colectiva

por el derecho a decidir

Interrupción Terapéutica del Embarazo:

Aportes para la reflexión

2009

346.013
AS8371 Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir, comp. :
Interrupción terapéutica del embarazo : aportes para la reflexión / Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir, comp. -- 1a. ed. -- San José, C.R.: Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir, 2009.
105 p.; 24.5 x 8. cm.

ISBN 978-9968-9664-5-0

1. Derechos de las mujeres. 2. Aborto legal. 3. Derechos humanos. I. Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir. II. Título.

Tabla de contenidos

Presentación 7

Interrupción Terapéutica del Embarazo en el Marco de los Derechos Humanos 11
Marcia Ugarte Barquero

Introducción 11
¿Por qué hablar de derechos humanos en este contexto? 12
Conclusiones 26
Referencias bibliográficas 27

Interrupción Terapéutica del Embarazo: Una visión desde la salud física y emocional de las mujeres 29
Erika Rojas Calderón

Introducción 29
Hacia una conceptualización de la Interrupción Terapéutica del Embarazo 30
1. Definición de interrupción del embarazo 32
2. Definición de interrupción terapéutica del embarazo 33
Hacia una conceptualización del concepto de salud integral 34
1. Dimensiones de la salud 35
2. Vinculación del concepto de salud integral con la Interrupción Terapéutica del Embarazo 37
Hacia una conceptualización del concepto de riesgo 38
1. Definición del concepto de riesgo 38
2. Vinculación del concepto de riesgo con la Interrupción Terapéutica del Embarazo 39
Hacia una mejor comprensión de la valoración del concepto de riesgo 41
Conclusiones 55
Referencia Bibliográficas 57

Autonomía y consentimiento informado: El caso de la Interrupción Terapéutica del Embarazo 59
Javiera Carrera

Introducción 59
La bioética y teoría de principios 61
Principio de autonomía y consentimiento informado 63
1. Principio de autonomía 64
2. Consentimiento informado 65
Situaciones especiales para el ejercicio de la autonomía 68
Conclusiones 74
Referencia Bibliográficas 76

El secreto profesional y el derecho a la confidencialidad en las diversas áreas profesionales de la salud 79
Larissa Arroyo Navarrete

Introducción 79
Concepto del secreto profesional 81
Legislación sobre el secreto profesional 83
El secreto profesional en las diversas áreas profesionales de la salud 85
Comparación del concepto de secreto profesional con el Código de Deberes Jurídicos, Morales y Éticas de Profesionales en Derecho 88
Derechos de la paciente 90
Ponderación de bienes jurídicos 92
La obligación de los y las profesionales en salud de denunciar indicios de delito ante el derecho a la confidencialidad de la paciente y otros de sus derechos 92
1. El derecho a la confidencialidad de la paciente y otros de sus derechos 93
2. El derecho a la confidencialidad, a la privacidad y a la intimidad de la paciente 94
Conclusiones 99
Referencia Bibliográficas 102

La objeción de conciencia: Fundamentos y regulación en el sector salud 102
Adriana Maroto Vargas

Introducción 102
Libertad religiosa y libertad de conciencia en el marco de los derechos humanos 106
La estructura jurídica y el marco conceptual de la objeción de conciencia 110
La objeción de conciencia en el sector salud 119
1. Personal que puede declarar la objeción de conciencia 122
2. La objeción de conciencia cuando está en riesgo la vida o la salud de la mujer 122
3. Los centros de salud deben garantizar al prestación del servicio 125
4. La objeción de conciencia y el derecho a la información 126
5. La objeción de conciencia y el derecho a la no discriminación 126
La regulación de la objeción de conciencia en otros países 128
Conclusiones 133
Referencia Bibliográficas 134

El trauma postaborto: Un mito creado por los sectores conservadores 136
Adriana Maroto Vargas

Introducción 136
El surgimiento del mito y su cuestionamiento por especialistas en salud mental 138
La deconstrucción del mito: un acercamiento a la realidad de las mujeres 141
1. Embarazos no deseados en contextos en que el aborto es legal 143
2. El aborto en casos de Malformaciones del feto Incompatibles con la Vida Extrauterina 145
3. La salud emocional de las mujeres antes y durante el embarazo 145
4. El estigma social del aborto 146
5. El aborto en contextos de ilegalidad y clandestinidad 148
6. El derecho a decidir de las mujeres 154

Conclusiones 155
Referencia Bibliográficas 156

Presentación

En la mayoría de los países del mundo se admite la interrupción inducida del embarazo ante determinadas causales. Según los registros de Naciones Unidas, el 98% de los países del mundo lo permite para salvar la vida de las mujeres, el 65% para preservar su salud física y un 62% para preservar su salud mental.[1] Este tipo de aborto se conoce como Aborto Terapéutico o Interrupción Terapéutica del Embarazo (ITE).

En Costa Rica, el Código Penal en su artículo 121 considera "aborto impune" aquel que se practique con consentimiento de la mujer "con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre". Sin embargo, factores como la ausencia de protocolos, la escasa información que tienen las mujeres sobre las condiciones para acceder al procedimiento, el desconocimiento de procedimientos y la prevalencia de mitos y prejuicios, se conjugan para restringir este servicio, exponiendo a las mujeres que pudieran requerirlo a penosas consecuencias para su salud al sobrellevar embarazos riesgosos o al buscar abortos clandestinos inseguros.

