva, orientadora, científica, gradual y formativa, que desarrolle su autoestima y el respeto a su propio cuerpo y a la sexualidad responsable, el Estado garantizará programas de educación sexual a través de la escuela y la comunidad educativa.

⁴ Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud, Arto. 16, inciso 7. Contribuir a una educación sana y responsable que promueva el respeto de los derechos sexuales y reproductivos; la paternidad y maternidad responsables y sin riesgo, así como la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Arto. 18, inciso 1. Las instituciones de salud deben de asegurar a las y los jóvenes servicios apropiados para disminuir los índices de jóvenes con enfermedades inmuno prevenibles, de transmisión sexual y mortalidad materna por embarazos precoces; para ello es necesario: Brindar información a las y los

se establecen los derechos en materia de educación de salud, la Ley continúa siendo desconocida en la mayor parte de las instancias oficiales que la deben aplicar.

La participación de la sociedad civil en coordinación con las acciones de gobierno quedaron establecidas en la Ley 238 mediante la creación de la Comisión Nicaragüense del Sida CONISIDA, que incluye la representación de nueve instituciones estatales y de tres organizaciones de la sociedad civil. Sin embargo desde el año 2010 ha dejado de convocar a representantes de la Comisión Nacional de Lucha contra el Sida desde la Sociedad Civil y de cualquier organización que no acuerde estrictamente con las decisiones gubernamentales.

Al respecto, es frecuente leer en reportes oficiales nacionales enviados a instancias internacionales que “la CONISIDA Nacional ha impulsado la conformación de 71 CONISIDAS departamentales que están elaborando planes departamentales con participación de actores locales claves de la respuesta”. También afirman que “en el caso de las Regiones del Caribe nicaragüense se crearon CORLUSIDA y CORESIDA las que funcionan sobre la base de la Ley de Autonomía.....”.⁵

En la realidad dichas comisiones están creadas, pero no se conoce que se encuentren funcionando activamente en todo el país y mucho menos con participación de la sociedad civil. Por ejemplo, en un informe de inicios del año 2012 donde se entrevistaron personas líderes de ambas regiones autónomas, se reporta que “las comisiones regionales de lucha contra el Sida no son funcionales. En la RAAN al preguntar por la CORLUSIDA las personas entrevistadas ni siquiera saben lo que es, o lo que hace. En la RAAS la CORLUSIDA en años anteriores hacía actividades puntuales en coordinación con otras instancias en la región, pero en los últimos tres años no hacen nada”, perciben.⁶

De esta manera, la legislación nacional -que es

jóvenes sobre salud sexual y reproductiva, en particular el embarazo de las adolescentes, los embarazos no deseados, el aborto en condiciones de riesgo, las ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) y el VIH/Sida. Nicaragua, 2001.

5 Comisión Nicaragüense del Sida. Informe Nacional de Avances en la Lucha Contra el Sida. Nicaragua, 2012.

6 Informe de la Costa Caribe nicaragüense RAAN- RAAS, Atenea: el monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres, 2009-2012. *SI Mujer*. Nicaragua, 2012.

suficiente para lograr la prevención de la transmisión del VIH mediante la educación sexual y la respuesta nacional a la pandemia con la acción concertada del Estado y de la sociedad civil-, queda completamente postergada. La realidad demuestra que no se cumple la ley, no hay acciones concretas para que las personas que sienten violados sus derechos humanos tengan una institución donde presentar sus reclamos y que sean tomados en cuenta. Tampoco es real la participación de las organizaciones independientes del gobierno en instancias de decisión, aunque desde hace más de dos décadas contribuyen activamente en la prevención y atención de las personas afectadas por la epidemia.

Iniciativa de ley que viola los DDHH

A pesar que las organizaciones de sociedad civil trabajaron durante más de 3 años para consensuar la propuesta de reformas a la Ley 238 actualmente vigente, los cambios hechos por la Asamblea Nacional a la propuesta han derivado en denuncias de violación de los DDHH de las personas viviendo con el VIH, dado que pretenden la criminalización del VIH.

El Arto. 27.2 de dicha propuesta de ley dice “Es deber de toda persona con diagnóstico confirmado de VIH o Sida informar de su condición a su cónyuge, compañera o compañero en unión de hecho estable o casual. La omisión a lo establecido en el presente artículo será considerado transmisión provocada”.

Arto 156 del Código Penal vigente considera un delito la transmisión provocada “Quien a sabiendas de que padece una enfermedad de transmisión sexual o cualquier otra enfermedad infecciosa grave, ejecutare sobre otra persona actos que importen peligro de transmisión o contagio de tal enfermedad, poniendo con ello en peligro su salud, integridad física o su vida, será sancionado con pena de prisión de seis meses a tres años. Si el contagio ocurre, la pena será de entre uno a cuatro años de prisión. Si el contagio produce la muerte, se aplicará el tipo penal que corresponde.

Además en el tercer párrafo de ese artículo se dice que “serán procesadas y sancionadas de acuerdo con lo establecido en la legislación penal vigente, las personas que de manera dolosa o culposa practiquen una sexualidad sin ajustarse a lo establecido en este

artículo". Lo insólito de esta propuesta legislativa es que incursiona en las prácticas sexuales privadas y parece pretender establecer una norma nacional -muy por encima de sus atribuciones-, pero que a la vez no actúan con la misma minuciosidad ante los delitos sexuales que arrasan con la niñez, adolescencia y las mujeres.

Por su parte, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida ONUSIDA indica que solamente se puede penalizar la transmisión provocada cuando hay acción dolosa e intención comprobada, pero no cuando es culposa o sin intención, como la transmisión vertical de la mujer embarazada al feto.

Sin embargo, el 28 de noviembre 2012 la Ley Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y Sida fue aprobada en lo general ratificándose cada uno de sus capítulos. Las organizaciones de la sociedad civil que elaboraron mociones que enviaron a la Asamblea Nacional reclamaron que las mismas no fueron incorporadas. Entre los planteamientos estaba eliminar la figura del contagio provocado, porque ya está consignado en el Código Penal "y resulta estigmatizante incluirlo en una ley específica".⁷

El 1 de diciembre 2012, el Secretario General del MINSa declaró que "había algunas discrepancias con algunos artículos, pero ya fueron superados y derogados de la normativa", agregando que se hizo una consulta "con más de 125 organizaciones con participación de 600 personas en la discusión".⁸ *SI Mujer* una organización pionera en la prevención, atención y promoción de los DDHH de las personas viviendo con Sida, nunca fue convocada a esas consultas, de las que tomó conocimiento por las declaraciones del funcionario, cuando la ley ya estaba aprobada, evidenciando una vez más la política de exclusión del MINSa.

Cantidad estimada de personas viviendo con VIH

Progresivamente los reportes oficiales de la pandemia van deteriorándose en su calidad, se omite información sustantiva que permitiría conocer la progresión en el país, los reportes debieran ser secuenciales para poder ser comparados, las cifras no logran coincidir ya que suben o bajan sin razón que lo justifique y aparecen y desaparecen variables que deberían seguirse minuciosamente para conocer su evolución. ONUSIDA estimaba que en el año 2006 en Nicaragua vivían entre 3.900 y 18.000 personas con el VIH.⁹ Desde que se notificó la primera persona positiva en 1987, hasta junio del año 2012 según fuentes oficiales se registraron 7,356 personas afectadas por el VIH de las cuales 5,665 viven con el VIH, 699 ya desarrollaron el Sida y 943 han fallecido. La tasa de mortalidad del Sida por grupos de edad y sexo no está determinada en el país. El 3% de los reportes no han sido clasificados por sexo, lo que asciende a 221 personas que viven con el VIH pero no sabe si son mujeres o varones.

A diciembre del año 2011 la incidencia fue de 19.88 y la tasa de prevalencia nacional era 100 por 100,000 habitantes, ocho de los 17 departamentos tienen una prevalencia considerada de "alto riesgo" por el MINSa, esto significa el 47% del total del país. El 35,2%, o sea seis departamentos son considerados de "mediano riesgo" y solo 3 son de "bajo riesgo". 3 departamentos se encuentran por encima de la tasa nacional: Chinandega, Managua y León. La prevalencia más baja del país se concentra en Río San Juan, Nueva Segovia y Matagalpa.¹⁰

Solo en el año 2011 se ha confirmado el diagnóstico de 1,171 personas nuevas afectadas por el VIH. Según condición, el 90 % (1,053) son positivas al VIH, 5.4 % (64) desarrollaron enfermedad avanzada y el 4.6 % (54) fallecieron, para una tasa de letalidad del 2.7 por cada 100 habitantes. Según sexo, el 38.05% eran mujeres y

7 Aprobaron Ley de VIH sin oír propuestas. La Prensa, 29 de noviembre 2012.

8 La Prensa, Nicaragua marchó contra el Sida. 1 de diciembre 2012.

9 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Informe sobre la epidemia mundial de Sida. Edición especial con motivo del 10º aniversario del ONUSIDA. Suiza, 2006.

10 Comisión Nicaragüense del Sida. Informe Nacional de Avances en la lucha contra el Sida. Nicaragua, 2012.

61.95% varones en el 2011 en los nuevos diagnósticos la relación hombre/mujer era 1.63.

A nivel nacional y sumando todos los diagnósticos desde 1987 según sexos, el 34.9% eran mujeres (2,491) y el 65% hombres (4,644); la relación hombre mujer era de 1.89 hombres por 1 mujer. Sin embargo, en los seis primeros meses del 2012 la relación hombre mujer se ha emparejado más aun, pues se reportan 263 hombres y 187 mujeres, con una relación de 1.40 hombres por cada mujer.

