



► **SERIE DE LITIGIO ESTRATÉGICO**

Compendio de peritajes del caso: Beatriz Vs El Salvador

SERIE DE LITIGIO ESTRATÉGICO

Compendio de peritajes del caso:

Beatriz Vs El Salvador

© Primera Edición, 2025. San José – Costa Rica

Reservados todos los derechos

Centro por la Justicia y el derecho Internacional (CEJIL)

Teléfono: (506) 2280-7473

San José, Costa Rica

www.cejil.org

Edición

Seidy Salas Víquez

Diseño y diagramación

Clara Inés Angarita Castro



Disclaimer:



Esta publicación cuenta con el apoyo de Fós Feminista.

Los contenidos son responsabilidad exclusiva de CEJIL.



Contenido

Presentación	4
Resumen del caso	6
Línea del tiempo	8
Prólogo	10
Palabras de las contrapartes	13
Que el derecho a decidir sea una realidad para todas	13
Beatriz sigue presente	15
Compendio de Peritajes	18
A. Peritaje de Marta Beatriz Rondón	19
El impacto en la salud mental de las mujeres gestantes a consecuencia de la negativa de acceder a la interrupción de sus embarazos incluso cuando su vida, su integridad personal y salud se encuentra en peligro	19
B. Peritaje de Patricia Palacios Zuloaga	36
Estándares internacionales en materia de negación de servicios de aborto como una forma de tortura o de tratos crueles, inhumanos o degradantes en perjuicio de mujeres que requieren acceder a un aborto para proteger eficazmente su integridad personal, su salud y su vida	36
C. Peritaje de Norberto Reyes Paredes	62
Peritaje médico clínico ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso Beatriz y otros VS. El Salvador	62



Presentación

El Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL) es una organización regional no gubernamental sin fines de lucro que protege los derechos humanos en las Américas a través del uso estratégico de las herramientas provistas por el derecho internacional de los derechos humanos. Nuestra visión es la de un hemisferio democrático, en el que se respeten los derechos y la dignidad de todas las personas; para contribuir a ello CEJIL promueve que los Estados del continente americano adecuen sus marcos jurídicos, políticas y prácticas, a los estándares internacionales en materia de derechos humanos para lograr una mayor protección de las personas en el continente, en especial de aquellas en situación de vulnerabilidad.

CEJIL prioriza casos que reflejan temas paradigmáticos de violaciones endémicas de derechos humanos y trabaja con poblaciones discriminadas y excluidas en el hemisferio. Estos esfuerzos son complementados con actividades de incidencia y generación de conocimiento con actores clave. El papel de las víctimas es central en nuestro trabajo, así como la colaboración con defensoras y defensores de derechos humanos y organizaciones asociadas con las cuales litigamos, coordinamos esfuerzos, y compartimos logros.

En esta ocasión, CEJIL se complace en presentar la *Serie Litigio estratégico: Compendio de Peritajes*, en su cuarto volumen sobre el caso *Beatriz Vs México*, que recoge tres de los peritajes presentados ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) en el proceso de litigio de este emblemático caso de graves violaciones de derechos humanos, ocurrido en El Salvador. Los peritajes son informes técnicos o especializados elaborados por personas expertas en áreas específicas y tienen como objeto aportar información relevante que ayude al Tribunal a tener mayores criterios de análisis para la resolución de un caso. Para este compendio, hemos seleccionado aquellos que ofrecen información sobre el impacto del Lupus Eritematoso Sistémico (enfermedad que padecía Beatriz) en

la salud de una mujer embarazada, sobre las implicaciones en la salud mental de la negativa a interrumpir un embarazo que pone en riesgo la vida de la gestante y sobre la negativa de un aborto necesario para salvaguardar la salud, como forma de tortura.

Aprovechamos la ocasión para agradecer a cada uno y a cada una de las personas expertas que aportaron su tiempo y conocimientos, así como a nuestras contrapartes en este proceso, Ipas Latinoamérica y el Caribe, la Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto y la Colectiva Feminista para el Desarrollo Local. Y por supuesto, agradecemos a la familia de Beatriz por la confianza depositada en nosotras y el alto honor de haberles representado. Su valentía, persistencia e integridad son una luz que nos ilumina en los esfuerzos para que estos hechos nunca más vuelvan a ocurrir.

Esperamos que este documento, así como la serie completa, sean de utilidad para aquellas personas interesadas en el litigio internacional de los derechos humanos y para todas las que se sientan comprometidas con reforzar las demandas de víctimas que años después de los hechos, siguen clamando por justicia, con dignidad y valentía.

Claudia Paz y Paz Bailey

Directora CEJIL Programa Centroamérica y México

Gisela De León De Sedas

Directora jurídica CEJIL





Resumen del caso

Beatriz fue una mujer joven habitante de una zona rural de El Salvador, en pobreza extrema y enferma de lupus eritematoso sistémico, que luchó contra el Estado salvadoreño para que le permitiera interrumpir su segundo embarazo, un proceso que ponía en riesgo su salud y su vida. Un año atrás, a los 21 años, Beatriz había enfrentado un embarazo de alto riesgo debido a que padecía de anemia severa, artritis reumatoide, hipertensión arterial, preeclampsia y el agravamiento del lupus con nefropatía lúpica. Luego de una cesárea, nació su hijo prematuro, que requirió 38 días de internamiento.

Cuando el niño tenía apenas 9 meses, Beatriz quedó nuevamente embarazada. En esta ocasión, su cuerpo tenía menos posibilidades de soportar y llevar a término el embarazo, pero, además, los médicos diagnosticaron que el producto presentaba anencefalia, una malformación incompatible con la vida, pues implica que el feto no desarrolla adecuadamente ni el cráneo ni el cerebro. El personal médico coincidió en la necesidad de interrumpir el embarazo, como el mejor procedimiento para salvaguardar su vida y su salud. Sin embargo, en El Salvador, este procedimiento está prohibido en todas sus causales.

En 2013, la historia de Beatriz acaparó la atención de personas, organizaciones, medios de comunicación, sociedades médicas, líderes de opinión y tomadores de decisión en distintos países del mundo porque evidenció el impacto de la penalización absoluta del aborto. La negativa para flexibilizar las leyes y políticas en materia de aborto, así como la ausencia de voluntad política y acción inmediata para evitar afectaciones directas a Beatriz - incluso cuando su vida estuvo en mayor riesgo-, trascendió los límites territoriales y detonó la presión social nacional e internacional.

A pesar de los dictámenes médicos, la exigencia social y el monitoreo de organismos de derechos humanos, el Estado salvadoreño se negó a autorizar el procedimiento que Beatriz solicitó por todos los medios a su alcance. La joven fue

forzada a continuar con el embarazo inviable durante casi 3 meses más, a costa del detrimento de su salud física y emocional, así como del sufrimiento de su familia.

Finalmente, el 3 de junio de 2013, tras la intervención de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que dictó medidas urgentes a favor de Beatriz, el Estado salvadoreño fue obligado a interrumpir el embarazo de Beatriz, dando como resultado el nacimiento de una niña que murió a las pocas horas.

Beatriz, la mujer evidenció ante el mundo los graves impactos de la penalización absoluta del aborto en El Salvador, murió el 8 de octubre de 2017. Su deteriorado estado de salud no le permitió sobrevivir a las consecuencias de un accidente de tránsito. Para ese momento, Beatriz ya había manifestado su deseo de llevar su caso al Sistema Interamericano de Derechos Humanos, con el objetivo de que ninguna otra mujer sufriera como ella.

Con el impulso de la familia y las organizaciones que la venían acompañando, se inició un proceso de litigio internacional. El caso llegó a Audiencia Pública en el mes de marzo de 2023 y obtuvo sentencia en diciembre de 2025. La Corte Interamericana de Derechos Humanos condenó a El Salvador como responsable por la violación a los derechos humanos de Beatriz y a su familia.

Si bien la sentencia no aborda plenamente los impactos de la penalización absoluta del aborto, es un hito en la lucha por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en América Latina y un aliciente para que se mantenga y se renueve la lucha para que ninguna niña, mujer o persona gestante tenga que enfrentar lo que Beatriz sufrió. En memoria de Beatriz, la lucha por la justicia reproductiva continúa.



Línea del tiempo

Marzo, 2013

Beatriz llega al hospital con una crisis de salud. Está embarazada por segunda vez, pero en esta ocasión es inviable, pues el feto presenta serias malformaciones incompatibles con la vida extrauterina. El personal médico recomienda la interrupción del embarazo para evitar mayores riesgos a la frágil salud de Beatriz, pero el procedimiento está prohibido en El Salvador, por lo que los médicos no pueden actuar.

Abril, 2013

Con el acompañamiento de organizaciones feministas salvadoreñas, Beatriz inicia una batalla institucional y legal para que autoricen la interrupción del su embarazo. Ella declara que quiere vivir. La Sala Constitucional niega el amparo a Beatriz. Con este fallo, el personal médico queda imposibilitado para realizar el tratamiento adecuado. Las organizaciones acuden al Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

Mayo, 2013

Con un movimiento social nacional e internacional demandando se salve la vida de Beatriz, las organizaciones acompañantes y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos piden la intervención de la Corte IDH. La Corte otorga medidas urgentes para proteger a Beatriz y ordena la interrupción del embarazo.

Noviembre, 2013

81 días después, Beatriz es intervenida para interrumpir su embarazo. Como estaba previsto, la criatura no sobrevive. Beatriz y su familia deciden demandar al Estado e inician el proceso ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

Octubre, 2017

Beatriz muere a causa de una neumonía adquirida en el hospital, luego de ser ingresada por un accidente de tránsito. La salud de Beatriz era demasiado frágil para resistir más. Su hijo, quien nació prematuro en 2012, queda huérfano a los 5 años y al cuidado de su familia.

Marzo, 2023

La Corte IDH realiza su audiencia pública en el Caso Beatriz Vs El Salvador. El evento es acompañado por movilizaciones solidarias en Latinoamérica y el mundo, que exigen justicia para Beatriz

Diciembre 2024

En medio de una presión sin precedentes, por parte de grupos anti derechos, la Corte IDH emite su sentencia, en la cual encuentra a El Salvador responsable por la violación a los derechos los derechos a la integridad personal, a la vida privada, a la salud y a la protección judicial de Beatriz y a la integridad personal de sus familiares.



Prólogo

A finales de los años noventa El Salvador reformó su Código Penal para prohibir el aborto de forma absoluta y sin ninguna excepción. Esta reforma normativa ha sido acompañada además por una política criminal de persecución a adolescentes, mujeres y personal de la salud.

Según una investigación de la Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto, entre los años 2000 y 2014, al menos 147 mujeres fueron procesadas por los delitos de aborto u homicidio agravado. De estos 147 casos, en el 44% de los casos judicializados, se aplicó la detención provisional, de manera que las mujeres pasaron directamente de la cama del hospital a un centro de detención¹.

En contravención de sus obligaciones internacionales, así como de numerosas recomendaciones y llamados de órganos internacionales que El Salvador ha incumplido, la penalización total ha tenido consecuencias graves en la vida, salud, integridad y libertad de las mujeres, y particularmente en su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Esta realidad afecta de manera diferenciada a aquellas jóvenes y mujeres que – como Beatriz- viven en comunidades rurales, tienen baja escolaridad y enfrentan una situación de pobreza y exclusión.

Además de a las mujeres, la prohibición absoluta del aborto en El Salvador impacta a los y las profesionales de la salud que no pueden cumplir con sus obligaciones éticas y profesionales y muchas veces se sienten obligados a denunciar a las mujeres que sufren emergencias obstétricas, abortos espontáneos o que incluso, manifiestan su voluntad de que se interrumpa su embarazo. A pesar de que un aborto sea la única opción para salvar la vida de la mujer, el personal médico no lo lleva a cabo por miedo a ser criminalizados. Esto fue lo que sucedió en el caso de Beatriz.

¹ Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto Terapéutico, Ético y Eugenésico de El Salvador. “Del hospital a la cárcel. Consecuencias para las mujeres por la penalización sin excepciones, de la interrupción del embarazo en El Salvador”. San Salvador. Septiembre de 2015

Ante la solicitud de Beatriz, las representantes y su familia iniciamos el largo camino por la justicia ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Once años después de presentada la solicitud inicial, en el último día laboral de 2024, la Corte IDH, convocó a las partes para notificar su decisión.

La sentencia de la Corte IDH generó enorme anticipación, no solo en quienes representábamos a la familia, sino también entre cientos de organizaciones aliadas a lo largo del continente y entre grupos que se oponen al reconocimiento del derecho de las mujeres a elegir vivir en casos como el de Beatriz. Estos grupos desarrollaron una campaña de presión sin precedentes, en la que acusaron a la CIDH de haber presentado un caso fraudulento, tildaron a la Corte de imparcial y llamaron a El Salvador – y a otros países- a retirarse del Sistema Interamericano de Derechos Humanos

En la sentencia, que es de cumplimiento obligatorio y de carácter inapelable, el Estado de El Salvador fue condenado internacionalmente y, en consecuencia, se le ordenó reparar a las víctimas y adoptar medidas para que estos hechos no vuelvan a repetirse. La Corte IDH determinó que el Estado había violado los derechos a la integridad personal, a la vida privada, a la salud y a la protección judicial de Beatriz y a la integridad personal de sus familiares.

La sentencia del caso Beatriz y otros vs El Salvador nos permite avanzar hacia el horizonte de la justicia reproductiva. Es una decisión histórica, que se suma a una larga cadena de casos que las mujeres han impulsado tras no encontrar justicia independiente, pronta e idónea en sus países. Es producto de la valentía de una joven madre que alzó su voz, de su familia, de las compañeras salvadoreñas que nunca la dejaron sola, de las organizaciones que hemos tejido juntas, de las mujeres que coordinamos articuladamente, de todas las y los ciudadanos que se han unido a este grito centroamericano, latinoamericano, mundial por la justicia para Beatriz y para y todas las mujeres. La sentencia de la Corte no es un punto de llegada, es un lugar desde el cual reconocer que hemos avanzado y mirar hacia donde seguir. Esta decisión es un peldaño más que nos impulsa a mirar a ese horizonte con renovada convicción. Esta decisión es, además, producto de una estrategia colectiva que implicó la continua articulación y creación de alianzas.

Aportes de especialistas

Durante el trámite, la Corte IDH recibió más de cien escritos en calidad de *amicus curie*, ochenta de ellos de aliadas de la causa de Beatriz acercando argumentos, investigaciones y precedentes relevantes para la decisión.

En el marco de este litigio internacional, la Corte también recibió declaraciones periciales de especialistas en diversas áreas del conocimiento, propuestos por las representantes para la adecuada resolución del caso. Entre ellos, el peritaje rendido



Beatriz Vs El Salvador

por la Dra. Patricia Palacios sobre la negativa de proporcionar servicios de aborto a mujeres que los necesitan para proteger su integridad, salud y vida, como una forma de tortura, a la luz de los estándares internacionales de derechos humanos.

Este peritaje también desarrolla la necesidad de incorporar la perspectiva de género para determinar si se ha cometido tortura cuando un tratamiento médico es negado a una mujer.

En esta misma línea se inscribe el peritaje de la Dra. Marta Beatriz Rondón, sobre el impacto en la salud mental de las mujeres gestantes de la negativa de acceder a la interrupción de sus embarazos cuando su vida, su integridad personal y su salud se encuentran en peligro.

Ambos peritajes dan cuenta de la importancia de mirar todas las aristas del problema de la penalización absoluta del aborto, en un contexto generalizado de desprotección de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, también ofrecen revisiones detalladas de elementos que se deben tomar en cuenta para un abordaje adecuado de medidas de no repetición.

En esta publicación también se incluyen apartados del peritaje del Dr. Norberto Reyes que permiten comprender cómo impacta un embarazo en la salud de una mujer con los padecimientos de Beatriz, información indispensable para comprender la complejidad de su caso.

Esperamos que estos tres peritajes contribuyan a la comprensión del caso Beatriz Vs El Salvador, pero sobre todo, que se sumen a fortalecer las prácticas del litigio estratégico internacional de los derechos humanos.

Marcela Martino Aguilar

Directora Adjunta para Mesoamérica

CEJIL



Palabras de las contrapartes

**Que el derecho a decidir
sea una realidad para todas**

MSc Marisol Escudero

Subdirectora de Incidencia - Ipas LAC

En los últimos años, diversos Estados de la región han avanzado en sus leyes hacia la despenalización del aborto. Sin embargo, todavía al menos 7 países, como El Salvador, prohíben de manera absoluta la interrupción del embarazo, incluso cuando su continuación representa un inminente riesgo para la salud o vida de la persona.

Las leyes que penalizan el aborto son políticas que estigmatizan y criminalizan el ejercicio de la autonomía reproductiva. Promueven contextos de persecución penal durante la atención de emergencias obstétricas e impiden al personal de salud actuar conforme a su criterio clínico. También obligan a las mujeres y personas gestantes a continuar con embarazos en contra de su voluntad y ponen en riesgo su integridad física y mental.

Ipas Latinoamérica y el Caribe (Ipas LAC) es una organización perteneciente a una red internacional sin fines de lucro que trabaja en 4 continentes para asegurar que todas las mujeres y personas con capacidad de gestar puedan elegir sobre su reproducción. Nuestro trabajo en la región latinoamericana incluye la vinculación con distintas organizaciones, instituciones y gobiernos para avanzar en la garantía de los derechos reproductivos de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Sumamos esfuerzos para mejorar la calidad y el acceso a servicios de aborto seguro y anticoncepción, con base en evidencia científica y un marco de respeto y garantía a los derechos humanos.



Beatriz Vs El Salvador

La falta de acceso al aborto seguro es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en los países de Latinoamérica.² La Organización Mundial de la Salud le reconoce como un servicio de salud esencial y recomienda a los Estados su despenalización total para garantizar que las niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestar tengan acceso al más alto estándar de salud sexual y reproductiva.³

Los hechos ocurridos a Beatriz y su familia son representativos de las barreras que enfrentan las mujeres en condiciones vulnerables para acceder a una interrupción del embarazo de forma oportuna y las situaciones extremas a las que son expuestas en la búsqueda de servicios que respondan a sus necesidades en contextos restrictivos al aborto.

La Audiencia Pública del Caso significó una oportunidad única para dar voz frente a los Jueces de la Corte Interamericana de Derechos Humanos al personal de salud al que las leyes en El Salvador, les impidieron realizar la interrupción del embarazo a Beatriz de forma oportuna, lo cual era el tratamiento adecuado para salvaguardar su salud y vida.⁴ Asimismo, el testimonio clínico y de la madre de Beatriz, mostraron las afectaciones a su salud mental, situación que enfrentan las mujeres a quienes se les niega un aborto⁵ y las vulneraciones a sus derechos humanos conforme a los estándares internacionales derivadas de estos hechos.⁶

El Caso contó también con el solidario apoyo del movimiento internacional y regional feminista por la justicia reproductiva a través de la presentación de amicus curiae. Su presencia en la Audiencia y las calles de San José, Costa Rica con pañuelos verdes alzaron el llamado de justicia de Beatriz y su familia.

Queremos agradecer en este espacio a Beatriz y su familia por su confianza y permitirnos acompañarles en este proceso. Admiramos y reconocemos la valentía con la que emprendieron este largo camino ante del Sistema Interamericano con el objetivo de que ninguna otra mujer o persona con capacidad de gestar, tenga que pasar por una situación similar.

También agradecemos a CEJIL, la Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto y la Colectiva Feminista para el Desarrollo Local por permitirnos conformar un equipo excepcional de contrapartes, y a todas las personas expertas y activistas que contribuyeron al acompañamiento del caso.

2 Maternal mortality in Latin America and the Caribbean, Schwarcz, Ricardo et al., The Lancet, Volume 356, S11.

3 Organización Mundial de la Salud, Directrices sobre la atención para el aborto, 2022.

4 Como lo explica el peritaje del Dr. Reyes.

5 Como lo describe la Mtra. Rondón en su peritaje.

6 Según lo desarrolla la Dra. Palacios en su peritaje.

Desde Ipas LAC continuaremos trabajando para construir un mundo en el que las leyes no estigmaticen y criminalicen la autonomía reproductiva. Seguiremos colaborando con nuestras aliadas para respaldar a más Beatrices y familias buscando justicia hasta que el derecho a decidir sea una realidad para todas.

Beatriz sigue presente

Morena Herrera

Presidenta - Colectiva Feminista para el Desarrollo Local

Mi primer contacto con Beatriz fue a través de un correo que tenía información sobre ella. Cuando lo vi pensé que era una suma de tragedias, pero había que verificar si todo era cierto. Esa misma tarde le conté a Sara. Al día siguiente ella fue al hospital, pero me dijo que ya le habían dado de alta. A través de las redes de mujeres logramos encontrar a Beatriz. Una compañera me llamó para avisarme que ya estaban afuera de su casa.

“Hacele tres preguntas”, le dije, “una, si está enterada de su diagnóstico; dos, si está enterada de la recomendación que hacen los médicos de la interrupción del embarazo y si está de acuerdo con ella; y tres, si quiere que le apoyemos”. Beatriz respondió a las tres con un sí. Al día siguiente vino a San Salvador.

Cuando hablamos por primera vez, ella me preguntó: “¿Y ustedes por qué hacen esto?”. Yo le respondí que porque nosotras apoyamos los derechos de las mujeres y que si a ella no le aprobaban esa intervención, le estarían violando un derecho. También le dije que nosotras no íbamos a supeditar la lucha por los derechos de todas a la lucha por sus derechos. Nosotras siempre íbamos a respetar lo que ella decidiera. Y entonces esa misma tarde nos dio un poder de representación.

Al día siguiente, un abogado se fue con ella al hospital con la indicación de pedirle al hospital que le hiciera la intervención y que nosotras, como organización, no haríamos nada público. Los médicos le dijeron: “Si te lo hacemos, la primera que va a ir a la cárcel sos vos y después vamos nosotros. Entonces no podemos”. Pero la posición de Beatriz era muy simple. Ella nos decía: “Yo quiero que me lo hagan porque yo ya viví un parto complicado y no quiero llegar a eso. Quiero vivir porque tengo un niño y lo quiero cuidar”. Ella no negaba la maternidad. Al contrario, ella quería vivir la maternidad. A mí, desde el inicio, me resultó muy conmovedora esa combinación. Y ahí fue cuando su lucha salió a la luz, como la primera demanda de justicia, para que pudiera vivir.

Más adelante hubo otro momento que me impactó. Estábamos conversando cuando le entró una llamada. Luego me contó que era de una mujer directiva de



Beatriz Vs El Salvador

una fundación, que le ofreció llevarla a un hospital que era como un hotel, trabajo para su marido y una casa. Todo a cambio de que desistiera de su petición. Para la realidad de esa muchacha con aquella criatura desnutrida (su hijito pequeño), jugando así en el suelo, era una cosa tentadora. Pero Beatriz se negó a desistir. Era una sencillez, pero al mismo tiempo una firmeza muy grande, que me comprometió desde el inicio.

Beatriz no quería hablar con los medios de comunicación. Tenía manchas en la cara por la enfermedad y no quería que se le vieran. Nosotras tratábamos de que los medios de comunicación no la abordaran, pero la situación se fue poniendo tan tensa que le tuvimos que pedir a la ministra de salud que la internara en el hospital y nosotras la íbamos a acompañar. Organizamos turnos, a punta de voluntariado, para estar con ella.

Dos de mis hijas fueron a cuidar a Beatriz. La pequeña tenía su misma edad y le tocó ir toda la noche. Llevaba esmaltes de uñas para que pasaran entretenidas. Cuando le pregunté cómo pasaron, mi hija me dijo: "Mirá, me ha impresionado que tenemos la misma edad y yo tengo sueños, yo tengo aspiraciones, yo quiero hacer cosas y a ella se las están acortando".

Cuando Beatriz estaba en el hospital, en El Salvador había un diálogo nacional. No era un diálogo auspiciado por el gobierno ni por nosotras. La gente opinaba a veces sin razón, sin información o a veces con más información. Se discutía en los mercados, en los colegios. Mi hija me dijo que en la universidad se había puesto el tema en discusión. Tenían temor porque no sabían cómo iba a responder una compañera evangélica. Pero a todas las conmovió su respuesta. Dijo que su madre, diabética, había estado embarazada de su hermano en condiciones de alto riesgo. El médico le propuso interrumpir el embarazo a cambio de dinero, pero ella se negó. "Yo muchas veces la vi que casi se moría. Y si mi mamá hubiera decidido en ese momento interrumpir aquel embarazo, yo la habría apoyado, ¿por qué, si estaba dispuesta a apoyar a mi mamá, no voy a apoyar a Beatriz?". En ese instante, me contó mi hija, todo el salón estaba llorando.

Cuando la criatura que tuvo Beatriz murió, la apoyamos en el entierro y logramos que no llegaran los medios, porque la persecución era total. Más tarde hablamos con ella, le preguntamos qué quería hacer. Me dijo que se quería recuperar, poner una tiendita. Pero, me dijo: "Es muy duro lo que me ha pasado. Yo no quisiera que ninguna mujer pasara lo que yo he vivido." Fue ahí cuando le dije que tenía un camino, el del Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

Nosotras seguimos conectadas con Beatriz durante todo ese tiempo. Ella vendía quesos y una vez a la semana llegaba a la Casa de Todas con una hielera. Comprarle quesos y recibirla era como una manera de acompañarla, de apoyarla.

Nunca estuvimos despegadas. Pero ella muere. Fue una cosa muy dura. La mamá estaba destrozada, pero le tuvimos que preguntar si quería continuar. Y fue muy clara también, dijo: "Yo voy a seguir lo que mi hija quería. Voy a hacerlo porque ella quería que esta realidad cambie". Entonces también se fue construyendo con la mamá una relación de confianza y de compromiso.

Nosotras estábamos seguras de que era imposible no obtener una decisión a favor de Beatriz. Nos parecía demasiado evidente que la Corte no se pondría contra la petición de ella. Eso, por una parte, nos daba convicción. Pero, por otro, había una oposición muy fuerte y organizada, que hizo que nos entrara un susto terrible. Ahí nos dimos cuenta: esta lucha no era solo nuestra, era del movimiento feminista, y teníamos que recurrir al movimiento feminista para que nos apoyara. Nosotras estábamos seguras de que solas no podíamos, pero que no teníamos por qué hacerlo solas. Lo de Beatriz no era una experiencia que solo hubiera estado con nosotras. Ella le había puesto rostro a las cosas que decíamos y había conmovido a medio mundo.

Por una parte, yo sentí que el hecho de que la Corte escuchara el caso de Beatriz ya era un paso. Yo viví la audiencia como el reconocimiento justo de que el caso existía, de que se podía alcanzar justicia. Había oposición, pero yo creo que ellos sabían que la verdad de Beatriz es incontestable. Por eso se movieron tanto, por eso necesitaban hacer mucha bulla y mucha presión para nublar esa verdad de Beatriz.

Una vez que se obtuvo la sentencia y la Corte encontró culpable a El Salvador por violentar los derechos de Beatriz, nosotras le dijimos a su mamá que no estábamos seguras de si el gobierno iba a hacer el acto de reconocimiento, porque era un gobierno demasiado prepotente para asumir la responsabilidad estatal de pedir perdón. Pero eso no quiere decir que no debiera haber reparación simbólica. Por eso la organizamos nosotras, allí donde la mamá de Beatriz nos dijo: en su comunidad. Llegaron grupos de mujeres de todo el país y aún sigue habiendo presencia. Es algo que sigue inspirando. Beatriz sigue inspirando.

No sé cuánto tiempo vamos a pasar en este oscurantismo en El Salvador, pero yo estoy segura de que esa realidad va a cambiar y que una de las esquinas por donde va a cambiar es en la lucha por los derechos de las mujeres, por los derechos de las mujeres jóvenes y por los derechos de las mujeres que viven en situación de pobreza. Es un compromiso que abre puertas. Y Beatriz seguirá presente en la lucha de las mujeres por sus derechos. Va a seguir alumbrando esas luchas.





Compendio de peritajes

- A.  El impacto en la salud mental de las mujeres gestantes a consecuencia de la negativa de acceder a la interrupción de sus embarazos incluso cuando su vida, su integridad personal y su salud se encuentra en peligro.

Marta Beatriz Rondón Rondón

- B.  Estándares internacionales en materia de negación de servicios de aborto como una forma de tortura o de tratos crueles, inhumanos o degradantes en perjuicio de mujeres que requieren acceder a un aborto para proteger eficazmente su integridad personal, su salud y su vida.

Patricia Palacios Zuloaga

- C.  Peritaje médico clínico ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso Beatriz Vs El Salvador.

Norberto Reyes Paredes

A. Peritaje de Marta Beatriz Rondón

El impacto en la salud mental de las mujeres gestantes a consecuencia de la negativa de acceder a la interrupción de sus embarazos incluso cuando su vida, su integridad personal y salud se encuentra en peligro.

Marta Beatriz Rondón Rondón⁷

Introducción

Este peritaje se enfoca en el impacto en la salud mental de las mujeres gestantes a consecuencia de la negativa de acceder a la interrupción de sus embarazos, incluso cuando su vida, integridad personal y salud se encuentra en peligro.

Estableceré que la negativa de interrumpir un embarazo, en particular cuando es el tratamiento médico recomendado para resguardar su vida, su salud e integridad, impacta en la salud mental de la mujer. Describiré detalladamente dichas afectaciones, que en mi experiencia pueden ser calificadas como daño severo y estableceré, asimismo, con base en la literatura científica de alto nivel de confiabilidad, que hay grupos especialmente vulnerables al daño a la salud mental

⁷ Marta Beatriz Rondón es psiquiatra y máster en políticas y servicios de salud mental por la Universidad de Nova de Lisboa. Por más de 10 años trabajó en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, el más grande del Perú, adscrita al Servicio de Cuidados Críticos Obstétricos. Desde el año 2016 se desempeña como consultora en psiquiatría en el Instituto Nacional Materno Perinatal, a cargo de la atención de las mujeres afectadas por la violencia basada en género y afectadas en su salud mental por un embarazo producto de la violencia, complicado por malformaciones fetales o por patología concurrente, ya sea física o mental. Ha conceptualizado el daño a la salud mental de los eventos reproductivos para que las Juntas Médicas que manda la norma técnica peruana para el aborto terapéutico se vean adecuadamente informadas de la naturaleza y la magnitud del daño en cada caso.



y el sufrimiento, como son las mujeres en situación de pobreza, con menor educación, con antecedentes de padecimientos mentales o físicos comórbidos o aquellas sometidas a la violencia de pareja. Describiré la afectación particular que ocurre en las mujeres que no pueden acceder a una interrupción del embarazo para la protección y salvaguarda de su integridad y de su vida por razones puramente legales, y la disonancia cognitiva que representa para las mujeres saber que, de existir otros tratamientos, podrían acceder a ellos, pero no a la interrupción del embarazo, a pesar de ser una atención de salud esencialmente similar a otras.

Para la realización de este trabajo he procedido a realizar una revisión selectiva de la literatura, buscando en Pubmed, Redalyc y Scopus y también utilizo como fuente de este peritaje mi propio conocimiento y experiencia en la atención de pacientes, por más de 10 años en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, el más grande del Perú, adscrita al Servicio de Cuidados Críticos Obstétricos; y como consultora en psiquiatría en el Instituto Nacional Materno Perinatal, a cargo de la atención de las mujeres afectadas por la violencia basada en género y afectadas en su salud mental por un embarazo producto de la violencia, complicado por malformaciones fetales o por patología concurrente, ya sea física o mental.