Para la Colectiva por el Derecho a Decidir, todas las mujeres tienen derecho a conocer las opciones y riesgos sobre su salud física y mental, y son ellas quienes deberían tomar la decisión de interrumpir o continuar con un embarazo que pone en riesgo su salud integral.

Pero para ello, más allá de la existencia de una disposición no penalizada como la que contempla nuestra Código Penal para amparar la aplicación de una ITE, se requiere que el personal de salud que informa y acompaña a las mujeres comprenda que al hablar de la interrupción terapéutica del embarazo estamos entrando en la profunda dimensión de los derechos humanos.

En este documento, hemos sintetizado una serie de argumentos que buscan alimentar la reflexión en torno a la ITE, aportando elementos sobre

[1] Boletín Informativo N. 7 Flora Tristán 2005.
http://www.flora.org.pe/revista%20chacarera.htm

varios temas estrechamente vinculados con el ejercicio de diversas profesiones del área de la salud y el derecho.

Así, en el primero de los trabajos Marcia Ugarte Barquero se pregunta ¿por qué hablar de derechos humanos en este contexto? y nos ofrece una reseña de los derechos implicados y de los instrumentos internacionales que los contemplan. Desde la óptica de los derechos humanos de las mujeres, el trabajo señala que una oportuna aplicación de la ITE es un asunto de justicia social, además de un tema de salud pública, que asegura un pleno ejercicio del derecho a salud entre otros derechos fundamentales.

Seguidamente, Erika Rojas Calderón nos presenta una visión de la ITE desde la salud física y emocional de las mujeres, aportando importantes definiciones y elementos para la construcción de un concepto de salud integral. Evaluar la forma en que estamos entendiendo el riesgo y reconocer el concepto de bienestar en materia de un embarazo, son dos aspectos centrales de esta propuesta.

En el tercero de los trabajos, Javiera Carrera aborda el tema de la autonomía y el consentimiento informado, analizándolos desde la bioética y la teoría de principios. Para la Colectiva por el Derecho a Decidir, es relevante referir estos temas a dos situaciones especiales: la interrupción terapéutica del embarazo en el caso de niñas y adolescentes, y en el de mujeres con que tienen alguna situación que afecta su capacidad cognitiva o volitiva[2]. Nuevamente este trabajo nos invita a reflexionar desde la perspectiva de los derechos humanos y pensar en la maternidad como un acto que debería ser libre y voluntario.

El secreto profesional y el derecho a la confidencialidad en las diversas áreas profesionales de la salud es otro de los trabajos que presentamos. Larissa Arroyo Navarrete realizó un exhaustivo análisis de la legislación costarricense y de la forma en que se asume el secreto profesional como derecho y como deber en las distintas disciplinas del área de la salud. Los

[2] El término jurídico correspondiente es el de "mujeres incapaces", pero en la Colectiva hemos decidido llamarlas de una manera mucho más respetuosa y comprensiva de su condición especial.

aportes de este trabajo arrojan luz en un tema de preocupación actual para aquellas personas que, en sus prácticas profesionales, se ven enfrentadas a diversos casos de aborto inducido ya sea este por razones terapéuticas o no.

Para continuar aportando elementos al debate y analizando dilemas vigentes en el personal profesional que atiende y acompaña casos que ameritan una ITE, Adriana Maroto Vargas estudia el tema de la objeción de conciencia, desde sus fundamentos y regulación en el sector salud. En este trabajo se hace una revisión de la libertad de conciencia y la libertad religiosa en el marco de los derechos humanos, se reseña la estructura jurídica y el marco conceptual de la objeción de conciencia, y se plantea le necesidad de regular su aplicación en el sector salud, de manera que no se convierta en un obstáculo para el ejercicio de los derechos reproductivos. Finalmente, y como una contribución a un debate que se libere de prejuicios y manipulaciones, Adriana Maroto Vargas reseña lo que se conoce como Trauma Post Aborto evidenciándolo como un mito creado por los sectores conservadores para oponerse al aborto inducido en general. Este artículo plantea el surgimiento del mito y cómo éste ha sido cuestionado desde sus inicios debido a la falta de evidencia científica. Posteriormente, analiza las diferentes variables que pueden intervenir en la significación emocional que una mujer realice de una interrupción del embarazo.

Poner en relieve todos estos elementos en torno a la Interrupción Terapéutica del Embarazo es parte del quehacer de la Colectiva por el Derecho a Decidir, en nuestra búsqueda por abrir un diálogo amplio, fundamentado y respetuoso para abordar uno de los temas más invisibilizados, pero profundamente actuales, de la realidad de las mujeres que viven en Costa Rica. Esta publicación es parte de ese esfuerzo y esperamos con ella contribuir a la reflexión de sectores cada vez más amplios y diversos de nuestra sociedad.