A esa altura del año, del 10% de las personas positivas no se conoce si son varones o mujeres, pues 42 de 492 están sin clasificar. La persistente cifra de registros incompletos donde no se sabe el sexo de la persona u otros datos relevantes no ha logrado superarse a pesar del avance de la tecnología y de los recursos humanos destinados al sistema estadístico nacional.

En el 2011, según el MINSA la prevalencia en HSH era de 7.5%, en trabajadoras sexuales de 3.2% y en embarazadas de 0.05%. La prevalencia en grupos de edad de 15 a 24 años de 0.114%, en hombres de 1.32% y en mujeres 0.1%, siendo la prevalencia del país menor al 1%, según el último reporte.

En relación a la edad se encontró que del total de personas VIH identificadas el 21.5 % (246) corresponden al grupo de 25 a 29 años seguido del grupo de 20 a 24 años 18% (207) y de 30 a 34 años con el 17.8 % (204) y con el 10.5 % (120) el grupo de 35 a 39 años. Es importante mencionar que el MINSA insiste en señalar únicamente que el 89 % (1,017) de las personas se concentran en el grupo de 15 a 49 años, pero desestima hacer énfasis y analizar la progresión entre los 10 a 19 años, donde la pandemia crece aceleradamente entre las mujeres..

VIH según vía de transmisión

La preocupación de ONUSIDA, expresada en la Declaración Política de junio 2011, no parece haber llegado a Nicaragua “Observamos que muchas de las estrategias nacionales de prevención del VIH se centran de manera inadecuada en grupos de población clasificados de mayor riesgo en base a las pruebas epidemiológicas, específicamente los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que

consumen drogas por vía intravenosa y los trabajadores del sexo, y observamos además, no obstante, que cada país debe definir los grupos de población específicos que son la clave de su epidemia y su respuesta, en base al contexto epidemiológico y nacional”.

A pesar que según el Informe Nacional de Avances del 2011, la principal vía de transmisión del VIH es sexual, -el 91% heterosexual, 3% bisexuales, 4% hombres que tienen sexo con hombres y 2 % por transmisión vertical-, el MINSA cambió la estrategia nacional para dar prioridad únicamente a los HSH, las poblaciones trans y las trabajadoras sexuales. Los datos oficiales reflejan que la epidemia en Nicaragua es persistente y predominantemente heterosexual y que existen poblaciones puentes que facilitan una activa transmisión por vía sexual principalmente.

Lamentablemente nunca se ha reportado en el país la proporción por sexo de personas positivas o con Sida según vía de transmisión.

En 2011 se realizaron 398,2097 pruebas de VIH a población en mayor de 15 a 49 años. El 72% a mujeres y 22% a hombres. En el año 2011 se distribuyeron aproximadamente 13 millones de condones donde el sector público aportó el 48%. La mayor parte de condones fue distribuida por organizaciones de la sociedad civil. A fines del 2012 la mayoría de organizaciones sociales carece de condones para distribuir en las comunidades, dado que solamente se logran conseguir en el mercado a costos imposibles de sostener, pues cada vez más organizaciones carecen de apoyo oficial o han sido retiradas arbitrariamente del apoyo que les brindaba el Fondo Mundial.

Atención y tratamiento en el sistema de salud y el seguro social

Respecto a la atención que se brinda a las personas viviendo con el VIH, ONUSIDA reconoce que “el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva ha sido y sigue siendo esencial en la respuesta al VIH y al Sida y que los gobiernos tienen la responsabilidad de velar por la salud

pública, prestando especial atención a las familias, las mujeres y los niños”.

La situación de Nicaragua en los servicios específicos para la atención del VIH y el Sida está descrita por ONUSIDA en sus recomendaciones, dado que señala la necesidad de hacer énfasis en “la importancia de fortalecer los sistemas de salud en particular la atención primaria, y la necesidad de integrar en ella la respuesta al VIH, y observa que la situación precaria de algunos sistemas de salud, ya plagados de problemas, como la falta de formación y retención de trabajadores sanitarios cualificados, es uno de los mayores obstáculos para acceder a servicios relacionados con el VIH y el Sida”.

En el año 2006, el MINSA reconocía que “la existencia de marcados subregistros en la información reportada sobre el comportamiento de las ITS en Nicaragua no permite realizar valoraciones bien fundamentadas sobre la magnitud y distribución del problema”.

Desde el año 2007 se eliminó el Programa Nacional de Lucha contra el Sida y la atención de las PVVS pasó a ser considerada un “componente transversal” de todos los demás programas, perdiendo su especificidad y dificultando la atención de las personas afectadas.

La Declaración Política de ONUSIDA en junio 2011 compromete a los países a “eliminar las desigualdades y el maltrato y la violencia por motivos de género, aumentar la capacidad de la mujer y la adolescente para protegerse del riesgo de infección por el VIH mediante.... el pleno acceso a una información y una educación amplias, asegurar que la mujer pueda ejercer su derecho a tener control sobre las cuestiones relacionadas con su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a tomar libre y responsablemente decisiones al respecto para aumentar su capacidad de protegerse de la infección por el VIH, sin coerción, discriminación ni violencia, y adoptar todas las medidas necesarias para crear un entorno propicio al empoderamiento de la mujer ...”. Esto significa en primer lugar que el Estado nicaragüense debe reconocer la magnitud de la pandemia en las mujeres, y contar con atención de calidad en salud sexual y reproductiva en los servicios públicos, entre otros aspectos.

En las Clínicas del INSS en el año 2011 se identificaron 38 nuevas personas positivas al VIH. Las mujeres fueron

el 28.84% de las personas diagnosticadas. De ellas, el 27.27% estaba embarazada. El grupo de edad más afectado fue de 25 y más años con 34 diagnósticos positivos. La concentración geográfica se encuentra en Managua con 30, seguido de Chinandega y Masaya con 3 cada uno y 2 en León.¹¹

Calidad de atención cuestionada por las personas viviendo con el VIH

En una investigación en Nicaragua -con la participación de 232 personas en 14 departamentos y 2 Regiones Autónomas sobre la situación del VIH¹² en zonas rurales, indígenas y afro descendientes-, se reflejan aspectos cualitativos sobre la atención que reciben las personas afectadas. El trato digno fue definido en el estudio como “el derecho a contar con condiciones materiales y trato acorde con las expectativas a un mínimo de bienestar generalmente aceptable por miembros de la especie humana”.

Entre los principales resultados las personas encuentran como obstáculo la falta de confianza en el personal del MINSA, dado que no creen que cuidará la confidencialidad lo que afecta de manera determinante que las personas decidan o no atenderse en los servicios públicos; refieren que el maltrato ocurre en centros de salud urbanos y rurales, del Pacífico y del centro del país, o sea no reciben un trato digno.

En la zona urbana de Masaya “no hay privacidad por personal de parte del programa de VIH, no existe la confidencialidad...no hay ética, en la clínica y laboratorio... hemos recurrido a algunos medicamentos tradicionales por la mala atención que existe en el programa de VIH y por no arriesgarnos a ser discriminados”. En Motastepe rural “la pensamos mucho en pasar consulta por temor a la discriminación de la gente y especialmente funcionarios del Centro de Salud. En San Isidro Libertador...“ni siquiera hacen la prueba de VIH y si lo hubiera nadie iría, porque no hay confidencialidad por parte de la enfermera ya que es muy reconocida por toda la población...una persona VIH positiva no se arriesgaría a pasar consulta

¹¹ Anuario Estadístico INSS. Dirección de Estadísticas Económicas y Sociales. Nicaragua, 2011.

¹² Diagnóstico de las personas con VIH de zonas rurales, indígenas y afro descendientes de Nicaragua, 2012.

por miedo a la discriminación”. En Chinandega se identificaron varias situaciones sobre el maltrato... “En el hospitalito de Somotillo hay pésima atención...” en las unidades de salud nos ignoran...hay violación de confidencialidad cuando nos vamos a hacer el PAP...”

El maltrato y la falta de conocimientos del personal de salud para con las personas de la diversidad sexual es denunciado a pesar de la Resolución Ministerial del año 2009¹³, que frecuentemente se menciona en los reportes oficiales como destinada a erradicar la discriminación sexual. Otras veces refieren que el maltrato o solamente proviene de enfermeras/os o médicos y médicas sino también del personal de servicios como vigilantes, cocina o de limpieza.

En la capital Managua “El trato tiene que mejorar en calidad y humanismo, desde el CPF hasta el personal de enfermería, cocina y limpieza...Y si hacemos uso es porque no hay otras opciones por nuestro auto cuidado, por tener buena calidad de vida...dan una atención regular, hay discriminación, maltrato en la consulta...hay favoritismo en la atención, no hay especialización con las opciones o preferencias sexuales”.

La falta de confidencialidad no solamente se practica al interior de las unidades de salud sino cuando el personal del MINSA sale a sus comunidades, tanto en el norte y centro del país como en las Regiones Autónomas:

En las zonas rurales como Rancho Grande y Waslala “a veces cuentan nuestro problema a los demás, supuestamente para que se cuiden de nosotros, sin importar el daño que nos causan al discriminarnos de esa forma”. En Bilwi en la Costa Caribe expresaron que el problema es que el personal de salud habita en la misma comunidad y “la noticia vuela, luego toda la comunidad se entera; hasta han dejado de comprar los pastelitos que elaborábamos para ayudarnos económicamente”.

En Nicaragua, las personas afectadas no cuentan con una instancia donde interponer su denuncia. La CONISIDA debería contar desde el año 2009 con un Comité Técnico

¹³ Mediante la Resolución Ministerial 249 el Ministerio de Salud mandató que todos los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados deben promover acciones encaminadas a la erradicación de la discriminación por orientación sexual. Nicaragua, 2009.