1. La negativa del aborto terapéutico impacta negativamente sobre la salud mental de las mujeres

La interrupción terapéutica del embarazo es un aborto indicado que ocurre luego de un diagnóstico médico que establece su necesidad.

El aborto terapéutico, (AT) como también se conoce, se realiza en diferentes partes del mundo para proteger la salud y la vida de las mujeres embarazadas⁸ y se ofrece cuando peligró la vida de la madre, el feto es inviable o cuando el embarazo puede causar un daño físico o mental a la mujer. El daño a la salud mental de la mujer ocurre porque ella se ve sometida a un distress patológico⁹.

Se trata de un evento obstétrico y es una prestación de salud que se encuentra disponible en la mayoría de los países.

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología refiere que “el embarazo es una situación que le impone muchos cambios al cuerpo de las mujeres, algunos de los cuales pueden exacerbar condiciones preexistentes, por ejemplo, insuficiencias cardíacas o renales, poniendo la vida de la gestante en serio riesgo. Existen pues, situaciones en las que la interrupción del embarazo es

8 United Nations Population Division. Abortion Policies. 2002. Available from: <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/>

9 El distress patológico o estrés tóxico es una respuesta anormal prolongada a un estresor, con riesgo de daño estructural o funcional de uno o varios órganos debido a un desarreglo de la respuesta neuro endocrino e inmune que lleva a un estado de elevación permanente del cortisol (que da lugar a muerte celular llamada apoptosis) y alteraciones de la inflamación, que dañan los órganos como el cerebro, los riñones y el corazón. Franke HA. Toxic Stress: Effects, Prevention and Treatment. Children (Basel). 2014 Nov 3;1(3):390-402. doi: 10.3390/children1030390. PMID: 27417486; PMCID: PMC4928741

la única forma de salvar la vida de la mujer o proteger su salud. El compromiso de los médicos es la protección de la vida de la persona a quien atiende. En este contexto, a veces el aborto es necesario desde un punto de vista médico”¹⁰.

Aún más, afirman que “el aborto inducido es un componente esencial del cuidado de la mujer”¹¹ y recuerdan que las mujeres que necesitan un aborto, independientemente de las razones que las han llevado a ese punto, merecen ser tratadas con respeto, privacidad, dignidad y apoyo¹².

La Federación Internacional de Gineco Obstetricia (FIGO) por su parte, afirma que el aborto es un servicio médico esencial, con un criterio de oportunidad (no se puede hacer en cualquier momento).

Es una parte integral de los servicios de salud sexual y reproductiva, equidad de género, justicia reproductiva y acceso universal a la salud¹³.

Además de las prestigiosas sociedades científicas mencionadas, la literatura especializada de alta calidad también reconoce que el aborto es, sobre todo una prestación médica cuyo fin es proteger la salud y el bienestar de las mujeres. Así, The Lancet convocó una comisión en 2018 para examinar el estado de la salud sexual y reproductiva¹⁴ y reconoció que el acceso al aborto y al cuidado post aborto es una prestación de salud indispensable para garantizar la salud y la vida de las mujeres.

La interrupción terapéutica del embarazo procede cuando hay un factor que pone en riesgo la salud o la vida de la mujer. Esto ocurre independientemente del deseo de la mujer de ser madre, es decir de la intención reproductiva de la mujer y por ello, tiene una carga traumática con un efecto terapéutico intrínseco. La única manera de resolver esta paradoja es reconociendo que el valor que la sociedad le asigna a la vida humana actual de la persona gestante y a su salud es mayor, hecha la ponderación, que el valor asignado a la vida del concebido.

Existen muchos factores que confluyen para dar lugar a una solicitud de interrupción terapéutica del embarazo, y muchas veces ésta causa sufrimiento a la mujer y a su familia. En estas circunstancias, la mujer deberá, en el marco de una situación compleja, decidir entre arriesgar su salud y vida o interrumpir su gestación¹⁵.

10 American College of Obstetricians and Gynecologists, Abortion can be medically necessary en <https://www.acog.org/news/news-releases/2019/09/abortion-can-be-medically-necessary> visto el 15/11/2022

11 American College of Obstetricians and Gynecologists, Facts are important; Abortion is healthcare en American College of Obstetricians and Gynecologists, visto 16/11/2022

12 Abortion Policy. Statement of Policy. American College of Obstetricians and Gynecologists. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2017.

13 FIGO Statement September 2021 Addressing barriers to safe abortion, en https://www.spdc.pt/images/FIGO_Statement_Addressing_Barriers_to_Safe_Abortion_EN.pdf, visto el 14/11/2022

14 Executive Summary of Lancet Sexual and Reproductive Health Series. The Lancet

15 Di Giacomo, E., Pessina, R., Santorelli, M., Ruco, D., Placenti, V., Aliberti, F., Colmegna, F., & Clerici, M. (2021). Therapeutic termination of pregnancy and women's mental health: Determinants and consequences. *World journal of psychiatry*, 11(11), 937–953. <https://doi.org/10.5498/wjpv.11.i11.937>

Beatriz Vs El Salvador

La solicitud de un aborto terapéutico no es una decisión fácil, ni superficial y se asocia a mayor sufrimiento subjetivo que en el caso otros tipos de abortos: el aborto terapéutico ocurre en un contexto de enfermedad previa y de amenaza para la vida y la salud, en el que la mujer se ve obligada a escoger. No es un recurso fácil ni inocuo. La mujer que desafortunadamente debe someterse a una interrupción terapéutica padece circunstancias que amenazan su salud y su vida, en un contexto, las más de las veces, en los extremos de la edad reproductiva¹⁶, de falta de educación, pobreza e inseguridad alimentaria¹⁷, migración¹⁸, desempleo y exposición a la violencia de género¹⁹.

Hay un riesgo de consecuencias desfavorables, en general transitorias, para la salud mental de las mujeres que se someten a una interrupción terapéutica del embarazo (no un aborto inducido voluntario): alrededor del 10% presentan emociones negativas como ansiedad y depresión, sobre todo en aquellas que ya presentaron algún trastorno mental previo²⁰. El 22% de las mujeres que vive la experiencia de una interrupción terapéutica presentará trastorno de estrés post traumático, por la severidad del trauma de saber que: 1) La gestación la puede matar o 2) El feto está severamente malformado y no va a vivir²¹.

La afectación de la salud mental por el aborto terapéutico en algunas mujeres vulnerables nos hace notar la estrecha relación entre el bienestar emocional de las mujeres y los eventos de la salud sexual y reproductiva. El fracaso reproductivo puede significar una injuria a la percepción de auto eficacia de la mujer, así como desencadenar eventos en su entorno y en su medio interno que la lleven a perder el delicado balance que mantiene a las mujeres libres de depresión y ansiedad. Circunstancias que disminuyen la resiliencia, como son los eventos adversos tempranos y la exposición a la violencia de la pareja en los últimos doce meses, la falta de apoyo conyugal y familiar, la pobreza, la falta de educación y de acceso a los servicios de salud y las enfermedades físicas preexistentes incrementan el riesgo de las alteraciones emocionales en el periodo luego de un aborto tardío o un parto²².

- 16 Bose S, Trent K. Socio-demographic determinants of abortion in India: a north-South comparison. *J Biosoc Sci* 2006; 38: 261-282 [PMID: 16202178 DOI: 10.1017/S0021932005026271]
- 17 Taft AJ, Watson LF. Termination of pregnancy: associations with partner violence and other factors in a national cohort of young Australian women. *Aust N Z J Public Health* 2007; 31: 135-142 [PMID: 17461004 DOI: 10.1111/j.1753-6405.2007.00031.x]
- 18 Rasch V, Gammeltoft T, Knudsen LB, Tobiassen C, Ginzel A, Kempf L. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *Eur J Public Health* 2008; 18: 144- 149 [PMID: 18065434 DOI: 10.1093/eurpub/ckm112]
- 19 Chibber KS, Biggs MA, Roberts SC, Foster DG. The role of intimate partners in women's reasons for seeking abortion. *Womens Health Issues* 2014; 24: e131-e138 [PMID: 24439939 DOI: 10.1016/j.whi.2013.10.007]
- 20 Zolese G, Blacker CV. The psychological complications of therapeutic abortion. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 742-749 [PMID: 1617354]
- 21 Kersting A, Kroker K, Steinhard J, Hoernig-Franz I, Wesselmann U, Luedorff K, Ohrmann P, Arolt V, Suslow T. Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth—a 14-month follow up study. *Arch Womens Ment Health* 2009; 12: 193-201 [PMID: 19266250 DOI: 10.1007/s00737-009-0063-8]
- 22 Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic

Que la decisión de la mujer de terminar una gestación porque su vida o su salud peligran traen consecuencias para su salud mental, muestra con claridad que hay un sufrimiento intenso, por:

- a. un conflicto de valores con el temor de perder o ver afectada la propia vida y de abandonar las responsabilidades y compromisos con otros hijos o personas del entorno, y el duelo de perder al hijo idealizado.
- b. la necesidad de trasgredir normas sociales internalizadas acerca de la abnegación de la maternidad para proteger la propia vida²³.
- c. la incertidumbre respecto de la propia salud reproductiva y posibilidad de volver a embarazarse luego del procedimiento.

Esta decisión es, por tanto, muy dura y se toma bajo los efectos de la enfermedad, los procedimientos médicos, y la medicación; habitualmente en un ambiente hospitalario y bajo la presión del tiempo. Es un triunfo del instinto de conservación y de la autonomía de la mujer. La enfrenta a un proceso psicológico complejo cuyo resultado puede ser la enfermedad mental crónica.

No debe sorprender entonces que el fracaso en conseguir el aborto que permitiría recobrar la salud traiga consecuencias aún más graves y predecibles para las mujeres.

En primer lugar, las enfermedades que al agudizarse o no atenderse agravan el riesgo de vida, producen miedo a morir, una reacción ansiosa que todas las personas experimentamos en mayor o menor medida, pero que se exagera geométricamente frente a un diagnóstico de enfermedad grave, frente a la intensificación o agravamiento de una enfermedad de curso crónico o de otros eventos que pongan en riesgo la vida²⁴.

El miedo a la muerte es mayor cuando hay una mayor percepción de estrés: pobreza, desamparo, violencia, escasa educación, resonancia mediática del factor amenazador (como ocurrió en la pandemia). Estas son circunstancias que profundizan el miedo a la muerte²⁵.

El miedo a morir distorsiona el funcionamiento emocional de la persona, y puede conducirla al suicidio, para escapar del intenso sufrimiento que produce. Este temor es un predictor de psicopatología severa: se ha encontrado que intensifica los síntomas de doce trastornos mentales, a saber: trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad

review. Bulletin of the World Health Organization, 90(2), 139G–149G. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850>

23 Rondon M. B. (2003). From Marianism to terrorism: the many faces of violence against women in Latin America. *Archives of women's mental health*, 6(3), 157–163. <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0169-3>

24 Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Rosenblatt, A., Veeder, M., Kirkland, S., & Lyon, D. (1990). Evidence for terror management II: The effects of mortality salience on reactions to those who threaten or bolster the cultural worldview. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), 308–318. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.2.308>

25 Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Rosenblatt, A., Veeder, M., Kirkland, S., & Lyon, D. (1990). Evidence for terror management II: The effects of mortality salience on reactions to those who threaten or bolster the cultural worldview. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), 308–318. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.2.308>

social, trastorno de pánico, depresión mayor, depresión persistente, trastorno somatoforme, agorafobia, claustrofobia y trastorno dismorfofóbico^{26,27}.

Así, se considera que el miedo a la muerte es un constructo que ocurre en todas las personas y puede agravar las manifestaciones mentales transversalmente e interfiere con la sensación de bienestar y con la evolución de las condiciones crónicas severas.

La intensidad del miedo a la muerte y sus consecuencias sobre el psiquismo son de tal magnitud que se le usa como una forma de tortura²⁸.

2. Descripción de la afectación de la salud mental de las mujeres por el aborto denegado

Existen estudios que examinan específicamente las consecuencias y la trayectoria de la negativa del aborto terapéutico en mujeres. El *Estudio de Praga* es un proyecto de largo alcance que ha examinado la salud física y mental de mujeres a quienes se les denegó el aborto por causa médica y "otras" antes de la descriminalización del aborto en Checoslovaquia (1957)²⁹. El proceso incluía la presentación de una solicitud ante una junta con la posibilidad de que, si se denegaba en la primera solicitud, se podía presentar una segunda solicitud. Para el estudio, establecido años después debido a que una médica guardó los nombres de las mujeres que habían recibido dos negativas, se consideró que las mujeres que presentaron la reconsideración o apelación eran aquellas en quienes existía un firme deseo de no llevar a término el embarazo en cuestión.

Las mujeres que no pudieron abortar refirieron, cuando se les entrevistó nueve años después, que haber vivido ese embarazo forzado les había generado más dificultades con su salud física y que tenían más problemas financieros, sociales y subjetivos que las mujeres del grupo control.

26 Menzies, R. E., Sharpe, L., & Dar-Nimrod, I. (2019). The relationship between death anxiety and severity of mental illnesses. *The British journal of clinical psychology*, 58(4), 452–467. <https://doi.org/10.1111/bjc.12229>

27 El trastorno obsesivo compulsivo consiste en la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos permanentes que interfieren con las actividades de la persona, el trastorno de ansiedad generalizada es la presencia de crisis de angustia no limitadas a ninguna circunstancia o situación. La ansiedad social es el miedo irracional a ser juzgado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño y lleva a evitar situaciones como dar un examen oral. Trastorno de pánico o ansiedad paroxística es la aparición recurrente de crisis de ansiedad muy intensa – pánico- sin aparente motivo. La depresión mayor es un trastorno caracterizado por la anhedonia, la anergia y el ánimo decaído, además de minusvalía y sentimientos de culpa, alteraciones de la cognición y neurovegetativas, la depresión persistente es una depresión de curso crónico, la agorafobia y la claustrofobia son temores irracionales a los espacios abiertos o cerrados respectivamente- que suelen acompañar al trastorno de pánico. La dismorfofobia es la convicción de tener un defecto en el aspecto físico que no causa incapacidad sino sufrimiento psicológico y los trastornos somatomorfos son la presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de la demanda de exploraciones clínicas a pesar de que los síntomas no tienen una justificación somática.

28 Reyes Hernán.(2007). The worst scars are in the mind . *International Review Of The Red Cross*. Vol 89 num 867 sept 2007

29 David H. P. (2011). Born unwanted: mental health costs and consequences. *The American journal of orthopsychiatry*, 81(2), 184–192. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2011.01087.x>

También tenían menos estabilidad conyugal, se habían divorciado más y por ende, un mayor porcentaje de niños vivía con un padrastro³⁰.

Si bien el propósito principal de la investigación checa (el Estudio de Praga) era la psicopatología y trayectoria en los niños no deseados que las mujeres fueron obligadas a tener, un hallazgo insoslayable es la afectación de la salud materna, evidente aun nueve años después del evento.

El estudio más antiguo reportado³¹, describe a 249 madres a quienes se rehusó un aborto en Suecia estudiadas siete años después del evento. Solo 27% de ellas habían podido lidiar con el embarazo y el parto, 51% presentaban síntomas psiquiátricos luego del evento que se habían resuelto con el curso del tiempo y 22% presentaban síntomas de ansiedad y depresión siete años después del parto. Cuando hay una enfermedad psiquiátrica como causa para la solicitud de interrupción, las mujeres a quienes se les denegó el procedimiento reportaron más sentimientos de culpa y abatimiento³².

Pare y Raven³³ evaluaron a 73 mujeres entre uno y tres años después de que se les negó un aborto y encontraron que 34% se encontraban resentidas con el hijo y lo percibían como una carga difícil de llevar.

En 1991, Dagg revisó los resultados de estudios sobre la repercusión de la negativa de acceder a un aborto terapéutico. Su primera observación concierne a la escasez de estos estudios en la literatura reciente, puesto que en los países avanzados donde se investiga y se publica con mayor frecuencia, la denegación de aborto ya no ocurre, por lo que no hay grupos de mujeres que estudiar³⁴. Asimismo, anota que los estudios precedentes se apoyan en medidas subjetivas de malestar/culpa/resentimiento, por lo que resulta difícil reproducir los resultados. También constató que existe un número no determinado de mujeres que, frente a la imposibilidad de conseguir un aborto terapéutico, echan mano de un procedimiento clandestino.

No es posible determinar cuántos de los 19 millones de abortos inseguros estimados anualmente³⁵ corresponde a mujeres cuyas peticiones de aborto terapéutico han sido denegadas.

En la Universidad de San Francisco hay un grupo que estudia las consecuencias de la denegatoria de un aborto y que ha realizado un estudio prospectivo metodológicamente muy

30 Íbid.

31 Hook K. Refused abortion. A follow-up study of 249 women whose applications were refused by the National Board of Health in Sweden. *Acta Psychiatrica Scand Suppl.* 1963;39(168):1–156

32 Drower SJ, Nash ES: Therapeutic abortion on psychiatric grounds, part I: a local study. *S Afr Med J* 1978; 54:604–608

33 Pare CMB, Raven H: Psychiatric Sequelae to therapeutic abortion: follow-up of patients referred for termination of pregnancy. *Lancet* 1970; 1:635–638

34 Dagg P. K. (1991). The psychological sequelae of therapeutic abortion--denied and completed. *The American journal of psychiatry*, 148(5), 578–585. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.5.578>

35 Glasier, A., Gülmezoglu, A. M., Schmid, G. P., Moreno, C. G., & Van Look, P. F. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet* (London, England), 368(9547), 1595–1607. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69478-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69478-6)

Beatriz Vs El Salvador

fuerte para cuantificar esta cuestión. Se ha planteado entre los especialistas, en diversos foros y artículos especializados³⁶ que, si bien la salud y el futuro bienestar de la progenie son de la mayor importancia para la salud pública y el cumplimiento de los derechos en el sector salud, no se debe pasar por alto que la finalidad del aborto terapéutico es la prevención de un daño en la salud materna, o la protección de su vida. De tal modo, es necesario conocer con rigurosidad cuáles son las secuelas de la denegatoria o inaccesibilidad a un aborto terapéutico y su trayectoria.

En última instancia, el aborto terapéutico es una prestación de salud cuya inaccesibilidad constituye una vulneración del derecho a la salud. Debido a que el aborto terapéutico pretende proteger la vida y la salud la madre, la mujer a quien se le niega éste, experimentará el distress de estar expuesta al peligro a pesar de existir procedimientos de salud de fácil acceso y probada eficacia que se le niegan por razones no relacionadas a su estado de salud ni a su condición de gestante de alto riesgo.

Los plazos, las limitaciones legales, las interpretaciones de la protección del concebido que hacen caso omiso de que ésta solo puede ocurrir si al mismo tiempo se protege la vida y la salud de la madre, producen una situación de distrés que Forster, Steinberg, Biggs y su equipo³⁷ han demostrado en un grupo de mujeres a quienes se le denegó el aborto por no estar la solicitud dentro del plazo permitido.

Su investigación ha consistido en entrevistar telefónicamente durante cinco años a 956 mujeres que solicitaron aborto en 30 establecimientos de USA. Este estudio longitudinal pretende sobrepasar las limitaciones metodológicas que las revisiones realizadas por la American Psychological Association han encontrado en las investigaciones previas sobre consecuencias del aborto:

- a. el diseño transversal que establece relación o cercanía, pero no causalidad
- b. la falta de un grupo control adecuado (en este caso, se compara mujeres gestantes que accedieron a un aborto con mujeres gestantes que no accedieron- un grupo de control que no se ha usado antes y que por razones obvias es más adecuado que un grupo de mujeres no gestantes [la población general] o un grupo de mujeres que desearon llevar la gestación al termino [es decir no solicitaron aborto] desde el inicio.
- c. Solo se describe los síntomas al corte transversal, pero no su trayectoria a través de los años

36 Watter W.W. (1980). Mental health consequences of abortion and refused abortion. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 25(1), 68–73. <https://doi.org/10.1177/070674378002500113>

37 Foster, D. G., Biggs, M. A., Raifman, S., Gipson, J., Kimport, K., & Rocca, C. H. (2018). Comparison of Health, Development, Maternal Bonding, and Poverty Among Children Born After Denial of Abortion vs After Pregnancies Subsequent to an Abortion. JAMA pediatrics, 172(11), 1053–1060. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1785>

Para la investigación se usó el Inventario Breve De Síntomas³⁸ y el Prime MD³⁹ Patient Health Questionnaire (PHQ-9) que se usa cotidianamente en la práctica clínica, de modo que los galenos están familiarizados con su significado. Entre todas las participantes, la edad, estado marital, historia previa de salud mental y educación era similar. La edad gestacional variaba según fuera un aborto de primer trimestre (siempre concedido); las del grupo casi límite (con 24.9 ss) y las denegadas (23.4 ss). Los puntajes de depresión hasta los dos años de seguimiento no fueron diferentes, para las mujeres que tuvieron aborto el primer trimestre, las que accedieron cerca de las 22 semanas o las que no accedieron. Sin embargo, la ansiedad fue mayor entre las mujeres que no accedieron al aborto.

Al finalizar el estudio se reunió evidencia de que las mujeres a quienes se les denegó el aborto tenían desventajas, luego de 5 años del evento, en comparación con las que solicitaron y accedieron. Estas mujeres a quienes se negó el procedimiento tuvieron más problemas económicos, salud física más frágil, y más relaciones de pareja con hombres violentos⁴⁰.

El embarazo no deseado, producto de la violencia sexual, por su parte, se ha relacionado con la conducta suicida y el suicidio en los países donde hay restricciones para el aborto. El caso LC de una adolescente peruana que intentó suicidarse al enterarse de una gestación producto de las violaciones de un allegado, es emblemático de las consecuencias de la denegación del aborto terapéutico oportuno. Tras el intento de suicidio, no se le sometió en su momento a una neurocirugía y quedó cuadripléjica. En el Perú, la mayor parte de la mortalidad materna indirecta en adolescentes ocurre por suicidio. La OMS ha reconocido la relación entre la falta de acceso al aborto en adolescentes y la conducta suicida en los países de bajos y medianos ingresos⁴¹, debido a que esta situación ha sido descrita desde los autores clásicos precursores en salud mental de las gestantes⁴².

3. Existen grupos de mayor vulnerabilidad para ser afectados por eventos negativos en la vida reproductiva.

En la década de los setenta, los investigadores británicos Brown y Harris editaron "Social Origins of Depression"⁴³, donde describieron de manera contundente cómo las mujeres deprimidas

38 Derogatis, LR. Brief Symptom Inventory 18: Administration, Scoring, and Procedures Manual. Minneapolis, MN: 2001.

39 Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, et al. From the Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire (PRIME-MD PHQ). 1999

40 Foster, D. G., Biggs, M. A., Raifman, S., Gipson, J., Kimport, K., & Rocca, C. H. (2018). Comparison of Health, Development, Maternal Bonding, and Poverty Among Children Born After Denial of Abortion vs After Pregnancies Subsequent to an Abortion. *JAMA pediatrics*, 172(11), 1053–1060. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1785>

41 WHO. Mental health aspects of women's reproductive health: a review of the literature. WHO, 2009. Ginebra, en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43846/9789241563567_eng.pdf?sequence=1 revisado el 21 Nov 2022

42 Brockington I (2001) Suicide in women. *International Clinical Psychopharmacology*, 16: S7-S19

43 Social Origins of Depression: A study of psychiatric disorder in women (International Behavioural and Social Sciences Library. Mind) 1st Edición George W. Brown (Editor), Tirril Harris (Editor). Routledge, London. 1978

tenían vidas más pobres, difíciles o expuestas a la violencia. Estudios posteriores han podido cuantificar estas asociaciones, de tal modo que sabemos que la pobreza, la falta de educación, la falta de acceso a servicios de salud, la falta de apoyo familiar y social y el desempleo están relacionados con una mayor probabilidad de depresión, sentando las bases del desarrollo de la psiquiatría social⁴⁴. Estudios posteriores en otras áreas han permitido encontrar las conexiones entre el entorno social, la historia personal y el funcionamiento cerebral. Estudios de modelos de depresión en animales y los avances en imagenología cerebral permiten afirmar actualmente que las condiciones medioambientales (los determinantes sociales de la salud) se procesan en el cerebro y merced al sistema neuroendocrino⁴⁵ tienen un impacto sobre todos los órganos del cuerpo. También sabemos que estas influencias se transmiten a la siguiente generación debido a mecanismos epigenéticos, es decir cambios en la activación del código genético contenido en el ácido desoxirribonucleico y traducidos por ácido ribonucleico (ADN y ARN respectivamente).

Los eventos traumáticos tempranos, es decir, la muerte de uno o ambos progenitores, el abandono, la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exposición a desastres, o la exposición a la violencia, especialmente sexual, producen cambios en la estructura y función del sistema nervioso central que van a dañar permanentemente su capacidad para responder adecuadamente a los estresores y representan una diátesis para la depresión⁴⁶, la ansiedad, la falta de control de impulsos, el uso de alcohol y otras sustancias y las conductas de riesgo. Debido a alteraciones de los mecanismos inflamatorios, además, los eventos tempranos adversos se relacionan con un incremento del riesgo de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles. Existe también evidencia de una relación estrecha entre las experiencias adversas en la crianza, el trauma temprano y las enfermedades psiquiátricas graves en la adultez, en particular, la esquizofrenia⁴⁷.

La educación deficiente es un indicador muy consistente de vulnerabilidad para las enfermedades mentales, siendo el que más evidencia tiene en estudios poblacionales grandes⁴⁸.

Las enfermedades crónicas son eventos estresores comunes, especialmente en adultos. De hecho, entre adultos mayores, el diagnóstico de una enfermedad crónica es el estresor más frecuentemente mencionado. En una persona joven, la enfermedad crónica no es esperable, y el diagnóstico produce una reacción intensa de temor a la muerte e incertidumbre, que

44 Fryers, T., Melzer, D., & Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(5), 229–237. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0627-2>

45 Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science (New York, NY)* 2003;301:386–9.

46 Risch N, Herrell R, Lehner T, Liang KY, Eaves L, Hoh J, et al. Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis. *JAMA* 2009;301:2462–71.

47 Bebbington P, Jonas S, Kuipers E, King M, Cooper C, Brugha T, et al. Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *Br J Psychiatry : J Ment Sci* 2011;199:29–37.

48 Fryers 2003 op cit

comúnmente da lugar a depresión. Las dificultades y limitaciones impuestas por la enfermedad crónica en el estilo de vida, las actividades e intereses de las personas enfermas interfieren con el bienestar y contribuyen a la sensación de distrés. Esta intrusividad de la enfermedad crónica influye sobre las percepciones, sentimientos y cogniciones, incrementando el riesgo de conductas poco saludables y respuestas emocionales poco adaptativas⁴⁹.

El lupus eritematoso sistémico (LES) cursa con alteraciones psiquiátricas dependientes de la enfermedad, así como manifestaciones neurológicas, como convulsiones y mielopatías. Estas manifestaciones se conocen hace más de cien años, y reciben mucha atención por sus variadas manifestaciones y porque, al presentarse en personas jóvenes, causan gran discapacidad. Los síntomas psiquiátricos más comunes son la depresión, la ansiedad, los cuadros psicóticos y los estados disfuncionales, y su prevalencia varía entre el 17 y el 75%⁵⁰.

Se sabe que los síntomas depresivos son comunes en pacientes con lupus, afectan alrededor del 40% de las personas e interfieren con el tratamiento. Alrededor del 10% de las personas encuestadas por Zakery y cols (40) presentaron ideación suicida. Este preocupante síntoma significa que se debe prestar especial atención a la salud emocional de las pacientes con LES y se debe instituir medidas para protegerlas de fuentes adicionales de estrés.

La depresión y la ansiedad son trastornos mentales que dependen de la reacción del ser humano frente a los estresores. Los factores genéticos son importantes, siendo la historia personal de depresión el factor de riesgo más importante para la presentación de un cuadro depresivo en el periodo perinatal, pero los especialistas reconocen que los factores psicosociales son muy importantes, puesto que la depresión representa la manifestación del exceso de carga alostática.

La carga alostática hace referencia a la acumulación de estresores que facilita la aparición de enfermedades físicas y mentales. Así, los eventos traumáticos en la infancia y en la adolescencia (adversidad temprana) se relacionan con:

- a. la aparición prematura de enfermedades mentales graves como la esquizofrenia y la depresión bipolar. Estas enfermedades tienen un alto componente neurobiológico y son de herencia poligénica. Se encuentra, sin embargo, que la exposición a trauma temprano da lugar a que hagan su debut prematuro, en cuyo caso, la discapacidad resultante es mayor que cuando aparecen al final de la adolescencia o en los primeros años de la adultez debido a que impiden la continuación de la escolaridad, la escogencia de pareja y el ingreso al campo laboral, propiciándose una mayor dependencia o deterioro

49 Devins G. M. (1994). Illness intrusiveness and the psychosocial impact of lifestyle disruptions in chronic life-threatening disease. *Advances in renal replacement therapy*, 1(3), 251–263. [https://doi.org/10.1016/s1073-4449\(12\)80007-0](https://doi.org/10.1016/s1073-4449(12)80007-0)

50 Zakery, Z., Shakiba, M., Narouie, B., Mladkova, N., Ghasemi-Rad, M., & Khosravi, A. (2012). Prevalence of depression and depressive symptoms in patients with systemic lupus erythematosus: Iranian experience. *Rheumatology international*, 32(5), 1179–1187.

Beatriz Vs El Salvador

- b. la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes y la hipertensión que causan sufrimiento, amenazan la vida, dan lugar a gasto en salud y pueden terminar en muerte prematura
- c. dificultades en la escolaridad por daño en algunas estructuras como la corteza frontal y prefrontal
- d. incremento del consumo del alcohol y otras sustancias
- e. impulsividad y conducta suicida

La depresión representa globalmente la mayor carga de enfermedad para las mujeres en edad reproductiva y es la primera causa de carga de enfermedad de las mujeres en los países de bajos y medianos ingresos e impone una seria carga para el logro de la autorrealización: se ha determinado que la depresión de inicio temprano en las mujeres disminuye significativamente sus posibilidades de vivir con plenitud.

En un artículo de Berndt y Cols⁵¹ se expone una investigación realizada con 635 mujeres con depresión, inicialmente reclutadas para una prueba comparativa entre fármacos. Estas mujeres se dividieron entre las que tenían más y menos de 22 años, y se les comparó entre sí y con la población general de mujeres del mismo grupo etario usando cifras del censo de 1991 en Norte América⁵².

Estas mujeres jóvenes afectadas por depresión no tenían diferencias significativas en cuanto al estado marital, pero si en cuanto al avance académico: las mujeres jóvenes deprimidas mostraron la mitad de las probabilidades de graduarse de bachillerato (college). Entre las que se graduaron, las mujeres jóvenes con depresión tenían la mitad de las probabilidades de emprender estudios de post grado. Así, en Estados Unidos en el año de la publicación, 4.95% de las mujeres tenían una maestría, así como 5.56% de las mujeres con depresión iniciada luego de los 22 años y 1.9% de las mujeres con depresión que inició antes de los 22 años. En términos de ingresos, se repitió la situación, donde las mujeres con depresión de inicio temprano ganaban un poco menos que las nunca deprimidas. Es decir, la depresión es frecuente, incapacitante mientras está sintomática y además interfiere significativamente con las probabilidades futuras de estudiar y ganar dinero de las mujeres afectadas. Es decir, la depresión es una enfermedad grave para las mujeres y puede acabar prematuramente con su vida.