Seidy Salas Víquez
Colectiva por el Derecho a Decidir

Interrupción Terapéutica del Embarazo en el marco de los Derechos Humanos

Marcia Ugarte Barquero*

Introducción

Dentro del tema de los derechos humanos, la sexualidad y la reproducción de las mujeres -ambas como derechos- están contemplados y respaldados por diferentes instrumentos de derechos humanos, ratificados además por Costa Rica, tales comos la Convención Americana de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), etc.

Al hablar de los derechos sexuales y derechos reproductivos se incluye, por ejemplo, el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos, a elegir libremente el ejercicio de la maternidad, en qué momento y cuántos hijos o hijas desearían tener, etc. Todos estos derechos, y otros más, se encuentran fuertemente relacionados con el goce de una salud integral por parte de las mujeres y, por tanto, deben ser considerados como parte de la responsabilidad de los Estados, en este caso del costarricense.

Si bien es cierto el tema del aborto genera polémica y posiciones encontradas, existe cierto consenso cuando de aborto terapéutico o interrupción terapéutica del embarazo se habla, porque persigue el único fin de salvar la vida o la salud de la mujer gestante. En los siguientes párrafos se desarrollan elementos sobre este tipo de interrupción partiendo de una perspectiva de derechos humanos, destacando la importancia de prestarle la debida atención en pro de la vida y la salud de las mujeres, siguiendo, además, la línea de pensamiento sobre la cual trabaja la Colectiva por el Derecho a Decidir.

* Bibliotecóloga y filósofa. Integrante de la Colectiva por el Derecho a Decidir.

¿Porqué hablar de Derechos Humanos en este contexto?

La interrupción terapéutica del embarazo (de ahora en adelante ITE), también conocida como aborto terapéutico, es aquella que se realiza cuando la vida o la salud de la mujer corre algún riesgo debido a problemas en su embarazo, sea este deseado o no, y que se lleva a cabo como un procedimiento amparado por la legislación nacional.

Según parte de las conclusiones del Seminario de bioética "Aborto terapéutico: un análisis ético, político y social", se define este como "las interrupciones del embarazo en las cuales lo que se persigue finalmente es la salud de la madre en su sentido amplio." (Seminario de..., s.f.)[3]

La ITE es un procedimiento permitido en la mayoría de los países que contemplan en su legislación alguna figura de aborto despenalizada[4] y, principalmente, por el carácter de ésta que implica evitar un deterioro grave en la salud de la mujer afectada o daños que pueden ser severos, irreversibles o, en el peor de los casos, ocasionar la muerte. Sin embargo, con solo que la vida o la salud de la mujer gestante esté en riesgo, que exista la mínima probabilidad de riesgo, la ITE debe aplicarse.

En el caso de Costa Rica, esta figura se observa dentro del llamado 'aborto impune' y es la única que se encuentra despenalizada, tal y como lo indica el artículo 121 del Código Penal: "No es punible el aborto practicado con consentimiento de la mujer por un médico o por una obstétrica autorizada, cuando no hubiere sido posible la intervención del primero, si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y éste no ha podido ser evitado por otros medios". Relacionado con lo anterior, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia afirma en la sentencia número 2004-02792 que

> debe anotarse que cuando se habla de un peligro para la salud de la madre, se trata de una amenaza grave y seria que aún cuando no

[3] Ver http://www.kas.de/wf/doc/kas_12716-544-4-30.pdf

[4] Para América Latina y El Caribe, sólo seis países restringen de forma absoluta el aborto: El Salvador, Honduras, Chile, República Dominicana, Nicaragua y Sint Maarteen. (Guillaume & Lerner, 2006, cuadro 2)

pone directamente en riesgo su vida (caso en que sería de aplicación el otro supuesto normativo), representa un peligro de lesión a su dignidad como ser humano de tal magnitud que -por ello mismo- el cuerpo social no está en situación de exigirle que la soporte, bajo la amenaza de una penalización.

Siguiendo esta lógica discursiva, se habla entonces acá de la defensa y protección de la vida de la mujer gestante y, por tanto, de su derecho a la vida y su derecho a la salud[5], elementos que concluyen en una justificación suficiente para llevar a cabo la interrupción. Dichos derechos se encuentran protegidos tanto en la legislación nacional como en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos y, especialmente, en los relacionados con la protección de los derechos de las mujeres.

Por ejemplo, nuestra Constitución Política afirma en su artículo 21 que "La vida humana es inviolable", y el Voto 4423-93 de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia desarrolla el tema de la salud como derecho humano fundamental[6]. La Declaración Universal de Derechos Humanos contempla en sus artículos 3 y 25 respectivamente el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad, y a niveles adecuados

[5] Actualmente se utiliza la expresión "derecho a la protección de la salud" debido a que el derecho a la salud en sí mismo no puede ser garantizado, sino el acceso a servicios de salud (González, coord.., 2008, p. 90). Sin embargo, en este texto no se entrará en distinciones de este tipo y se continuará utilizando en forma general el "derecho a la salud".