Etico funcionando para conocer y resolver las violaciones a la Ley 238, pero el mismo pues nunca ha llegado a conformarse, ni se conoce de actuación alguna. De todas formas, las denuncias tendrían que hacerse en la misma institución que ha sido generadora de la mala atención, por lo que el MINSA se transformaría en juez y parte...¹⁴

Disponibilidad de antirretrovirales

El MINSA reporta que en el año 2003 se inició la terapia ARV, al año 2011 se ha descentralizado la terapia en 33 unidades en 16 departamentos y 13 municipios. Se ha incrementado en 3.6 veces el número de personas en TAR, pasando de 335 en el año 2006 a 1,873 a mediados del 2012. Según el MINSA se cuenta con la Guía de terapia antirretroviral en adultos, la Guía de atención a niños y adolescentes, la Guía de nutrición y la Guía de abordaje psicológico.

A fines del 2011, de las 1,686 personas en terapia, 1,595 son adultas y 91 niños/as. El estimado de personas que necesitan de TARV es de 2,730 entre adultas y niños/as, pero solamente se alcanza una cobertura del 62%. Al finalizar el 2011 se realizaron 1,857 mediciones de CD4 y carga Viral, las que son adquiridas con financiamiento del Fondo Mundial y del MINSA.

El gran desafío en lograr que el Estado nicaragüense asuma la compra de los antirretrovirales a la salida del proyecto del Fondo Mundial, anunciada para el 2014.

Prevalencia de ITS

Ante la falta de registros públicos accesibles, reiteradamente es necesario volver a una encuesta, que de hecho ha reemplazado en Nicaragua a las estadísticas

¹⁴ Reglamento de la Ley 238 Capítulo V: A CONISIDA le corresponde el control del cumplimiento de la Ley, su Reglamento y demás normativas sobre el VIH-Sida; por lo que podrán ingresar a cualquier dependencia pública o privada previa identificación y levantar las actas respectivas, dictar resoluciones para subsanar el incumplimiento, y remitirán las actas a la Comisión para que se abra el respectivo Expediente. Si se abre expediente, se le pondrá en conocimiento a los presuntos infractores para que dentro del plazo de 6 días contesten lo que tengan a bien y presenten pruebas a su favor si la hubiere. Concluido el plazo la Comisión emitirá resolución dentro de 30 días aplicando las siguientes sanciones: amonestación, multas o despidos.

oficiales. En la ENDESA 2001/2006, a todas las mujeres entrevistadas de 15 a 49 años de edad se les preguntó si habían oído hablar de las ITS más comunes en Nicaragua incluyendo el VIH/Sida. A excepción del VIH/Sida los datos indican un alto desconocimiento por parte de las mujeres entrevistadas de la mayoría de las otras ITS. La más reconocida es la gonorrea 79%, seguida por la sífilis 68%, siendo las menos conocidas la tricomoniasis 34% y la clamidia 28%. De esta manera las mujeres que no han oído ni siquiera hablar de estas infecciones, no tienen la posibilidad de prevenirlas ni exigir a su compañero sexual el uso de condones, por ejemplo.

Según el MINSa, en el 2011 se reportan 2,400 “eventos” de ITS para una tasa de incidencia a nivel nacional de 40.8 x 100,000 presentando un incremento de 5% con respecto al 2010. Los SILAIS que registran tasas de incidencia por encima de la nacional son la RAAS con 85 que es la tasa más alta del país, la RAAN 80, Chinandega 67, Boaco 58, Granada 40, Nueva Segovia 39 y Managua 35.

Las infecciones de transmisión sexual más frecuentes son condiloma acuminado 46%, 35.4% gonorrea, 14.5 % sífilis adquirida y un caso de sífilis congénita. La gonorrea y el condiloma acuminado concentran el 81% de las ITS, existe una baja notificación y búsqueda de la sífilis congénita.

Según grupos etáreos son mayormente afectados las personas de 15 a 29 años con 1,082 diagnósticos concentrando el 57% del total de las ITS, de estos el 42% son gonorrea y condiloma acuminado 59%. Cabe señalar que el riesgo de infección por condiloma es mayor en el sexo femenino en este grupo de edad con un 78%. Las lesiones provocadas por este virus son precursoras al cáncer cérvico uterino, según la cepa que prevalece. El 53% de las ITS se registran en mujeres y el 47% en hombres. El 65% de la infección por condiloma se presenta en mujeres y 34% en varones. En sífilis adquirida el 58% son mujeres 42% hombres. El 6.2% de las personas con resultado positivo de VIH presenta una ITS.

El predominio femenino de las ITS también se presenta fuera del MINSa. En las Clínicas del INSS se trataron 36 mil casos de ITS en el año 2011, el sexo femenino concentró el 97%. Los grupos de edad más afectados

son de 15 a 34 años con el 62% y el grupo de 35 a 54 años con el 34%, en ambos grupos el sexo más afectado es el femenino, con el 97%. La patología más frecuente en este sexo es la vaginosis con el 28%, seguido por la vaginitis con el 18% y la candidiasis vaginal con el 5%. El sexo masculino tiene el mayor aporte en las patologías de VPH condiloma con el 21%, seguido por el herpes genital y la gonorrea, con el 14% cada una. Del total de personas diagnosticadas con ITS solamente al 5% se les realizó la prueba del VIH,¹⁵ esto significa que el sistema de salud no toma en cuenta en la práctica que las ITS son la puerta de entrada del VIH en un gran porcentaje.

Las mujeres y el VIH sida en Nicaragua

Cambio de estrategias sin sustento epidemiológico conocido

ONUSIDA expresaba en junio 2011 “Seguimos profundamente preocupados por que a nivel mundial las mujeres y las niñas son aun las más afectadas por la epidemia, soportan una parte desproporcionada de la carga asistencial y siguen viendo reducida su capacidad de protegerse del VIH a causa de factores fisiológicos, desigualdades de género, incluida su situación de desigualdad jurídica, económica y social, acceso insuficiente a la asistencia sanitaria y servicios de atención de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, y todas las formas de discriminación y violencia, incluida la violencia sexual y la explotación”.¹⁶

En Nicaragua estas preocupaciones y recomendaciones han sido completamente desoídas. En febrero 2012, doce organizaciones de Sociedad Civil fueron excluidas de la Segunda Fase del proyecto apoyado por el Fondo Mundial,¹⁷ que ha priorizado como poblaciones clave a

15 Anuario Estadístico INSS. Dirección de Estadísticas Económicas y Sociales. Nicaragua, 2011.

16 Declaración Política sobre el VIH/SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/Sida. Nicaragua, 2011.

17 Acción Médica Cristiana, ICAS, Quincho Barrilete, Movimiento Comunal, Centro de Mujeres Ixchen, SI Mujer, Profamilia, la Cruz Roja, Asociación de Enfermeras y dos universidades.

los hombres que tienen sexo con hombres, población transgénero y trabajadoras sexuales.

Dada la altísima dependencia programática del país respecto a los dictados de las agencias internacionales –especialmente si son financiadores-, la estrategia nacional para enfrentar la pandemia ha sido cambiada por esta vía sin que el MINSA haya logrado responder por qué razón han quedado marginadas las mujeres, niñas, niños, adolescentes y jóvenes de áreas urbanas y rurales, personas con adicciones, comunidades étnicas y afro descendientes del norte y la Costa Caribe -entre otras-.

No se conocen evidencias epidemiológicas independientes que sustenten tal decisión ni en qué estadísticas nacionales confiables se han construido esas evidencias, tomando en cuenta que las únicas estadísticas con que cuenta Nicaragua son las del MINSA, que no son publicadas periódica y oportunamente, tienen problemas de interpretación, no cuentan con un análisis cualitativo que incorpore indicadores de género, generacional, multiétnicos y multiculturales.

Las consecuencias que este cambio de la estrategia nacional serán graves, en un país dependiente casi por completo del financiamiento externo para dar una respuesta ante el VIH y el Sida. Tampoco el Estado ha podido responder cómo va a trabajar y educar a las niñas, niños y adolescentes, cómo va a prevenir los embarazos en adolescentes, cómo brindará educación sexual y cómo va a producir cambios de prácticas y de comportamientos si excluye a las organizaciones sociales que más desarrollo tienen en el país.

Luego de la decisión del Fondo Mundial de retirar el apoyo a las ONG's que trabajan con la población de mujeres, jóvenes y niños/as en la educación y prevención ante el VIH, la Comunidad Internacional de Mujeres con VIH en América Latina se pronunció con profunda preocupación ya que tal decisión pone en riesgo el cumplimiento de las estrategias de igualdad de género y de fortalecimiento de los sistemas comunitarios.¹⁸

18 Declaración de Arely Cano, Mujeres de Latinoamérica con VIH alzan su voz. El Nuevo Diario, 27 de marzo de 2012. Por decisión del Fondo Mundial de retirar apoyo a ONG en Nicaragua.

Mujeres positiva sin respeto por sus derechos sexuales y reproductivos

En junio del 2006 la ONU llevó a cabo una revisión de cinco años de la implementación de su Declaración de Compromisos de 2001. En esa oportunidad la Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres propuso una iniciativa llamada “Con las mujeres de todo el mundo Un pacto para erradicar el VIH/Sida”, como una herramienta a ser utilizada en 2006 y a futuro. Se proponía el reconocimiento que las mujeres se encuentran en alto riesgo; un aumento sustancial de los esfuerzos de prevención; potenciación cualitativa y cuantitativa del liderazgo de las mujeres; mayor inversión en el desarrollo de tecnologías; una respuesta a las necesidades de las personas jóvenes y una asignación equitativa de los nuevos y actuales recursos.¹⁹

Ninguno de los 6 componentes del Pacto con las mujeres ha tenido en Nicaragua una aplicación clara y definida. A pesar de las evidencias, no existe un reconocimiento oficial para las mujeres que están en alto riesgo. Fuera de las frecuentes menciones del incremento del VIH en las “amas de casa”, no existen medidas concretas ni políticas públicas que se apliquen para reducir los riesgos de las mujeres, las adolescentes y las niñas.