En suma, las mujeres con antecedentes de adversidad en la infancia, aquellas que viven en la pobreza y el desempleo, así como las mujeres con enfermedades crónicas (por ejemplo, el LES) constituyen grupos vulnerables para presentar reacciones emocionales adversas frente a una denegatoria de aborto terapéutico.

51 Berndt, E. R., Koran, L. M., Finkelstein, S. N., Gelenberg, A. J., Kornstein, S. G., Miller, I. M., Thase, M. E., Trapp, G. A., & Keller, M. B. (2000). Lost human capital from early-onset chronic depression. *The American journal of psychiatry*, 157(6), 940–947. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.6.940>

52 1995 U.S. Census Bureau's Current Population Survey.

4. Las consecuencias emocionales de la negativa del aborto por razones puramente legales

La imposibilidad de una persona para acceder a una prestación de salud existente es una limitación de su derecho a la salud. Si ese servicio o procedimiento no está al alcance de ninguna persona por razones técnicas, no podría hablarse de que esa persona esté siendo discriminada, sin embargo, sabemos de casos en los que si la persona afectada es influyente, se realizan los esfuerzos para trasladarla al centro donde esté disponible la prestación, que se supone requiere de tecnología sofisticada y compleja y es de muy alto precio.

Pero la interrupción del embarazo es un procedimiento estandarizado, con protocolos bien establecidos y, cuando se realiza en condiciones adecuadas, muy seguro. Cuando éste no está disponible en un estado, no se puede esgrimir razones técnicas ni económicas. Puesto que es un servicio que solo es requerido por las mujeres, la falta de disponibilidad de abortos seguros en el sistema de salud constituye una discriminación en contra de este grupo de la población, y más específicamente de las mujeres pobres.

La anencefalia es un defecto del cierre del tubo neural en su extremo cranial que se presenta entre la tercera y cuarta semana de la gestación y que da lugar a la ausencia de la mayor parte del cerebro, calota y cuero cabelludo. El sistema nervioso central carece de la mayor parte del cerebro y lo que hay está expuesto al daño causado por el contacto con el líquido amniótico. No se sabe la causa, pero se relaciona con un estatus socio económico bajo, causas genéticas y condiciones ambientales. Ocurre, en promedio, en uno de cada mil nacimientos. No hay tratamiento ni intervención posible, por lo que se le considera letal. Aproximadamente el 40% de los fetos anencefálicos tienen otros defectos. Cuando la mujer decide llevar la gestación adelante, el 38% de los fetos mueren in útero, o son prematuros. Tras nacer, viven entre un minuto a varios días, (mediana de 51 horas) y el 64% mueren en la primera hora postnatal⁵³.

Las consecuencias de la pérdida perinatal, es decir que un recién nacido se muera tan pronto debido a una malformación letal, son graves. La literatura más reciente describe que al menos un tercio de las mujeres que llevan a término un embarazo con feto fatalmente malformado presentan depresión, ansiedad, estrés post traumático⁵⁴, obesidad, cáncer, hipertensión, diabetes e ideación suicida⁵⁵. Estas consecuencias a largo plazo nos muestran la magnitud del trauma abrumador que sufren estas mujeres, en quienes la respuesta de estrés se prolonga

53 Machado IN, Martinez SD, Barini R. Anencephaly: do the pregnancy and maternal characteristics impact the pregnancy outcome? *ISRN Obstet Gynecol.* 2012;2012:127490. doi: 10.5402/2012/127490. Epub 2012 Jan 19. PMID: 22462001; PMCID: PMC3302112.

54 El trastorno de estrés post traumático surge como una respuesta diferida a un acontecimiento amenazante o catastrófico. Se caracteriza por hiperalerta, reexperimentación, evitación y tiene alta comorbilidad con depresión, consumo de sustancias, paranoia y conductas violentas, así como embotamiento emocional.

55 Berry SN, Severtsen B, Davis A, Nelson L, Hutti MH, Oneal G. The impact of anencephaly on parents: A mixed-methods study. *Death Stud.* 2022;46(9):2198-2207. doi: 10.1080/07481187.2021.1909669. Epub 2021 Apr 17. PMID: 33866956.

causando daño en el cerebro (ergo, la salud mental) y en diversos órganos, como el corazón y el páncreas.

El nacimiento de un feto anencefálico trae consigo cuestiones éticas de mucha trascendencia para el equipo médico: ¿se procede a la resucitación? ¿se le debe alimentar por sonda o por vía endovenosa? ¿cuál es el límite de los procedimientos que se realizan para sostener su vida y cuánta consideración se le da al dolor que pudiera o no sufrir el recién nacido?⁵⁶. Y de importancia, para este estudio, es considerar la repercusión sobre la salud mental de la madre (y del padre, de estar presente) de estos dilemas y de las acciones que se tomen.

El diagnóstico de una malformación severa y estigmatizante, como es la anencefalia (el monstruo anencéfalo) constituye una herida narcisista muy intensa para la madre. La existencia de los defectos y de la vida limitada a pocas horas interfiere con el vínculo materno con el feto: puede haber rechazo porque la herida narcisista es muy profunda e inaceptable, o culpa intensa por haber causado el defecto, lo que lleva a una formación reactiva con conductas de extremo cuidado para que aumenten las posibilidades de que el feto sobreviva al nacimiento. El duelo por el recién nacido malformado es muy complicado: por un lado, se tiene que asumir la pérdida de la idea del hijo “bueno”, además de la muerte inminente del recién nacido defectuoso, y por otro lado, hay que cuidarlo por unas horas o días y tomar decisiones acerca de las intervenciones médicas. Puesto que no hay acuerdo ético sobre la conducta a seguir, las decisiones muchas veces las debe tomar la madre, aun no recuperada de la depleción psicológica del parto. Esta tarea es abrumadora y carga de culpa a la mujer⁵⁷. El trastorno de estrés post traumático y la depresión con ideación suicida son las consecuencias psiquiátricas más comunes luego de esta experiencia dolorosa.

La negación de la interrupción del embarazo por razones puramente legales (porque está prohibido y penalizado) se vive como una desvalorización de la vida y la salud de la mujer; significa que su existencia y su bienestar son piezas que se usan para hacer pedagogía respecto de las creencias y valores de las personas que están en el poder.

Esta desvalorización de la mujer por razones de las normas de una sociedad patriarcal se relaciona con un incremento de la probabilidad de sufrir depresiones. Así quedó establecido en un análisis secundario de la Encuesta Mundial de Salud Mental, donde se concluye que cuando hay una flexibilización de los roles tradicionales de género, disminuye la brecha de depresión entre hombres y mujeres: en la mayoría de los países hay dos mujeres por cada hombre con depresión. Pero en países donde se han flexibilizado los roles de género (incluyendo el control de los hombres y el estado sobre las decisiones reproductivas de las mujeres) esta relación pasa a ser cercana a 1 en las cohortes más jóvenes, es decir las que se han beneficiado más de los

56 Berkowitz ST. A committee consults: the care of an anencephalic infant. *Hastings Cent Rep.* 1986 Jun;16(3):18-9. PMID: 3087908.

57 Robinson GE y Wisner KL. Anomalías fetales en: Stewart DE y Stotland NL (EDS) *Psychological Aspects of Women's Health Care*, APPI, Washington DC. 1993, pp 48 a 51

cambios en los roles tradicionales (a saber, tener experiencia laboral pagada antes de los 35 años, la proporción de mujeres con nivel de educación similar a la mediana de los trabajadores en el cuartil superior de ingresos, las edades medianas de matrimonio de las mujeres y la proporción de mujeres que usan métodos modernos de anticoncepción)⁵⁸.

Así, la negación del aborto por razones puramente legales tiene sabor a discriminación y cosificación de la persona, en este caso de las mujeres y el resultado de esta violencia estructural es un aumento del riesgo de sufrir depresión.

Cuando hay razones médicas que hacen necesario el aborto, la negación por causas legales constituye una forma de tortura, es decir de causar dolor para conseguir algo de esa mujer o del grupo al que ella representa. Esta definición se recoge en la Convención contra la Tortura. Se entenderá por el término “tortura” todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier⁵⁹ razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia⁶⁰.

Recordemos que las razones médicas para el aborto terapéutico son el riesgo de morir de la mujer, o el riesgo de que la continuación del embarazo cause en su salud (física o mental) un daño severo o permanente. El miedo a morir se usa para torturar a las personas, por ejemplo, los simulacros de ejecuciones. Denegarle el aborto a una embarazada con una enfermedad que se puede tornar fatal a causa de los cambios de la gestación (una mujer con insuficiencia cardíaca, una paciente lúpica o una mujer con una neoplasia estrógeno dependiente) es forzarla a enfrentar el riesgo de morir, y en ese sentido, es claramente una forma de tortura. La mujer es sometida al miedo a la muerte para sostener unas leyes que violan los derechos sexuales y reproductivos y ponen en riesgo su vida⁶¹.

El daño a la salud mental no solo consiste en la aparición de enfermedades graves como el trastorno de estrés post traumático o la depresión, y no es necesario que la mujer se

58 Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B. E., Posada-Villa, J., Sampson, N. A., Williams, D., ... Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 785–795. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36>

59 EuroGender: UN report classifies lack of abortion as “torture”, 11 diciembre 2013, en <https://eurogender.eige.europa.eu/posts/un-report-classifies-lack-access-abortion-torture> visto el 27 Nov 2022

60 Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, Art 1, en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading#:~:text=Todo%20Estado%20Parte%20se%20comprometer%C3%A1,u%20otra%20persona%20que%20act%C3%BAe>, visto el 22 Nov 2022

61 Zureyk, A. (En)gendering Suffering: Denial of Abortion as a Form of Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment, 38 *Fordham Int'l L.J.* 99 (2015). Available at: <https://ir.lawnet.fordham.edu/ijl/vol38/iss1/16>.

encuentre al borde del suicidio para diagnosticar daño a la salud mental. A partir del caso KL y de los avances conceptuales de los especialistas en salud mental recogidos por la OMS en su definición de salud mental (el estado de bienestar que le permite al individuo realizar su potencial, lidiar con los estresores de la vida cotidiana, trabajar productiva y fructíferamente y hacer una contribución a su sociedad) Cook nos recuerda que la salud mental se daña cuando hay malestar psicológico o sufrimiento mental, causado, por ejemplo, por el diagnóstico de un serio daño en el feto, como la anencefalia⁶², que están cargados de estigma, y en los que se sabe, sin lugar a dudas, que la vida extrauterina es imposible.

En concreto, hay algunas condiciones que obligan a considerar la interrupción de la gestación para la protección de la salud mental de la mujer: la ideación suicida presente, la existencia de un trastorno mental agudo o crónico, o el riesgo de resultados desfavorables para la salud mental en el futuro⁶³. Actualmente existe un consenso entre los especialistas en psiquiatría perinatal acerca de la relación entre la denegatoria del aborto y las consecuencias negativas para la salud de la mujer⁶⁴, en términos de distress y menoscabo de sus posibilidades de acceder al bienestar y de la presentación de trastornos psiquiátricos, el agravamiento de los trastornos preexistentes y el incremento de la conducta suicida⁶⁵.

5. Pregunta realizada por el Estado de El Salvador

En el estudio denominado “Resultas de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido”, se señala que “la existencia de patología psiquiátrica previa es el más importante factor de riesgo para presentar trastornos del afecto y las emociones luego de un aborto”. En este sentido y tomando en consideración que una de las solicitudes de las representantes de las presuntas víctimas es que se permita el aborto ante la afectación de la salud, incluyendo la salud mental ¿Considera adecuado desde un punto de vista médico que una paciente con patologías psiquiátricas durante el embarazo pueda acceder a un aborto?

La existencia de un trastorno mental en una mujer no impide considerar una interrupción de la gestación actual para proteger su salud. El aborto terapéutico puede ser adecuado y necesario.

En principio, se ha determinado que el aborto consentido y legal, llevado a cabo en un ambiente seguro no tiene, en general, consecuencias desfavorables para la salud mental de las mujeres. Hay algunos grupos cuyo riesgo, aun siendo escaso, es relativamente mayor como ocurre con las mujeres con padecimiento psiquiátrico previo.

62 Karen Llantoy Vs Peru. Human Rights Committee 85th Session. Case No. CCPR/C/85/D/1153/2003.

63 Cook RJ, Ortega-Ortiz A, Romans S, Ross LE. Legal abortion for mental health indications. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006 Nov;95(2):185-90. doi: 10.1016/j.ijgo.2006.07.002. Epub 2006 Sep 25. PMID: 16999961.

64 Wisner KL, Appelbaum PS. Abortion Restriction and Mental Health. *JAMA Psychiatry*. Published online February 08, 2023. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.4962

65 Zandberg J, Waller R, Visoki E, Barzilay R. Association Between State-Level Access to Reproductive Care and Suicide Rates Among Women of Reproductive Age in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2023;80(2):127–134. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.4394

De hecho, el riesgo de tener complicaciones de la salud mental después del parto es mucho mayor que el riesgo de tener complicaciones mentales luego de un aborto, para todos los grupos, como se encontró en el estudio epidemiológico de Munk-Olsen⁶⁶

El aborto terapéutico solo ocurre por una necesidad de proteger la vida y la salud integral de la persona. En el caso de la salud mental ocurre por circunstancias específicas, que ha revisado la profesora Cook: suicidalidad aguda, trastornos mentales presentes que se agravarían por la gestación o crianza o que impiden una crianza y el riesgo de afectación negativa de la salud mental por el sufrimiento de la gestación y sus condiciones asociadas (como en el caso KL)⁶⁷

Las mujeres con trastornos mentales tienen entre dos a tres veces más probabilidades de necesitar una interrupción terapéutica de la gestación⁶⁸. Esto se explica porque las mujeres con enfermedades mentales tienen mayores probabilidades de ser víctimas de violencia sexual y tener un embarazo fruto de la violación. Asimismo, este grupo, especialmente las que sufren enfermedades más severas, pueden presentar fetos con malformaciones fatales por exposición a medicación anticonvulsiva que se usa como estabilizadora del ánimo. En ambos casos, el riesgo de reactivar una enfermedad conocida es menor que someter a la mujer al estrés persistente de la gestación y la crianza del hijo del violador o atestiguar el parto y la pronta muerte de un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida.

La interrupción del embarazo por una indicación médica de necesidad, o sea el aborto terapéutico, es una intervención que causa dolor y puede ser traumática, pero que tiene un efecto terapéutico intrínseco. En ese sentido, no se le puede negar a una mujer con una enfermedad mental previa.

66 Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidegaard O, Mortensen PB. First-time first trimester induced abortion and risk to readmission to a psychiatric hospital in women with a history of treated mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 Feb, 69 (2): 59-65. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.153.

67 Rebecca Cook e Legal Abortion for Mental Health Indications, 95 (2006). 12 Int'l J. Gynecology & obstetrics 185, 188

68 Di Giacomo E, Pessina R, Santorelli M, Rucco D, Placenti V, Aliberti F, Colmegna F, Clerici M. Therapeutic termination of pregnancy and women mental health: Determinance and consequences. *World J. Psychiatry*. 2021. Novembre 19; 11 (11): 937-953.doi:10.5498/wjp.v11.i11.937

B. Peritaje de Patricia Palacios Zuloaga

Estándares internacionales en materia de negación de servicios de aborto como una forma de tortura o de tratos crueles, inhumanos o degradantes en perjuicio de mujeres que requieren acceder a un aborto para proteger eficazmente su integridad personal, su salud y su vida.

Dra. Patricia Palacios Zuloaga⁶⁹

Resumen Ejecutivo

Existe un conjunto coherente de normas internacionales de derechos humanos que sostienen que denegar el aborto a mujeres y otras personas embarazadas en circunstancias extremas es una violación de los derechos humanos, incluido el derecho a no sufrir tortura ni tratos crueles, inhumanos o degradantes. Estas circunstancias incluyen los embarazos que ponen en peligro la vida o la salud de la mujer embarazada, los embarazos en los que el feto no puede sobrevivir fuera del útero y los embarazos que son consecuencia de una violación.

La comprensión social y jurídica de la tortura se ha basado en experiencias masculinas. Por lo tanto, la aplicación de una perspectiva de género adquiere especial importancia cuando se examina la tortura de las mujeres porque las actitudes androcéntricas han dominado la evaluación de la gravedad del sufrimiento. Estas

⁶⁹ Abogada y académica chilena especialista en derechos humanos, derechos de la mujer, género, derechos de las personas LGBTQ+ y la adjudicación internacional de los derechos humanos. Licenciada en Derecho por la Universidad de Chile, Master en Derecho por la Harvard Law School y Doctora en Derecho por la New York University. Trabajó como investigadora en el Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Chile y realizó una beca en Derecho Internacional en la London School of Economics. Actualmente trabaja como profesora de Derecho Internacional de los Derechos Humanos en la Universidad de Essex.

actitudes, arraigadas en concepciones sociales, culturales y religiosas sobre el dolor de la mujer y las expectativas sobre la capacidad reproductiva y la maternidad de la mujer, tienen el efecto de minimizar y normalizar el dolor de la mujer en general y el dolor físico y la angustia mental asociados a la denegación de un aborto cuando la vida o la salud de la mujer están en peligro o existe una anomalía fetal o una malformación congénita incompatible con la vida. La aplicación de una perspectiva de género al análisis de la denegación de servicios de aborto permite una comprensión más matizada del daño causado a las mujeres que solicitan abortos y permite una evaluación más completa de si esa denegación constituye tortura.

Negar a las mujeres embarazadas la atención sanitaria necesaria para salvar sus vidas puede cumplir los requisitos legales de la tortura. En concreto, siempre se cumplen los requisitos de intencionalidad, propósito y autor estatal. La denegación de servicios de aborto también puede causar dolor y sufrimiento graves a esas mujeres. Para ello, y dado que el sufrimiento de las mujeres suele quedar oculto por las perspectivas androcéntricas de la tortura y por los estereotipos de género, es importante comprender y valorar adecuadamente el daño producido por la denegación de servicios de aborto.

El Tribunal debe determinar si el dolor y el sufrimiento causados por la denegación de servicios de aborto alcanzan la gravedad necesaria para constituir tortura examinando las circunstancias y las pruebas de cada caso individualmente, y con una perspectiva de género. Este método evita esencializar a las mujeres y, al mismo tiempo, garantiza que el sufrimiento de las mujeres sea visible y valorado.

Introducción

Este peritaje tiene como objeto los estándares internacionales en materia de negación de servicios de aborto como una forma de tortura o de tratos crueles, inhumanos o degradantes en perjuicio de mujeres que requieren acceder a un aborto para proteger eficazmente su integridad personal, su salud y su vida.

Para su elaboración se realizó un examen documental de varias fuentes (duras y blandas) del derecho internacional de los derechos humanos en los ámbitos de la tortura, perspectivas de género, derechos sexuales y reproductivos y el aborto (incluida la denegación del aborto). Estas fuentes de derecho incluyeron derecho de los tratados y declaraciones, así como interpretaciones autorizadas del derecho contenidas en la jurisprudencia y otras conclusiones de órganos internacionales de adjudicación y supervisión. También consulté las opiniones de expertos internacionales que trabajan en los ámbitos mencionados, en particular los que trabajan en las Naciones Unidas y en la Organización de Estados Americanos.

El análisis de esta ley y de estas opiniones se apoyó en un examen de las obras de destacados académicos en los campos de la tortura, género y el derecho, y los derechos sexuales y reproductivos, incluido el derecho al aborto. El contenido de este dictamen también se basó en mis investigaciones previas en los ámbitos del derecho interamericano de los derechos humanos, los derechos de la mujer y el derecho al aborto.

Se estructura en tres apartados, en el primero de ellos se analizan las normas internacionales de derechos humanos relativas a la denegación de servicios de aborto como tortura, en el caso de personas que los necesitan para proteger efectivamente su integridad personal, su salud y su vida. En el segundo, se aborda la necesidad de una perspectiva de género en la adjudicación de derechos humanos; mientras que en el tercero se analizan estos aspectos a la luz del Artículo 2 de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la tortura. Finalmente se ofrecen algunas conclusiones y se da respuesta a las preguntas formuladas por el Estado.

1. Normas internacionales de derechos humanos relativas a la denegación de servicios de aborto como tortura, en el caso de personas que los necesitan para proteger efectivamente su integridad personal, su salud y su vida.

1.1 El concepto jurídico de tortura

Todos los tratados generales de derechos humanos prohíben la tortura y los tratos crueles, inhumanos y degradantes (TCID)⁷⁰. La Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura proporcionan marcos jurídicos específicos para la tortura y los TCID. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará) también incluye el derecho de las mujeres a no ser sometidas a tortura⁷¹.

La tortura se define en la Convención de la ONU contra la Tortura como:

“todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas”⁷².

70 Art. 7 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (adoptado el 16 de diciembre de 1966, en vigor desde el 23 de marzo de 1976) 999 UNTS 171 (ICCPR), Art. 5.2 Convención Americana sobre Derechos Humanos 1969, 1144 UNTS 123 (CADH), Art. 5 Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (adoptada el 27 de junio de 1981, entró en vigor el 21 de octubre de 1986) (1982) 21 ILM 58 (Carta Africana), Art. 3 Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (Convenio Europeo de Derechos Humanos, modificado) (CEDH).

71 Art. 4 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer 1994, 33 ILM 1534 (Convención Belém do Pará).

72 Art. 1 Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, (adoptada el 10 de diciembre de 1984) 1465 U.N.T.S. 85.

La definición de tortura contenida en la Convención contra la Tortura especifica cuatro elementos que deben cumplirse para entender que una conducta es tortuosa.

- a. Un acto intencional
- b. El acto provoca graves sufrimientos físicos o mentales
- c. El acto se comete con un propósito específico
- d. El acto involucra a un funcionario público.

Se incluye *infra* un análisis más detallado de cada uno de estos elementos.

La Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura contiene una definición ligeramente diferente de tortura, que la Corte Interamericana ha interpretado que no requiere la participación de un funcionario público. Esta interpretación interamericana de la tortura se examina *infra* en la sección 3.

Los expertos en tortura han sugerido que un quinto elemento es inherente a la ley; el de la impotencia, en el sentido de que la víctima está bajo el control total del autor⁷³ y ha perdido efectivamente la capacidad de resistir o escapar a la imposición de dolor o sufrimiento⁷⁴. Esto coincide en gran medida con el concepto de la tortura como crimen de guerra o un crimen de lesa humanidad en el derecho penal internacional. Si bien la definición de tortura en el derecho penal internacional no exige que se trate de un funcionario público, en el Estatuto de Roma de la CPI, la tortura como crimen de lesa humanidad se entiende como actos que causan dolor y sufrimiento graves infligidos a una persona bajo la custodia o el control del acusado⁷⁵.

La prohibición de la tortura y los TCID no admite derogaciones ni limitaciones bajo ninguna circunstancia. No puede haber justificaciones para violar la prohibición de la tortura y los TCID⁷⁶.

73 Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak, UN Doc E/CN.4/2006/6 de 23 de diciembre de 2005 en párrafo 39. Véase también, Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes A/63/175 de 28 de julio de 2008 en párr. 50; Septuagésimo aniversario de la Declaración Universal de Derechos Humanos: reafirmación y fortalecimiento de la prohibición de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes A/73/207, de 20 de julio de 2018, en párr. 7; Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak A/HRC/13/39, de 9 de febrero de 2010, en párr. 60; y Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez A/HRC/22/53 de 1 de febrero de 2013, en párr. 31

74 Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes: El uso extrapenitenciario de la fuerza y la prohibición de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes A/72/178, de 20 de julio de 2017, en párr. 31.

75 Art 7(2)(e) Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, 2187 UNTS 90.

76 ICCPR supra n 1 en art 4.2. CADH supra n 1 en art 27.2. Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (CIPST), 9 de diciembre de 1985, Serie de Tratados de la OEA, n° 67, art. 5. 5. Comité de Derechos Humanos, Observación General N° 20 Artículo 7 (Prohibición de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes) HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I) de 10 de marzo de 1992, en el párrafo 3, Comité contra la Tortura, Observación General 2 de 24 de enero de 2008. CAT/C/GC/2, apartado 3.

1.2 La denegación de servicios de aborto como tortura

Los servicios de aborto están autorizados de alguna forma en la gran mayoría de los Estados del mundo. Cuando estos servicios están restringidos, la mayoría de los Estados permiten el aborto al menos en algunas circunstancias limitadas, consideradas extremadamente graves. En general, éstas son: cuando la vida o la salud de la persona embarazada⁷⁷ está en peligro, cuando el feto no puede sobrevivir fuera del útero y cuando el embarazo es consecuencia de una violación. En estos casos, el aborto está permitido incluso cuando otros abortos son ilegales, porque denegar los servicios de aborto en estas condiciones sería, como mínimo, cruel⁷⁸.

La necesidad de servicios de aborto para las mujeres y otras personas embarazadas que se encuentran en estas situaciones extremas ha sido reconocida por el derecho internacional de los derechos humanos, a través de los informes de los órganos de vigilancia de los tratados, los relatores especiales y la jurisprudencia. Funcionarios internacionales y jueces internacionales han contribuido a la creación de un cuerpo coherente de legislación vinculante y no vinculante que sostiene que denegar el aborto a mujeres en circunstancias extremas es una violación de los derechos humanos. Aunque están de acuerdo en que esta denegación constituye una violación del derecho a no ser sometido a tortura ni a TCID, no siempre explican si las prohibiciones constituyen tortura o TCID. Esta falta de claridad puede explicarse por la perspectiva masculinocéntrica que ha caracterizado al derecho internacional de los derechos humanos y que ha contribuido a una comprensión de la tortura centrada en la experiencia masculina⁷⁹. La reticencia de los juzgadores internacionales a visualizar y valorar el sufrimiento de las mujeres se explicará *infra* en la sección B, cuando examine las ventajas de desplegar una perspectiva de género al examinar los casos de denegación del aborto.

El **Relator Especial de la ONU sobre la Tortura** ha sido clave al reconocer que la denegación del aborto debe examinarse desde una perspectiva de género para esclarecer las formas en que se tortura a las mujeres.

77 No todas las personas embarazadas se identifican como mujeres. Cuando en este texto utilizo la palabra “mujer” o “mujeres”, no debe entenderse que excluyo a las personas embarazadas que no se identifican como mujeres.

78 Patricia Palacios Zuloaga, “Superando el punto de inflexión: ¿Puede el Sistema Interamericano Acomodar el Derecho al Aborto? (2021) 21 HRLR 899, 923.

79 La crítica feminista de la construcción de la tortura y el trato cruel, inhumano o degradante incluye: Charlesworth, Chinkin y Wright, ‘Feminist Approaches to International Law’ (1991) 85 American Journal of International Law 613 at 627-631; Charlesworth y Chinkin, ‘The Boundaries of International Law’ (2000) at 231-237; Copelon, ‘Recognizing the Egregious in the Everyday: Domestic Violence as Torture’ (1994) 25 Columbia Human Rights Law Review 291; Byrnes, ‘The Convention Against Torture’ in Askin and Koenig (eds) Women and International Human Rights Law II (1999) 183. Entre los estudios que afirman que la denegación del aborto debe considerarse cruel, inhumana y degradante se incluyen: Sifris, Libertad reproductiva, tortura y derechos humanos internacionales: Challenging the Masculinisation of Torture (2016); Zureick, ‘(En)gendering Suffering: Denial of Abortion as a Form of Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment’ (2015) 38 Fordham International Law Journal 99; Mayall, Afulukwe y Thomasen, ‘Reproductive Rights Violations as Torture or Ill-Treatment’ en Center for Human Rights and Humanitarian Law, Gender Perspectives on Torture: Law and Practice (2018) 265 en 273- 276; Isabella Moore ‘Indignity in unwanted pregnancy: denial of abortion as cruel, inhuman and degrading treatment’ (2019) 23 International Journal of Human Rights 1010.

"Las mujeres son vulnerables a la tortura y los malos tratos cuando buscan tratamiento médico por su no conformidad real o percibida con los roles de género socialmente determinados [...] La discriminación contra las mujeres, las niñas y las personas por motivos de sexo, género, orientación sexual real o percibida o identidad de género y características sexuales a menudo subyace a su tortura y malos tratos en entornos sanitarios. Esto es especialmente cierto cuando se solicitan tratamientos como el aborto, que pueden contravenir los roles y expectativas de género socializados. El derecho internacional de los derechos humanos reconoce cada vez más que el abuso y el maltrato de las mujeres que solicitan servicios de salud reproductiva causan un sufrimiento físico y emocional tremendo y duradero, que se inflige en función del género [...] Los proveedores de servicios de salud tienden a ejercer una autoridad considerable sobre los clientes, lo que coloca a las mujeres en una posición de impotencia, mientras que la falta de marcos jurídicos y políticos que permitan efectivamente a las mujeres hacer valer su derecho a acceder a los servicios de salud reproductiva aumenta su vulnerabilidad a la tortura y los malos tratos⁸⁰.

El Relator Especial precisó a continuación que:

"También se producen consecuencias físicas y psicológicas a corto y largo plazo debido a los abortos inseguros y cuando se obliga a las mujeres a llevar a término embarazos contra su voluntad [...] Estas políticas restrictivas afectan de manera desproporcionada a las mujeres y niñas marginadas y desfavorecidas. Las leyes muy restrictivas sobre el aborto, que prohíben el aborto incluso en casos de incesto, violación o malformación del feto o para salvaguardar la vida o la salud de la mujer, violan el derecho de la mujer a no sufrir tortura ni malos tratos [...] No obstante, algunos Estados siguen restringiendo el derecho de la mujer a servicios de aborto seguros y legales con prohibiciones absolutas del aborto. La restricción del acceso al aborto voluntario provoca muertes innecesarias de mujeres"⁸¹.

Como resultado de este análisis, el Relator Especial continuó diciendo que para eliminar la tortura, los Estados deberían:

80 Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan Méndez, A/HRC/31/57 de 5 de enero de 2016 (en adelante "SRT Gender Perspectives") en párr. 42. Véase también Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez A/HRC/22/53, de 1 de febrero de 2013, en párr. 37: "La discriminación desempeña un papel destacado en un análisis de las violaciones de los derechos reproductivos como formas de tortura o malos tratos porque los prejuicios de sexo y género subyacen comúnmente a esas violaciones. El mandato ha establecido, con respecto a una definición de tortura sensible al género, que el elemento de finalidad siempre se cumple cuando se trata de violencia específica de género contra la mujer, en el sentido de que dicha violencia es inherentemente discriminatoria y una de las posibles finalidades enumeradas en la Convención es la discriminación".

81 SRT Gender Perspectives supra n 11 en par 43.

Beatriz Vs El Salvador

“Despenalizar el aborto y garantizar el acceso a abortos legales y seguros, como mínimo en casos de violación, incesto y malformación fetal grave o mortal y cuando la vida o la salud física o mental de la madre estén en peligro”⁸².