[6] "... es obligación del Estado proveer a su protección, ya sea a través de políticas generales para procurar ese fin o bien, a través de actos concretos por parte de la Administración.... En términos generales, la salud es, innegablemente, importante ya que es la base para establecer una sociedad justa y productiva, y es la piedra angular para que se puedan desarrollar las potencialidades que tienen las personas de realizarse a plenitud, individual y socialmente. ... La convicción de que el derecho a la salud es un derecho humano digno de reconocimiento, ya sea en el plano nacional o en el internacional, se encuentra estrechamente vinculada a la idea de que todo ser humano es sujeto de derechos fundamentales, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y que es deber de todos los gobiernos proveer al goce de los mismos. De lo dicho hasta ahora se desprende que la preservación de la salud debe ser enfocada en beneficio de la colectividad nacional..."

de aquélla[7]. Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos manifiesta en su Artículo 6.1 la inherencia del derecho a la vida de la persona, el cual debe estar protegido por la ley para que nadie sea privado de él de forma arbitraria, y el Artículo 9.1 hace referencia a la protección y garantía de la libertad y la seguridad personales, que puede interpretarse como la no obligación de una mujer de proseguir con un embarazo que pone en peligro su vida o su salud[8]. Asimismo, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Convención Americana sobre Derechos Humanos presentan el derecho a la vida en su artículo 4[9]. A su vez, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), contempla en su artículo 10 el derecho a la salud, imprescindible para salvaguardar la vida[10]. Por último, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales habla en su artículo 12 sobre el reconocimiento debido que los Estados deben hacer al derecho de las personas de gozar de altos niveles de salud física y mental[11].

[7] Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. Artículo 25 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. Ver http://www.unhchr.ch/spanish/html/intlinst_sp.htm

[8] Artículo 6.1 El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.
Artículo 9.1 Todo individuo tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales. Nadie podrá ser sometido a detención o prisión arbitrarias. Nadie podrá ser privado de su libertad, salvo por las causas fijadas por ley y con arreglo al procedimiento establecido en ésta. Ver http://www.unhchr.ch/spanish/html/intlinst_sp.htm

[9] Artículo 4.1 Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

[10] Artículo 10 Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

[11] Artículo 12 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de

Con respecto específicamente a los derechos de las mujeres, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer presenta en sus artículos 11f, 12 y 14.2b el derecho a la protección de la salud y la seguridad, así como a la no discriminación en cuanto a acceso a servicios médicos, información y asesoramiento[12]. Todo esto incluye, además, el no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo, por lo que los Estados están en la obligación de crear medidas que garanticen que esto no suceda, tal como lo afirma el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, para el cual la falta de acceso de las mujeres a servicios de salud reproductiva consiste en una violación de los derechos de las mujeres a la igualdad y la vida donde la falta de disponibilidad de servicios e información de planificación familiar, incluido el aborto, compromete la capacidad de participación en igualdad de las mujeres en todos los aspectos sociales y económicos de

asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

[12] Artículo 11 f. El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción. Artículo 12 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. 2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. Artículo 14.2 Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, su participación en el desarrollo rural y en sus beneficios, y en particular le asegurarán el derecho a: b. Tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia. Ver http://www.unhchr.ch/spanish/html/intlinst_sp.htm

la vida pública, incrementándose entonces los embarazos no deseados, la búsqueda de abortos ilegales e inseguros y la mortalidad materna[13].

Todo este panorama de derechos humanos lo que intenta es evidenciar la urgencia de que las mujeres cuenten con acceso a servicios de salud especializados y adecuados para responder a necesidades mínimas que, además, garantizarían alcanzar el más alto nivel de salud; pero, más aún, de contar con políticas públicas y compromisos del Estado que, reflejados en la legislación, permitan lograr todo lo anterior. De lo contrario, se estaría poniendo aún más en riesgo a las mujeres que recurrirían a la práctica de abortos inseguros, los cuales podrían ocasionarles daños graves y hasta la muerte.

Partir de un enfoque de derechos humanos para hablar sobre estos temas y mantenerlo en la agenda de discusión pretende, además, evitar caer en mitos y estereotipos comunes a la condición de las mujeres, las cuales tratan a la ITE, y al aborto en general, como un problema examinado desde los lentes de la religiosidad, la moral imperante, la medicina típicamente patriarcal, el discurso sobre políticas de control demográfico, etc. Asimismo, hacer referencia a derechos humanos relacionados con la vida, la salud, la autonomía, la libertad, la dignidad, y otros más, implica la necesidad de la existencia de servicios adecuados y especializados dentro del sistema de salud para aquellas mujeres gestantes (adultas, niñas y adolescentes) que se encuentren en riesgo.

Una ITE involucra además el socializar y hacer del conocimiento popular, principalmente de las mujeres, la posibilidad de llevar a cabo esta práctica si así está contemplado por la legislación nacional. El acceso a información tanto legal como médica, veraz, clara, completa, oportuna y laica, se contempla también en un marco de derechos humanos y se haya protegido por diferentes instrumentos. Sin embargo, la socialización y difusión de información adecuada también debe alcanzar al personal de salud implicado, ya que parte de éste podría ignorar que aplicar una ITE es permitido.