Feminización de la epidemia. Razón de hombres/mujeres VIH+

La marcada tendencia de la cultura patriarcal para clasificar y encasillar las diferencias en el ejercicio de poder, y la exclusión –cuyo campo y efectos más visibles y severos se manifiesta en las mujeres, al nivel de las familias y comunidades locales, las escuelas y sistemas educativos, los sistemas y servicios de salud–, dificultan el desarrollo de estrategias y acciones efectivas para enfrentar la pandemia del VIH-Sida.²⁰

A la negación y al desconocimiento de los efectos que la discriminación provoca en la vida de las personas afectadas, –especialmente de carácter sexual, en tanto se le asocia a opciones sexuales, género y etnia-, se

19 Vínculos del VIH y la violencia contra las mujeres en la sociedad patriarcal. Ana María Pizarro. *SI Mujer*. Nicaragua, 2010.

20 Vulnerabilidad y Género: Mujeres frente al VIH/Sida. Ana María Pizarro. *SI Mujer*. Nicaragua, 2006.

suma la pobreza creciente que obliga a la migración e inmigración en países empobrecidos, la ineficacia de los estados para el establecimiento de un marco legal, ético y de derechos humanos apropiados, para controlar el incremento del VIH-Sida y sus repercusiones en el ámbito de la salud, la economía y la sociedad en su conjunto, especialmente para las mujeres.²¹

Generalmente, las políticas de salud no mencionan medidas específicas dirigidas a las mujeres afectadas por la epidemia, excepto en situación de embarazo, aunque afirman que consideran al género como un “determinante” de la rápida expansión de la misma. No toman en cuenta las desventajas de las mujeres debidas a múltiples factores de discriminación, factores socioculturales como la cultura patriarcal, la falta de poder de las mujeres en la negociación del sexo seguro, las desventajas de las trabajadoras comerciales del sexo frente a sus clientes, ni hace referencia a la situación de las mujeres de las etnias respecto del VIH/Sida o a su impacto socioeconómico en las familias y las comunidades, ni en la prevención y el tratamiento de las ITS.

Según ENDESA 2001/2006 a nivel nacional el 98% de las mujeres conoce la existencia del Sida cuando se les hace la pregunta específica, pero solo el 76% lo mencionan de forma espontánea. El conocimiento espontáneo del Sida es más alto entre mujeres que viven en el área urbana 82% y entre las mujeres solteras 83%. Solamente el 51% de mujeres sin educación formal conoce la existencia del Sida, en tanto si conoce el 87% de las que tienen instrucción superior. Conocer que existe la pandemia no es suficiente para que las mujeres tomen medidas de prevención, tampoco el Estado se ha ocupado enérgicamente de hacérselo saber.

Según la encuesta nacional, solamente dos de cada tres mujeres 66%, saben que una persona puede tener el VIH y no presentar signos o síntomas de la enfermedad y solo el 55% de las mujeres del área rural. Un poco más del 83% de las mujeres dice saber que no existe una cura para el Sida. El resultado de la evidente falta de estrategias nacionales específicas para las mujeres, tiene como resultado la acelerada feminización de la epidemia que es incuestionable en Nicaragua.

²¹ Agenda de Salud Integral de las Mujeres. Capítulo VI. Nicaragua, 2005.

La creciente feminización de la pandemia queda demostrada con las cifras oficiales reportadas por el MINSa a mediados del 2012, dado han logrado registrar con el VIH 2,491 mujeres²² en el país. En 1997 la razón hombre mujer era 1 a 16. En el año 2012 de las 492 personas nuevas diagnosticadas como VIH+, los hombres fueron el 58.44% y las mujeres el 41.56 %, para una relación de 1.4 hombres por cada mujer. Esta es la cifra que más acerca las mujeres a los hombres en toda la historia de la epidemia en Nicaragua. Sin embargo no se conocen declaraciones, reportes o cambios de dirección en la estrategia nacional para afrontar la pandemia, la que continúa siendo silenciada desde las instancias oficiales, pues han elegido otras poblaciones clave, dejando completamente de lado a las mujeres y adolescentes.²³

En los seis primeros meses del año 2012, los reportes definen que las mujeres ya son más de 4 de cada 10 personas nuevas diagnosticadas positivas al VIH y que la razón hombre mujer se va igualando progresiva y rápidamente. La profundización de la pandemia en las mujeres es una cuestión que parece continuar desapercibida para el Estado, dado que desde marzo del 2012 han decidido que las mujeres y adolescentes no son una prioridad, eliminando del proyecto con el Fondo Mundial a 12 organizaciones de mujeres y sociedad civil cuyas poblaciones meta son mujeres, adolescentes de ambos sexos, niñas y niños, entre otras. Los documentos oficiales de diciembre 2011 no hacen mención específica a esta situación.²⁴

En 1997 el 97.14% de las mujeres positivas al VIH estaba en edad fértil o sea que ellas tenían todas las potencialidades de lograr un embarazo e incrementar la transmisión vertical. A fines del 2010 este porcentaje aparentemente se redujo pues llegó al 91.46%.²⁵ Podría

²² En realidad la última cifra reportada es a diciembre 2011, pero en el primer semestre registran 187 mujeres más = 2,491.

²³ El MINSa reporta que hay 492 personas nuevas, de las cuales 187 son mujeres (41.56%) y 263 varones (58.44%), además hay 42 personas cuyo sexo no ha sido determinado, o sea el 10% de las nuevos ingresos a la estadística. Por ello, la razón hombre mujer es $263/187 = 1.407$

²⁴ Informe Nacional de Avances en la lucha contra el Sida. MINSa, Nicaragua, 2011.

²⁵ Las mujeres, las adolescentes y el VIH/Sida. Ana María

decirse que este parámetro ha tenido una evolución favorable, sin embargo, la variación ha sido a expensas al crecimiento del VIH en las niñas y pre-adolescentes menores de 14 años y entre las adolescentes de 15 a 19 años. Desde el 2011 no hay estadísticas desagregadas por edad y sexo, por lo resulta imposible saber cuántas mujeres en edad fértil positivas existen desde hace más de 22 meses.

Embarazadas viviendo con VIH

En Nicaragua las mujeres que viven con el VIH o ya están en etapas avanzadas del Sida no pueden solicitar la interrupción de su embarazo, dado que desde el año 2006 la Asamblea Nacional derogó el aborto terapéutico, o sea son obligadas a mantener un embarazo cuando ellas manifiestan su decisión de interrumpirlo.

Al 2011 el MINSa informa que ha mejorado la cobertura de prueba de VIH a embarazadas; esto permitió incrementar el diagnóstico de 23 embarazadas viviendo con el VIH en el año 2006 y 106 en 2011. Según reporta el MINSa en ese año realizaron 142,087 pruebas de VIH, con resultado positivo de 78 embarazadas y con diagnóstico previo de VIH 28 embarazadas. El 61% del total de pruebas a embarazadas fueron el grupo de 15-24 años.

Según la investigación independiente que estudia la secuencia del VIO en las mujeres, a junio del año 2012 los embarazos estimados en mujeres VIH + a partir de la tasa Global de Fecundidad nacional se incrementaron en 1,358%, lo que evidencia la falta de prioridad en la prevención del VIH en las mujeres en general y antes del embarazo en particular; los embarazos esperados estimados aumentaron de 376 en 1997 a 5,485 en el 2012.²⁶

En la valoración de avances del 2011, el MINSa publica estimaciones de Spectrum 2011 que reporta el número esperado de embarazadas en 201, aunque solamente fueron diagnosticadas 106 para un 53% de lo esperado. La captación temprana de embarazadas continúa

siendo deficitaria. La prevalencia de embarazadas es de 0.03%, según estudio de sitios centinelas realizado de Octubre a Noviembre 2011.²⁷

Mujeres que reciben tratamiento antiviral. Prevención de la transmisión vertical

No se conoce con precisión la cifra total de mujeres que estarían requiriendo el tratamiento antiviral a nivel nacional ni el total de las que lo reciben efectivamente. De las 106 embarazadas VIH de nuevo ingreso en el 2011, 100 recibieron profilaxis para disminuir la transmisión materno infantil, o sea el 94 %. De las personas que reciben ARV según sexo, el 63.3% son hombres y 34.6% mujeres.²⁸

El nacimiento estimado de niñas y niños VIH + aumentó el 920%, pasando de 188 en 1997 a 2,194 a mediados del 2012, tomando en cuenta que el 40% del total de nacidas/os puede resultar positivo. Sin embargo el MINSa solamente tiene reportados 291 niñas y niños menores de 14 años, lo que significa el 13.26% de lo estimado.²⁹

Con respecto a la transmisión vertical, según registros del MINSa en el 2011 hay 95 niños/as con resultado positivo al VIH. Si el propio MINSa reconoce que solamente logran diagnosticar el 53% de las embarazadas esperadas, es posible afirmar que un gran porcentaje de recién nacidos/as VIH+ continuará sin ser diagnosticado, por lo que los reportes oficiales revelan un importante subregistro. En el primer semestre del año 2012 la situación epidemiológica empeora, en un gráfico el MINSa reporta 30 niños/as de 0 a 4 años viviendo con el VIH, en otro dice que son 18, por eso es imposible conocer cuál es la verdadera cifra,³⁰ Además reporta 61 niños/as nacidos de madre VIH + en el mismo período.

27 Comisión Nicaragüense del Sida. Informe Nacional de Avances en la lucha contra el Sida. Nicaragua, 2012.

28 Agenda de Salud Integral de las Mujeres. Capítulo VI. Nicaragua, 2005.

29 De todas maneras la estadística es muy confusa porque a diciembre 2011 tenían 230 nacidos/as positivos al VIH y en los seis primeros meses del 2012 reportan 61 nuevos nacimientos + en total =291.