El **Comité de Derechos Humanos** ha subrayado que la prohibición de la tortura y los TCID incluye tanto el sufrimiento físico como el mental⁸³. El Comité también ha afirmado que el cumplimiento del artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos está vinculado a si los Estados garantizan el acceso a abortos seguros y legales en casos de violación⁸⁴. En las observaciones finales relativas a Chile, el Comité ha considerado que “la penalización de todos los abortos, sin excepción, plantea graves problemas, especialmente a la luz de los informes no refutados de que muchas mujeres se someten a abortos ilegales que suponen una amenaza para sus vidas”⁸⁵. Por esta razón, el CDH recomendó a Chile “introducir excepciones a la prohibición general de todos los abortos y proteger la confidencialidad de la información médica”⁸⁶.

El Comité de Derechos Humanos ha seguido esta línea jurisprudencial en sus decisiones. En el caso *K.L. c. Perú*, la peticionaria, portadora de un feto anencefálico, fue informada de que su embarazo suponía un riesgo para su vida, pese a lo cual se le denegó el aborto legal y se le obligó a continuar con su embarazo, dar a luz y amamantar a su bebé durante los cuatro días que vivió. Como consecuencia de ello, la peticionaria sufrió una profunda depresión. El Comité observó que el sufrimiento mental de la víctima podía haberse previsto y, por tanto, evitado. El Comité concluyó que se había violado el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (prohibición de la tortura y TCID)⁸⁷.

En *L.M.R. V Argentina*, un caso en el que una mujer con discapacidad intelectual no pudo encontrar un médico que le practicara un aborto legal y, por tanto, tuvo que recurrir a un aborto ilegal:

“El Comité toma nota de la alegación de la autora de que obligar a su hija a continuar su embarazo, a pesar de que debería haber gozado de la protección del artículo 86.2 del Código Penal, constituyó un trato cruel e inhumano. El Estado parte afirma que, si bien obligarla a soportar un embarazo resultante de una violación y a someterse a un aborto ilegal podría haber sido un factor que contribuyó a la lesión mental que sufrió la víctima, no constituyó tortura. El Comité considera que la omisión del Estado parte, al no garantizar el derecho de L.M.R. a la interrupción del embarazo, previsto en el artículo 86.2 del Código Penal, cuando su familia así lo solicitó, causó a L.M.R. un sufrimiento físico y psíquico

82 SRT Gender Perspectives supra n 11 en párrafo 72.b.

83 CDH, Observación General nº 20, supra n 7, apartado 5.

84 Comité de Derechos Humanos, Observación General 28: Igualdad de derechos entre hombres y mujeres (art. 3), 29 de marzo de 2000, apartado 11.

85 Comité de Derechos Humanos (CDH), Observaciones finales sobre Chile (30 de marzo de 1999) CCPR/C/79/Add.104, párrafo 15.

86 Ibid.

87 *KL contra Perú*, Comm no 1153/2003, CDH (22 de noviembre de 2005) CCPR/C/85/D/1153/2003, apartado 6.3.

constitutivo de una violación del artículo 7 del Pacto que se hizo especialmente grave por la condición de joven discapacitada de la víctima. A este respecto, el Comité recuerda su Observación general N° 20 en la que afirma que el derecho protegido en el artículo 7 del Pacto se refiere no sólo a los actos que causan dolor físico sino también a los actos que causan sufrimiento mental⁸⁸.

En *Amanda Jane Mellet c. Irlanda*, la peticionaria era portadora de un feto con una anomalía mortal y se le denegó el aborto en Irlanda, teniendo que viajar al Reino Unido para recibir tratamiento. Teniendo en cuenta las circunstancias específicas del caso, el Comité consideró que el sufrimiento de la peticionaria era suficiente para infringir la prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes en violación del artículo 7 del PIDCP⁸⁹. La conclusión fue la misma en el caso *Whelan c. Irlanda*, en el que el Comité reconoció “un alto nivel de angustia mental causado a la autora por una combinación de actos y omisiones atribuibles al Estado Parte, lo que viola la prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes que figura en el artículo 7 del Pacto”⁹⁰.

El **Comité contra la Tortura** ha reconocido que las mujeres y las niñas se enfrentan a riesgos interseccionales de malos tratos en varios ámbitos, entre ellos “el tratamiento médico, en particular en relación con las decisiones reproductivas”⁹¹. También ha afirmado que la legislación que impone severas restricciones al aborto voluntario, especialmente en casos de violación, puede poner a las mujeres en riesgo de sufrir problemas de salud física y mental que constituyen un trato cruel e inhumano⁹². También ha llamado a la despenalización del aborto⁹³. Más recientemente, el Comité contra la Tortura publicó unas Observaciones Finales sobre El Salvador, en las que expresó su preocupación por la penalización del aborto sin excepciones y por cómo:

“la ley no sólo obliga a mujeres y niñas a recurrir a abortos clandestinos o a soportar urgencias obstétricas que ponen en peligro su vida y su salud, sino que las expone a ellas y a los profesionales médicos que practican abortos a sanciones penales”⁹⁴.

En consecuencia, el Comité declaró que El Salvador:

88 LMR v Argentina, Comm no 1608/2007, CDH (29 de abril de 2011) CCPR/C/101/D/1608/2007 en el párrafo 9.2.

89 Amanda Jane Mellet c. Irlanda, Comm no 2324/2013 CDH (31 de marzo de 2016) CCPR/C/116/D/2324/2013 en los párrafos 7.3-7.6.

90 Whelan v Ireland, Comm no 2425/2014 CDH (12 de junio de 2017) CCPR/C/119/D/2425/2014 en el párrafo 7.7.

91 Comité contra la Tortura, Observación General n° 2: Aplicación del artículo 2 por los Estados Partes (24 de enero de 2008) CAT/C/GC/2 en párrafo 22.

92 Comité contra la Tortura, Examen de los informes presentados por los Estados Partes de conformidad con el artículo 19 de la Convención: Conclusiones y recomendaciones del Comité contra la Tortura sobre Perú (25 de julio de 2006) CAT/C/PER/CO/4, párrafo 23.

93 Por ejemplo, Comité contra la Tortura, Observaciones finales: Irlanda, párr. 26, U.N. Doc. CAT/C /IRL/ CO/1 (2011); Comité contra la Tortura, Observaciones finales: Perú, párr. 15, U.N. Doc. CAT/C/PER/ CO/5-6 (2013).

94 Comité contra la Tortura, Observaciones finales: El Salvador, párr. 30, U.N. Doc. CAT/C/SLV/CO/3 (2022).

“debe garantizar que todas las mujeres y niñas tengan acceso efectivo a los medios para interrumpir un embarazo cuando no hacerlo pueda dar lugar a dolor severo y sufrimiento, como cuando el embarazo es consecuencia de violación o incesto, cuando la vida o la salud de la persona embarazada están en peligro y en los casos de malformación fetal mortal”⁹⁵.

La mayor parte de la jurisprudencia relativa al derecho al aborto en el **Tribunal Europeo de Derechos Humanos** se ha resuelto en virtud del artículo 8 del CEDH (derecho a la vida privada). Una excepción es el caso *R.R. c. Polonia*, en el que se denegaron a la demandante las pruebas médicas necesarias para determinar si el feto que llevaba en su vientre padecía una anomalía genética grave hasta después de que hubiera vencido el plazo para abortar. El Tribunal consideró que Polonia había violado el derecho de la demandante a no sufrir tratos inhumanos y degradantes, contraviniendo el art. 3 del CEDH⁹⁶.

Otra excepción es el caso de *P & S c. Polonia*, en el que una niña que había quedado embarazada como consecuencia de una violación se enfrentó a varios obstáculos para conseguir un aborto legal, como la negativa de los hospitales a realizar el procedimiento, la presión de activistas antiabortistas, la interposición de un procedimiento penal contra la niña y el hecho de que ésta fuera retirada de la custodia de sus padres. El Tribunal Europeo determinó que se habían violado el derecho a la vida privada, el derecho a no sufrir detención arbitraria y el derecho a no sufrir tratos inhumanos y degradantes⁹⁷.

1.3 La denegación del aborto como violación de otros derechos humanos.

En la Observación General 36, relativa al derecho a la vida, el Comité de Derechos Humanos de la ONU afirmó que:

“Aunque los Estados Parte pueden adoptar medidas destinadas a regular la interrupción voluntaria del embarazo, esas medidas no deben dar lugar a la violación del derecho a la vida de una mujer o niña embarazada, o de sus demás derechos reconocidos en el Pacto. Así pues, las restricciones a la capacidad de la mujer o la niña para recurrir al aborto no deben, entre otras cosas, poner en peligro su vida, someterla a dolores o sufrimientos físicos o mentales que violen el artículo 7 del Pacto, discriminarla o injerirse arbitrariamente en su vida privada. Los Estados Parte deben proporcionar acceso seguro, legal y efectivo al aborto cuando la vida y la salud de la mujer o niña embarazada estén en peligro, o cuando llevar a término el embarazo pueda causar a la mujer o niña embarazada dolores o sufrimientos considerables, especialmente cuando el embarazo sea resultado de violación o incesto o cuando el embarazo no sea viable. Además,

⁹⁵ Ibid, apartado 31.

⁹⁶ *RR contra Polonia*, App no 2761/04, TEDH (26 de mayo de 2011).

⁹⁷ *P y S contra Polonia*, App no 57375/08, TEDH (30 de octubre de 2012).

los Estados Parte no pueden regular el embarazo o el aborto en todos los demás casos de manera contraria a su deber de garantizar que las mujeres y las niñas no tengan que recurrir a abortos peligrosos, y deben revisar sus leyes sobre el aborto en consecuencia. Por ejemplo, no deben adoptar medidas como la penalización del embarazo de mujeres solteras o la aplicación de sanciones penales a las mujeres y niñas que se sometan a un aborto o a los proveedores de servicios médicos que las ayuden a hacerlo, ya que la adopción de tales medidas obliga a las mujeres y niñas a recurrir a abortos peligrosos⁹⁸.

La Relatora Especial de **la ONU sobre la Violencia contra la Mujer afirmó** que la prohibición absoluta del aborto condena a las mujeres y niñas a sufrir una nueva victimización, así como a buscar abortos inseguros y clandestinos⁹⁹. El Relator Especial **sobre Ejecuciones Arbitrarias** ha afirmado que:

“la muerte de una mujer, cuando puede vincularse médicamente a una denegación deliberada del acceso a la atención médica necesaria para salvar su vida debido a una prohibición legal absoluta del aborto, no sólo constituiría una violación del derecho a la vida y una privación arbitraria de la vida. También equivaldría a una privación arbitraria de la vida por razones de género, que sólo sufrirían las mujeres, como consecuencia de la discriminación consagrada en la ley¹⁰⁰.

Tras la denegación de un aborto a una niña de 10 años, un grupo de **expertos en derechos humanos de la ONU** declaró que Paraguay había “incumplido su responsabilidad de actuar con la debida diligencia” con respecto a la niña “a quien se ha denegado el acceso a tratamientos para salvar su vida y preservar su salud, incluido el aborto seguro y terapéutico en el momento oportuno¹⁰¹”.

La CEDAW no contiene ninguna disposición contra la tortura o los TCID, por lo que su Comité no ha contribuido al conjunto de opiniones en torno a la denegación del aborto como tortura o TCID. Dicho esto, el caso de **L.C. contra Perú** es notable, ya que se trata de una niña que quedó embarazada como consecuencia de una violación y que intentó suicidarse saltando de un

98 Comité de Derechos Humanos, Observación general nº 36: Artículo 6: Derecho a la vida, CCPR/C/GC/36 de 3 de septiembre de 2019, en párr. 8.

99 Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Rashida Manjoo, Adición, Misión de seguimiento a El Salvador (14 de febrero de 2011) A/HRC/17/26/Add.2, en párr. 66.

100 Informe del Relator Especial sobre ejecuciones extrajudiciales, sumarias o arbitrarias sobre un enfoque de género respecto de las ejecuciones arbitrarias (15 de mayo de 2017) A/HRC/35/33, en párr. 94. Véanse también los párrafos 92 a 95.

101 Los expertos: Sra. Emna Aouij, Presidenta-Relatora del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la ley y en la práctica, Sra. Rashida Manjoo, Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias; Sr. Dainius Pūras, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y Sr. Juan E. Méndez, Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “Derechos Humanos: Paraguay no ha protegido a una niña de 10 años que quedó embarazada tras ser violada, dicen expertos de la ONU” (11 de mayo de 2015) disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15944&LangID=E>

edificio, lo que le causó graves lesiones en la columna vertebral. A pesar del riesgo de invalidez permanente, los médicos se negaron a operarla debido a su embarazo. L.C. quedó paralizada del cuello para abajo¹⁰². El Comité de la CEDAW constató varias violaciones del derecho a no sufrir discriminación en este caso¹⁰³.

Los órganos del **Sistema Interamericano** aún no han determinado que la denegación del aborto sea una violación de los derechos humanos, pero existe una jurisprudencia constante en ambos órganos en el sentido de que el derecho a la vida reconocido en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) ("en general, desde el momento de la concepción"¹⁰⁴) no excluye la legitimidad del aborto o de la fecundación in vitro¹⁰⁵.

La Corte Interamericana ha encontrado que "el contexto de los servicios de salud puede significar un mayor riesgo de que las mujeres sean sometidas a actos contrarios al artículo 5(2) de la Convención Americana"¹⁰⁶. Además, tanto la Comisión Interamericana como la Corte Interamericana han emitido órdenes de emergencia para proteger la vida y la salud de mujeres y niñas a las que se les ha negado el aborto y que, en consecuencia, corren el riesgo de sufrir daños graves¹⁰⁷. Finalmente, en un informe sobre Igualdad de Género y Derechos de la Mujer, la Comisión Interamericana ha "enfático la importancia de reconocer el aborto terapéutico como un servicio de salud especializado requerido por las mujeres cuando la vida de la madre está en riesgo debido al embarazo"¹⁰⁸.

En resumen, existe un cuerpo consolidado de legislación internacional sobre derechos humanos que sostiene que los Estados deben proporcionar servicios de aborto a las mujeres embarazadas y a otras personas gestantes que se encuentren en situaciones críticas. Estas situaciones incluyen embarazos que amenazan la vida o la salud de la mujer embarazada, embarazos en los que el feto no puede sobrevivir fuera del útero y embarazos que son resultado de una violación. Negar a las mujeres la atención sanitaria abortiva esencial en estos casos hace a los Estados responsables de violaciones del derecho a no ser sometido a tortura y TCID, así como de otros derechos humanos.

102 LC v. Perú, Comm no 22/2009 CEDAW (4 de noviembre de 2011) CEDAW/C/50/D/22/2009 en párrafos 2.1-2.11.

103 Ibid, apartado 9.

104 CADH supra n 1 en art 4.1.

105 Caso 2141, *White y Potter ("Baby Boy") contra EE.UU.*, Inter-Am. Com. H.R., Informe No 23/81 (1981); *Caso Artavia Murillo et al. v Costa Rica* IACtHR Serie C 257 (2012). Véase en general, Palacios Zuloaga supra n 9, 913-917.

106 *Caso I.V. c. Bolivia* Corte Interamericana de Derechos Humanos, Serie C 329 (2016), párr. 265.

107 Caso MC 43-10, *"Amelia", Nicaragua*, Inter-Am. Com. H.R. (2010); *Asunto B, El Salvador*, Medidas provisionales, Inter-Am. Ct H.R., 29 de mayo de 2013; Caso MC 178/15, *'Mainumby', Paraguay*, Inter-Am. Ct. H.R., (2015).

108 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Estándares jurídicos relacionados con la igualdad de género y los derechos de la mujer en el sistema interamericano de derechos humanos. Desarrollo y Aplicación Actualizados de 2011 a 2014 (3 de noviembre de 2011) OEA/Ser.L/V/II. 143 Doc. 60, párr. 53.

2. El despliegue de una perspectiva de género como imperativo para determinar si se ha cometido tortura cuando se niega tratamiento médico a las mujeres.

2.1 La necesidad de una perspectiva de género en la adjudicación de derechos humanos.

Aplicar una perspectiva de género es una forma útil de mejorar la comprensión de cualquier cuestión, incluso de aquellas que, a primera vista, no tienen que ver con los derechos humanos de la mujer. Cuando las mujeres alegan violaciones de los derechos humanos, el examen de esas cuestiones *requiere* una perspectiva de género. La aplicación de una perspectiva de género mejora la calidad de la adjudicación al facilitar una comprensión más completa de la violación de los derechos humanos y garantizar que el proceso de adjudicación no refuerce inadvertidamente la discriminación estructural preexistente por razón de sexo y género. Recordemos, a este respecto, que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha declarado que el principio de no discriminación es una norma de *ius cogens*¹⁰⁹. La aplicación de una perspectiva de género también permite al tribunal visualizar las reparaciones más adecuadas para hacer frente a las violaciones de los derechos humanos¹¹⁰.

Para aplicar una perspectiva de género, los juzgadores deben preguntarse cómo ha influido el género -la construcción social que rodea a cada sexo en particular- en cada etapa de la violación en cuestión. Por ejemplo, ¿cómo contribuyó el género al contexto social en el que se produjo la violación? ¿Cómo contribuyó el género a la vulnerabilidad de la víctima a las violaciones de los derechos humanos? ¿Cómo influyó el género en la forma en que se causó el daño? ¿Cómo influyó el género en la forma en que las autoridades respondieron a la violación? ¿Cómo influye el género en la forma de reparar la violación?

La aplicación de una perspectiva de género al derecho de los derechos humanos resulta especialmente urgente si tenemos en cuenta que este ámbito del derecho tiene un sesgo androcéntrico bien documentado¹¹¹. La formulación del derecho y la interpretación del mismo por parte de los Estados y de los órganos jurisdiccionales ha aplicado a menudo una perspectiva basada en experiencias masculinas¹¹². Este androcentrismo explica por qué, por ejemplo, las altas tasas de mortalidad materna no se han entendido habitualmente como violaciones del derecho a la vida, la violencia doméstica no se ha entendido como tortura y el derecho al aborto se ha relegado al ámbito de la privacidad¹¹³.

109 OC-18/03, *Condición jurídica y derechos de los migrantes indocumentados*, IACtHR Serie A 18 (2003), apartado 101.

110 Véase, por ejemplo: *Caso González y otros ("Campo Algodonero") V. México*. Corte Interamericana de Derechos Humanos, Serie C 205 (2009), párr. 450.

111 Charlesworth y Chinkin, *The Boundaries of International Law* (2000) en el capítulo 7.

112 Ibid.

113 Véase, por ejemplo: Comité de Derechos Humanos, Observación General 28 supra n 15; Copelon supra n 10; Sifris supra n 10.

En el caso concreto de la tortura, el Relator Especial sobre la tortura ha explicado que “[h]istóricamente, el marco de la tortura y los malos tratos evolucionó en gran medida en respuesta a prácticas y situaciones que afectaban desproporcionadamente a los hombres¹¹⁴”.

Un obstáculo importante en el camino hacia la justicia en materia de derechos humanos para las mujeres ha sido la incapacidad de la sociedad -y, en consecuencia, del Derecho, como construcción social- para ver, comprender y valorar el sufrimiento de las mujeres¹¹⁵. Dicho esto, una vez que los órganos jurisdiccionales comienzan a aplicar una perspectiva de género en su comprensión de las cuestiones que se les plantean, la calidad de sus resoluciones mejora drásticamente. Este ha sido el caso de la Corte Interamericana de Derechos Humanos¹¹⁶.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos es actualmente el órgano jurisdiccional internacional de derechos humanos que ha construido el cuerpo de jurisprudencia más sofisticado en relación con el uso de una perspectiva de género en la adjudicación de violaciones de derechos humanos¹¹⁷. Desde el caso de la *Masacre de Plan de Sánchez*¹¹⁸, la Corte ha sido consistentemente capaz de desplegar un análisis de género en la evaluación de, por ejemplo, femicidio, violación y violencia sexual, prohibición de tratamientos de fertilidad, esterilización forzada y derechos LGBTIQ+¹¹⁹.

2.2 La necesidad de una perspectiva de género para entender la denegación de tratamientos médicos a las mujeres, como tortura.

La aplicación de una perspectiva de género adquiere especial importancia cuando se examina la tortura de las mujeres porque las actitudes androcéntricas han dominado la evaluación de la gravedad del sufrimiento. Estas actitudes, arraigadas en concepciones sociales, culturales y religiosas del dolor de la mujer y en expectativas sobre la capacidad reproductiva y la maternidad de la mujer, tienen el efecto de minimizar y normalizar el dolor de la mujer en general y el dolor físico y la angustia mental asociados a la denegación del aborto cuando la vida o la salud de la mujer están en peligro o existe una anomalía fetal o una malformación congénita incompatible con la vida, específicamente.

114 SRT Gender Perspectives supra n 11, párrafo 5.

115 Palacios Zuloaga, supra n 9 en 906-7.

116 Palacios Zuloaga, ‘El camino hacia la justicia de género en la Corte Interamericana de Derechos Humanos’ (2008) 17 Texas Journal of Women and the Law 227.

117 Palacios Zuloaga, supra n 9 en 928-31.

118 Caso de la Masacre de Plan de Sánchez c. Guatemala, Corte Interamericana de Derechos Humanos, Serie C 116 (2004).

119 Véase, por ejemplo, Caso González y otros (“Campo Algodonero”) supra n 41; Caso Fernández Ortega y otros c. México Corte IDH Serie C 215 (2010); Caso Rosendo Cantú y otros c. México Corte IDH Serie C 216 (2010); Caso Atala Riffo y otros c. Chile Corte IDH Serie C 239 (2012); Caso Artavia Murillo y otros c. Perú Corte IDH Serie C 289 (2014); Caso Veliz Franco y otros c. Guatemala Corte IDH Serie C 277 (2014). supra n 36; Caso Espinoza González c. Perú Corte IDH Serie C 289 (2014); Caso Veliz Franco y otros c. Guatemala Corte IDH Serie C 277 (2014); Caso Velásquez Paiz y otros c. Guatemala Corte IDH Serie C 307 (2015); Caso I.V. supra n 37; Caso López Soto y otros c. Venezuela, Corte IDH Serie C 362 (2018).

El Relator Especial de la ONU sobre la Tortura:

“recuerda la necesidad de aplicar la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes de una manera que incluya la perspectiva de género [...]. La plena integración de una perspectiva de género en cualquier análisis de la tortura y los malos tratos es fundamental para garantizar que las violaciones arraigadas en normas sociales discriminatorias en torno al género y la sexualidad sean plenamente reconocidas, abordadas y remediadas”¹²⁰.

La aplicación de una perspectiva de género nos permite ver cómo los elementos de la definición de tortura están presentes en la denegación de servicios de aborto. Por ejemplo, la aplicación de una perspectiva de género puede iluminar el grado de **sufrimiento que** experimentan las mujeres a las que se niega la atención sanitaria reproductiva. Continúa el Relator Especial:

“El derecho internacional de los derechos humanos reconoce cada vez más que el abuso y el maltrato de las mujeres que solicitan servicios de salud reproductiva causan un sufrimiento físico y emocional tremendo y duradero, que se inflige por motivos de género”¹²¹.

Para más detalles sobre la localización y gravedad de los daños causados por la denegación de servicios de aborto, véase la sección C *infra*.

Considerar la cuestión a través de una lente de género también aclara que el **propósito** de la denegación de asistencia sanitaria es discriminatorio, porque a los hombres no se les niega sistemáticamente el acceso a ninguna asistencia sanitaria¹²².

Además, una perspectiva de género ilumina la dinámica de poder que existe entre la víctima, los funcionarios gubernamentales y el personal médico que lleva a cabo la política gubernamental de salud reproductiva, que oprime a las mujeres y las deja en una situación de **impotencia**. La Corte Interamericana reconoció este contexto opresivo en tres párrafos clave del *caso I.V. c. Bolivia*, en los que sostuvo que:

“la libertad de la mujer para decidir y tomar decisiones responsables con respecto a su cuerpo y su salud reproductiva, [...] puede verse menoscabada por la discriminación en el acceso a la atención sanitaria; por las diferencias en las relaciones de poder con el marido, la familia, la comunidad y el personal médico; por la existencia de factores adicionales de vulnerabilidad, y de estereotipos de género y de otro tipo entre los proveedores de atención sanitaria”¹²³.

120 SRT Gender Perspectives supra n 11 en el párrafo 6.

121 Ibid en párrafo 42.

122 Cook, Dickens y Fathalla, *Reproductive Health and Human Rights* (2008) en 349, 351.

123 Caso de I.V. supra n 37 en el párrafo 185.

En cuanto al poder que ejercen los médicos sobre las mujeres:

“El Tribunal reconoce que la dinámica de poder médico-paciente puede verse incrementada por las relaciones de poder desiguales que han caracterizado históricamente las relaciones entre hombres y mujeres, así como por los estereotipos de género socialmente dominantes y persistentes que, consciente o inconscientemente, constituyen la base de prácticas que refuerzan la posición de las mujeres como dependientes y subordinadas”¹²⁴.

Y con respecto a los estereotipos de la mujer que prevalecen en el sector médico:

“...El Tribunal identifica algunos de los estereotipos de género que se aplican con frecuencia a las mujeres en el sector sanitario y que tienen graves efectos sobre la autonomía de las mujeres y su poder de decisión: (i) las mujeres son vistas como seres vulnerables, incapaces de tomar decisiones confiables o consistentes, lo que da lugar a que los profesionales de la salud nieguen a las mujeres la información que requieren para dar su consentimiento informado; (ii) las mujeres son consideradas impulsivas e indecisas y necesitadas de la guía de una persona más estable y con mejor juicio, generalmente un hombre protector, y (iii) es la mujer quien debe cargar con la responsabilidad de la salud sexual de la pareja, por lo que, dentro de una relación, es la mujer quien tiene la tarea de elegir y usar un método anticonceptivo...”¹²⁵

El Relator Especial sobre la Tortura se ha mostrado de acuerdo, y con el caso de la denegación del derecho al aborto, ha afirmado que:

“La discriminación contra mujeres, niñas y personas por motivos de sexo [o] género [...] suele ser la base de su tortura y malos tratos en entornos sanitarios. Esto es especialmente cierto cuando se buscan tratamientos como el aborto, que pueden contravenir los roles y expectativas de género socializados”¹²⁶.

En resumen, aplicar una perspectiva de género al análisis de la denegación de servicios de aborto permite una comprensión más matizada del daño causado a las mujeres que solicitan abortos y permite una evaluación más completa de si esa denegación constituye tortura. Por lo tanto, es imperativo que un Tribunal que desee considerar si la prohibición de la tortura ha sido violada por la denegación del derecho al aborto, aplique una perspectiva de género en dicho análisis. En el mismo sentido, también es necesaria una perspectiva de género al examinar la denegación de servicios de aborto como violación de otros derechos, como la vida, la salud y la privacidad. La perspectiva de género ayudará a los juzgadores no sólo a determinar si existe una violación de los derechos humanos, sino también a determinar qué reparaciones son apropiadas para reparar adecuadamente el daño causado por la violación en cuestión¹²⁷.

124 Ibid, apartado 186.

125 Ibid, apartado 187.

126 SRT Gender Perspectives supra n 11 en el párrafo 42.

127 Véase, por ejemplo, Caso González y otros (“Campo Algodonero”) supra n 41 en el párrafo 450.

3. La denegación de servicios de aborto a mujeres que los necesitan para proteger su integridad personal, salud y vida a la luz del artículo 2 de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la tortura.

3.1 Los elementos de la tortura

La Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (CIPST) se adoptó en 1985 y entró en vigor en 1987. El Salvador ratificó el tratado en 1994. La Convención conceptualiza la tortura en los artículos 2 y 3 de la siguiente manera:

Artículo 2

Para los efectos de la presente Convención, se entenderá por tortura todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica. No estarán comprendidos en el concepto de tortura las penas o sufrimientos físicos o mentales que sean únicamente consecuencia de medidas legales o inherentes a éstas, siempre que no incluyan la realización de los actos o la aplicación de los métodos a que se refiere el presente artículo.

Artículo 3

Serán responsables del delito de tortura:

1. los empleados o funcionarios públicos que actuando en ese carácter ordenen, instiguen, induzcan a su comisión, lo cometan directamente o que, pudiendo impedirlo, no lo hagan.
2. las personas que a instigación de los funcionarios o empleados públicos a que se refiere el inciso a. ordenen, instiguen o induzcan a su comisión, lo cometan directamente o sean cómplices.

De estos artículos se desprende que los elementos de la tortura en el sistema interamericano reflejan ampliamente los de la Convención contra la Tortura de las Naciones Unidas.

- a. Un acto intencional
- b. El acto causa sufrimiento físico o mental
- c. El acto se comete con propósito (aunque el requisito de propósito se enmarca de forma más amplia en la CIPST).
- d. El acto involucra a un funcionario público.



Sin embargo, la Corte Interamericana ha sostenido recientemente que los elementos constitutivos de la tortura son los que se encuentran en el artículo 2 (acto intencional, sufrimiento y propósito), mientras que el artículo 3 detalla la responsabilidad penal de los autores, que es distinta de la responsabilidad del Estado por la tortura en sí. Esta posición se examinará *infra*.

Para determinar si la denegación de servicios de aborto a mujeres cuya integridad, salud y vida corren peligro constituye tortura, tenemos que ver si se cumplen todos los elementos anteriores:

a. El acto intencionado.

La tortura no se comete por negligencia. Debe existir intencionalidad en la actuación del servidor público. En el caso *Bueno Alves c. Argentina*, la Corte Interamericana analizó cada uno de los elementos constitutivos de la tortura y concluyó que: “los actos cometidos fueron infligidos deliberadamente a la víctima y no el resultado de una conducta negligente, un accidente o fuerza mayor”¹²⁸.

La jueza Cecilia Medina en su voto particular concurrente en el caso del Campo Algodonero explicó que “[l]a intencionalidad se refiere al hecho de que el individuo es consciente de que está ejecutando un acto que le causará sufrimiento o un sentimiento de humillación”¹²⁹. El Relator Especial sobre la Tortura ha dicho, en relación con el elemento de intencionalidad de la tortura psicológica, lo siguiente:

“no exige que la imposición de un dolor o sufrimiento mental grave sea subjetivamente deseada por el autor, sino únicamente que sea razonablemente previsible como resultado, en el curso ordinario de los acontecimientos, de la conducta intencionada adoptada por el autor”¹³⁰.

En el caso de la denegación de la atención médica necesaria para proteger la integridad, la salud y la vida de una mujer embarazada, el acto intencionado es, ante todo, el acto estatal de prohibir el aborto en cualquier circunstancia. Este acto legislativo basta para cumplir el primer requisito.

En este sentido se ha pronunciado el Relator Especial sobre la Tortura:

“Las leyes sobre el aborto altamente restrictivas que prohíben el aborto incluso en casos de incesto, violación o malformación del feto o para salvaguardar la vida o la salud de la mujer violan el derecho de la mujer a no sufrir tortura ni malos tratos”¹³¹.

128 Caso *Bueno Alves v. Argentina* IACtHR Series C 164 (2007) at para 81.

129 Caso *González et al. (“Campo Algodonero”)* supra n 41, Opinión concurrente de la Jueza Cecilia Medina Quiroga en el párrafo 3.