[13] Ver http://www.upr-info.org/IMG/pdf/CentrodeDerechosReproductivos_Peru_Off_2008.pdf

Según experiencias de otros países, como el famoso caso Roe v. Wade[14] en los Estados Unidos, los criterios para la aplicación de una ITE deben partir necesariamente de una perspectiva de derechos humanos, principalmente de los derechos humanos de las mujeres y, en estos casos, de la mujer embarazada, viendo la interrupción del embarazo así:

> la consideración de la interrupción del embarazo como un derecho constitucional de la mujer embarazada, (…) como consecuencia de sus derechos de libertad, igualdad e intimidad, derecho, que como todos, puede tener límites, pero límites que tienen que ser establecidos por el legislador de manera justificada y respetando lo más posible la libertad de la mujer[15].

Con respeto al derecho a la vida de las mujeres, este derecho está contemplado en el artículo 6 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos y el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos[16].

Hablar del "derecho a la vida" no se restringe a una acepción meramente biológica, sino que incluye la referencia al derecho de tener una vida digna, que a su vez implica el derecho a la libertad y a la autonomía, y a construir, tener y mantener un proyecto de vida:

> El proyecto de vida puede afectarse con la continuación de un embarazo que representa riesgo para la salud o la vida, pero también por

[14] El Caso Roe contra Wade o Roe vs. Wade, es el nombre del caso judicial por el cual la Corte Suprema de Justicia de los EEUU reconoció (por fallo dividido) el derecho al aborto en los Estados Unidos. Ver: http://www.plannedparenthood.org/nyc/files/NYC/CV_2006_01_2_SPA.pdf

[15] Criterio establecido por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos (1973).

[16] "El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente", que refuerza la idea de que la salud de las mujeres, como personas humanas, debe ser protegida y garantizada primordialmente." "Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente." Ver http://www.unhchr.ch/spanish/html/intlinst_sp.htm

> resultar incompatible con dicho proyecto. Se trata de una expectativa real que implica el reconocimiento de que cuando se vulneran derechos fundamentales, como cuando se niega el acceso a la interrupción legal del embarazo cuando existe riesgo para la salud de las mujeres, además de los diferentes tipos de daño que se puede causar, se afectan las expectativas sobre el bienestar futuro de esas mujeres. (González, coord., 2008, p. 100)

La aplicación de una ITE debe ir acompañada, necesariamente, de un protocolo o normativa dirigida al sector salud, tanto al personal pero principalmente a los servicios de salud, lo cual facilitará que todo se realice bajo condiciones seguras. Un estricto control y cuidado de la salud de la mujer gestante desde el inicio de su embarazo, la detección de riesgos si los hay y la comunicación de un diagnóstico claro permitirá realizar la interrupción de forma adecuada, si corresponde, en beneficio de la salud de la mujer. El concepto de salud, por su parte, tendría que ser entendido no sólo como salud física sino también, y según la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, como aquel concepto que abarca un estado psicológico y alude a un bienestar general[17]. Lo anterior introduce entonces el concepto de salud integral, que contempla muchos más aspectos y permite una visión global que toma en cuenta elementos claves para alcanzar y mantener una vida digna[18].

Hay otros que se relacionan también con la ITE, tales como el derecho a la privacidad, el derecho a la dignidad humana, el derecho a vivir libre de torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes, el derecho a la información, el derecho a la autonomía, el derecho a vivir una vida libre de violencia, el derecho a la integridad personal, el derecho a la libertad, y el derecho a la no discriminación.

[17] Salud es el "estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." Ver http://definicion.de/salud/

[18] El derecho a la salud se trata mucho más extensamente en el documento "Interrupción terapéutica del embarazo: Una visión desde la salud física y emocional de las mujeres".

Dentro de los derechos a la intimidad y a la privacidad se halla el ejercicio de la confidencialidad y del secreto profesional. La privacidad y la intimidad consisten en aquello donde el ámbito que comprende la vida personal de alguien se da en un espacio reservado y, por tanto, confidencial. El artículo 12 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que el derecho a la vida privada es un derecho humano, al igual que el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en su artículo 17, mientras que el artículo 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica, habla sobre la protección de la honra y la dignidad[19].

El secreto profesional[20] es la obligación legal que tienen ciertas profesiones de mantener en secreto la información que han recibido de sus clientes, entre ellas entra la medicina, que además está incluida en el llamado Juramento Hipocrático y que indica que "...Aquello que yo viere u oyere en la sociedad, durante el ejercicio, o incluso fuera del ejercicio de mi profesión, lo callaré, puesto que jamás hay necesidad de divulgarlo, considerando siempre la discreción como un deber en tales casos..."[21]. La obligación de confidencialidad se impone ante la necesidad de que exista una absoluta confianza entre las personas profesionales y aquellas que acuden a solicitar sus servicios, y esto es de suma importancia al hablar

[19] "Artículo 12. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su correspondencia, ni de ataques a su honra o su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques." "Artículo 17: 1. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación. 2. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques."'Artículo 11: 1. Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad. 2. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o reputación. 3. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques."

[20] Ver http://www.unhchr.ch/spanish/html/intlinst_sp.htm

[21] El secreto profesional se trata más extensamente en el documento "El Secreto Profesional y el Derecho a la Confidencialidad en las diversas aéreas profesionales de la Salud".

de aplicar una ITE, ya que se garantiza que se proveerá a la usuaria de la información pertinente, que se respetarán sus decisiones y se protegerá su integridad física y emocional.