30 En la página 6 registra 18, en la página 16 registra 30 en el Informe Nacional de Avances en la lucha contra el Sida. MINSa. Nicaragua, 2011.

Pizarro. *SI Mujer*. Nicaragua, 2011.

26 Estudio secuencial 1997-2012 Las mujeres, las adolescentes y el VIH/Sida. Ana María Pizarro. *SI Mujer*. Nicaragua, 2012.

Trabajadoras sexuales y el VIH

En el año 2004, en relación a las trabajadoras sexuales y el VIH y Sida³¹, una investigación de la Facultad de Medicina de León en 250 TCS de los departamentos de Estelí, Ocotol, Chinandega, León, Rivas, Masaya, Managua, RAAN y RAAS concluye que “La razón que más frecuentemente mencionaron para haber entrado a la prostitución fue la necesidad económica y las pocas oportunidades de trabajo. Según la encuesta, la mayoría de éstas mujeres tenían como única fuente de ingreso la prostitución y son madres solteras que tienen que mantener a sus hijos y en la mayoría de los casos también a otros familiares, sin contar con otra ayuda económica.

La actitud que prevaleció hacia el uso del condón tanto entre las mujeres encuestadas como en las participantes en los grupos focales, puede decirse que fue positiva, aun entre las que se identificaron como de prácticas inseguras, pues se puso de manifiesto que ellas hacen el esfuerzo para convencer a los clientes del uso del condón. Las trabajadoras comerciales del sexo tienen alto riesgo de infección por VIH, y podrían contribuir a su diseminación”.³²

Según una investigación oficial en 9 departamentos de Nicaragua, en el año 2009, la mayoría de las trabajadoras sexuales tiene conocimientos aceptables sobre el VIH-Sida y más de la mitad de las mujeres entrevistadas (70%) reconoce que, por la naturaleza de su trabajo, están más expuestas a adquirir el VIH que otras poblaciones, y están conscientes de que este riesgo se incrementa, aun más, ante la presencia de úlceras o llagas genitales, producto de la infección de otras ITS.³³

El 96% de las trabajadoras sexuales expresó que prefiere que sus clientes utilicen condón durante las relaciones sexuales, por razones de higiene, seguridad, prevención de ITS y embarazos. En cuanto a sus prácticas, reportaron que entre sus 10 últimos clientes,

un promedio de 8.9 había usado el condón, de los cuales 4.7 lo había hecho por iniciativa de ellos; señalan que la razón por la que muchas de ellas no utilizan el condón en sus relaciones sexuales casuales es el factor económico. Pero muchas aceptan relaciones sin condón cuando el cliente es conocido, o cuando el hombre les gusta o es su pareja fija.

Según el MINSA, el uso de condón durante la última relación sexual con pareja estable fue reportado por 72.6% de los hombres y por 49.4% de las mujeres en general. En el año 2011, la prevalencia del VIH en las mujeres trabajadoras sexuales en Managua fue de 1.8%, en Chinandega de 2.4%. Se encontró una incidencia del VIH en este grupo de población de 0.8%. El 76.9% de las entrevistadas en Managua y el 91.5% de Chinandega refieren el uso consistente de condón con clientes frecuentes en los últimos 30 días; el 94.8% de Managua y 91.9% de Chinandega usaron consistentemente el condón con los clientes nuevos durante los últimos 30 días.

Es evidente que siendo una población con altas probabilidades de contraer el virus, el uso del condón de manera consistente les permite mantener el control de la pandemia a partir de sus conocimientos y actitudes ante la prevención.

ONUSIDA, adolescencia y juventud

En junio 2011, pocos meses antes que el Gobierno de Nicaragua y el Fondo Mundial eliminaran de las prioridades nacionales a adolescentes y jóvenes, la ONUSIDA se pronunciaba claramente sobre el tema. “Expresamos grave preocupación por que los jóvenes de edades comprendidas entre 15 y 24 años constituyen más de un tercio de todas las nuevas infecciones por el VIH, y que son unos 3.000 los jóvenes infectados por el VIH cada día, y observamos que la mayoría de los jóvenes todavía tiene acceso limitado a una educación de buena calidad, a un empleo decente y a instalaciones de esparcimiento.”

Todas las preocupaciones de la comunidad internacional están reflejadas en Nicaragua, donde está limitado el

31 Agenda de Salud Integral de las Mujeres del año 2005.

32 Prevención y atención del VIH Sida. Sida y mujeres en trabajo sexual.

33 Conocimientos, actitudes y prácticas de trabajadoras comerciales del sexo con relación al VIH y al Sida en 9 departamentos de Nicaragua/ Gregorio Matus Lacayo y cols. Mecanismo Coordinador de País. Nicaragua, 2009.

acceso a programas de salud sexual y reproductiva que faciliten información a adolescentes y jóvenes para lograr las aptitudes, los servicios y los productos que necesitan para protegerse a sí mismos, ya que la realidad de los servicios en Nicaragua no los hace accesibles y no están fácilmente disponibles pruebas del VIH de carácter voluntario y confidencial, asesoramiento y educación sexual y en materia de prevención del VIH en función de la edad, y que reconozcan la importancia de reducir las prácticas de riesgo y fomentar un comportamiento sexual responsable.

Si bien durante todo el año 2011 y en el primer semestre del 2012 no se publican estadísticas desagregadas por edad y sexo, el total de varones y mujeres de 15 a 19 años viviendo con el VIH pasaron de 7 en 1997 a 576 a junio del 2012, con un incremento del 7,199%, que significa el aumento más notorio entre todos los parámetros estudiados.³⁴ Los resultados de la falta de educación sexual que ha afectado a las tres o cuatro nuevas generaciones desde que se reportó el primer caso de Sida en Nicaragua, se manifiestan de manera directa en el incremento de la infección del VIH en adolescentes mujeres y varones.

La mayoría de adolescentes desconoce esta situación, no tiene idea del número de adolescentes afectados ni de las vías como contrajeron el virus o la proporción por sexos en esas edades.

Las mujeres adolescentes y el VIH. Franca feminización pero no reconocida

Es frecuente y también es conocido por las autoridades en Nicaragua que a muchas niñas y mujeres jóvenes, especialmente las de muy corta edad, no les es posible rehusarse a tener relaciones sexuales no deseadas o a negociar el uso de medios que las protejan contra el embarazo y las ITS, incluido el VIH, en particular si temen enfrentarse a represalias. Pueden sufrir múltiples resultados físicos, sociales y emocionales adversos. En situaciones de fuerza o coerción, proveniente ya sea de extraños, conocidos, familiares, novios, hombres mayores que las mantienen o sus propios esposos, para

las jóvenes es prácticamente imposible negociar el uso del condón.³⁵

En Nicaragua no se ha brindado una respuesta a las necesidades de las personas jóvenes mediante una provisión de educación sexual integral, que incluya la información y los servicios que la juventud necesita para protegerse de una infección que amenaza su vida. Al igual que los gobiernos conservadores y liberales que desde 1990 ignoraban el carácter laico del Estado, en el 2009 el Ministro de Educación anunció programas de educación sexual que fueron “consultados con los obispos”.³⁶

Nicaragua es el primer país de Centroamérica que ha cambiado el predominio masculino de la epidemia desde el año 2006 ya que en la adolescencia, las mujeres han superado a los varones, siendo más del sesenta por ciento del total de nuevos reportes en esa edad. Así, la feminización de la pandemia es el sello del crecimiento del VIH en Nicaragua -que al igual que en Africa-, tiene un patrón de predominio heterosexual afectando a poblaciones cada vez más jóvenes y entre ellas a las mujeres, las adolescentes y las niñas, pobres y extremadamente pobres.

A mediados del 2011 el 66.5% de nuevos reportes entre 15 y 19 años eran mujeres. También el 61.5% de nuevas personas viviendo con el VIH+ entre 20 y 24 años eran mujeres.³⁷

Esta progresión en las adolescentes ha sido sostenida y se manifiesta acelerada; queda en evidencia si se analiza que el número de adolescentes mujeres aumentó de 7 en el 1997 a 236 a fines del año 2010, esto

35 International Women's Health Coalition. Triple Riesgo: Adolescencia Femenina, Violencia Sexual y VIH/Sida, 2009.

36 Las mujeres, las adolescentes y el VIH/Sida. Ana María Pizarro. Nicaragua, 2009.

37 Debido que desde el año 2011 el MINSa no reporta separadas por sexos el total de personas VIH +, fue necesario sumar los datos del 2010 y hacer el cálculo propio, tomando como base el reporte oficial del año 2011. En el 2009 no reportaron separadas por sexos personas de 1 a 14 años, ni mayores de 49 años a pesar de habérselo señalado a las autoridades del MINSa. En el año 2011 no separan por sexo ninguna de las edades reportadas.

34 Las mujeres, las adolescentes y el VIH/Sida. Ana María Pizarro. *SI Mujer*. Nicaragua, 2012.

significa que en trece años se incrementó en 3,271%. Para sustentar el análisis es necesario comparar la progresión de la pandemia con las mujeres en general, donde se incrementó de 70 en el 1997 a 1,874 mujeres en ese mismo año, aumentando el 2,577%.³⁸ No ha sido posible conocer cuántas adolescentes viven con el VIH a mediados del 2012 -fecha del último reporte del MINSA-, dado que continúan sin desagregar los datos por edad y sexo desde inicios del 2011.

Coerción y violencia sexual contra las niñas y adolescentes

La violencia puede ser -a la vez-, causa y consecuencia de la infección por VIH. En algunos estudios, las mujeres han dicho que el temor a que sus compañeros íntimos las golpeen o abandonen es la principal razón por la cual no se someten a la prueba del VIH, no revelan el resultado de ésta ni le piden que su pareja se haga la prueba, use el condón o sea fiel. Las mujeres lesbianas están ignoradas en las estadísticas y en las políticas oficiales bajo la falsa presunción que no tienen riesgos³⁹.