130 Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/HRC/43/49 de 20 de marzo de 2020, párrafo 34

131 SRT Gender Perspectives, supra n 11, párr. 43. En el mismo sentido, véase Comité de Derechos Humanos, Observación General 36, supra n 29, apartado 8.

b. El dolor o sufrimiento físico o mental.

A efectos de la denegación de la atención del aborto, es importante señalar que, tanto en virtud de la Convención contra la Tortura como del CIPST, el sufrimiento de la víctima de tortura puede ser físico o mental.

Una de las diferencias entre las definiciones de tortura contenidas en el art. 2 de la CIPST y el art. 1 de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes se refiere al grado de sufrimiento necesario para superar el umbral de la tortura. La definición de tortura desplegada por la CAT exige “dolores y sufrimientos graves”. El IACPPT, por otro lado, parece contener un umbral más bajo, ya que requiere “dolor o sufrimiento físico o mental”, sin el requisito adicional de gravedad. Esto parece eliminar una capa del proceso de adjudicación en el sentido de que, una vez determinada la existencia de dolor y sufrimiento, el Tribunal no necesita determinar la gravedad de dicho dolor y sufrimiento.

Sin embargo, esta interpretación no ha sido respaldada por la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. En *Bueno Alves*, la Corte Interamericana recurrió a los diversos instrumentos internacionales sobre derechos humanos y sobre tortura -incluida la CIPST- para precisar el contenido de la prohibición de la tortura contenida en el art. 5.2 de la CADH¹³². El resultado de este ejercicio fue determinar que el acto intencional debe producir “sufrimientos físicos y mentales graves”¹³³.

Para determinar la gravedad del sufrimiento causado:

“...el Tribunal debe tener en cuenta las circunstancias específicas de cada caso, a la vista de factores objetivos y subjetivos. Los primeros se refieren a las características del maltrato, tales como la duración, el método o la forma utilizada para infligir el daño y los efectos físicos y psicológicos que dicho daño puede causar. Los segundos se refieren a las características del individuo que sufre los malos tratos, como la edad, el sexo, el estado de salud y cualquier otra circunstancia personal”¹³⁴.

Con respecto a la gravedad del sufrimiento, es importante entender que lo que constituye “grave” cambia con el tiempo para tener en cuenta la evolución de las opiniones de la sociedad¹³⁵ y nuestra creciente comprensión de cómo el sufrimiento físico y psicológico es experimentado por diferentes personas. Por lo tanto, si queremos entender que la tortura difiere del TCID en la gravedad del sufrimiento, es importante señalar que la ubicación del umbral entre el TCID y la tortura no es fija¹³⁶. El umbral evoluciona a medida que evoluciona nuestra comprensión de

¹³² Caso *Bueno Alves*, supra n 59, párrafos 77-78.

¹³³ *Ibid*, apartado 79.

¹³⁴ *Ibid*, apartado 83.

¹³⁵ Véase, por ejemplo, *Selmouni v France*, App no 25803/94, TEDH (28 de julio de 1999), apartado 101.

¹³⁶ Manfred Nowak, *UN Covenant on Civil and Political Rights, CCPR Commentary* (2nd Edición revisada, N.P. Engel, Editorial 2005) 160.

la crueldad, la inhumanidad, la degradación y el sufrimiento y, por lo tanto, actos que antes no se consideraban tortura pueden convertirse en tortura a medida que desarrollamos una mejor comprensión del sufrimiento.

La importancia de la gravedad del sufrimiento para determinar si se ha producido tortura es problemática en el contexto de los derechos de la mujer, ya que la comprensión social del sufrimiento ha tendido a no reconocer la gravedad del sufrimiento de las mujeres. Podemos ver esta tendencia, por ejemplo, en la profesión médica, donde estudios han demostrado que los profesionales de la medicina tardan más en prescribir analgésicos a las mujeres¹³⁷. También podemos verlo en la ley, donde la violencia doméstica se trata como un asunto privado¹³⁸ en lugar de como un caso de tortura¹³⁹. Incluso en la adjudicación internacional, los tribunales han tenido dificultades para reconocer y administrar justicia por el sufrimiento de las mujeres¹⁴⁰. Teniendo en cuenta este punto ciego de género, el hecho de que el texto de la CIPST no especifique el grado de sufrimiento necesario para constituir tortura, permite al Tribunal cierta flexibilidad en la determinación de tortura en el caso de denegación del derecho al aborto, donde históricamente el grado de sufrimiento infligido a las mujeres ha sido invisibilizado por los estereotipos de género.

Conviene recordar que hay jurisprudencia que ha sostenido que el embarazo y el parto hacen a una persona más vulnerable a las violaciones de sus derechos humanos¹⁴¹. Dicho esto, Ferstman explica las complejidades de evaluar el sufrimiento ajeno:

“Un enfoque objetivo de la gravedad es problemático, ya que la experiencia de dolor y sufrimiento será necesariamente diferente desde el punto de vista de cada víctima. Sin embargo, un enfoque subjetivo puede ser problemático, ya que decide si se ha producido tortura sobre la base de la resiliencia relativa de la víctima. Además, las evaluaciones sobre la “gravedad” pueden reducirse a la consideración de la credibilidad de la víctima. Éstas pueden ser arbitrarias, y a menudo dependen de las predisposiciones o antecedentes de los jueces. Los que toman estas decisiones tienden a privilegiar las formas físicas del daño sobre el sufrimiento psicológico”¹⁴².

137 Calderone, ‘The Influence of Gender on the Frequency of Pain and Sedative Medication Administered to Postoperative Patients’ (1990) 23 Sex Roles 713; Samulowitz et al., ‘Brave Men’ and ‘Emotional Women’: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain’ (2018) Pain Research and Management 1 at 5, 9-10; Hoffmann y Tarzian, ‘The Girl Who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain’ (2001) 29 Journal of Law, Medicine and Ethics 13.

138 Véase, por ejemplo: Caso 212.626, Jessica Lenahan (Gonzales) et al contra los EE.UU., Inter-Am. Com. H.R., Informe nº 80/11 (2011)

139 Copelon supra n 10.

140 Palacios Zuloaga, supra n 47.

141 Véanse, por ejemplo: R.R v. Poland, supra n 27 en párrafo 209 8; *Tysiac v Poland*, App no 5410/03, TEDH (20 de marzo de 2007) en párrafo 127.

142 Carla Ferstman, Integrity of the Person, en Moeckli et al (eds), International Human Rights Law (4th ed, OUP 2022) en 174.

Es importante poder apreciar que negar a las mujeres embarazadas la asistencia sanitaria para el aborto que puede salvarles la vida es capaz de causarles dolor y sufrimiento graves. Para ello, y dado que el sufrimiento de las mujeres suele quedar oculto por las perspectivas androcéntricas de la tortura y por los estereotipos de género, es importante comprender dónde se sitúa el daño producido por la denegación de los servicios de aborto.

A continuación, se presenta una lista no exhaustiva de los posibles daños que pueden causar sufrimiento en los casos en los que se deniega el aborto y en los que la continuación del embarazo pone en peligro la integridad, la salud y la vida de la persona embarazada.

- **Muerte.** Cuando se deniega el aborto a mujeres cuyo embarazo pone en peligro su vida o su salud, una consecuencia previsible y evitable es la muerte de la embarazada. La prohibición total del aborto también empuja a las mujeres embarazadas a someterse a abortos inseguros, que ponen en peligro su vida y su salud¹⁴³.
- **Deterioro físico de las funciones corporales,** incluido el posible dolor.
- **Sufrimiento psicológico ante el riesgo de incapacitación y muerte inminente.** Este sufrimiento puede considerarse comparable al síndrome del corredor de la muerte, reconocido internacionalmente como TCID¹⁴⁴.
- **Sufrimiento psicológico al saber que el aborto está fácilmente disponible en otros lugares** para quienes se encuentran en condiciones similares y que, por lo tanto, su sufrimiento, incapacitación y muerte no son un resultado necesario de sus circunstancias.
- **Sufrimiento psicológico causado por la impotencia.** Cuando el aborto es ilegal en todos los casos, las mujeres cuyo embarazo pone en peligro su integridad, su salud y su vida se ven impotentes para influir en sus circunstancias y no pueden salvar su propia vida sin arriesgarse a sanciones penales.
- **Sufrimiento psicológico debido a la alteración del proyecto de vida de la víctima y/o de su calidad de vida.** La Corte Interamericana, al juzgar casos de tortura, ha encontrado que la alteración del proyecto de vida es un daño importante causado por violaciones al derecho a la integridad. Sostuvo que la “eliminación o cercenamiento [del proyecto de vida] coarta objetivamente la libertad y constituye la pérdida de un bien valioso”¹⁴⁵.

143 La OMS ha sostenido que los abortos inseguros son un “problema crítico de salud pública y derechos humanos”. Directrices para la atención del aborto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022, en xx.

144 Soering v. UK, Apelación nº 14038/88. TEDH (7 de julio de 1989). TEDH (7 de julio de 1989); Caso de Hilaire, Constantine y Benjamin y otros contra Trinidad y Tobago, TIDH Serie C 94 (2002), apartados 167-172, Raxacó Reyes contra Guatemala, TIDH Serie C 133 (2005), apartados 97-102.

145 Véanse, por ejemplo: Caso de Loayza Tamayo contra Perú, Corte IDH Serie C 42 (1998) en párrafos 147-154; Caso de Cantoral Benavides contra Perú, Corte IDH Serie C 88 (2001) en párrafo 80; Caso de Maritza Urrutia contra Guatemala, Corte IDH Serie C 103 (2003) en párrafo 168; Caso de Gutiérrez Soler contra Colombia, Corte IDH Serie C 132 (2005) en párrafo 89.

Beatriz Vs El Salvador

- **Sufrimiento psicológico debido al perjuicio económico que suponen** el embarazo, el parto y la maternidad forzados.
- **Sufrimiento psicológico en supervivientes de embarazos y partos forzados.** Los estudios demuestran que las mujeres que se vieron obligadas a gestar embarazos no deseados presentan peores resultados psicológicos que las que pudieron abortar, independientemente de si el embarazo fuera perjudicial para su integridad, su salud o su vida¹⁴⁶.
- **Discriminación por razón de sexo, embarazo y/o discapacidad.** La comprensión de que la situación se produce a causa de la discriminación puede causar una intensa angustia y sufrimiento psicológico. Recordemos que a los hombres no se les niega sistemáticamente el acceso a la asistencia sanitaria¹⁴⁷.
- **Vergüenza y estigma.** Las expectativas sociales sobre la mujer y los estereotipos de género atribuidos a la maternidad pueden provocar intensas experiencias de vergüenza en las mujeres que necesitan abortar. Además, las mujeres que han necesitado abortar o han abortado se ven sometidas al estigma social y al rechazo de sus comunidades por haber violado estas expectativas sociales.
- **Falta de autonomía y agencia.** Las mujeres a las que no se permite abordar o solucionar cuestiones relacionadas con su propio cuerpo pueden no sentirse miembros de la sociedad plenamente iguales y valorados, lo que puede provocar una intensa angustia.
- **Arbitrariedad de la decisión de no actuar para salvar la integridad, la salud o la vida de la mujer.** Someter a una persona a decisiones arbitrarias es una fuente de daño en sí misma¹⁴⁸. La imposibilidad de prever el comportamiento de las personas de las que depende la persona en peligro es una fuente de daño y, por tanto, es una fuente de sufrimiento.
- **Falta de ayuda en momentos de necesidad.** Estamos socializados para entender que determinados grupos de personas nos protegerán cuando lo necesitemos. Las fuerzas del orden, los jueces, los funcionarios del Estado y el personal médico se incluyen en este grupo. Cuando esos grupos de personas pueden ayudar pero se niegan a hacerlo por motivos discriminatorios, la injusticia inherente a su actitud puede causar una intensa angustia a la persona que necesita ayuda para sobrevivir.

El Tribunal debe determinar si el dolor y el sufrimiento causados por la denegación de servicios de aborto alcanzan o no la gravedad necesaria para constituir tortura examinando las

146 Véanse: Dagg, 'The Psychological Sequelae of Therapeutic Abortion-Denied and Completed' (1991) 148 American Journal of Psychiatry 578; Gilchrist et al., 'Termination of Pregnancy and Psychiatric Morbidity' (1995) 167 British Journal of Psychiatry 243; Luderemir et al., 'Postnatal Depression in Women after Unsuccessful Attempted Abortion' (2011) 198 British Journal of Psychiatry 237; Herd et al., 'The Implications of Unintended Pregnancies for Mental Health in Later Life' (2016) 106 American Journal of Public Health 421.

147 Cook, Dickens y Fathalla supra n 53 en 349, 351

148 Ferstman, *Arbitrariness as an Indication of Harm*, de próxima publicación en 2023.

circunstancias y las pruebas de cada caso individualmente, y con una perspectiva de género. Este método evita esencializar a las mujeres y, al mismo tiempo, garantiza que el sufrimiento de las mujeres sea visible y valorado.

c. El objetivo

El acto intencionado debe cometerse con un propósito. La CIPST deja la posible finalidad más abierta que la CAT. Cualquier propósito será suficiente para cumplir el requisito. La jueza Medina Quiroga explicó que “el propósito se refiere a la razón por la que ejecuta [el acto]: como, dominación, discriminación, sadismo, o para lograr una acción u omisión por parte de la víctima”¹⁴⁹.

En el caso de la denegación de asistencia sanitaria a mujeres embarazadas que la necesitan para proteger su integridad, su salud y su vida, la finalidad es la discriminación. Así lo ha manifestado el Relator Especial sobre la Tortura:

“Los elementos de finalidad e intención de la definición de tortura [...] se cumplen siempre si un acto es específico de género o se perpetra contra personas por razón de su sexo, identidad de género, orientación sexual real o percibida o no adhesión a las normas sociales en torno al género y la sexualidad”¹⁵⁰.

d. El perpetrador

El artículo 3 de la CIPST detalla la responsabilidad por tortura de un funcionario público o de un empleado público que actúe como tal. Esta participación puede ser directa - en el sentido de que el funcionario público lleva a cabo el acto - o indirecta - cuando el funcionario público ordena, instiga o induce el acto.

La Corte Interamericana ha determinado, en un caso relativo a la tortura de una mujer, que el Estado puede ser considerado responsable de tortura cuando no protege a las mujeres que están en riesgo de violencia o cuando no investiga y persigue la violencia¹⁵¹. Para llegar a esta conclusión, el Tribunal sostuvo que el artículo 2 de la CIPST incluye los tres elementos constitutivos de la tortura (el acto intencional, el sufrimiento grave y la finalidad)¹⁵² mientras que el artículo 3 de la CIPST detalla la responsabilidad penal de los autores y no la responsabilidad del Estado por la violación de los derechos humanos¹⁵³. Esto significa que, en el entendimiento de la Corte Interamericana, la tortura puede ser cometida por actores no estatales. Que el Estado sea o no responsable de esa tortura dependerá de si el Estado hizo lo suficiente para prevenir la tortura y para investigarla y enjuiciarla.

149 Caso González et al. (“Campo Algodonero”) supra n 41, Opinión concurrente de la Jueza Cecilia Medina Quiroga en el párrafo 3.

150 SRT Gender Perspectives supra n 11 en el párrafo 8.

151 Caso López Soto et al. supra n 50 en párrafos 183-200.

152 Ibid, apartado 186.

153 Ibid en 189-190.

Aunque el requisito de la participación de un funcionario público sigue siendo objeto de debate en el derecho internacional y en el mundo académico, y aunque puede ser problemático desde una perspectiva de género (en el sentido de que puede excluir de la protección de la ley la tortura cometida por actores privados, como en el caso de la violencia doméstica) en el presente caso la cuestión es irrelevante porque los autores son claramente funcionarios públicos. Cuando se prohíbe el aborto, incluso en los casos en que es necesario para proteger la integridad, la salud y la vida de la mujer embarazada, los autores son, ante todo, los legisladores que crearon la prohibición. Los jueces que la aplican y todos los funcionarios públicos que hacen cumplir la prohibición, incluidos los profesionales médicos que se niegan a proteger la vida de la mujer embarazada, también pueden ser concebidos como perpetradores.

3.2 Sanciones¹⁵⁴ o medidas¹⁵⁵ legales

Tanto la CAT como la CIPST excluyen de sus definiciones el sufrimiento causado por sanciones o medidas legales. Esto puede llevar al Estado a afirmar que la denegación del aborto, por estar contemplada en la ley, es una medida lícita. Si consideramos la cuestión en el marco de la Convención contra la Tortura, la denegación de servicios de aborto no es una sanción y, por lo tanto, no se aplica la disposición sobre sanciones legales. Si consideramos la cuestión en el marco del CIPST y si consideramos que la prohibición total del aborto es una “medida”, incluso si dicha medida está incluida en la legislación nacional, “sólo podrá acogerse a la excepción si también es conforme con el derecho internacional”¹⁵⁶.

El Comité de Derechos Humanos, en el caso de *Amanda Jane Mellet c. Irlanda*, que se refirió a la denegación del derecho al aborto, consideró que:

“el hecho de que una determinada conducta o acción sea legal con arreglo al derecho interno no significa que no pueda infringir el artículo 7 del Pacto. En virtud del marco legislativo existente, el Estado Parte sometió a la autora a condiciones de intenso sufrimiento físico y mental”¹⁵⁷.

Por último, no existen excepciones permisibles a la prohibición de la tortura o el TCID. Por lo tanto, si la denegación de servicios de aborto a mujeres cuya vida o salud corren peligro cumple los criterios de la tortura, ninguna ley nacional puede legitimarla.

4. Conclusiones

El análisis anterior ha establecido tres puntos clave que pueden resumirse del siguiente modo:

- a. Existe un cuerpo consolidado de normas internacionales de derechos humanos que sostienen que la denegación de servicios de aborto a quienes los necesitan para

¹⁵⁴ CAT supra n 3 en art 1.

¹⁵⁵ IACPPT supra n 7 en art 2.

¹⁵⁶ Ferstman, supra n 73 en 177.

¹⁵⁷ Mellet v. Irlanda supra n 20 en el párrafo 7.4. Véase también Whelan contra Irlanda, supra nota 21, apartado 7.7.

proteger su integridad, su salud y su vida constituye una violación del derecho a no sufrir tortura ni tratos crueles, inhumanos o degradantes. Esta recopilación se compone del derecho de los tratados, la jurisprudencia y las interpretaciones autorizadas del derecho realizadas por órganos jurisdiccionales y expertos internacionales. También se apoya en los escritos de distinguidos académicos.

- b. Entre los órganos jurisdiccionales del derecho internacional de los derechos humanos y los expertos en derechos humanos existe también el convencimiento de que la interpretación y aplicación de la legislación aplicable a los derechos sexuales y reproductivos en general, y a los servicios de aborto en particular, requiere la aplicación de una perspectiva de género. Esta perspectiva aumenta la calidad de la adjudicación y reduce el riesgo de que la adjudicación refuerce estereotipos preexistentes en relación con el sexo y el género.
- c. La denegación de servicios de aborto a quienes los necesitan para proteger su integridad, su salud y su vida es susceptible de infringir el umbral de tortura establecido en la CIPST (y en la CADH). Los elementos de intencionalidad del acto, propósito y agente estatal (en caso de que el Tribunal desee considerar este elemento, que ocupa un lugar más destacado en la Convención contra la Tortura) se cumplen en el caso de las prohibiciones legislativas totales de todas las formas de aborto. El elemento restante -el sufrimiento grave- debe ser evaluado por el Tribunal aplicando una perspectiva de género a los hechos específicos del caso. Esta metodología de adjudicación permitirá al Tribunal evitar tanto la esencialización de las experiencias de las mujeres como la invisibilización del sufrimiento de las mujeres.

5. Respuestas a las preguntas planteadas por el Estado.

5.1 En su opinión, ¿constituyen tortura las alteraciones de los planes de vida?

Como he señalado en mi informe, la tortura en el derecho internacional de los derechos humanos tiene una definición específica que requiere la presencia de una serie de elementos. Para que haya tortura, debe haber a) Un acto intencionado, b) Que cause dolor o sufrimiento físico o mental y c) Que se lleva a cabo con un propósito.

Además, la Convención contra la Tortura de la ONU exige que el acto involucre a un funcionario público, mientras que la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura no lo exige.

Por lo tanto, la cuestión de si las alteraciones de los planes de vida constituyen tortura o no depende de si se cumplen estos elementos. Para llevar a cabo esta determinación, debe prestarse especial atención a las circunstancias del caso y a las pruebas disponibles.

Un órgano jurisdiccional debe examinar las circunstancias de cada caso para determinar si la

perturbación de los planes de vida puede atribuirse a un acto intencionado (por oposición a “negligencia, accidente o fuerza mayor”¹⁵⁸), si este acto intencionado tenía un propósito (entendida en sentido amplio según la CIPST) y -si están aplicando la Convención contra la Tortura de la ONU- si el acto involucró a un funcionario público.

Si se cumplen estos elementos, la cuestión de si la alteración de los planes de vida constituye tortura dependerá de si dicha alteración causa un sufrimiento en la víctima que alcance el nivel de gravedad necesario para traspasar el umbral de la tortura. Como tal, la alteración de los planes de vida **puede** causar sufrimiento a la víctima. El juzgador debe evaluar todas las pruebas y circunstancias asociadas para determinar si el sufrimiento provocado por la alteración de los planes de vida, en sí mismo o en conjunción con otras fuentes de sufrimiento, es lo suficientemente grave como para constituir tortura.

Al realizar esta evaluación, el Tribunal debe aplicar una perspectiva de género. Esto se debe a que las evaluaciones del sufrimiento a menudo se basan en las experiencias de las víctimas masculinas y pueden no dar la debida importancia a las experiencias de las mujeres.

5.2 En su opinión, ¿constituye tortura la mera existencia de una ley que restringe las decisiones de las personas, en la medida en que puede suponer una limitación de su proyecto de vida?

Una vez más, que la existencia de una ley restrictiva pueda dar lugar a tortura depende de si se cumplen todos los elementos de la definición de tortura. Estas leyes cumplen algunos de los elementos de la tortura por el mero hecho de ser aprobadas. Los elementos se cumplen de la siguiente manera:

- La aprobación de la ley es un acto intencionado
- La ley tiene una finalidad (que cumple el requisito de la CIPST). Si la ley se examina en el marco de la Convención contra la Tortura, el adjudicador tendrá que examinar si la ley tiene una finalidad incluida en el artículo 1 de la Convención contra la Tortura. Las leyes que restringen las decisiones tomadas por un grupo definido de personas, por ejemplo, las decisiones reproductivas tomadas por las mujeres, serán discriminatorias y, por lo tanto, cumplirán el requisito de finalidad establecido en la Convención contra la Tortura.
- La ley es aprobada por un funcionario público: los legisladores que redactaron y votaron a favor de la ley (este elemento sólo se exige en el marco de un análisis de la CAT).

Si la existencia de la ley puede o no dar lugar a tortura depende, por tanto, una vez más, de la evaluación del juzgador sobre si está presente o no el elemento final de la tortura, es decir, si la existencia de la ley condujo o no a la creación de condiciones que causaron dolor o sufrimiento

158 Caso Bueno Alves v. Argentina IACtHR Series C 164 (2007) at para 81

físico o mental a la víctima y si la intensidad de ese sufrimiento superó el umbral de la tortura. Una vez más, esta evaluación de la gravedad del dolor de la víctima requiere la aplicación de una perspectiva de género.

Es importante señalar que la “mera existencia” de una ley puede hacer que los funcionarios públicos y otras personas tomen decisiones y adopten comportamientos debido a esa ley. Por ejemplo, una ley que prohíba el aborto en cualquier circunstancia podría llevar a una mujer embarazada a continuar con un embarazo no deseado que le cause un gran sufrimiento. Del mismo modo, esa mujer podría buscar un aborto inseguro e ilegal que también podría causarle un gran sufrimiento. En ambos casos, la ley no necesitaría ser aplicada formalmente por el Estado a esa mujer para crear condiciones que causan sufrimiento.

A la hora de realizar el ejercicio de determinar si las leyes que limitan las decisiones y los planes de vida pueden constituir tortura, conviene señalar que el Relator Especial de la ONU sobre la Tortura ha sido categórico al respecto:

“Las leyes sobre el aborto altamente restrictivas que prohíben el aborto incluso en casos de incesto, violación o malformación del feto, o para salvaguardar la vida o la salud de la mujer, violan el derecho de la mujer a no sufrir tortura ni malos tratos”¹⁵⁹.

159 SRT Gender Perspectives, supra n. 11, párr. 43. En el mismo sentido, véase Comité de Derechos Humanos, Observación General 36, supra n 29, apartado 8.

C. Peritaje de Norberto Reyes Paredes

**Peritaje médico clínico ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos
en el caso Beatriz y otros VS. El Salvador**

Dr. Norberto Reyes Paredes¹⁶⁰

Resumen Ejecutivo

Beatriz es una mujer quien a los 21 años de edad presenta su primer embarazo el cual se resuelve de manera prematura a las 32 semanas de gestación por vía cesárea al complicarse con una preeclampsia con datos de gravedad. Como antecedentes de importancia, ella es portadora de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), diagnosticado cuando ella tenía 18 años, Artritis Reumatoide (AR), diagnosticada en 2009, Nefritis lúpica e Hipertensión Arterial Sistémica Crónica (HASC, secundaria al LES).

En su segundo embarazo se diagnóstica de forma temprana que el feto presenta una malformación congénita grave y fatal llamada anencefalia, que consiste en la ausencia del cráneo y del cerebro. Ella autoriza la terminación del embarazo. Sin embargo, el grupo médico interdisciplinario (obstetricia, perinatología, cardiología, nefrología, reumatología, terapia intensiva, medicina interna, entre otros grupos de profesionales) a cargo de la atención obstétrica se vio impedido legalmente de realizar un aborto, a pesar del alto riesgo materno por las enfermedades preexistentes y las complicaciones maternas asociadas a un feto con anencefalia que pusieron en

¹⁶⁰ Médico Cirujano, de nacionalidad mexicana, especialista en Ginecología y Obstetricia por el Instituto Nacional de Perinatología y de la Universidad Nacional Autónoma de México. Cuenta con más de 27 años de experiencia en el área de la salud reproductiva al haber desempeñado actividades asistenciales, de docencia, de investigación clínica y de gestión administrativa en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, en el Centro Médico Naval y en el Instituto Nacional de Perinatología, en la Ciudad de México.

riesgo innecesario la salud y la vida de Beatriz. La joven continuó recibiendo atención para el manejo de su estado de salud. Tuvo varias hospitalizaciones para la vigilancia integral del estado de salud, ya que los antecedentes ameritaban un seguimiento estrecho por la posibilidad de descompensación y el antecedente de preeclampsia grave en el embarazo previo.

En la semana 26 de gestación, Beatriz presentó un incremento anormal en la cantidad de líquido amniótico (polihidramnios) secundario a la anencefalia, dificultad para respirar (disnea) y trabajo de parto pretérmino. Se realizó el nacimiento mediante una operación cesárea, con esterilización quirúrgica (a solicitud de Beatriz), durante el nacimiento se confirma la ausencia de parte del cráneo y la ausencia de cerebro.

Durante la siguiente semana al nacimiento, Beatriz presentó un descontrol de la presión arterial grave (hasta 195/110 mmHg) que puso en riesgo su vida. Cuarenta días después del nacimiento y una vez compensada fue egresada del Hospital por mejoría.

El 4 de octubre de 2017 Beatriz sufre un accidente al viajar en una motocicleta. Se le diagnostica un traumatismo cráneo encefálico leve, y es egresada a casa el 6 de octubre de 2017. El 7 de octubre del mismo año Beatriz acude a médico periférico con síntomas de neumonía y es referida al hospital. El 8 de octubre en la ambulancia que la traslada al hospital, Beatriz sufre un paro cardio respiratorio. En el Hospital Nacional "San Juan de Dios" San Miguel se le diagnostica una neumonía nosocomial (infección adquirida en una unidad médica), LES, traumatismo cráneo encefálico leve, anemia y síndrome nefrótico (enfermedad renal) y descompensación de los gases arteriales (lo que genera un mal funcionamiento celular general). Beatriz muere en el hospital dos horas después de su ingreso. No se descartaron algunas complicaciones graves que pueden presentar personas con LES con los mismos síntomas: tromboembolia pulmonar, neumonitis o miocarditis.

El caso de Beatriz es un claro ejemplo de la forma en la que la salud de una mujer embarazada se puede agravar al ser portadora de una enfermedad autoinmune, incurable y con evolución progresiva durante la vida. En el primer embarazo presentó una preeclampsia con datos de gravedad que culminó en el nacimiento pretérmino de su hijo. El antecedente de preeclampsia incrementa el riesgo de recurrencia en embarazos posteriores, así como el riesgo de presentar complicaciones cardiovasculares (cardiopatía isquémica y enfermedad cerebro vascular) en el futuro, tanto para la madre como para los hijos que se exponen a la preeclampsia "in utero".

Como parte de los daños irreversibles que provoca el LES, Beatriz tenía Hipertensión Arterial Sistémica Crónica (HASC) y una enfermedad renal (nefritis lúpica), lo que incrementa los riesgos para la salud y la vida durante un embarazo. La continuación del embarazo de un feto con anencefalia (malformación congénita incurable y fatal al nacimiento), también representa riesgos a la salud de la mujer embarazada por lo que como parte del manejo de este diagnóstico se deben brindar todas las opciones para la terminación del embarazo de manera oportuna y sólo reservar la continuidad de la gestación a solicitud de la embarazada bajo consentimiento informado dadas las complicaciones maternas asociadas.

Beatriz Vs El Salvador

A pesar de recibir la adecuada asesoría por parte del equipo de salud que la atendía durante su segundo embarazo y su solicitud expresa de interrumpirlo, Beatriz no tuvo acceso al aborto de manera oportuna por la prohibición legal para realizar esta intervención cuando existe un riesgo a la salud o vida de la mujer o cuando se diagnostican malformaciones o condiciones genéticas incompatibles con la vida en el feto. Por el contrario, se dio continuidad al embarazo como única alternativa, exponiendo a Beatriz de manera innecesaria a los riesgos implícitos en los diagnósticos de: LES, HASC, nefritis lúpica, el antecedente de preeclampsia con datos de gravedad en el embarazo previo, cesárea previa, así como a los riesgos en la salud de una embarazada derivados de la anencefalia fetal. Así, en el segundo embarazo se presentaron parte de las complicaciones maternas esperadas en un feto con anencefalia: polihidramnios, dificultad para respirar, trabajo de parto pretérmino.

Complicaciones que fueron previsibles y prevenibles si Beatriz hubiera tenido acceso a la alternativa de la interrupción del embarazo tan pronto se confirmara el diagnóstico de anencefalia, bajo consentimiento informado.

En 2017 Beatriz fue hospitalizada para vigilar su estado de salud después del accidente. Ante la ausencia de una necropsia y de estudios especiales dirigidos, no se puede descartar o afirmar que la causa de la muerte de Beatriz haya sido una complicación aguda asociada al LES: tromboembolia pulmonar, neumonitis o miocarditis, además de la neumonía diagnosticada. Sin embargo, el estado de salud comprometido puede descompensar una enfermedad crónica. Un accidente en motocicleta con traumatismo craneo encefálico, como el que experimentó Beatriz, necesariamente generó una respuesta metabólica al trauma al ser un evento que requiere de una evaluación médica.