A su vez, esos derechos tienen una estrecha relación con el derecho a la libertad y el derecho a la dignidad humana en tanto y en cuanto son necesarios para que las mujeres tomen decisiones libres con respecto a sus cuerpos. Al aplicar la confidencialidad y el secreto profesional se garantiza que la información dada por la usuaria al personal de salud se resguarde y no pueda ser usada para dañar a las personas directamente afectadas, respetando la integridad de las mismas, así como que éstas confíen en el sistema de salud y acudan sin peligro ni temores a hacer uso de sus servicios. Dentro de la confidencialidad entran otros derechos como el saber cuál información de la proporcionada se seleccionará, hacia dónde irá, y a corregir o eliminar datos; asimismo, la usuaria debe dar su autorización para difundir esa información recopilada y conocer si se publica. (González, coord., 2008) Todo lo anterior es clave con relación a los derechos reproductivos y, principalmente, en cuanto a la aplicación de una ITE se refiere; la confianza en los servicios y en las personas profesionales de salud está estrechamente ligada con el no poner en riesgo la salud de las mujeres y con la calidad de dichos servicios, así como la seguridad de que la información proporcionada durante la consulta no se divulgará ni tendrá efectos jurídicos ni sociales (discriminación, estigmatización, etc.) en detrimento de las mujeres.

Con respecto al derecho a la dignidad humana, esta es considerada el fundamento de todo el marco de derechos humanos. Para Beuchot esta "da al ser humano el derecho fundamental de realizar su finalidad, su destino. Es el derecho de alcanzar su propia esencia" (citado en Torre, 2004, p. 154) Esto significa que las personas tienen el derecho de perfeccionarse a sí mismas como mejor lo consideren y con la ayuda del entorno social, buscando siempre su bienestar, lo que estaría directamente relacionado con el derecho de las mujeres de ser reconocidas como ciudadanas, sujetas autónomas y como tomadoras de decisiones. La referencia a la dignidad humana se encuentra presente en los principales instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos, como la Declaración Universal de Derechos Humanos, dos Pactos Internacionales de Derechos Humanos

y por la mayoría de los instrumentos condenatorios de prácticas directamente contrarias al valor inherente de la persona tales como la tortura, la esclavitud, las penas degradantes, las condiciones inhumanas de trabajo, las discriminaciones de todo tipo, etc.[22]

Vinculado a esto último se encuentra el derecho a vivir libre de torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes, que puede ser considerado uno de los derechos más protegidos dentro de los instrumentos internacionales de derechos humano y de derecho internacional humanitario[23]. Este contiene a su vez el respeto a la integridad física y personal, psíquica y moral de toda persona, a un trato respetuoso debido a la dignidad inherente al ser humano, a no sufrir torturas ni tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, a que se investiguen y se sancionen las violaciones a este derecho, y el derecho a la reparación.

La importancia de estos derechos en particular radica en que éstos tienen que ver con garantizar y proteger la toma de decisiones autónomas por parte de las mujeres con relación a su cuerpo y su salud. De este modo, el obstaculizar su acceso a servicios tales como la aplicación de una ITE, o la no existencia de condiciones necesarias para efectuar dichos servicios,

[22] La DUDH en su Preámbulo manifiesta que la "dignidad es intrínseca (...) de todos los miembros de la familia humana", y luego afirma en su artículo 1 que "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos". También se trata en el Preámbulo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Ver http://www.unhchr.ch/spanish/html/intlinst_sp.htm

[23] Se menciona en el artículo 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos:" Protección de la Honra y de la Dignidad. 1. Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad"; en el artículo 5 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos: "Derecho a la Integridad Personal. 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. 2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano", y en el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos: "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos." Ver http://www.unhchr.ch/spanish/html/intlinst_sp.htm

sería considerado parte de un trato cruel, inhumano y degradante -y, por tanto, violatorio de su derecho a la dignidad-, así como cualquier otra acción que obligue o fuerce a las mujeres a conductas en detrimento de su salud reproductiva, tales como un embarazo forzado, su continuación y finalización. Y lo anterior es más grave cuando el objetivo del servicio médico es el proteger la salud o la vida de la mujer, tal como en el caso de la ITE donde la obligación de proseguir con un embarazo produzca daños. (González, coord., 2008)

El derecho a la información ha sufrido una evolución histórica y jurídica importante a través del tiempo. La etapa que interesa acá es la que se da durante la mitad del siglo XX, donde se constituye del todo el llamado sujeto universal a partir de instrumentos significativos como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto de Derechos Civiles y Políticos de Naciones Unidas, la Convención Americana de Derechos Humanos, y más adelante la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer[24]. Según Nogueira, el dere-

[24] El artículo 19 de la DUDH indica que: "Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión."; el artículo 19 del PIDCP que: "Toda persona tiene derecho a la libertad de expresión; este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o en forma impresa o artística, o por cualquier otro procedimiento de su elección."; el artículo 13 de la CADH dice: "Libertad de Pensamiento y de Expresión. 1. Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento y de expresión. Este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o en forma impresa o artística, o por cualquier otro procedimiento de su elección.", y artículo 16 de la CEDAW afirma que: 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres: e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos." Ver http://www.unhchr.ch/spanish/html/intlinst_sp.htm

cho a la información se compone de "un complejo de derechos que dicen tener relación tanto con el sujeto que informa (informador) como con quién recibe dicha información (informado)." Es considerado un derecho de "doble vía". (2000, p. 19)