En todo el mundo, persistentes desigualdades de género implican que las jóvenes, en especial, enfrenten numerosas violaciones a su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, incluida la iniciación sexual antes de estar física o emocionalmente preparadas para ésta. Las chicas que viven en la extrema pobreza, en poblaciones marginadas, sin apoyo familiar o en situaciones de conflicto y desplazamiento son particularmente vulnerables a encuentros sexuales coaccionados y otros tipos de abuso. Durante su niñez y adolescencia, las jóvenes son sumamente vulnerables al abuso sexual y la violencia en sus hogares, barrios, escuelas y comunidades. En muchos lugares, la iniciación sexual prematura se asocia marcadamente con la coerción sexual.⁴⁰

El uso de fuerza física o coacción emocional durante un acto sexual incrementa de manera significativa el riesgo de que un hombre infectado transmita el VIH a la mujer. El tracto genital femenino es altamente susceptible a las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH. La violencia y la violación pueden exacerbar aun más el riesgo de adquirir el VIH porque causan abrasiones por fricción, así como sangrado y desgarres, sobre todo en muchachas jóvenes cuyos tractos genitales no han madurado por completo.

En Nicaragua, a Junio 2010 según los datos del MINSA, el 75% de preadolescentes de 10 a 14 años VIH+ eran mujeres, lo que debe analizarse bajo la presunción de transmisión como consecuencia de la violencia sexual. La relación del VIH y la violencia sexual es otro asunto ignorado en las políticas oficiales. Las niñas no reciben una educación que les permita prevenir las agresiones sexuales; los varones no son educados para respetar la integridad sexual de las mujeres.⁴¹ En el año 2009 y desde el 2011 en adelante no se puede conocer cuántas preadolescentes tienen la infección dado que no se desagregan por edad y sexo las cifras oficiales. Solo se conoce de 49 mujeres de 10 a 14 años desde el 2008 en adelante.

A julio del 2012 el Fondo de Población de las Naciones Unidas reporta que los embarazos de niñas de 10 a 14 años aumentaron el 47.9% en 9 años, según cifras oficiales, pasaron de 1,066 en el año 2000 a 1,577 en el año 2009. Esas niñas son forzadas a parir el producto de una violación, pues a nadie puede pasar desapercibido que en esas edades no se pueden consentir relaciones sexuales, dada la inmadurez emocional de las criaturas, las que son violadas y embarazadas.

Católicas por el Derecho a Decidir Nicaragua presenta un análisis de los medios escritos que reporta 338 víctimas de violencia sexual, de las cuales el 85.5% eran mujeres en el año 2011, el embarazo no deseado fue una de las consecuencias más comunes de la violación: 13 mujeres resultaron embarazadas producto de la violencia sexual, de ellas, cinco eran niñas de 11 y 12 años, 6 eran de 13 y 17 años.⁴²

38 Las mujeres, las adolescentes y el VIH/Sida. Dra. Ana María Pizarro. *SI Mujer*. Nicaragua, 2011.

39 Vínculos del VIH y la violencia contra las mujeres en la sociedad patriarcal Ana María Pizarro J. *SI Mujer*. Nicaragua, 2009.

40 Violencia sexual y vulnerabilidad de las jóvenes al VIH/Sida. IWHC. Triple Riesgo: Adolescencia Femenina, Violencia Sexual y VIH/Sida, 2009.

41 Vínculos del VIH y la violencia contra las mujeres en la sociedad patriarcal. Ana María Pizarro. *SI Mujer*. Nicaragua, 2010.

42 Violencia sexual y medios de comunicación escritos. CDD

A fines del 2012 -un estudio de Asonvihsida que incluye encuestas a 73 hombres y 77 mujeres en Managua, Bilwi y León-, reveló que al 48% de mujeres se les transmitió el VIH a través de una relación forzada, cuando su marido o su pareja que tenían en ese momento no quiso usar preservativo. El 26.1% de los hombres y el 24.4% de las mujeres percibe que la situación de la violencia en general está dada por su condición de afectados del VIH.⁴³

Entre los principales hallazgos del estudio se determinó que el 35.9% de hombres y el 62.1% de mujeres encuestadas ha vivido una situación de violencia en general. Además destacó que el 53.7% de las mujeres han sido golpeadas por el puño de alguien en su etapa adulta, el 2.4% en la niñez y el 22% en la adolescencia. En cuanto al abuso sexual el 30.4% de los hombres mencionó que alguien invadió su hogar a la fuerza cuando eran niños, en cambio el 29.3% de las mujeres lo vivió en su etapa adulta.

El VIH y Sida en las Regiones Autónomas del Caribe

En las Regiones Autónomas la feminización de la epidemia es su característica principal. Numerosos testimonios reflejan que en las familias se discrimina a las personas portadoras del VIH así como en los servicios públicos de salud.⁴⁴

En el SILAIS se afirma que han realizado importantes avances, garantizando la confidencialidad de los resultados de las pruebas la atención a las personas portadoras y el tratamiento, que ha sido descentralizado; reconocen que muchas personas no acuden a los servicios públicos de salud por los mitos y tabúes que prevalecen.

Indignación. Datos Sobre Violencia Sexual. Nicaragua, 2011.

43 Investigación sobre factores de vulnerabilidad del VIH en mujeres y hombres y su relación con la violencia basada en género.

44 Informe de la Costa Caribe nicaragüense RAAN - RAAS 2009-2012. *SI Mujer*. Nicaragua, 2012.

Las Comisiones Regionales de Lucha Contra el Sida CORLUSIDA en la RAAN y CORESIDA en la RAAS prácticamente no funcionan y son desconocidas, a pesar que el MINSA afirma que 71 comisiones están funcionando a nivel nacional y con participación social.

No se conoce cuantos recursos per cápita se invierten en ambas regiones para atender la pandemia del VIH y el Sida o la cantidad de condones distribuidos para la población en general y para adolescentes en particular. En ambas regiones la manera de recolectar los datos no siempre corresponde con los registros internacionales.

Tanto en la RAAN como en la RAAS carecen de información estadística oportuna sobre la situación de las mujeres; las comunidades indígenas y negras son las más afectadas por la falta de acceso a los servicios básicos. En las comunidades hay poca presencia de instancias gubernamentales; lo que determina la falta de atención a estas personas. Se observa que en ambas regiones es incómodo brindar información sobre la situación de salud o la vida de las mujeres. Muchos de los funcionarios/as se niegan brindar información al respecto.

En las Regiones Autónomas se necesita hacer el esfuerzo de crear sistemas de recolección de datos que reflejen el abordaje integral de los problemas reportados en el presente Informe. Dar importancia y promover los marcos normativos que deben ser aplicados desde las instituciones en la RAAN y la RAAS. Ambas regiones muestran que la pandemia del VIH Sida ha golpeado fuertemente a su población, dado que registra altos niveles de incidencia y prevalencia.

Según el estudio nacional[¶] entre 2007 y 2011, en la RAAN se reportan 296 personas positivas al VIH y en la RAAS 95 personas positivas durante ese período.

A fines del 2011, según la última información obtenida del MINSA,[¶] se registran 35 personas nuevas afectadas por el VIH en el SILAIS de la RAAN y 5 personas en el SILAIS de la RAAS. En la RAAN el 16% se reportan como embarazadas, aunque no se aclara cuantas son mujeres de esas 30 personas nuevas viviendo con el VIH. La prevalencia del VIH en la RAAS fue de 94 x 100.000 personas y en la RAAN de 93 x 100.000 personas, en tanto la prevalencia nacional fue de 100, considerada como de alto riesgo.

En el 2011 la incidencia del VIH en la RAAS fue de 13 x 100.000 personas y en la RAAN de 11 x 100.000 personas, en tanto la incidencia nacional fue de 12.5.

El VIH y el Sida en la RAAS

Durante los procesos de consulta realizados por *SI Mujer* en las Regiones Autónomas desde el año 2005, la situación del VIH y el Sida ha sido mencionada con especial preocupación por las mujeres líderes. Las personas que han resultado positivas prefieren mantener su condición en total privacidad, frecuentemente dicen que viajan a Managua a buscar atención y tratamiento aunque el costo de su transporte sea muy elevado, dado que resguardan su identidad para evitar la discriminación.

En la RAAS según datos del SILAIS, el total de personas que viven con el VIH o Sida asciende a 170 entre mayo 1991 y noviembre 2011. El 41.8% de las personas positivas son mujeres (71) y el 58,2% son varones (99), siendo este porcentaje mayor que las cifras nacionales, lo que refuerza la evidencia de la mayor y acelerada afectación de las mujeres en la RAAS. En los últimos reportes nacionales a junio del 2011, las mujeres llegan al 40.86% del total de personas viviendo con el VIH en Nicaragua.

La incidencia del VIH en el año 2011 en la RAAS es mayor que la reportada a nivel nacional, lo mismo ocurre con la prevalencia.

En la RAAS, se reporta que son portadores del VIH las y los mestizos (34.7%) y creoles con el (33.5%) sobre el resto de las etnias. Entre mestizos, la cantidad de hombres y mujeres es bastante parecida, sin embargo, en el caso de los creoles son mucho más los hombres 66.6% que las mujeres 33.3% en el total de las personas afectadas.

La razón hombre / mujer asciende en la RAAS a 1.30, por debajo de la media nacional reportada a fines del 2011 de 1.9 hombres x mujer, esto significa que la feminización de la pandemia es más aguda en la región del Caribe sur del país.