Por estos argumentos se determinan las siguientes recomendaciones:

1. - Que el Estado revise la ley respecto a la prohibición absoluta del aborto, y determine como excepciones de sanción, al menos, los casos en los que tenga el objetivo de salvar la salud o vida de la mujer embarazada; y en los casos de malformaciones graves en el embrión o feto, todo de conformidad con las Directrices sobre la atención para el aborto de las OMS de 2022.
2. - Que el gobierno de El Salvador genere las condiciones jurídicas que aseguren el acceso a los servicios de aborto seguro recomendados por la OMS particularmente para los casos que representan un riesgo para la salud y vida de las mujeres, y garantice la implementación mediante la inversión de recursos humanos capacitados, en infraestructura y en insumos en adecuada calidad y cantidad, salvaguardando la integridad jurídica de las usuarias y del personal de salud de forma integral.

Introducción

Este peritaje trata sobre las buenas prácticas y estándares internacionales para el tratamiento de casos de mujeres embarazadas cuya vida, integridad y salud se encuentra en riesgo. A la luz de esos estándares y de la experiencia médica especializada, se analizan los expedientes

médicos de Beatriz a los que han tenido acceso las representantes con el fin de presentar a la Corte una opinión experta acerca del estado de salud de Beatriz durante su primer embarazo; el diagnóstico de Beatriz en su segundo embarazo, y el tratamiento que le fue recomendado, así como las consecuencias en la vida, la salud y la integridad personal de Beatriz producto de la falta de acceso a dicho tratamiento de forma oportuna, entre otros aspectos relacionados con el caso. También se referirá a las medidas que el Estado debe adoptar para evitar la repetición de hechos como los que se dieron en este caso.

A efectos de esta publicación, se ha suprimido el apartado de evaluación de los expedientes médicos, pues contienen información de carácter privado sobre el estado de salud de Beatriz, que no han sido autorizados para su divulgación.

1. Buenas prácticas y estándares internacionales para el tratamiento de casos de mujeres embarazadas cuya vida, integridad o salud se encuentra en riesgo.

1.1 Importancia del control prenatal

En toda mujer embarazada debe de realizarse una historia clínica y una exploración física completa para determinar los factores de riesgo que dirijan el control prenatal de acuerdo con el riesgo detectado. El “riesgo” es la posibilidad de que un evento se presente. De acuerdo con los factores de riesgo identificados en la historia clínica de cada mujer se clasifican en embarazos de bajo o de alto riesgo.

El control prenatal consiste en consultas periódicas sistematizadas que tienen la finalidad de:

- vigilar la adecuada evolución del binomio madre-feto.
- orientar a cerca de las medidas de autocuidado (plan de alimentación, ejercicio, señales de alarma) y de medicina preventiva (Inmunizaciones, odontología, suplementos, etc.).
- otorgar consejería sobre la anticoncepción post evento obstétrico.
- brindar un proceso de educación perinatal (que incluya cuidados del recién nacido y lactancia materna) y para el proceso de nacimiento.

La intención del control prenatal es detectar, anticipar y modificar el riesgo detectado, para evitar una complicación en la medida de lo posible, o de tratar una complicación en tiempo y forma, apegados a las buenas prácticas en medicina que se basan en guías de práctica clínica, las cuales surgen de la evidencia científica disponible (medicina basada en evidencia).

De acuerdo con el Algoritmo de control prenatal publicado en colaboración por el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de Los Reyes y la Organización Mundial de la Salud¹⁶¹

161 Embarazo. Algoritmo de atención clínica. Plan Estratégico Sectorial Para la difusión e Implementación de Guías de Práctica Clínica. INPer, OMS / OPS. Secretaría de Salud Federal. 2018 http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/algoritmos_atencion_clinica.html

(Embarazo, Algoritmo), los factores de riesgo en obstetricia se pueden dividir en factores modificables y no modificables, y son:

Tabla 1. Factores de riesgo en obstetricia

Factores de Riesgo Modificables	Factores de Riesgo No Modificables
• Factores dietéticos. • Exposición laboral a tóxicos, químicos o enfermedades infecciosas. • Automedicación • Antecedentes de infección congénita por estreptococo del Grupo B. • Antecedente de Diabetes Gestacional. • Abuso y adición a sustancias • Antecedente de colestasis intrahepática	• Antecedentes personales patológicos, como cirugías uterinas previas, cesárea • Antecedentes de anomalías cromosómicas • Enfermedades Autoinmunes, como el Lupus Eritematosos Sistémico • Antecedente de anomalías estructurales • Enfermedades crónico-degenerativas: Diabetes, hipertensión arterial sistémica crónica y otras

Independientemente de poder modificar o no estos factores, se debe de valorar si estos aumentan la posibilidad de resultados adversos en la salud de la mujer embarazada.

1.2 Lupus eritematoso sistémico: Síntomas, pronóstico y riesgos en mujeres embarazadas

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es un trastorno crónico en ocasiones potencialmente mortal¹⁶², multisistémico mediado por el sistema inmunitario, se caracteriza por células B y T autorreactivas que conducen a la formación de auto anticuerpos patógenos y al depósito de complejos inmunitarios que provocan daño a los tejidos. Los órganos más afectados (órgano blanco) son la piel y los sistemas musculoesquelético, pulmonar, cardiovascular, hematológico, renal y nervioso¹⁶³. Las enfermedades autoinmunes se caracterizan por producir anti cuerpos contra ciertas estructuras del mismo cuerpo: se reconoce parte de nuestro propio organismo como no propio y se intenta destruir, mediante anticuerpos. Los auto anticuerpos son la característica de las enfermedades autoinmunes, como lo es el LES. Entre otros órganos que se afectan por los auto anticuerpos en los casos de LES son los dirigidos a:

162 Wallace D y cols. Descripción general del manejo y pronóstico del lupus eritematoso sistémico en adultos. UpToDate, 25 de octubre de 2022.

163 Dao KH, Bermas B. Systmic Lupus Erythematosus Management in Pregnancy. International Journal of Women's Health 2022: 14

- a. La piel (hay manifestaciones múltiples descritas en el LES, en particular Beatriz tenía una manifestación que se llama Lupus discoide por la forma de las lesiones de la piel que tenía),
- b. Las articulaciones generando dolor
- c. Los riñones que pueden provocar una disfunción aguda (insuficiencia renal aguda) o crónica (insuficiencia renal crónica, irreversible y que es acumulativa)
- d. El sistema nervioso: con manifestaciones múltiples.
- e. El corazón que pueden generar un proceso inflamatorio grave llamado miocarditis que puede ser irreversible, y generar una insuficiencia cardíaca grave que también puede ser súbita y provocar la muerte.
- f. Los pulmones produciendo inflamación (neumonitis) que puede ser grave y súbita, que puede generar una insuficiencia respiratoria y provocar la muerte. Puede ser confundida con una neumonía.

Otra enfermedad autoinmune es la Artritis Reumatoide (AR). En el caso de la artritis reumatoide los auto anticuerpos están dirigidos a los cartílagos de las articulaciones. Las manifestaciones más importantes son dolor articular y deformidad de algunas articulaciones. De manera inicial, el lupus podría confundirse con artritis reumatoide, porque también parte de las manifestaciones de lupus es dolor articular, pero los criterios clínicos y los estudios de laboratorio distinguen a ambas enfermedades. El comportamiento de la AR durante la gestación es favorable (en contraste con el LES que puede tener un impacto negativo). El tratamiento es similar al LES. Cuando coexisten ambas enfermedades, el tratamiento prioritario del LES sirve en parte para la AR.

Los pacientes con LES tienen una mayor mortalidad debido a complicaciones lúpicas o infección en la vida adulta temprana, e infarto de miocardio o accidente cerebrovascular en la edad adulta posterior. La supervivencia general en pacientes diagnosticados con LES es del 92 % después de 10 años.

Los estudios epidemiológicos estiman que la prevalencia de LES está entre 45,2 y 102,9 por 100 000 con una incidencia de 2,4 a 7,2 por 100 000/año¹⁶⁴. La mayor incidencia de LES se observa en mujeres, con un pico durante los años reproductivos con una prevalencia de mujeres a hombres proporción de 7–9:1. El cromosoma X y las hormonas sexuales pueden ser responsables del aumento de la incidencia entre las mujeres, ya que se han asociado con la desregulación inmunitaria¹⁶⁵.

Por lo tanto, como explicaré posteriormente, no es sorprendente que el embarazo pueda afectar la actividad de la enfermedad y el LES puede afectar los resultados del embarazo¹⁶⁶.

164 Dao KH, Bermas B. Systmic Lupus Erythematosus Management in Pregnancy. International Journal of Women's Health 2022: 14

165 Dao KH, Bermas B. Systmic Lupus Erythematosus Management in Pregnancy. International Journal of Women's Health 2022: 14

166 Ibid.

El LES puede presentar una gama amplia de síntomas y signos que dependen de la gravedad y de la repercusión a los órganos afectados por la enfermedad, conforme abordaré posteriormente.

Debido al curso variable de la enfermedad, se debe de tener un seguimiento interdisciplinario, así como por estudios de laboratorio y gabinete, para evaluar la actividad de la enfermedad, guiar el tratamiento para aliviar los síntomas y reducir el daño orgánico progresivo, prevenir y tratar las recaídas, monitorizar la toxicidad de los medicamentos y mejorar la calidad de vida¹⁶⁷. Es una enfermedad crónica y progresiva.

Se puede mencionar que una efectiva evaluación del riesgo y consejería para la paciente incluye explorar los factores asociados a un resultado perinatal adverso, discusión de los riesgos, planeación del embarazo, considerar y discutir las contraindicaciones relativas para el embarazo¹⁶⁸.

Independientemente de la actividad o de la gravedad de la enfermedad, es recomendable que todo paciente tome hidroxicloroquina 400 mg al día (o 5 mg/kg/d). Reduce el riesgo de un brote (73 versus 35 porcentaje; cociente de riesgos instantáneos 2,5 [IC del 95 %: 1,08-5,08]), así mismo reduce el riesgo de presentar trombosis, reduce el riesgo de daño a órganos blanco y la reduce la mortalidad.

Los tratamientos adicionales abarcan esteroides y otros agentes inmunosupresores y se indican de acuerdo con la gravedad de la enfermedad:

Enfermedad leve: los pacientes con enfermedad leve pueden tener afectación predominantemente de la piel (p. ej., una erupción malar) y de las articulaciones (p. ej., artralgias o artritis) y también pueden sentirse cada vez más fatigados. La evaluación mediante estudios de laboratorio para determinar la actividad de la enfermedad puede ser normal o revelar una leucopenia leve (disminución de los glóbulos blancos en la sangre).

Enfermedad moderada: los pacientes con una gravedad moderada de la enfermedad pueden describirse como pacientes con una enfermedad significativa pero que no pone en peligro los órganos (p. ej., constitucional, cutánea, musculoesquelética o hematológica).

Enfermedad grave: un paciente con manifestaciones que amenazan los órganos (p. ej., compromiso renal y del sistema nervioso central) generalmente requiere un período inicial de terapia inmunosupresora intensiva (terapia de inducción) para controlar la enfermedad y detener la lesión tisular.

Las mujeres que planean un embarazo y tienen una enfermedad moderada o grave deben de evitar la gestación hasta que la enfermedad esté en control y en remisión o inactiva¹⁶⁹.

167 Wallace D y cols. Descripción general del manejo y pronóstico del lupus eritematoso sistémico en adultos. UpToDate, 25 de octubre de 2022.

168 Knight C y cols. Management of systemic lupus erythematosus during pregnancy: challenges and solutions. Open Access Rheumatology: Research and Reviews 2017;9 37–53

169 Dao KH, Bermas B. Systmic Lupus Erythematosus Management in Pregnancy. International Journal of Women's Health 2022: 14

1.3 LES: Pronóstico

El curso de la enfermedad es muy variable, y puede ser una enfermedad relativamente benigna hasta un cuadro rápidamente progresivo con falla multiorgánica fulminante y muerte.

La supervivencia a la enfermedad se ha incrementado desde mediados del siglo XX, y depende de muchos factores incluyendo una terapia más juiciosa y el tratamiento oportuno de las complicaciones. A pesar de estos avances, la mortalidad de las personas con LES es 2 a 5 veces mayor que la población general. Según lo reportado por los Centros de Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos entre los años 2000 y 2015 el LES se ubicó dentro de las primeras 20 causas de muerte entre las mujeres de 5 a 64 años.

Los factores de mal pronóstico para el LES son:

- Enfermedad renal (especialmente glomerulonefritis proliferativa difusa)
- Hipertensión
- Sexo masculino
- Edad temprana
- Mayor edad en la presentación
- Nivel socioeconómico bajo
- Ser una persona de raza negra
- Presencia de anticuerpos antifosfolípidos
- Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos
- Alta actividad general de la enfermedad

Los factores asociados a un tiempo más corto entre el inicio de la enfermedad y la presencia de lesiones a órgano blanco del LES son:

- Etnia hispana
- Mayor actividad de la enfermedad
- Eventos de trombosis
- Dosis de esteroides menores de 10 mg al día.

Las causas de muerte en los primeros años de vida son por la actividad de la enfermedad (sistema nervioso central o enfermedad renal) o por infecciones. Las causas de muerte tardía son por las complicaciones del LES: enfermedad renal, enfermedad cardiovascular, infecciones o por complicaciones del tratamiento.

Las complicaciones médicas como accidente cerebrovascular, embolia pulmonar (EP), trombosis venosa profunda (TVP), infecciones graves, sangrado y trombocitopenia son de dos a ocho veces más frecuentes entre las mujeres con LES¹⁷⁰.

170 Knight C y cols. Management of systemic lupus erythematosus during pregnancy: challenges and solutions. Open Access Rheumatology: Research and Reviews 2017;9 37–53

1.4 Morbilidad (Complicaciones del LES)

Compromiso pulmonar: durante el curso de su enfermedad, muchos pacientes desarrollan síntomas secundarios al compromiso pulmonar del LES. Las manifestaciones pulmonares del LES incluyen pleuritis (con o sin derrame), neumonitis, enfermedad pulmonar intersticial, hipertensión pulmonar, síndrome de pulmón “encogido” y hemorragia alveolar. Los síntomas respiratorios también deben distinguirse de la infección, particularmente en pacientes con terapia inmunosupresora. El riesgo de afectación tromboembólica aumenta en aquellos con anticuerpos antifosfolípidos o con anticoagulante lúpico¹⁷¹.

Compromiso neurológico y neuropsiquiátrico: el compromiso neuropsiquiátrico del LES consiste en una amplia gama de manifestaciones neurológicas y psiquiátricas, que incluyen accidente cerebrovascular, convulsiones, disfunción cognitiva, delirio, psicosis y/o neuropatías periféricas. Otros problemas menos comunes son los trastornos del movimiento, las neuropatías craneales, la mielitis y la meningitis¹⁷².

Infección: se desarrollan complicaciones infecciosas graves, especialmente de la piel, los sistemas respiratorio y urinario, en hasta el 50 por ciento de los pacientes con LES. Una gran cohorte de una base de datos de Medicaid de 33 565 pacientes con LES, 71 13 de los cuales tenían nefritis lúpica, encontró que la tasa de incidencia (por 100 años-persona) de infecciones graves que requirieron hospitalización fue de 10,8 en la cohorte de LES y de 23,9 en la subcohorte de nefritis lúpica. La gran mayoría de las infecciones (aproximadamente el 80 por ciento) se deben a bacterias patógenas. Las infecciones oportunistas, incluidas las debidas a hongos, pueden estar relacionadas con el uso de la terapia inmunosupresora y son una causa común de muerte. En consecuencia, la atribución de fiebre a LES en un paciente inmunocomprometido debe hacerse solo después de que se hayan realizado esfuerzos razonables para excluir la infección.

Los factores de riesgo de infección incluyen enfermedad LES activa, daño de la enfermedad a largo plazo, neutropenia, linfopenia, hipocomplementemia, afectación renal, manifestaciones neuropsiquiátricas y el uso de glucocorticoides y otros fármacos inmunosupresores¹⁷³.

En ocasiones se puede confundir la presencia de una infección con una reactivación o brote del LES (inflamación), se presentan algunas diferencias entre ambas complicaciones:

171 Wallace D y cols. Manifestaciones clínicas y diagnóstico del lupus eritematoso sistémico en adultos. UpToDate. 4 de noviembre de 2022.

172 Ibid.

173 Ibid.

Tabla 2. Diferencias entre una infección o la presencia de inflamación por LES debido a un brote o reactivación.

Características sugestivas de infección	Características sugestivas de un brote o reactivación	Características presentes en ambas complicaciones
Elevación de la proteína C reactiva	Proteína C reactiva normal (se puede elevar en casos de pericarditis neumonitis o artritis)	Síntomas (náusea, vómito dolor pleurítico, artralgia).
Elevación de leucocitos	Respuesta a la inmunosupresión	Fiebre
Mejora con antibióticos		Reducción de leucocitos
Elevación de procalcitonina (entorno de unidad de cuidados intensivos)	Niveles bajo de complemento (C3 y C4)	
Tabla modificada de: Referencia 10, Knight C y cols.	Elevación de anticuerpos Anti DNA de doble cadena (dsDNA α)	

Compromiso renal: nefritis lúpica

Se puede decir de la nefritis lúpica (NL, daño renal secundario a LES):

Una “respuesta” clínica no es sinónimo de “remisión” histológica. Si bien un tratamiento médico una persona puede mejorar su condición de salud en el entendido de que no se encuentra descompensado, lo cierto es que el daño de los riñones es irreversible una vez que este se produce. Una vez que el riñón se enferma, éste queda con una cicatriz que es irreversible y ya no hay marcha atrás. Solo una biopsia renal repetida que demuestre la ausencia de lesiones inflamatorias activas puede establecer una remisión completa. En algunos estudios, las biopsias repetidas han demostrado una discordancia entre la actividad clínica e histológica de la enfermedad. Por lo tanto, algunos expertos realizan rutinariamente biopsias renales repetidas en sus pacientes tratados por NL focal o difusa (independientemente de la respuesta clínica a la terapia). Sin embargo, en la práctica común, la mayoría de los pacientes tratados por NL focal o difusa no se someten a biopsias renales repetidas para determinar los efectos histológicos de la terapia.

Más bien, los pacientes suelen ser seguidos con medidas clínicas como creatinina sérica, excreción de proteínas en orina y microscopía de orina. Estos parámetros se utilizan para juzgar la respuesta clínica a la terapia.

Importancia de la terapia inmediata de la NL: la probabilidad de un resultado inicial exitoso es mayor si la terapia para la NL se inicia relativamente temprano en el curso de la

enfermedad. Un solo episodio de NL puede conducir a la pérdida irreversible de nefronas, y cada brote posterior de NL contribuye al daño de órganos. La terapia temprana es crucial para prevenir disminuciones posteriores en la función renal. Retrasar el tratamiento debido a una presunta enfermedad leve se puede asociar con un aumento de la lesión glomerular, fibrosis tubulointersticial progresiva, glomeruloesclerosis y, por lo tanto, una menor respuesta a los fármacos inmunosupresores y un peor resultado renal a largo plazo¹⁷⁴.

Pronóstico de la nefritis lúpica. Resultados a largo plazo: un mejor pronóstico a largo plazo se asocia con el logro de una respuesta completa de la nefritis lúpica (NL) activa. Una respuesta completa o parcial se asocia con un mejor resultado en comparación con la falta de respuesta. La respuesta parcial se asocia con una probabilidad mucho mayor de una recaída posterior que la respuesta completa y, por lo tanto, también con un peor resultado a largo plazo que en aquellos que logran una respuesta completa. Los criterios utilizados para determinar una respuesta clínica se analizan anteriormente¹⁷⁵.

La importancia de lograr una respuesta completa se ilustró en un informe del Grupo de estudio colaborativo de nefritis lúpica de 86 pacientes con NL grave. El 43 por ciento de los pacientes que lograron una respuesta completa (es decir, sedimento urinario inactivo, creatinina sérica ≤ 1.4 mg/dL [124 micromol/L] y excreción de proteínas ≤ 330 mg/día) tuvo tasas de supervivencia renal mucho más altas a los cinco años (94 frente al 46 por ciento) y a los 10 años (94 frente al 31 por ciento) en comparación con los que no lograron una respuesta completa. También se observó una mejora en la supervivencia de los pacientes (95 frente a 60 por ciento a los 10 años)¹⁷⁶.

Los factores de riesgo clínicos para la progresión, evidentes en el momento de la presentación inicial, incluyen una creatinina sérica elevada, hipertensión, proteinuria en rango nefrótico, anemia con un hematocrito por debajo del 26 por ciento, falta de adherencia a la terapia y ser un paciente de raza negra o hispana¹⁷⁷.

Los factores de riesgo de progresión que se hacen evidentes después de la presentación inicial y durante la terapia son la frecuencia y la gravedad de las recaídas (exacerbaciones renales) y el grado en que se controlan las características anormales de la afectación renal (respuesta completa o parcial de proteinuria, hematuria y la gravedad de azoemia). Una respuesta renal completa basada en estos criterios clínicos puede corresponder o no a una remisión histológica "completa"¹⁷⁸.

174 Falk Rj y cols. Nefritis lúpica: terapia inicial y posterior para la nefritis lúpica focal o difusa. UpToDate. 30 de agosto de 2022.

175 Falk Rj y cols. Nefritis lúpica: terapia inicial y posterior para la nefritis lúpica focal o difusa. UpToDate. 30 de agosto de 2022.

176 Ibid

177 Ibid

178 Ibid.

2. Embarazo y LES

El embarazo en mujeres con LES conlleva un mayor riesgo materno y fetal cuando se compara con mujeres sanas¹⁷⁹. Un estudio de 2008 de los Estados Unidos que involucró >13 000 partos en mujeres con diagnóstico de LES mostró que las pacientes con LES tienen un riesgo de mortalidad materna de 17 a 20 veces mayor (325/100 000 nacidos vivos), y también la mortalidad es mayor al compararlas con mujeres portadoras de LES no embarazadas¹⁸⁰.

El embarazo representa un período crítico en la vida de la mujer debido a los profundos cambios inmunológicos y hormonales que deben ocurrir para “tolerar” al feto. La interacción del LES y las adaptaciones inmunológicas del embarazo generan desafíos únicos en este contexto, ya que las alteraciones en los mecanismos inmunológicos pueden tener consecuencias tanto para el feto como para la madre¹⁸¹.

Idealmente el embarazo debería de ocurrir después de 6 meses de inactividad del LES y sin tener lesión a órgano blanco.

2.1 Biomarcadores predictivos de los resultados del embarazo¹⁸².

Las mujeres con LES que planean un embarazo deben realizarse pruebas para detectar la presencia de anticuerpos anti-Ro/SSA, anti-La/SSB y antifosfolípidos (p. ej., anticardiolipina IgG e IgM, b2-glucoproteína-I IgG e IgM y el anticoagulante lúpico -LAC-); ya que se asocian a complicaciones graves durante el embarazo. Los títulos moderados y altos de anticuerpos antifosfolípidos en combinación con el LAC confieren el mayor riesgo de resultados adversos fetales y maternos. Por lo que los anticuerpos anti-dsDNA y los niveles de complemento (C3 y C4) deben de medirse una vez por trimestre, por lo menos.⁸ Cuando estén disponibles.

Evaluación de riesgos: la evaluación previa a la concepción en mujeres con LES debe incluir una evaluación de la actividad de la enfermedad y la afectación de los órganos principales, así como la hipercoagulabilidad o los trastornos médicos concurrentes que pueden afectar el embarazo. Se deben revisar los resultados obstétricos previos, prestando especial atención a los antecedentes de fetos pequeños para la edad gestacional, preeclampsia, muerte fetal, aborto espontáneo y parto prematuro¹⁸³.

179 Bermas B y cols. Embarazo en mujeres con lupus eritematoso sistémico. UpToDate, 28 de octubre de 2022.

180 Knight C y cols. Management of systemic lupus erythematosus during pregnancy: challenges and solutions. Open Access Rheumatology: Research and Reviews 2017;9 37–53

181 Zamora-Medina MC y cols. Systemic lupus erythematosus and pregnancy: Strategies before, during and after pregnancy to improve outcomes. Rev Colomb Reumatol. (2021);28(S1):53–65

182 Dao KH, Bermas B. Systmic Lupus Erythematosus Management in Pregnancy. International Journal of Women's Health 2022; 14

183 Bermas B y cols. Embarazo en mujeres con lupus eritematoso sistémico. UpToDate, 28 de octubre de 2022.

Se debe recomendar a las pacientes con evidencia de LES activo, especialmente con nefritis lúpica, que pospongan el embarazo hasta que la enfermedad esté bien controlada durante al menos seis meses. Para aquellos con insuficiencia renal, el asesoramiento debe incluir una evaluación del riesgo de deterioro temporal o permanente de la función renal¹⁸⁴.

La mayor gravedad de la enfermedad materna generalmente se correlaciona con un mayor riesgo materno y fetal en el embarazo. Por lo tanto, un accidente cerebrovascular reciente, compromiso cardíaco, hipertensión pulmonar, enfermedad pulmonar intersticial grave e insuficiencia renal avanzada pueden presagiar un mal resultado del embarazo tanto para la madre como para el feto. Las mujeres con estas u otras condiciones médicas preocupantes deben ser asesoradas cuidadosamente por un especialista en Medicina Materno Fetal en cuanto a su perfil de riesgo individual, con una discusión clara de los riesgos de morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el feto asociados con el embarazo. Se deben presentar alternativas como la maternidad subrogada y la adopción. Si eligen continuar con el embarazo, deben recibir un seguimiento multidisciplinario en un centro de alto riesgo¹⁸⁵.

Exacerbación del LES: aunque generalmente se acepta que el embarazo y el período posparto están asociados con una tasa más alta de brotes de la enfermedad, se han informado tasas variables que van del 25 al 60 por ciento. A modo de comparación, la tasa de antecedentes de brotes de LES es de aproximadamente el 30 por ciento por año.

Los siguientes factores están asociados con un mayor riesgo de brote de LES durante el embarazo:

- Enfermedad activa durante los seis meses previos a la concepción
- Una historia de nefritis lúpica
- Interrupción de la hidroxicloroquina (HCQ) u otro medicamento
- Primigrávidas (primer embarazo)

Las causas asociadas a la presencia de “brotes” o activación durante el embarazo son¹⁸⁶:

- Incremento en los niveles de estrógenos.
- Incremento en los niveles de prolactina (hormona proinflamatoria)
- Citocinas derivadas de las células “T2 Helpers”

Las causas asociadas a la presencia de “brotes” o activación durante el puerperio son¹⁸⁷:

- Disminución de los esteroides antiinflamatorios.
- Incremento en los niveles de prolactina.
- Cambios en el eje neuroendócrino.
- Cambios en los niveles de estrógenos y de progesterona.

184 Ibid.

185 Ibid.

186 Khurana R y cols. Systemic Lupus Erythematosus and pregnancy. Medscape, en línea, actualización 19 de octubre de 2022

187 Ibid.

2.2 Impacto del lupus en el embarazo¹⁸⁸

El embarazo en el entorno del LES se asocia con un mayor riesgo de complicaciones en comparación con las mujeres sanas.

Las mujeres con LES también tuvieron un aumento de dos a cuatro veces en la tasa de complicaciones obstétricas, incluido trabajo de parto prematuro, cesárea no planificada, restricción del crecimiento fetal, preeclampsia y eclampsia.

Los pacientes con LES también tienen un riesgo significativamente mayor de trombosis, infección, trombocitopenia y transfusión.

La mortalidad materna fue 20 veces mayor entre las mujeres con LES; sin embargo, la mortalidad entre pacientes con LES de edad similar que no estaban embarazadas fue aún mayor.

Hay un aumento de las tasas de hipertensión durante el embarazo, el parto pretérmino, el nacimiento por cesárea no planificado, la hemorragia posparto y el tromboembolismo venoso materno fueron más frecuentes en mujeres con LES en comparación con los embarazos de mujeres sin LES.

Existe de un riesgo siete veces mayor de brote o reactivación del LES grave en pacientes con LES activo en el momento de la concepción. Además, la actividad del LES inmediatamente antes del embarazo también repercute en la acumulación de daños después del embarazo¹⁸⁹.

El grupo de estudio LUMINA de los Estados Unidos analizó los resultados en pacientes con LES, incluida la evaluación del daño acumulativo e irreversible, independientemente de la causa, en diversos órganos. Encontraron una acumulación significativa de daños posparto¹⁹⁰.

Ante personas con complicaciones o lesiones a órgano blanco o comorbilidades o factores de mal pronóstico, el LES puede afectar negativamente durante el embarazo y viceversa.

Se han identificado varios predictores de resultados adversos del embarazo en mujeres con LES, entre los que se incluyen enfermedad activa, uso de antihipertensivos, nefritis lúpica previa, presencia de anticuerpos antifosfolípidos (aPL) y trombocitopenia. Además, las primigrávidas tienen un mayor riesgo de complicaciones en el embarazo. Antecedente de resultados adversos en embarazos anteriores incrementan las posibilidades de malos resultados¹⁹¹.

En mujeres con LES se consideran contraindicaciones relativas para el embarazo⁶ y se debe de desaconsejar el embarazo¹⁹² con:

188 Bermas B y cols. Embarazo en mujeres con lupus eritematoso sistémico. UpToDate, 28 de octubre de 2022.

189 Zamora-Medina MC y cols. Systemic lupus erythematosus and pregnancy: Strategies before, during and after pregnancy to improve outcomes. Rev Colomb Reumatol. (2021);28(S1):53–65

190 Knight C y cols. Management of systemic lupus erythematosus during pregnancy: challenges and solutions. Open Access Rheumatology: Research and Reviews 2017;9 37–53

191 Zamora-Medina MC y cols. Systemic lupus erythematosus and pregnancy: Strategies before, during and after pregnancy to improve outcomes. Rev Colomb Reumatol. (2021);28(S1):53–65

192 Ibid

Beatriz Vs El Salvador

- Actividad o brote lúpico grave (incluyendo la renal) en los últimos 6 meses.
- Evento vascular cerebral en los últimos 6 meses.
- Hipertensión pulmonar
- Insuficiencia cardíaca moderada a grave (FEVI <40%)
- Valvulopatía grave
- Enfermedad pulmonar restrictiva grave
- Enfermedad renal crónica en estadios 4 a 5, insuficiencia renal terminal
- Hipertensión descontrolada
- Antecedente de Preeclampsia de comportamiento severo de aparición temprana (<28 semanas) o síndrome de HELLP a pesar del uso de ácido acetilsalicílico más heparina.

La hipertensión arterial sistémica crónica incrementa el riesgo de la pérdida del embarazo (OR 2.4, RR2.9), de nacimiento pretérmino y de restricción del crecimiento fetal (OR 6.8)¹⁹³.

La NL puede tener un impacto adverso en el embarazo, y el embarazo incrementar la posibilidad de un brote lúpico renal, y se asocia de manera más frecuente a complicaciones gestacionales. Durante el embarazo se puede presentar una reactivación o brote en el 26% y de un brote renal en el 16%¹⁹⁴. La enfermedad renal activa al momento de la concepción es el mejor predictor de un brote renal durante el embarazo. El 50% de las pacientes con NL tendrán insuficiencia renal crónica en los siguientes 10 años.