El derecho a la información implica entonces diversas posibilidades, entre las que se encuentran recibir, buscar, investigar, almacenar, procesar, sistematizar, analizar, clasificar y difundir informaciones, y todas estas características lo convierten en un derecho fundamental que no puede ser negado, desconocido ni obstruido por el Estado, sino más bien ser garantizado y efectivo. Parte, además, de un carácter inalienable que responde a una tendencia natural del ser humano, que se inclina por la sociabilidad, el conocimiento y la comunicación. (Nogueira, 2000, p. 21) Así, el obstaculizar el ejercicio de este derecho al negar información a las mujeres, o al sesgarla o modificarla, coarta su autonomía y su libertad ya que se requiere poder acceder a información necesaria para poder elegir de forma libre y autónoma, lo que a su vez vulnera el derecho de las mujeres a la salud. En esta línea, y según expertas, este derecho tiene que ver también con las condiciones determinadas en que se reciba la información, así esta debe ser clara, oportuna, veraz, completa, precisa, confiable y adaptable para que quien la necesite pueda entenderla; de esta forma, si una mujer debe recurrir a una ITE para salvarguardar su salud o su vida, el contar con información así, además de objetiva, suficiente y comprensible, con respecto a los procedimientos a utilizar, los riesgos y las consecuencias, le permitirá tomar una decisión libre y responsable y por consentimiento informado. (González, coord., 2008)

El derecho a la autonomía[25] es tratada en el artículo 5 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos sobre Autonomía y responsabilidad individual[26] y en el cual se afirma la necesidad de respetar la

[25] Tanto el tema de la autonomía como del consentimiento informado son vistos más ampliamente en el documento "Autonomía y consentimiento informado".
[26] "Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses." Ver http://www.unhchr.ch/spanish/html/intlinst_sp.htm

facultad de las personas de decidir y asumir la responsabilidad derivada de esta acción, así como proveer de recursos y medidas especiales para aquellas personas que no puedan ejercer su autonomía.

El principio de autonomía parte de una situación en la cual

> ... [es la persona] afectada por la beneficencia o no-maleficencia quien debe autónomamente decidir sobre la conveniencia y oportunidad de actos que atañen principalmente a sus intereses. Bajo ese mismo criterio, le corresponde también evaluar si la omisión o la negativa de ejecutar un acto tiene consecuencias tolerables o un riesgo sustentable. (Kottow, 1995, p. 73)

De esta forma, el derecho a la autonomía tiene un vínculo muy estrecho con el derecho a la salud y el derecho a la libertad, dado que a partir de la relación entre ambos es que se llega a reconocer la autonomía de, en este caso, las mujeres en la toma de decisiones con respecto a su salud y su proyecto de vida. Al lado de este derecho se encuentra también el derecho al libre desarrollo de la personalidad. Asimismo, en el ejercicio del derecho a la autonomía y su respeto se entrecruzan tanto obligaciones negativas como positivas; las primeras permiten la no intervención de terceras personas en las decisiones de la mujer, y las segundas tienen que ver con promover justamente decisiones autónomas y que sean tomadas con la seriedad del caso.

El derecho a vivir una vida libre de violencia se trata particularmente en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (o Convención de Belém do Pará) en su artículo 3 del Capítulo II[27], y dentro de este se contienen otros derechos tales como el respeto a la vida, a la integridad física, psíquica y moral, a la libertad y a la seguridad personales, a no ser sometidas a torturas, al respeto a la dignidad inherente a su persona y a la protección de su familia, y otros. Asimismo, el vivir libre de violencia significa también que la mujer tiene el derecho a ser libre de toda forma de discriminación y que

[27] "Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado." Ver http://www.oas.org/cim/Spanish/Convencion-Violencia.htm

tiene el derecho a ser valorada. De esta forma, atentar contra la vida o la salud de las mujeres, su proyecto de vida, su autonomía, su dignidad e integridad, su libertad, es una forma de violencia contra ellas y, por tanto, sancionable y repudiable.

El derecho a la libertad es otro de los que se encuentran de forma independiente en diversos instrumentos internacionales[28] y se define como aquella facultad que permite a las personas decidir realizar acciones según su inteligencia y voluntad. Según la ética filosófica, la libertad es inherente al ser humano, y por ese carácter natural es que no puede ser eliminada ni objetada. La libertad es condición de posibilidad de autonomía. Para algunas expertas, la relación entre este derecho, el derecho a la autonomía y el derecho al libre desarrollo de la personalidad con el derecho a la salud, es el marco normativo del cual parte el derecho de las mujeres a tomar decisiones autónomas con respecto a su salud y que incluye, además, elementos como la oferta existente de recursos para realizar la decisión tomada de forma segura y legal. (González, coord., 2008) Asimismo, dentro del derecho a libertad se incluye el recibir información veraz, oportuna, objetiva, completa, ya que el recibir información errónea o sesgada es un modo de obstaculizar y violentar su derecho a la salud al no permitírsele decidir adecuadamente sobre su salud y su cuerpo.