Entre adolescentes de 15 a 19 años, el 85.6% son mujeres, esta incontestable realidad refleja que las niñas y adolescentes se encuentran en situación de enorme desventaja para evitar la exposición al VIH y es la mejor demostración de la feminización de la epidemia

en edades tempranas, cuestión que aun no ha sido reconocida oficialmente con acciones concretas para la prevención.

Entre los 20 a 34 años, las mujeres representan el 47% del total, sobrepasando el promedio de la región (41.8%) y también el promedio nacional (41.56%) por 6 puntos.

Según la oficina de epidemiología del SILAIS RAAS prevalecen las y los mestizos (34.7%) y creoles con el (33.5%) y misquitos (18.8%) sobre el resto de las etnias. Entre las personas mestizas, la cantidad de hombres y mujeres es bastante parecida (28 mujeres/31 hombres), sin embargo, en el caso de los creoles son mucho más los hombres 38 (66.6%) que mujeres 19 (33.3%) en el total de las personas afectadas. No ha sido posible conseguir esta misma información en la RAAN a pesar que la concentración de la población indígena es mucho mayor que en la región sur.

El VIH y el Sida en la RAAN

En la RAAN, según datos del SILAIS, el total de personas que viven con el VIH o Sida asciende a 353 hasta Octubre del año 2011.

Esta información proporcionada por el SILAIS es imposible de analizar, dado que afirma que el número de personas es 353 y que las mujeres son 57, quiere decir que los hombres serían 296, o sea el 82.9%, lo cual resulta imposible, tomando en cuenta la progresión epidemiológica de la región. Registra 2 niñas menores de 12 años pero no aclara si se consideran dentro de las 57 mujeres o si se suman las dos niñas, sería 59 el total de mujeres. La falta de registros estadísticos de la región o la renuencia a proporcionarlos, impide hacer un análisis de situación real de las mujeres frente al VIH en el Caribe norte.

Esta forma inadecuada de presentar la información revela las deficiencias graves del sistema de salud que no aplica estándares internacionales ni informa adecuadamente variables sencillas como edad y sexo, al menos.

Creencias y prácticas culturales ante el VIH

Según el Informe de la Costa Caribe nicaragüense RAAN – RAAS realizado por *SI Mujer* hasta el primer trimestre 2012, frecuentemente en relación al tratamiento influyen

las creencias y prácticas culturales de los pueblos indígenas. Una vez diagnosticados con el VIH, no aceptan que tienen la enfermedad y desaparecen, no asisten a sus citas de atención médica. El MINSA hace seguimiento a través de familiares para convencerlos, pero no siempre tienen suerte que acepten los tratamientos. Gran parte de los indígenas consideran al VIH o al Sida como una brujería (maleficio), por lo tanto toman tratamientos de médicos tradicionales (curanderos y sukias) en sus comunidades.

Esto implica que el MINSA de la RAAN no tiene información exacta de la cantidad de personas viviendo con la enfermedad. De las 2 niñas menores de 12 años afectadas, una de ellas lo adquirió por transmisión vertical durante el embarazo o la lactancia, la otra luego de nacida, probablemente por violencia sexual.

En estas regiones existen creencias y costumbre muy particulares sobre el origen de las enfermedades; cuando analizamos las enfermedades oportunistas o las infecciones de transmisión sexual se encuentran

creencias erradas. Se cree que son maleficios y por tanto recurren a ser curadas con ritos, medicina tradicional o casera que muchas veces prolonga la vida, pero no reemplaza a los medicamentos ARV. Con estas actitudes se incrementa la vulnerabilidad de la población a las enfermedades, no es ningún secreto que la poligamia es bastante común y hace más difícil detener el VIH y el Sida.

En el período en que se realizó el Informe, en las instancias oficiales no fue posible conseguir datos sobre diversos indicadores en ambas regiones, dado que nadie quiere hablar sobre los recursos per cápita destinados por el sistema público de salud o el sistema privado para el tratamiento de las personas con VIH/Sida; la relación entre recursos gubernamentales y recursos de la cooperación internacional destinados a la prevención y atención del VIH/Sida o del número per cápita de condones distribuidos anualmente por el sistema público de salud para la prevención de VIH en relación a varones mayores de 15 años, entre otros.

Cairo + 20 - NICARAGUA Diagnóstico Nacional. 1994 - 2012

Derechos sexuales

Servicios Integrales para la Mujer - SI Mujer

Derechos sexuales

	Página
Marco Jurídico nacional sobre los derechos sexuales.....	191
Servicios de salud y diversidad sexual.....	192
Violencia contra mujeres lesbianas.....	192
Situación de las personas transgéneros y lesbianas.....	193

Marco Jurídico nacional sobre los derechos sexuales

En Nicaragua el derecho de mujeres y hombres a tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad y reproducción no está reconocido explícitamente en la legislación.

Para los varones, las responsabilidades del matrimonio están permitidas legalmente antes que para las mujeres, ya que la edad mínima para contraer matrimonio es de 21 años para los varones y 18 años para las mujeres.¹ Pero la legislación también agrega que son hábiles para contraer matrimonio, el varón que ha cumplido quince años y la mujer que ha cumplido catorce, otorgando a las niñas de esa edad la responsabilidad de asumir las enormes obligaciones que el matrimonio depara a las mujeres en la sociedad patriarcal.²

Durante la dictadura somocista la legislación no penalizaba las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. En setiembre de 1992 durante el gobierno de Violeta Chamorro, se reformó el Código Penal -vigente desde el año 1974-, introduciendo un artículo para penalizar la sodomía³, que se extendía a quien “induzca, promueva, propagandice o practique en forma escandalosa el concubito entre personas del mismo sexo” -aun cuando fuera en privado-. Para ese delito se estableció una pena de 1 a 3 años de prisión.

Una coalición de activistas interpuso ante la Corte Suprema de Justicia un Recurso por Inconstitucionalidad

contra el citado artículo que transgredía directa e indirectamente doce artículos de la Constitución Política de Nicaragua como el derecho a la privacidad, a la libertad de expresión y a no ser discriminado ante la ley y además violaba normas internacionales de DDHH.⁴

En marzo del año 1994, la Corte Suprema de Justicia desestimó el recurso concluyendo que el arto 204 no violaba ninguno de los derechos garantizados en la Constitución Política. En la investigación sobre personas trans y lesbianas La Asociación por los Derechos de la Diversidad Sexual-ADESENI expresa “dieciocho años más tarde la extinción de la penalización de prácticas sexuales entre personas del mismo sexo como delito no ha desaparecido los efectos negativos que conlleva la discriminación de la que suelen ser sujetas todas aquellas personas que expresan su sexualidad de forma contraria a la heterosexual; a pesar que las redes, organizaciones y líderes de la comunidad GLBTITI han tenido un papel más beligerante y proactivo en relación a años anteriores”.

Durante el año 2008, Nicaragua no incluyó como figura delictiva la sodomía a través del nuevo Código Penal. Además estableció en el Artículo 36 circunstancias que agravan la responsabilidad penal cuando se comete un delito por motivos raciales u otra clase de discriminación, entre las cuales está la orientación sexual.⁵

También incluyó en el artículo 315 la opción sexual. Este artículo está relacionado con los delitos contra los derechos laborales, establece que la discriminación, servidumbre y explotación en el empleo -entre otras condiciones-, será penalizada con prisión de 6 meses a un 1 y de noventa a cincuenta días de multa”.⁶

1 Arto. 100.- El varón de veintiún años o el declarado mayor, y la mujer de diez y ocho años cumplidos o declarada mayor, pueden contraer matrimonio libremente.

2 Arto.101, Código Civil de Nicaragua.

3 Ley 150 de reformas al Código Penal. 1992. Nicaragua. Arto. 204.- Comete delito de sodomía el que induzca, promueva, propagandice o practique en forma escandalosa el concubito entre personas del mismo sexo. Sufrirá la pena de uno a tres años de prisión. Cuando uno de los que lo practican, aun en privado, tuviere sobre el otro poder disciplinario o de mando, como ascendiente, guardador, maestro, jefe, guardián o en cualquier otro concepto que implique influencia de autoridad o de dirección moral, se le aplicará la pena de la seducción ilegítima, como único responsable.

4 Estudio Línea de Base con Población Trans y Mujeres Lesbianas de 4 Municipios Intervenidos. ADESENI, setiembre 2010.

5 Art. 36 Circunstancias agravantes. 5 Discriminación. Cuando se comete el delito por motivos raciales, u otra clase de discriminación referida a la ideología u opción política, religión o creencias de la víctima; etnia, raza o nación a la que pertenezca; sexo u orientación sexual; o enfermedad o discapacidad que padezca.

6 Art. 315 Discriminación, servidumbre, explotación. Quien discrimine en el empleo por razón de nacimiento, nacionalidad, afiliación política, raza, origen étnico, opción sexual, genero, religión, opinión, posición, económica, discapacidad, condición física, o cualquier otra condición

Sin embargo el nuevo Código no incluye explícitamente la orientación sexual entre los delitos contra los derechos y garantías reconocidos en la Constitución Política de Nicaragua, este vacío pudo solventarse con la voluntad expresa de legisladores y legisladoras, pero no lo hicieron.

En los artículos 427 y 428 se establece que quien impida o dificulte a otro el ejercicio de un derecho o una facultad prevista en la Constitución Política “por cualquier motivo o condición económica, social, religiosa, política, personal u otras condiciones”, será sancionado con prisión de 6 meses a un 1 o de trescientos a seiscientos días multa. El artículo 428 establece que quien públicamente promueva la discriminación tendrá penas de cien a quinientos días de multa,⁷ ninguno de estos artículos se hace extensivo a la discriminación por opción sexual e identidad de género.

De este modo los derechos sexuales gozan de protección legal únicamente cuando se trata del delito de discriminación y discriminación en el acceso al trabajo por opción sexual, sin hacerlos extensivos a ninguna otra esfera de la vida de las personas.