Las pacientes con NL tienen un riesgo del 50% de presentar complicaciones gestacionales (maternas y fetales), sobre todo reactivación renal.

La hipertensión es una complicación que se puede presentar y es difícil de diagnosticar, sobre todo en pacientes con hipertensión crónica o NL o insuficiencia renal crónica pregestacional. En estos casos, la medición de anticuerpos anti ds-DNA, el complemento (C3 y C4), los factores angiogénicos (en la segunda mitad del embarazo: factor similar a la tirosina quinasa soluble (s-FLT-1), la endoglina soluble y el factor de crecimiento placentario (PIGF)) y la flujometría de las arterias uterinas son de utilidad, reservando a casos especiales la realización una biopsia renal¹⁹⁵.

El riesgo de preeclampsia aumenta considerablemente en mujeres con LES. Veintitrés por ciento o más pueden desarrollar preeclampsia: de dos a cuatro veces más que la población general. Este riesgo puede ser aún mayor si han tenido preeclampsia antes (OR 7.19) o tienen Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF, OR 9.72); los pacientes con nefritis lúpica, hipertensión crónica e insuficiencia renal y las mujeres que toman dosis altas de esteroides orales también tienen un riesgo particular (es probable que este último refleje la actividad de la enfermedad, aunque los esteroides aumentan la presión arterial) después del ajuste por edad materna¹⁹⁶.

193 Ibid.

194 Ibid

195 Ibid.

196 Knight C y cols. Management of systemic lupus erythematosus during pregnancy: challenges and solutions. Open Access Rheumatology: Research and Reviews 2017;9 37–53

Respecto a la exposición de fármacos teratogénicos (es decir, que pueden provocar malformaciones en los embriones ó fetos) usados en el tratamiento de la NL, y dado que entre el 30% y el 50% de los embarazos no son deseados, una pregunta importante es cómo manejar los embarazos en mujeres expuestas a fármacos teratogénicos. Algunas pacientes optan por la terminación inmediata, mientras que otras deciden continuar con el embarazo. La fecha de exposición debe definirse para una adecuada evaluación del riesgo¹⁹⁷.

2.3 Valoración médica para identificar el nivel de riesgo obstétrico en mujeres portadoras de Lupus Eritematoso Sistémico (LES)

A toda mujer en edad reproductiva con NL se le debe de dar consejería anticonceptiva, con especial importancia cuando toma fármacos teratogénicos, ya que pueden tener una repercusión grave en los embriones o fetos, pero su uso es indispensable para mantener el estado de salud.

En los casos de mujeres portadoras de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), y que deseen y planeen un embarazo o en caso de ya estar embarazadas, se debe de realizar una valoración médica para identificar el nivel de riesgo obstétrico (alta posibilidad de resultados adversos en la salud de la mujer embarazada).

En la valoración previa al embarazo y en un embarazo temprano, se puede clasificar el riesgo individual obteniendo la siguiente información:

Tabla 3. Consulta pregestacional o prenatal temprana: factores de riesgo individual y estado del LES con el que inicia la gestación

Consulta pregestacional o prenatal temprana: factores de riesgo individual y estado del LES con el que inicia la gestación.
• Actividad pasada y actual de la enfermedad • Daño a órgano blanco del LES preexistente • Perfil serológico • Historial de medicamentos indicados • Trastornos médicos adicionales • Antecedentes obstétricos pasados • Presión arterial basal, análisis de orina • Biometría hemática, Urea y electrolitos séricos, pruebas de funcionamiento hepático

Tabla modificada de: Referencia 10, Knight C y cols.

197 Zamora-Medina MC y cols. Systemic lupus erythematosus and pregnancy: Strategies before, during and after pregnancy to improve outcomes. Rev Colomb Reumatol. (2021);28(S1):53–65

Con dicha información el embarazo de una mujer con LES se clasifica en los siguientes grupos:

1. Remisión actual de la enfermedad, o actividad leve y estable, con tratamiento estable.
2. Estadío temprano o enfermedad activa
3. Deterioro severo de la función de un órgano blanco; daño o insuficiencia grave preexistente.

Las mujeres en el grupo 3 tienen un alto riesgo que durante el embarazo ocurra un empeoramiento o incremento acelerado del progreso de la enfermedad, así como la disfunción de órganos blanco del LES, con repercusiones serias en la embarazada y en el feto¹⁹⁸.

En algunos escenarios clínicos de LES el embarazo se puede considerar una contraindicación relativa o absoluta, como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Escenarios clínicos de LES y embarazo

Escenarios clínicos de LES y embarazo
• Brote o reactivación grave del lupus (incluyendo brote renal) en los últimos 6 meses • Accidente cerebrovascular en los últimos 6 meses • Hipertensión pulmonar • Insuficiencia cardíaca de moderada a grave • Valvulopatía severa • Enfermedad pulmonar restrictiva grave • Enfermedad renal crónica estadio 4-5 • Hipertensión no controlada • Preeclampsia grave en embarazo previo de inicio temprano (<28 semanas) o síndrome de HELLP a pesar de la terapia con aspirina más heparina

Tabla modificada de: Referencia 10, Knight C y cols.

En la consejería para las mujeres en el grupo 3 (deterioro grave de la función orgánica y/o daño orgánico grave preexistente, Tabla 2) se debe advertir sobre los riesgos graves para la salud y los riesgos relacionados con el embarazo; se debe desaconsejar el embarazo y deben discutirse las alternativas para la maternidad, incluidas la adopción y la subrogación (óvulos propios o de donante) del embarazo (que una mujer diferente “preste su vientre para la gestación”¹⁹⁹).

En caso de que la mujer en las condiciones mencionadas en el párrafo anterior, ya se encuentre embarazada, tendrá la opción de solicitar la interrupción del embarazo por poner en grave riesgo la vida (“causal materna”). En caso de no tener daño irreversible y/o grave a los órganos blancos del LES (riñón corazón, pulmones, sistema nervioso), se podrá remitir el cuadro de activación del LES y tener cuando menos 6 meses en remisión (con la menor cantidad y menor

198 Knight C y cols. Management of systemic lupus erythematosus during pregnancy: challenges and solutions. Open Access Rheumatology: Research and Reviews 2017;9 37–53

199 Knight C y cols. Management of systemic lupus erythematosus during pregnancy: challenges and solutions. Open Access Rheumatology: Research and Reviews 2017;9 37–53

dosis de medicamentos, posible), para intentar un embarazo en mejores condiciones, si es el deseo de la paciente.

El seguimiento médico cuidadoso de las pacientes con LES durante el embarazo por parte de un equipo multidisciplinario es clave para prevenir complicaciones maternas y fetales.

Los riesgos potenciales para el feto siempre deben sopesarse frente a los beneficios del control de la enfermedad cuando se toman decisiones de tratamiento en pacientes embarazadas con LES²⁰⁰.

3. Embarazos con fetos anencefálicos y sus consecuencias en la salud de las mujeres.

Debido a los potenciales riesgos a la salud de la mujer asociados a la continuación de un embarazo con un feto anencefalo y las nulas probabilidades de supervivencia del feto, a la mujer embarazada se le deben ofrecer las diferentes opciones de interrupción del embarazo. De decidir la mujer la continuación del embarazo, el manejo expectante debe realizarse con los cuidados paliativos al nacimiento y la debida consejería sobre las complicaciones que se pueden presentar²⁰¹.

Además, la noticia del diagnóstico de un feto con anencefalia generalmente ocasiona en la madre una grave desorganización psíquica y emocional. Este daño psíquico puede ciertamente potenciar o agravar la salud física de la madre, por llevar a término un embarazo, cuyo fruto está condenado irremediabilmente a la muerte²⁰².

La anencefalia es un defecto del tubo neural fatal causado por la falta de cierre del neuroporo craneal entre la tercera y cuarta semana de gestación, más específicamente entre el día 23 y 26 postconcepción, lo que da como resultado ausencia de una gran porción del cerebro, cráneo y cuero cabelludo; el cerebelo está ausente o puede encontrarse solo una parte de este, el tallo cerebral en general es el menos afectado, aunque a menudo se encuentra hipoplásico; el tejido cerebral se encuentra expuesto al daño que le puede provocar el contacto con el líquido amniótico. La causa exacta de la anencefalia es desconocida; sin embargo, la situación socioeconómica, las condiciones ambientales y la genética de la población, influyen en su presentación. Los recién nacidos vivos con anencefalia no son viables ni candidatos a ningún tratamiento que pueda mejorar su condición²⁰³. La mortalidad por anencefalia es del 100%²⁰⁴.

200 Zamora-Medina MC y cols. Systemic lupus erythematosus and pregnancy: Strategies before, during and after pregnancy to improve outcomes. *Rev Colomb Reumatol.* (2021);28(S1):53–65

201 Neural Tube Defects. ACOG Practice Bulletin. *Obstet Gynecol*, 2017; 130 (6).

202 Prevención y Detección de la Anencefalia. México: Secretaría de Salud; 2015. <http://cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-771-15/ER.pdf>

203 Ibid.

204 Salari N y cols. Global prevalence of congenital anencephaly: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health* (2022) 19:201 <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01509-4>

Beatriz Vs El Salvador

La anencefalia, así como los otros defectos del tubo neural tiene una herencia multifactorial, el 95% de los casos no tienen antecedentes familiares positivos para este padecimiento, aunque se ha relacionado con la presencia de las siguientes condiciones o factores de riesgo²⁰⁵:

- Deficiencia de ácido fólico
- Antecedente de espina bífida en el primer embarazo.
- Diabetes gestacional y Diabetes Mellitus 1
- Obesidad materna durante el embarazo
- Uso de anticonvulsivantes:
 - *Acido valproico*
 - *Carbamazepina*
 - *Gabapentina*
 - *Felbamato*
 - *Fenitoina*
 - *Zonisamida*
- Uso de anticonceptivos
- Estar recibiendo tratamiento con:
 - *Warfarina*
 - *Ácido retinoico*
 - *Haloperidol*
 - *Trimetadiona*
 - *Dextrometorfan*
 - *Acetaminofen*
 - *Ácido acetilsalicílico*
- Deficiencia de zinc
- Hipertermia materna
- Alcoholismo y tabaquismo maternos
- Enfermedades infecciosas como la Rubéola
- Exposición a solventes y plaguicidas
- Edad materna de mayor presentación: menores de 18 y mayores de 40 años.
- Radiación
- Nivel socioeconómico bajo
- Multiparidad
- Dislipidemia
- Hipertensión crónica

La detección prenatal de la anencefalia por medio de la ecografía es prácticamente del 100%. Se podrá realizar resonancia magnética nuclear (RMN) cuando el ultrasonido ofrezca duda

205 Prevención y Detección de la Anencefalia. México: Secretaría de Salud; 2015. <http://cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-771-15/ER.pdf>

razonable sobre la presencia o no de anencefalia. La RMN no se deberá usar como estudio de primera línea. La alfafetoproteína (AFP) es una glicoproteína, secretada por el saco vitelino y el hígado del feto.

La AFP se encuentra aumentada en presencia de defectos del tubo neural abiertos, tanto en líquido amniótico como en sangre materna, por lo que es de utilidad para el diagnóstico de anencefalia. La tasa de detección para anencefalia es mayor del 95% con los niveles de altos de AFP²⁰⁶²⁰⁷.

La anencefalia se puede asociar a otras malformaciones fetales como las expuestas en la tabla 5:

Tabla 5. Malformaciones asociadas a la anencefalia

Defecto	Detalle
Facial	• Labio y paladar hendido • Otros
Vías urinarias y riñones	• Agenesia renal • Uropatía obstructiva • Displasia renal
Extremidades	
Corazón	
Genitales	• Hipoplasia de pene • Criptorquidia • Hipoplasia de escroto • Genitales ambiguos • Hemiútero
Gastrointestinal	• Obstrucción intestinal • Ano perforado • Otros
Arteria única umbilical	
Onfalocele	
Hernia diafragmática congénita	
Gastrosquisis	
Pulmón	• Agenesia pulmonar • Adenomatoides cística

La anencefalia es incompatible con la sobrevida a largo plazo, como se ha mencionado

206 Prevención y Detección de la Anencefalia. México: Secretaría de Salud; 2015. <http://cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-771-15/ER.pdf>

207 Guía de Práctica Clínica (GPC) "Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Espina bífida en niños" Guía de Referencia Rápida, Instituto Mexicano del Seguro Social. México. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/269GRR.pdf>

previamente²⁰⁸. Los embarazos con un feto anencéfalo pueden incrementar el riesgo de complicaciones en la madre, ya que se asocian a polihidramnios (incremento anormal en la cantidad de líquido amniótico, que provoca una sobre distensión uterina secundaria y se asocia a hemorragia obstétrica), y nacimiento pretérmino (por polihidramnios) o nacimiento postérmino. El polihidramnios se presenta en el 25 al 50% de los casos de anencefalia²⁰⁹.

El incremento en la cantidad de líquido amniótico por la anencefalia provoca una sobre distensión del útero. La sobredistensión está asociada a la presencia de hemorragia obstétrica por desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, así como a la falta de una contracción adecuada del útero en el postparto llamada atonía uterina. Ambas son complicaciones hemorrágicas causantes de muerte materna²¹⁰.

Hay un marcado aumento en la incidencia de hemorragia posparto relacionada con atonía en pacientes con polihidramnios²¹¹. Las causas más comunes de hemorragia posparto (de forma general) son la atonía uterina debida a una contracción miometrial deficiente después del parto y la placentación anormal, incluida la placenta acreta, el desprendimiento de la placenta y la placenta previa²¹².

La hemorragia obstétrica se encuentra dentro de las dos primeras causas de muerte materna en el mundo. Dado el riesgo de hemorragia obstétrica en los embarazos con fetos con anencefalia antes identificado, la mortalidad materna es prevenible en estos casos mediante un diagnóstico oportuno y la interrupción del embarazo de forma temprana, antes de que se presente la sobredistensión del útero²¹³.

Una mujer con un antecedente de diagnóstico de feto con anencefalia tiene 25 a 50 veces mayor riesgo de que en los futuros embarazos tenga nuevamente otro feto con la misma malformación del tubo neural²¹⁴.

Se puede concluir que la anencefalia es una malformación fatal y sin tratamiento, que se asocia a complicaciones maternas potencialmente mortales, pero evitables. De acuerdo con recomendaciones internacionales (como en la Guías de Práctica clínica inglesa, la mexicana y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, anotadas en las referencias bibliográficas 11, 27 y 28), la interrupción del embarazo es el tratamiento adecuado en estos casos para prevenir que la continuación del embarazo represente un riesgo a la salud y vida de la mujer por lo que debe ser ofertado como parte del manejo integral del embarazo, y realizarse

208 Neural Tube Defects. ACOG Practice Bulletin. Obstet Gynecol, 2017; 130 (6).

209 Monteagudo A, Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Exencephaly-anencephaly Sequence. SMFM Anomalies Consult Series #3. Am J Obstet Gynecol 2020

210 Neural Tube Defects. ACOG Practice Bulletin. Obstet Gynecol, 2017; 130 (6).

211 Beloosesky R y cols. Polihidramnios: etiología, diagnóstico y tratamiento. UpToDate, 30 agosto de 2022.

212 Reardon C y cols. Enfermedad crítica durante el embarazo y el periparto. UpToDate 12 de octubre de 2022.

213 Belfort M y cols. Descripción general de la hemorragia posparto. UpToDate 15 de julio de 2022

214 Salari N y cols. Global prevalence of congenital anencephaly: a comprehensive systematic review and meta-analysis. Reproductive Health (2022) 19:201 <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01509-4>

con el consentimiento informado de la embarazada, tan pronto como el diagnóstico haya sido confirmado. Se reserva la continuidad del embarazo cuando sea la intención de la paciente, debidamente informada de las posibles complicaciones.

De forma reciente (febrero de 2023) se publicó un estudio realizado en El Salvador que tuvo como objetivo examinar los resultados en salud materna de mujeres embarazadas cuyos fetos fueron diagnosticados con una malformación congénita fatal y que estaban legalmente obligadas a llevar a término estos embarazos no viables.

En este estudio, se demuestra con evidencia científica que las pacientes que debían tener embarazos con malformaciones fetales graves experimentaron altas tasas de morbilidad materna; el 54,9 % de los embarazadas del estudio experimentaron al menos 1 complicación de salud grave relacionada con la gestación²¹⁵. Por ejemplo, el 17,8 % de los embarazos estudiados fueron diagnosticados con polihidramnios, que es 11,1 veces más alto que el límite superior de las estimaciones publicadas previamente y 178 veces más alto que las tasas informadas para El Salvador²¹⁶.

El estudio también demuestra que la prohibición del aborto vigente en El Salvador aumenta los resultados negativos para la salud al exigir que las personas lleven a término embarazos complicados²¹⁷.

Dentro los embarazos estudiados se incluyeron los casos de anencefalia en el periodo de estudio (Ver tabla traducida):

Tabla 6. Diagnósticos fetales necesarios para la inclusión en el estudio y su distribución en la población del estudio

Categoría	Características clave que muestra el feto	—	%
Acrania, anencefalia, exencefalia	Ausencia total o parcial del cráneo, de la piel que lo recubre y de la materia encefálica, producida por la falta de cierre del tubo neural.	59	24.6
Hidranencefalia	Hemisferios cerebrales ausentes y sustituidos por sacos de líquido cefaloraquídeo.	12	5.0
Holoprosencefalia alobar	Ausencia del lóbulo frontal del cerebro	30	12.5
De atresia laríngea a atresia traqueal	Ausencia parcial o completa de la tráquea debajo de la laringe	1	0.4
Agnesia del diafragma	Ausencia del diafragma	0	-
Agnesia renal bilateral	Ausencia de los riñones	11	4.6

215 Mena Ugarte SC, Rodríguez Funes MV, Viterna J. Maternal morbidity under an absolute abortion ban: insights from a 6-year case series of fatal fetal malformations in El Salvador. Am J Obstet Gynecol Glob Rep 2022;XX:x.ex-x.ex.

216 Ibid.

217 Ibid.

Categoría	Características clave que muestra el feto	—	%
Patología renal bilateral con secuencia de Potter de inicio temprano	Obstrucción y malformación del sistema urinario	61	25.4
Ectopia cordis (corazón ectópico)	El corazón se forma fuera del tórax	0	-
Pentalogía de Cantrell	Defectos severos en la formación del diafragma, la pared abdominal, el pericardio, el corazón y el esternón	3	1.3
Síndrome de la banda amniótica	Cordones fibrosos y pegajosos del amnios que dañan la cara, brazos, piernas, dedos y pueden comprometer otros órganos	2	0.8
Complejo de pared miembro- cuerpo	Trastorno congénito en numerosos órganos asociado con un corto cordón umbilical que coloca al feto cerca de la pared del amnios y no permite el cierre de la pared abdominal, provocando malformaciones en las extremidades.	10	4.2
Displasia esquelética letal con hipoplasia torácica	Malformaciones del tórax que provocan asfixia	2	0.8
Displasia tanatofórica (tipo I y tipo II)	Displasia esquelética con acortamiento severo de las extremidades, cabeza grande, frente prominente e hipoplasia torácica que provoca asfixia.	4	1.7
Acondrogénesis (tipo I y tipo II)	Displasia esquelética con defecto en la mineralización ósea, acortamiento de las extremidades, cabeza grande, tórax hipoplásico que se asocia con asfixia, edema de nuca y polihidramnios, puede estar asociado con costillas fracturadas	1	0.4
Osteogénesis imperfecta tipo II	Acortamiento de las extremidades y de las costillas, provocando múltiples fracturas con hipomineralización del cráneo	1	0.4
Hipofosfatasa congénita	Trastorno de la mineralización ósea, con hipomineralización del cráneo y costillas delgadas, acortamiento de extremidades, fracturas espontáneas e hipoplasia torácica	0	-
Enfermedades cromosómicas: trisomía 18, trisomía 13, trisomía 9, triploidia	Un cromosoma adicional conduce a una variedad de anomalías que incluyen irregularidades en los riñones, el uréter, el corazón, los pulmones, el diafragma; paladar hendido, microcefalia, malformaciones de la cabeza y los pies, defectos del tubo neural, malformaciones de los órganos sexuales, defectos estructurales de los ojos, defectos del hígado y la vesícula biliar, intestinos retorcidos	41	17.1

Categoría	Características clave que muestra el feto	—	%
Acéfalo acárdico	Síndrome de perfusión arterial inversa gemelar o TRAP. En los gemelos monocor icónicos, un gemelo tiene corazón ausente y recibe su sangre a través del bombeo del corazón normal del otro gemelo.	2	0.8
TOTAL		240*	100.0

Se presentan datos de 239 embarazos

Mena Ugarte. Prohibición del aborto, malformaciones fetales y morbilidad materna.

Soy J. Obstet Gynecol Glob Rep 2022

* Hubo 9 casos de gemelos entre los 239 embarazos en este estudio. En 8 de esos casos, un gemelo se desarrolló típicamente y el otro tuvo una malformación fetal letal. En el caso restante, ambos gemelos tenían la misma malformación fetal letal. Por lo tanto, la tabla anterior documenta 240 malformaciones fetales letales a pesar de tener 239 embarazos en nuestra base de datos.

En la Guía de Práctica Clínica (GPC) "Prevención y Detección de la Anencefalia" que publica el Centro de Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) de la Secretaría de Salud de México²¹⁸, se plasma la evidencia y recomendaciones científicas sobre la conducta médica ante el diagnóstico de un feto con anencefalia. Parte de la metodología en la elaboración de la Guía es la revisión sistematizada de la evidencia médica internacional, con la finalidad de brindar al personal de salud de los diferentes niveles de atención, herramientas para la toma de decisiones.

De dicha Guía de Práctica Clínica, en el Numeral 4.4 Después de la detección ¿Qué? se menciona²¹⁹:

"Hasta hace 20 años, las malformaciones graves del feto, incluso las que resultan incompatibles con la vida, se conocían hasta el momento del parto²²⁰."

"Los grandes avances tecnológicos aplicados a la práctica médica, hoy en día ayudan a la detección temprana de los defectos del feto in utero, a la vez que generan nuevos y profundos dilemas éticos y jurídicos, aún por resolver²²¹."

"La noticia de que el producto de la gestación presenta anencefalia generalmente ocasiona en la madre una grave desorganización psíquica y emocional. Este daño psíquico puede ciertamente potenciar o agravar la salud física de la madre, por llevar a término un embarazo, cuyo fruto está condenado irremediabilmente a la muerte²²²."

218 Prevención y Detección de la Anencefalia. México: Secretaría de Salud; 2015. <http://cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-771-15/ER.pdf>

219 Ibid

220 Ibid

221 Ibid

222 Ibid

Beatriz Vs El Salvador

"En los últimos años, la respuesta a la terminación anticipada del embarazo al detectarse en la atención prenatal que el producto de la gestación tiene anencefalia ha sido objeto de impugnaciones jurídicas, la mayoría de las ocasiones relacionadas con motivos religiosos²²³".

"La prohibición contenida en algunas legislaciones, de recurrir a la interrupción del embarazo, carece de fuerza en el feto que presenta anencefalia, en quien con fundamento se ha sostenido, que conforme avanza la gestación, el feto se acerca irreversible a la muerte²²⁴."

"La prohibición del aborto reconoce su sustento ético, en cuanto importa la frustración de un proyecto de vida. Cabe señalar que en el caso de la anencefalia, de recurrirse a la interrupción del embarazo, no sería propio hablar de la "frustración de un proyecto de vida" ya que la mayoría los fetos con anencefalia que nacen vivos, mueren dentro de las primeras 24 horas de vida²²⁵".

"En el ámbito de la legislación, una posible interrupción del embarazo en el caso de anencefalia, encuadra en la figura del aborto terapéutico, debido a las serias complicaciones que se presentan en la embarazada durante el último trimestre de la gestación, además de la grave afectación de la salud psíquica y emocional, lo que aporta una causal de justificación²²⁶".

"Antes de informar a la madre que se detectó en el feto en gestación anencefalia, se debe corroborar tal situación, mediante la utilización de todos los medios técnicos disponibles, específicos para confirmar el diagnóstico de anencefalia²²⁷".

"Siempre debe ser respetada la decisión de la madre gestante, en caso de optar por continuar el embarazo o interrumpirlo²²⁸".

"Nadie puede ser obligado a sobrellevar o realizar "lo imposible", tanto si la imposibilidad corresponde al mundo de lo fáctico, como al ámbito de lo éticamente exigible. De esa manera, la decisión de la mujer gestante que procura llevar el embarazo a término, será éticamente un acto supererogatorio pero nunca un deber éticamente exigible²²⁹".

Para mayor evidencia científica el Dr Tavera-Orozco publica una revisión de la literatura internacional que se titula "La Anencefalia como indicación médica para interrumpir el embarazo: Sustento Bibliográfico", en donde contrasta aspectos legales en el Perú y los principios bioéticos, y concluye: "la anencefalia justifica la interrupción del embarazo cuando

223 Ibid

224 Ibid

225 Ibid

226 Ibid

227 Ibid

228 Ibid

229 Ibid

una mujer lo solicita". Vale la pena mencionar que parte del motivo de la publicación fue la recomendación de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas a Perú por el caso de una embarazada adolescente con feto anencéfalo en el 2001²³⁰.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en su libro "Ethics and Professionalism Guidelines for Obstetrics and Gynecology"; en la sección sobre su Guía 046 "Terminación del Embarazo después del Diagnóstico prenatal" especifica que en la mayoría de los casos, se acepta la interrupción del embarazo en casos de enfermedad fetal comprobada tal como una malformación cerebral fetal grave, dejando la decisión a cada caso individual basado en el respeto a la autonomía de la mujer embarazada²³¹.

Por otro lado, la GPC del Royal College of Obstetricians and Gynaecologist (RCOG, Inglaterra, Escocia y Gales) de "Terminación del Embarazo por anomalías fetales", recomienda los pasos a seguir en casos del diagnóstico de anencefalia (desde la semana 13 de gestación), y son:

- Confirmar por un segundo ultrasonografista
- Referrir a médico ginecobstetra local
- No referir a especialista materno fetal
- Interrupción del embarazo a partir del diagnóstico, 13 semanas o más.

Cabe destacar que existe una controversia acerca de las sensaciones que puede experimentar un feto y sobre el dolor fetal. Dichos avances surgen por los procedimientos invasivos terapéuticos in utero (por ejemplo transfusiones sanguíneas in utero) y por la cirugía fetal, cada vez más frecuente en nuestros días.

La percepción de que se tenga esta sensación de dolor se debe de manejar desde un contexto, desde una interpretación subjetiva. Los algólogos, es decir, los médicos que se dedican al manejo del dolor definen al dolor dentro de un contexto que indica que el dolor consiste no solamente es el recibir el estímulo, sino tener la interpretación de ese estímulo como dolor, por ejemplo lo que le duele a una persona podría no ser doloroso para otra. Además, el mismo estímulo podría en la misma persona generar en un momento dado dolor y en otro no. Necesariamente se requiere que la información se integre en la corteza cerebral y a partir de entonces se le puede llamar dolor.

La definición dada por la Asociación Internacional para el estudio del Dolor (IASP) sugiere que el dolor siempre es subjetivo. Cada individuo aprende la noción del dolor a través de experiencias relacionadas con lesiones en la vida temprana. Por lo que, se argumenta que el feto no tiene una experiencia frente al dolor al tener sistema neuronal limitado e inmaduro que no permite el componente cognitivo, afectivo y evaluativo propio de la experiencia nociceptiva (sensación).

230 Távora-Orozco L. La Anencefalia como indicación médica para interrumpir el embarazo: Sustento Bibliográfico. Rev Per Ginecol Obstet. 2006;52(1):40-45

231 Chervenak F. Ethics and Professionalism Guidelines for Obstetrics and Gynecology. FIGO. Second edition, 2021: página 126.

En el caso de la vida intrauterina, la capacidad de percepción consciente del dolor puede surgir sólo después de que las vías talamocorticales comiencen a funcionar, lo que ocurre alrededor de las 29 a 30 semanas de gestación²³².

Bajo esa definición de la IASP, un feto con anencefalia no podría tener dolor porque simplemente no tiene corteza cerebral en ningún momento de la gestación. Si bien responde a estímulos, no tiene forma de integrar la información al no tener la vía neurológica íntegra.

4. Análisis de un embarazo en las circunstancias del de Beatriz, a la luz de las buenas prácticas internacionales aplicables²³³

El embarazo es un evento fisiológico, pero que no está exento de riesgos. En el caso específico de Beatriz, ella tenía en su segundo embarazo como factores de riesgo no modificables y que incrementan la posibilidad de resultados adversos, a saber:

1. Ser portadora de Lupus Eritematoso Sistémico, con repercusión renal (nefritis lúpica).
2. Ser portadora de Artritis reumatoide
3. Tener el antecedente de cirugía uterina previa: cesárea
4. Tener el antecedente de preeclampsia de comportamiento grave
5. Tener el antecedente de nacimiento pretérmino

Además de tener un diagnóstico de feto con una malformación congénita fatal: anencefalia.

En el caso de Beatriz, la detección de la anencefalia se hizo en tiempo y forma con los métodos estandarizados y suficientes para confirmar el diagnóstico. El personal de salud diagnosticó adecuadamente dicha condición fetal. Se le informó debidamente a la paciente. La paciente solicitó la interrupción del embarazo con base a la información médica recibida, haciendo uso del principio bioético de la autonomía. Sin embargo, el personal médico se vio impedido legalmente para ofertar el aborto con apego a las GPC internacionales^{234, 235, 236} y no se tomó en cuenta la autonomía de la paciente.

232 Restrepo OI y cols. Dolor fetal y sus consideraciones Bioéticas. Cuadernos de Bioética. 2022; 33(107): 55-66. DOI: 10.30444/CB.113

233 Este apartado fue modificado del original entregado a la Corte para salvaguardar información privada de los expedientes médicos de Beatriz.

234 Prevención y Detección de la Anencefalia. México: Secretaría de Salud; 2015. <http://cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-771-15/ER.pdf>.

235 Guía de Práctica Clínica (GPC) "Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Espina bífida en niños" Guía de Referencia Rápida, Instituto Mexicano del Seguro Social. México. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/269GRR.pdf>

236 Royal College of Obstetricians and Gynaecologist RCOG, Termination of Pregnancy for Fetal Anomaly. 2010. <https://www.rcog.org.uk/media/211fvl0e/terminationpregnancyreport18may2010.pdf>

Por lo que no se puso en práctica la Declaración de Lisboa sobre los “Derechos de los Pacientes”, que publica la OMS a través de la página de la PAHO²³⁷ tanto para el personal de salud como para la paciente²³⁸:

“Un médico debe actuar siempre de acuerdo con su conciencia y en el mejor interés del paciente cuando se le presentan dificultades prácticas, éticas o legales (...)

b) El paciente tiene derecho a ser tratado por un médico que goce de libertad para hacer juicios clínicos y éticos sin ninguna interferencia exterior.

c) Después de haber sido adecuadamente informado sobre el tratamiento, el paciente tiene derecho a aceptarlo o rechazarlo...”

Las Guías de Práctica Clínica recomiendan que se brinde toda la información a la embarazada en la que se detecte esta condición fetal incurable y con 100% de fatalidad, para que ella sea quien tome la decisión con autonomía sobre la continuidad de la gestación. El abordaje diagnóstico, la vigilancia y la resolución del embarazo será interdisciplinaria. La resolución del embarazo en caso de que la paciente solicite la interrupción de la gestación se recomienda que sea tan pronto como se confirme el diagnóstico. En el caso de la GPC inglesa (mencionada con anterioridad) recomiendan que sea tan temprano como a la semana 13, para evitar las complicaciones descritas para los casos de anencefalia (mencionadas en párrafos anteriores).

Como se ha mencionado en este documento, las complicaciones de una embarazada con los diagnósticos de Beatriz son previsibles, y en el caso especial de Beatriz al tener el feto una condición incompatible con la vida, 100% fatal e incurable son prevenibles con la interrupción oportuna del embarazo. Es importante considerar además que en casos como estos se suele añadir una experiencia de duelo, ante la condición fatal del feto y por el distanciamiento de la familia debido a la hospitalización frecuente.

Las complicaciones médicas se fueron subsanando gracias a la atención médica que recibió Beatriz. Sin embargo, las complicaciones secundarias a la anencefalia, si bien son previsibles no son prevenibles si la gestación continua: muerte intrauterina, trabajo de parto pretérmino, polihidramnios (incremento anormal del líquido amniótico que provoca sobredistensión uterina), nacimiento pretérmino, hemorragia obstétrica, dificultad respiratoria materna (por la sobredistensión uterina), entre otras.

En la consejería prenatal a una mujer con enfermedades crónicas, que se pueden descompensar y poner en riesgo la vida durante el embarazo, se debe de mencionar que las complicaciones presentadas durante la gestación son previsibles y prevenibles si no está embarazada.

237 Declaración de Lisboa. Derechos de los pacientes. PAHO OMS, consultado el 28-12-2023 en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16802/v108n%285-6%29p642.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

238 Ibid.

Beatriz Vs El Salvador

La paciente y solamente ella debe de tener la autonomía para poder tomar las decisiones informadas sobre su salud reproductiva. En el caso de Beatriz la condición de salud no es la idónea para recomendar una gestación, sin embargo ella debió de contar con la posibilidad de tener acceso todas las opciones de tratamiento y poder tomar la decisión debidamente informada.

El LES va generando un daño acumulativo. Esto significa que entre más descompensaciones y brotes se puedan presentar en una misma persona, la posibilidad de tener consecuencias a largo plazo se incrementa también (como se detalla en el peritaje). Lo ideal es no generar una condición en donde se pueda descompensar, si lo podemos evitar. En el caso de Beatriz la exposición a los riesgos se podía evitar porque la continuidad de la gestación no tenía mucho sentido, puesto que Beatriz estaba consciente del diagnóstico, sabía del pronóstico y autorizó de manera voluntaria la interrupción del embarazo (como parte de los tratamientos médicos o quirúrgicos necesarios) ante un pronóstico que prácticamente no era existente hablando de sobrevida para del feto con anencefalia. Dicha afirmación se apega a las recomendaciones científicas internacionales. Sabiendo que se podía hacer algo para evitar un daño, se negó el acceso a dicha opción terapéutica avalada científicamente, por justificaciones no médicas.

Se plasma en el expediente de manera muy clara que el caso de Beatriz se somete a revisión por parte del Comité Médico del hospital. El Comité es un grupo de especialistas que determinan la mejor conducta. Y se mantuvieron en espera de las resoluciones legales por parte de las autoridades para que pudieran acceder a una autorización de la interrupción del embarazo por causal materna y fetal. Estuvieron esperando, hasta que Beatriz presentó síntomas relacionados por complicaciones asociadas a la anencefalia. Los fetos con anencefalia no tienen un control óptimo de la deglución. El 90% del líquido amniótico es orina de los fetos, los fetos degluten el líquido amniótico normalmente, lo absorben en el tubo digestivo, lo pasarán a su torrente sanguíneo y lo convierten nuevamente en orina. Es el ciclo normal del líquido amniótico. En el momento en que los fetos no pueden deglutir el líquido amniótico por diferentes causas -una de ellas es anencefalia-, se empieza a acumular dentro del útero y empieza a crecer de una forma mucho más rápida a lo esperado para la edad gestacional (complicación llamada polihidramnios). Empieza a tener un volumen mayor el útero y se sobre distiende. Esto en situaciones graves puede comprometer la respiración de materna, porque es tan grande el útero o crece tan rápido que los pulmones maternos no se pueden expandir; además se puede presentar trabajo de parto y/o el nacimiento pretérmino (por la sobre distensión uterina). Ambas condiciones las presentó Beatriz.

De forma general, a toda mujer embarazada se recomienda realizar por lo menos realizar tres ultrasonidos:

- a. Entre la semana 11a 14 de gestación, para valorar el riesgo de preeclampsia, de cromosomopatías, de nacimiento pretérmino y de presentar un crecimiento restringido del feto, así como malformaciones graves y evidentes.

- b. Otro entre la semana 18 a 22 que puede detectar malformaciones o problemas que antes eran no detectables porque el feto es muy pequeño
- c. Y un tercer ultrasonido alrededor de la semana 32 o 33 que tiene la intención de valorar la posición del feto, la placenta y el líquido amniótico, precisamente para detectar anomalías en la cantidad, ya sea porque esté en cantidad mayor o anormalmente menor.

Esos son por lo menos los tres que deben de hacerse. En el caso de Beatriz, se realizaron ultrasonidos de manera seriada, esto es con una mayor frecuencia, al ser un caso especial en donde se tenía que monitorizar la cantidad de líquido amniótico, la placenta y vigilar que no hubiera ningún otro problema adicional. Gracias a dicha vigilancia por ultrasonido detectaron que el líquido amniótico aumentó: polihidramnios.

Beatriz presentó complicaciones por el LES y complicaciones por la anencefalia de manera innecesaria. El grupo médico sabía como evitar las complicaciones por la anencefalia. Las complicaciones por la anencefalia solo se presentan en un embarazo. El equipo médico sabía que al interrumpir el embarazo podían evitar las complicaciones por anencefalia, pero se vieron impedidos de brindar el tratamiento: interrumpir el embarazo para evitar los riesgos en una persona con una enfermedad crónica que además se puede descompensar por estar embarazada.

Merece la pena recordar que la anencefalia una malformación congénita fatal en el 100% de los casos. No hay tratamiento y todos los esfuerzos con respecto al abordaje científico de la anencefalia están orientados hacia la prevención. Una vez hecho el diagnóstico no hay cura.

Retomando el contexto general del LES y el embarazo, así como los antecedentes del embarazo previo y los del último que tuvo Beatriz, puedo comentar que:

Si una persona con lupus se embaraza y el lupus ha estado activo en los seis meses previos a la gestación, se incrementa la posibilidad de tener brotes o de activaciones de lupus. Cada vez que se activa el lupus, la enfermedad puede progresar y dejar una secuela, el daño es irreversible. El daño puede ser permanente y mermar finalmente la salud a largo plazo de una persona que es portadora de lupus.

Es la razón por la que los embarazos idealmente deberían de planearse en una paciente con lupus. Nuevamente, la recomendación médica es que no se embarace una mujer con un estado de salud no óptimo, pero toda mujer tiene el derecho a decidir sobre el tener o no una gestación, en todo caso se buscarían las mejores condiciones de salud para lograr eso, o las opciones de adopción o de embarazos subrogados para tener un hijo. El equipo médico altamente especializado acompaña a la mujer que se encuentra en condiciones no óptimas de salud, en la decisión que tome respecto a un embarazo. El caso de Beatriz tenía muchos factores en contra y no solamente el lupus.

Beatriz Vs El Salvador

Las complicaciones de la gestación previa de Beatriz, que fue una neumonía, la preeclampsia con datos de gravedad y el nacimiento pretérmino, incrementan el riesgo de resultados obstétricos adversos, sobretodo las complicaciones que se presentan en el tercer trimestre. Beatriz no las pudo presentar porque el embarazo no llegó al tercer trimestre. El feto con anencefalia produjo complicaciones obstétricas y nació antes del tercer trimestre.

Beatriz podría haber sufrido consecuencias permanentes en su salud e integridad personal debido a la demora en la interrupción de su embarazo. Tal como se ha descrito en los incisos previos el embarazo complicado con LES y lesiones a órgano blanco, existe de un riesgo siete veces mayor de brote o reactivación del LES grave en pacientes con LES activo en el momento de la concepción. Además, la actividad del LES inmediatamente antes del embarazo también repercute en la acumulación de daños después del embarazo²³⁹.

Al respecto, reitero que el grupo de estudio LUMINA de los Estados Unidos analizó los resultados en pacientes con LES, incluida la evaluación del daño acumulativo e irreversible, independientemente de la causa. En dicho estudio encontraron una acumulación significativa de daños posparto²⁴⁰.

Ante personas con complicaciones o lesiones a órgano blanco o comorbilidades o factores de mal pronóstico, el LES puede afectar negativamente durante el embarazo y viceversa. Como se hace constar en el análisis del expediente médico de Beatriz cuando en los días posteriores al nacimiento presenta una crisis hipertensiva que pone en riesgo su vida, de forma innecesaria.

Se han identificado varios predictores de resultados adversos del embarazo en mujeres con LES, entre los que se incluyen enfermedad activa, uso de antihipertensivos, nefritis lúpica previa, presencia de anticuerpos antifosfolípidos (aPL) y trombocitopenia. Además, las primigrávidas tienen un mayor riesgo de complicaciones en el embarazo. Los antecedentes de resultados adversos en embarazos anteriores incrementan las posibilidades de malos resultados²⁴¹. Esto significa que la evolución de la enfermedad se puede acelerar, de forma irreversible. A mayor gravedad, mayor riesgo de complicaciones.

Sabemos que el embarazo de un feto con anencefalia puede complicarse y poner en riesgo la salud y la vida de la madre. Sabemos que el embarazo de una mujer con LES conlleva un riesgo para la salud y la vida de la madre. Sabemos que el embarazo de una mujer con LES y nefropatía lúpica tiene un alto riesgo para la salud y para la vida de la madre. Sabemos que el embarazo de una mujer con LES y el antecedente de preeclampsia con datos de gravedad en un embarazo previo tiene un alto riesgo para la salud y la vida de la madre. Beatriz contaba con todos los agravantes mencionados.

239 Zamora-Medina MC y cols. Systemic lupus erythematosus and pregnancy: Strategies before, during and after pregnancy to improve outcomes. Rev Colomb Reumatol. (2021);28(S1):53–65

240 Knight C y cols. Management of systemic lupus erythematosus during pregnancy: challenges and solutions. Open Access Rheumatology: Research and Reviews 2017;9 37–53

241 Zamora-Medina MC y cols. Systemic lupus erythematosus and pregnancy: Strategies before, during and after pregnancy to improve outcomes. Rev Colomb Reumatol. (2021);28(S1):53–65

En una embarazada con LES, nefropatía lúpica, antecedente de preeclampsia con datos de gravedad en el embarazo previo y un feto con anencefalia confirmada, el manejo indicado es la interrupción del embarazo, sin demora. El retraso puede generar una acumulación irreversible de daños, lo que incrementa la gravedad de la enfermedad y compromete el pronóstico a largo plazo.

En los casos como el de Beatriz, cualquier evento fuera de lo habitual puede generar una reactivación o brote lúpico. Ante un deterioro respiratorio fulminante después del accidente, siempre debemos de pensar en una complicación grave como lo es la Tromboembolia pulmonar. De forma más remota pero no menos importante y compatible con el cuadro que presentó Beatriz están la miocarditis y la neumonitis lúpicas. Ninguna de estas posibilidades se descartó, ya que no consta en el expediente disponible al no especificarse que se hubiesen buscado y descartado de forma dirigida, o que no se tenían los recursos disponibles pero que deberían de considerarse. En una persona con LES y daño a órgano blanco, la posibilidad de sufrir cada vez más complicaciones es mayor. El LES tiene un comportamiento acumulativo de daños irreversibles, que lo caracteriza como enfermedad crónica, progresiva e incurable. En los párrafos superiores hay una tabla donde se determinan las diferencias entre una infección y un brote lúpico.

5. Medidas que el Estado debe adoptar para evitar la repetición de hechos como los que dieron en este caso.

5.1 Reducción de muertes maternas por complicaciones prevenibles en el embarazo

La mortalidad materna es un problema de salud pública mundial. La Organización Mundial de la Salud considera que la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado²⁴².

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000²⁴³.

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria

242 Mortalidad materna. OMS. Consultado en línea el 01-12-2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

243 Ibid

Beatriz Vs El Salvador

a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son²⁴⁴:

- las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto);
- las infecciones (generalmente tras el parto);
- la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia);
- complicaciones en el parto;
- los abortos peligrosos.

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto²⁴⁵.

En los países en donde se tiene acceso a los servicios de aborto seguro se ha demostrado una reducción de la mortalidad materna por aborto. Siendo parte de una estrategia integral, la mortalidad materna también se redujo.

Desde el año 2007 se aprobó en la Ciudad de México que se considera aborto a la interrupción del embarazo después de la semana 12, por lo antes no se considera un delito; adicionalmente se cuentan con cuatro excluyentes de sanción²⁴⁶:

- Embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial no autorizada
- Cuando por el embarazo, corra peligro la vida de la madre
- Cuando a juicio de dos médicos especialistas exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, al límite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada
- Que sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada

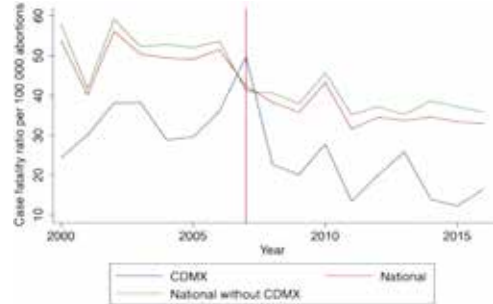
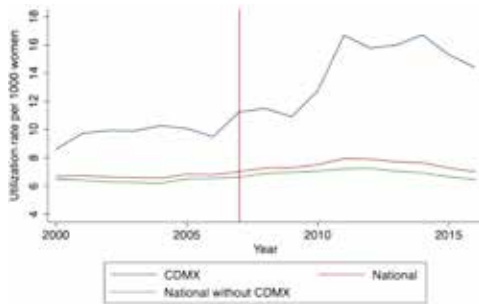
Se ha demostrado con evidencia científica que esta estrategia ha disminuido la mortalidad por aborto en México, tal como se muestra en la figura a continuación:

244 Falk Rj y cols. Nefritis lúpica: terapia inicial y posterior para la nefritis lúpica focal o difusa. UpToDate. 30 de agosto de 2022

245 Mortalidad materna. OMS. Consultado en línea el 01-12-2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

246 Código Penal del Distrito Federal (Ciudad de México), 2020. <https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/9cd0cdef5d5adba1c8e25b34751cccfcca80e2c.pdf>

Figuras 1 y 4. Mortalidad por aborto en México



Fuente: Int J Gynaecol Obstet

En las Figuras 1 y 4 se observa con una línea vertical en rojo la fecha en la que en la Ciudad de México se legaliza la interrupción del embarazo hasta la semana 12. En la Figura 1 la línea superior indica el número de procedimientos de aborto seguro que se incrementan a partir del año 2007. En la Figura 4 se observa la tendencia a la reducción de la mortalidad materna por aborto (inseguros previamente) desde el cambio en la legislación de la Ciudad de México, demostrando con evidencia científica el impacto positivo de la creación de condiciones jurídicas que den certeza a las mujeres y al personal de salud.

A nivel nacional, la tasa de letalidad por aborto (antes del 2007 muchos de ellos realizados en condiciones inseguras si no cumplían con las excluyentes de sanción) disminuyó con el tiempo de 53,7 muertes por 100 000 eventos en 2000 a 33,0 en 2016. La letalidad disminuyó de forma más rápida en la Ciudad de México que en los otros 31 estados de la República Mexicana a 12,3 en 2015, con motivo del cambio en la ley del 2007²⁴⁷.

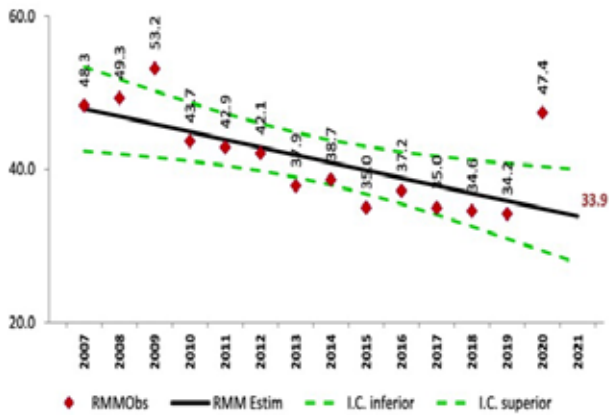
Siempre es posible mejorar, ya que la atención médica y los sistemas de salud son perfectibles y deben evolucionar. A pesar del evidente beneficio, la aprobación de la ley es solo la base, ya que se deben de implementar en todo el país los servicios de aborto seguro, como parte de un todo.

Si bien se ha observado una tendencia a la reducción de la mortalidad materna en México mediante diversas estrategias (incluyendo la realización de abortos seguros), de acuerdo con los datos oficiales de la Secretaría de Salud²⁴⁸:

247 Darney BG, Fuentes-Rivera E, Polo G, Saavedra-Avendaño B, Alexander LT, Schiavon R. Con la ley y sin la ley/With and without the law: Utilization of abortion services and case fatality in Mexico, 2000-2016. Int J Gynaecol Obstet. 2020 Mar;148(3):369-374. Doi: 10.1002/ijgo.13077. Epub 2019 Dec 27. PMID: 31821537; PMCID: PMC7027437.

248 Informe Semanal de Notificación de Muerte Materna. Semana Epidemiológica 47 de 2022. Secretaría de Salud Federal. México. Noviembre de 2022.

Figura 5. Razón de mortalidad materna por 100 mil nacimientos estimados (media, IC95%). México 2007 - 2021



Fuente: Secretaría de Salud Federal, México.

El aborto sigue siendo un problema de salud pública en México en el 2022¹⁶: cada vez más estados del país (provincias) se suman al cambio en la legislación local para dar una mayor certeza jurídica para las mujeres y para el personal de salud que permita el acceso a servicios de aborto seguro, y se haga exponencial la reducción en la mortalidad materna, tal como sucedió en la Ciudad de México a partir del 2007.

Tabla 6. Defunciones maternas y Razón de muerte materna por causa agrupada (2022)

Grupo	Total	RMM	%
Hemorragia obstétrica	99	5.2	17.4
Enf. Hipertensivas	98	5.1	17.2
Aborto	39	2.0	6.8
Enf. Del sistema respiratorio	37	1.9	6.5
Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	37	1.9	6.5
COVID 19	29	1.5	5.1
COVID 19 y virus no identificado	2	0.1	0.4
Embolia obstétrica	21	1.1	3.7
Trauma obstétrico	11	0.6	1.9
Sepsis y otras infecciones puerperales	11	0.6	1.9
Otras enf. De la sangre	11	0.6	1.9
Trastornos placentarios	10	0.5	1.8

Grupo	Total	RMM	%
Muerte obstétrica no especificada	2	0.1	0.4
Causas indirectas no infecciosas	119	6.2	20.9
Causas indirectas infecciosas	18	0.9	3.2
Otras causas	5	0.3	0.9
Sin clasificar	21	1.1	3.7
Total general	570	29.8	100.0

Como mencioné, la aprobación de la ley sirve como marco jurídico, pero, además, se requiere de la planeación mediante una gestión de proyecto para la implementación de los servicios de aborto seguro, en una colaboración intersectorial que involucre todos los órdenes de gobierno y a la sociedad. Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario²⁴⁹.

Es importante resaltar en la Tabla previa que la suma de todas las causas de muerte materna indirecta no infecciosas representa el mayor número. Se refiere a las enfermedades crónicas o intercurrentes que una mujer puede tener, tales como las enfermedades renales, hepáticas, cardíacas, neurológicas o las enfermedades autoinmunes como el Lupus Eritematoso Sistémico; o la coexistencia de varias condiciones simultáneas en una misma persona. Beatriz tuvo la coexistencia de varias de las condiciones de salud mencionadas.

En consecuencia, a continuación, expongo las medidas de reparación que considero que debería adoptar el Estado de El Salvador para evitar que hechos como los ocurridos a Beatriz se repitan.

Con la evidencia previamente expuesta es recomendable que el Estado de El Salvador

1. Genere las condiciones jurídicas que aseguren el acceso a los servicios de aborto seguro recomendados por la OMS particularmente para los casos que representan un riesgo para la salud y vida de las mujeres.
2. Garantice la implementación mediante la inversión de recursos humanos capacitados, en infraestructura y en insumos en adecuada calidad y cantidad, salvaguardando la integridad jurídica de las usuarias y del personal de salud de forma integral.
3. Que defina los casos en los que la interrupción del embarazo no es punible, tales como las condiciones de salud que pongan en riesgo la salud de la embarazada, independientemente de la edad gestacional (causal materna), o en los casos en los que se tengan condiciones fetales fatales (causal fetal).
4. Que genere Guías de Práctica Clínica apegadas a la evidencia científica y a las recomendaciones internacionales que garanticen el acceso a los métodos de diagnóstico y tratamientos en los casos que ameriten la interrupción del embarazo.

249 Mortalidad materna. OMS. Consultado en línea el 01-12-2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>



6. Respuesta a la pregunta del Estado

La pregunta hace referencia parcialmente a un párrafo, parte de una publicación titulada "Enfermedades Renales y Embarazo", que textualmente dice:

"El lupus eritematoso sistémico puede activarse en el embarazo y su frecuencia es del 10 al 30%. La transmisión placentaria de factores lúpicos y de anticuerpos antifosfolípidos aumenta la incidencia de abortos; la muerte intrauterina es más frecuente en los embarazos con anticoagulantes lúpicos circulantes, asociándose a la presencia de cambios trombóticos y ateroscleróticos en la placenta. Cuando se acompaña de hipertensión y disfunción renal puede ser confundido con preeclampsia. Utilizando heparina y aspirina la mayoría de los embarazos llegan a término, teniendo un mejor resultado si la concepción se realiza con un mínimo de 6 meses previos de inactividad lúpica²⁵⁰."

En dicho párrafo el tratamiento mencionado con alta eficacia a base de un anticoagulante y un antiagregante plaquetario (heparina y aspirina), se refiere a los casos en los que coexisten Lupus Eritematoso Sistémico más un Síndrome de anticuerpos Antifosfolípidos. El Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos (SAF) es una enfermedad auto inmune en donde los auto anticuerpos están dirigidos contra unas moléculas que se llamas fosfolípidos que se encuentran en muchas células de nuestro organismo, y forman parte de la estructura de la pared de nuestras células, entre otros sitios. El efecto de estos auto anticuerpos en el SAF es forman trombos (coágulos de sangre) que obstruyen la circulación sanguínea en ciertos órganos del cuerpo, produciendo infartos o embolias en dichos órganos, uno de los cuales es la placenta en los casos de mujeres embarazadas que tienen SAF, entre otros órganos del cuerpo. Una vez identificada a una embarazada con LES y SAF coexistentes, es recomendable agregar al tratamiento que está indicado para el LES, el tratamiento para el SAF que consiste en anticoagulantes y/o antiagregantes plaquetarios.

Entonces dicho tratamiento está indicado cuando coexisten ambas enfermedades auto inmunes. Por otro lado, el uso de aspirina en toda paciente embarazada con alto riesgo de preeclampsia está recomendado a partir de la semana 13 y hasta la semana 36, tal como lo es una embarazada con LES. Dichas consideraciones terapéuticas están mencionadas en diversas secciones del peritaje.

En el caso de Beatriz, los diagnósticos confirmados fueron: Lupus Eritematoso Sistémico, Nefritis Lúpica, Hipertensión Arterial Crónica, Artritis Reumatoide, embarazo con feto con Anencefalia.

El tratamiento indicado por el grupo médico (interdisciplinario: obstetricia, perinatología, reumatología, medicina interna, cardiología, terapia intensiva, imagenología, psicología, enfermería, entre otros), a cargo de Beatriz fue el correcto para tratar de compensar los cambios que inevitablemente se generan durante el embarazo, y que pueden descompensar a una mujer con varias enfermedades existentes previas a la gestación. Inevitablemente Beatriz tuvo

un descontrol de la hipertensión al inicio del embarazo, y en los siguientes días posteriores al nacimiento (como se describe en las notas del expediente clínico); sobre todo después del nacimiento dicho descontrol fue grave. Situaciones innecesarias ante un embarazo con feto anencéfalo.

En la consejería prenatal a una mujer con enfermedades crónicas, que se pueden descompensar y poner en riesgo la vida durante el embarazo, se debe de mencionar que las complicaciones presentadas durante la gestación son previsibles y prevenibles si no está embarazada.

La paciente y solamente ella debe de tener la autonomía para poder tomar las decisiones informadas sobre su salud reproductiva.

El LES va generando un daño acumulativo. Esto significa que entre más descompensaciones y brotes se puedan presentar en una misma persona, la posibilidad de tener consecuencias a largo plazo se incrementa también (como se detalla en el peritaje). Entonces lo ideal es no generar una condición en donde se pueda descompensar, si lo podemos evitar. En el caso de Beatriz la exposición a los riesgos se podía evitar porque la continuidad de la gestación no tenía mucho sentido, puesto que Beatriz estaba consciente del diagnóstico, sabía del pronóstico y solicitó finalmente de manera voluntaria la interrupción del embarazo ante un pronóstico que prácticamente no era existente hablando de sobrevivida para del feto con anencefalia. Dicha afirmación se apega a las recomendaciones científicas internacionales. Sabiendo que se podía hacer algo para evitar un daño, se negó el acceso a dicha opción terapéutica avalada científicamente, por justificaciones no médicas.

Beatriz permaneció embarazada y presentó complicaciones previstas por el LES (descontrol de la hipertensión, anemia infecciones), y las previstas en los casos de anencefalia que fueron las que indicaron el momento del nacimiento del feto: polihidramnios (incremento anormal del líquido amniótico) dificultad respiratoria materna (disnea) por la sobredistensión del útero, trabajo de parto y nacimiento pretérmino. En la nota postquirúrgica del expediente clínico se describe que el feto no tenía cerebro.

7. Bibliografía

- Embarazo. Algoritmo de atención clínica. Plan Estratégico Sectorial Para la difusión e Implementación de Guías de Práctica Clínica. INPer, OMS / OPS. Secretaría de Salud Federal. 2018 http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/algoritmos_atencion_clinica.html
- Prevención y Detección de la Anencefalia. México: Secretaría de Salud; 2015. <http://cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-771-15/ER.pdf>
- Neural Tube Defects. ACOG Practice Bulletin. Obstet Gynecol, 2017; 130 (6).
- Código Penal del Distrito Federal (Ciudad de México), 2020. <https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/9cd0cdef5d5adba1c8e25b34751ccfdcca80e2c.pdf>
- Informe Semanal de Notificación de Muerte Materna. Semana Epidemiológica 47 de 2022. Secretaría de Salud Federal. México. Noviembre de 2022.



Beatriz Vs El Salvador

- Guía de Práctica Clínica (GPC) "Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Espina bífida en niños" Guía de Referencia Rápida, Instituto Mexicano del Seguro Social. México. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/269GRR.pdf>
- Declaración de Lisboa. Derechos de los pacientes. PAHO OMS, consultado el 28-12-2023 en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16802/v108n%285-6%29p642.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologist RCOG, Termination of Pregnancy for Fetal Anomaly. 2010. <https://www.rcog.org.uk/media/211fv10e/terminationpregnancyreport18may2010.pdf>
- Belfort M y cols. Descripción general de la hemorragia posparto. UpToDate 15 de julio de 2022
- Beloosesky R y cols. Polihidramnios: etiología, diagnóstico y tratamiento. UpToDate, 30 agosto de 2022.
- Bermas B y cols. Embarazo en mujeres con lupus eritematoso sistémico. UpToDate, 28 de octubre de 2022.
- Chervenak F. Ethics and Professionalism Guidelines for Obstetrics and Gynecology. FIGO. Second edition, 2021: página 126.
- Darney BG, Fuentes-Rivera E, Polo G, Saavedra-Avendaño B, Alexander LT, Schiavon R. Con la ley y sin la ley/With and without the law: Utilization of abortion services and case fatality in Mexico, 2000-2016. Int J Gynaecol Obstet. 2020 Mar;148(3):369-374. Doi: 10.1002/ijgo.13077. Epub 2019 Dec 27. PMID: 31821537; PMCID: PMC7027437.
- Dao KH, Bermas B. Systemic Lupus Erythematosus Management in Pregnancy. International Journal of Women's Health 2022: 14
- Falk Rj y cols. Nefritis lúpica: terapia inicial y posterior para la nefritis lúpica focal o difusa. UpToDate. 30 de agosto de 2022.
- Khurana R y cols. Systemic Lupus Erythematosus and pregnancy. Medscape, en línea, actualización 19 de octubre de 2022.
- Knight C y cols. Management of systemic lupus erythematosus during pregnancy: challenges and solutions. Open Access Rheumatology: Research and Reviews 2017;9 37-53
- Mena Ugarte SC, Rodriguez Funes MV, Viterna J. Maternal morbidity under an absolute abortion ban: insights from a 6-year case series of fatal fetal malformations in El Salvador. Am J Obstet Gynecol Glob Rep 2022;XX:x.ex-x.ex.
- Monteagudo A, Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Exencephaly-anencephaly Sequence. SMFM Anomalies Consult Series #3. Am J Obstet Gynecol 2020
- OMS. Directrices sobre la atención para el aborto. 2022. <https://srhr.org/abortioncare/>
- OMS. Mortalidad materna. Consultado en línea el 01-12-2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Reardon C y cols. Enfermedad crítica durante el embarazo y el periparto. UpToDate 12 de octubre de 2022.
- Restrepo OI y cols. Dolor fetal y sus consideraciones Bioéticas. Cuadernos de Bioética. 2022; 33(107):

55-66. DOI: 10.30444/CB.113

Salari N y cols. Global prevalence of congenital anencephaly: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health* (2022) 19:201 <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01509-4>

Tavara-Orozco L. La Anencefalia como indicación médica para intrrumpir el embarazo: Sustento Bibliográfico. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2006;52(1):40-45

Wallace D y cols. Descripción general del manejo y pronóstico del lupus eritematoso sistémico en adultos. UpToDate, 25 de octubre de 2022.

Wallace D y cols. Manifestaciones clínicas y diagnóstico del lupus eritematoso sistémico en adultos. UpToDate. 4 de noviembre de 2022.

Williams. *Obstetricia*, 24e F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Jeanne S. Sheffield. Capítulo 11 Líquido amniótico.

Yang F y cols. Association of Maternal Preeclampsia With Offspring Risks of Ischemic Heart Disease and Stroke in Nordic Countries. *JAMA Network Open.* 2022, 5(11): e2242064

Zamora-Medina MC y cols. Systemic lupus erythematosus and pregnancy: Strategies before, during and after pregnancy to improve outcomes. *Rev Colomb Reumatol.* (2021);28(S1):53–65



Mas información sobre el Caso Beatriz Vs El Salvador

- Página oficial de la campaña: www.justiciaparabeatriz.org
- Ficha del caso por la Corte Interamericana de Derechos Humanos: https://www.corteidh.or.cr/docs/tramite/beatriz_y_otros.pdf
- Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_549_esp.pdf