Servicios de salud y diversidad sexual

Con respeto a la diversidad sexual en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, mediante la Resolución Ministerial 249 del año 2009 el Ministerio de Salud⁸ mandató que todos los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados deben

social, será penado con prisión de seis meses a un año y de noventa a cincuenta días de multa”.

7 Art. 427 Discriminación. Quien impida o dificulte a otro el ejercicio de un derecho o una facultad prevista en la Constitución Política de la República de Nicaragua, leyes, reglamentos y demás disposiciones, por cualquier motivo o condición económica, social, religiosa, política, personal u otras condiciones, será sancionado con pena de prisión de seis meses a un año o de trescientos a seiscientos días multa.

Art. 428 Promoción de la discriminación. Quien públicamente promueva la realización de los actos de discriminación, señalados en el artículo anterior, será penado de cien a quinientos días multa.

8 Mediante la Resolución Ministerial 249 el Ministerio de Salud mandató que todos los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados deben promover acciones encaminadas a la erradicación de la discriminación por orientación sexual. Nicaragua, 2009.

promover acciones encaminadas a la erradicación de la discriminación por orientación sexual.

Sin embargo, la cultura patriarcal y sexista predomina y es frecuente el maltrato y la falta de conocimientos del personal de salud, -tanto de la Resolución como del trato humano- que deben brindar a las personas. Son frecuentes las quejas de las personas de la diversidad sexual que son atendidas en los servicios. Las personas trans no encuentran atención en los servicios de salud, el personal médico no ha sido capacitado para comprender las características y problemas específicos a abordar en estas consultas.

Es frecuente que personal médico aborda a las mujeres como si todas fueran heterosexuales, al hacer una historia clínica se centra en preguntar sobre la reproducción, embarazos y partos, pues presuponen que todas las mujeres cumplen con el mandato patriarcal. También desvalorizan los riesgos de usuarias lesbianas a las ITS, el VIH y el Sida, al cáncer génito mamario, entre otros.

Violencia contra lesbianas

En junio del año 2000 por primera vez en la historia de Nicaragua un jurado de conciencia declaró culpables a los asesinos de una muchacha lesbiana de 33 años -cuyo cuerpo fue encontrado en el fondo de una letrina-, después de comprobar durante el juicio que la opción sexual de la víctima había sido el motivo del crimen.

Ella se ganaba la vida criando cerdos y gallinas, desde joven sufrió la discriminación en su barrio porque nunca trató de esconder su opción sexual; un vecino le echó un camión encima sólo porque era lesbiana, después de ello quedó con problemas en una pierna.⁹ Un año antes del crimen el asesino la había acusado por el delito de sodomía y por eso la joven guardó prisión por dos meses.¹⁰ Dos hombres fueron declarados culpables del delito de asesinato atroz, sin embargo en agosto del año 2001 los magistrados del Tribunal de Apelaciones declararon nulo el proceso quedando impunes sus agresores.¹¹

9 Las lesbianas tienen derecho a la vida. La Boletina, Edición 34. Nicaragua.

10 Todos culpables por asesinato de lesbiana. El Nuevo Diario. 29 de junio 2000. Nicaragua.

11 No hay culpables en muerte de lesbiana. El Nuevo Diario, 21 de Agosto de 2001. Nicaragua.

En mayo 2012 veinte organizaciones de la diversidad sexual demandaron justicia “Ante los elevados niveles de violencia en contra de las personas trans, gays, lesbianas y bisexuales en Nicaragua”, las organizaciones y activistas se pronunciaron demandando justicia para las víctimas, castigo para los criminales y repudio a toda discriminación por identidad sexual”. Denunciaron que en cinco meses del 2012 “las organizaciones acompañamos dos casos que se pueden tipificar como crímenes de odio; las sobrevivientes de estos asesinatos, sus parejas y familiares padecen secuelas traumáticas debido a la saña con que fueron asesinadas estas personas.”¹²

En este contexto la Procuraduría Especial para la Diversidad Sexual reportó 34 denuncias entre el 2010 y el 2011. En mayo 2012 en Managua una joven finalista del certamen Miss Gay Nicaragua 2012 recibió un disparo en el pecho, otras dos ciudadanas trans han recibido disparos y tres activistas fueron amenazados con armas de fuego por individuos motorizados con pasamontañas.

Situación de las personas transgéneros y lesbianas

Según ADESENI, las personas trans y lesbianas viven situaciones de estigmatización, discriminación y violencia en los diferentes ámbitos en que interactúan por causa de la cultura machista, otro factor que se añade es la falta de información y la falta de participación de sus miembros en la defensa y promoción de sus propios derechos.

De acuerdo a un estudio del año 2010 sobre personas trans y lesbianas residentes en los municipios de Mateare, Nagarote, la Paz Centro y Ciudad Sandino¹³ se entrevistó a ochenta personas con el objetivo fue conocer la realidad de las personas trans y lesbianas y la respuesta social dada en esos municipios.

Una de las principales particularidades que presentó la población estudiada fue el bajo nivel educativo, acompañado de uno los factores que aumentan la vulnerabilidad como la falta de empleo, por ende la perpetuación de la pobreza que conlleva a la exclusión y desigualdad social sobre todo por su orientación sexual o identidad de género.

La mayoría de las personas trans y lesbianas de los municipios intervenidos no tienen conocimiento sobre herramientas jurídicas y políticas que promuevan el respeto por sus DDHH entendiendo por estas herramientas leyes, códigos, decretos, políticas y otras normas de carácter nacional e internacional.

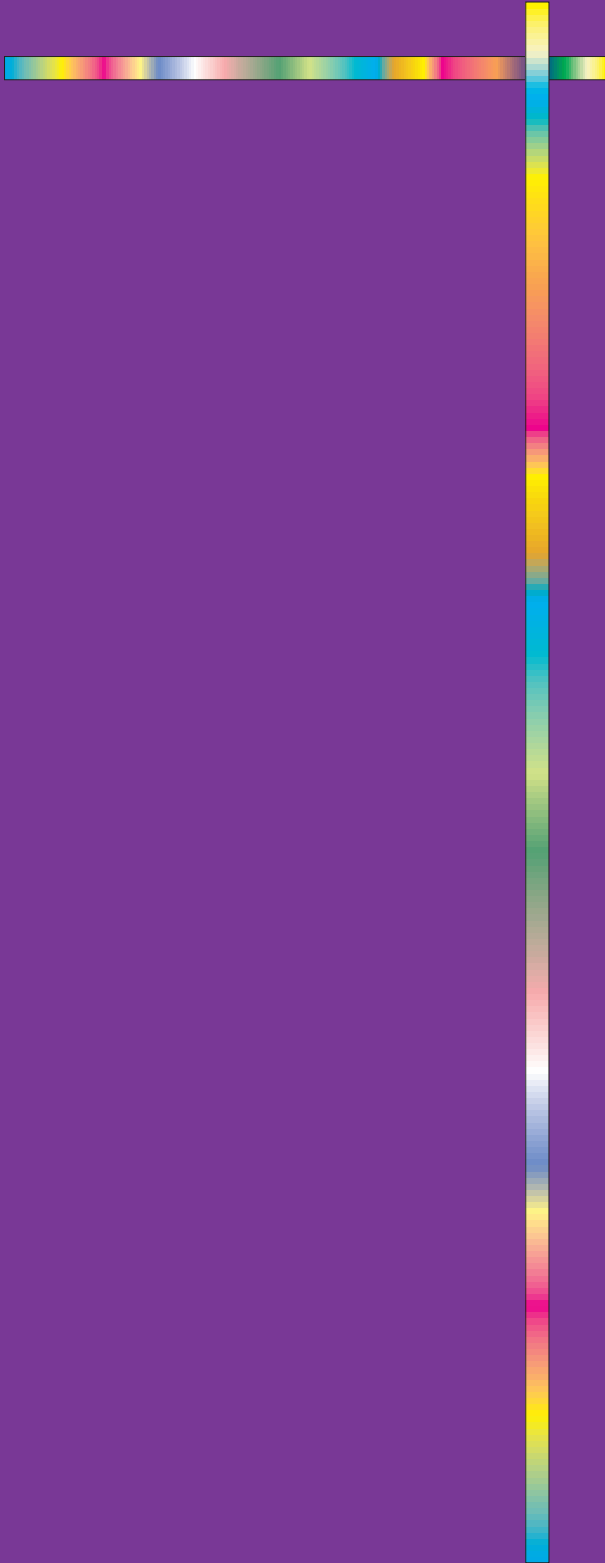
La percepción de la población en general de los municipios intervenidos es que son más visibles y fácil de identificar las personas trans que las mujeres lesbianas ya que las primeras “consideran que se reprimen menos” además que están empoderadas de sus derechos y expresan su orientación sexual e identidad de género libremente.

Es aceptado por los actores claves de los municipios como el personal del Ministerio de Educación, del Ministerio de Salud, de la Policía Nacional y Alcaldía que aun persisten los perjuicios hacia la comunidad trans y lesbica.

Se concluye que las manifestaciones de intolerancia “se expresan en la violación reiterada de los DDHH, negando al acceso de la educación, a la salud, a una vivienda y trabajo digno, o sea la negación de las oportunidades que permitan lograr un desarrollo integral de trans y lesbianas de nuestro país”.

¹² Pronunciamiento de 20 organizaciones de diversidad sexual de Nicaragua ante los atentados de odio y violencia. Mayo 2012. Nicaragua.

¹³ Estudio Línea de Base con Población Trans y Mujeres Lesbianas de 4 Municipios Intervenidos. ADESENI, setiembre 2010.



CAIRO + 20



Servicios Integrales para la Mujer

Facebook SI Mujer - Nicaragua - www.simujer.org.ni

direccion@simujer.org.ni - Apartado Postal 2109 Correo Central - Managua, Nicaragua