El derecho a la no discriminación parte fundamentalmente del reconocimiento a la dignidad de las personas y, con relación a la justicia social, la discriminación sucede cuando se da un trato diferenciado y de inferioridad por motivos de color de piel, grupo social, religioso, o de sexo, entre otros, y que, según Rodríguez, se puede manifestar en las legislaciones como una "restricción o anulación de derechos fundamentales o libertades básicas." (2006, p. 40) Así, este derecho se vincula muy estrechamente con el derecho a la libertad, ya que se considera que el violentar

[28] En el artículo 3 de la DUDH se indica que: "Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona."; en la Declaración Americana de los Derechos y los Deberes del Hombre, artículo 1, se afirma que: "Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.", y el artículo 7 de la CADH dice que: "Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales.(...)". Ver http://www.unhchr.ch/spanish/html/intlinst_sp.htm

el ejercicio de las libertades fundamentales de las mujeres es una forma de discriminación y que además se estipula en la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en su artículo 1[29], lo cual sucede si se dan exclusiones o limitaciones a partir del sexo cuya finalidad sea despreciar o invalidar la condición de la mujer como ciudadana en igualdad. También existe un principio que debe ser considerado principalmente cuando surjan dudas con respecto a las normas que deberían o no aplicarse en el caso de realizar, por ejemplo, una ITE. Este principio se conoce como principio pro homine, pro persona o de derechos protegidos. De esta forma, "ignorar el principio pro homine crea barreras para el acceso cuando la causal se interpreta en forma restrictiva, generando una situación de discriminación contra las mujeres, puesto que son ellas las únicas que requieren servicios de [ITE]." (González, coord., 2008, p. 67)

Todo este panorama de derechos humanos lo que refleja es el marco normativo sobre el que se puede partir a la hora de hablar de la aplicación de la ITE y los derechos de las mujeres. Si bien la obligatoriedad de los diferentes instrumentos internacionales depende del modo en que cada Estado los haya adoptado y de su compromiso al respecto, serán vinculantes y con un significativo valor moral todos los instrumentos que forman parte del llamado Derecho Internacional de los Derechos Humanos, por lo que Pactos y Convenciones son de cumplimiento obligatorio y los Estados no pueden aludir al derecho interno para evadir disposiciones expuestas en ellos.

[29] "A los efectos de la presente Convención, la expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera." Ver http://www.unhchr.ch/spanish/html/intlinst_sp.htm

Conclusiones

La interrupción terapéutica del embarazo es un procedimiento que debe estar disponible adecuadamente dentro del sistema de salud para las mujeres que así lo requieran. Luego del panorama presentado se hace evidente la necesidad de contar con regulaciones principalmente dentro del sistema de salud que garanticen la puesta en práctica de intervenciones como esta.

La aplicación de una ITE es un asunto de justicia social además de un tema de salud pública, lo cual tiene que ver directamente con la promoción y acceso de servicios integrales de salud reproductiva como derecho humano fundamental. Obstaculizar a las mujeres el acceso a este servicio produce inevitablemente costos en diversas vías: primero, consecuencias para la salud y hasta para la vida de las mujeres, constituyéndose en un acto cruel, inhumano y degradante, y segundo, el negarse a realizar una ITE puede obligar a las mujeres a llevarlo a cabo de forma insegura, aumentando los riesgos a su salud y a su vida, lo que a su vez se reflejaría en costos también económicos para el sistema de salud y, en el peor de los casos, en los indicadores de morbilidad y mortalidad materna del país.

El llevar a cabo acciones donde se ponga en práctica conductas que reflejen elementos patriarcales en la medicina, o donde otras personas son las que toman decisiones sobre los cuerpos de las mujeres, implica violentar el ejercicio de su ciudadanía y autonomía reproductiva y, por tanto, poner en riesgo su salud y calidad de vida. Es entonces urgente e imperativo considerar a las mujeres como sujetas éticas, autónomas y capaces de tomar decisiones con respecto a su cuerpo, su salud y su vida según sus propias opiniones, valores y creencias, y que dichas elecciones le sean respetadas.

Referencias Bibliográficas

Brenes Hernández, P. (2007). La reglamentación del aborto terapéutico en América Latina. San José: Colectiva por el Derecho a Decidir.

Cook, R. & Dickens, B. M. (2003). Dinámicas de los derechos humanos en la reforma de las leyes del aborto. Consultado el 26 de enero de 2009, de http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=151

Germain, A. & Kim, T. (1998). Incrementando el acceso al aborto seguro: estrategias para la acción. Nueva York: International Women's Health Coalition.

González Vélez, A. C., coord. (2008). Causal salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. [México, D. F.]: Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.

Guillaume, A. & Lerner, S. (2006). El aborto en América Latina y El Caribe. Consultado el 26 de enero de 2009, de http://www.ceped.org/cdrom/avortement_ameriquelatine_2006/sp/chapitre1-encadre2.html

Kottow, M. (1995), Introducción a la bioética. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Madriz Franco, R. E. (2008). El Aborto en el marco jurídico internacional. Consultado el 4 de marzo de 2009, de http://www.lahaine.org/index.php?p=4241

Nogueira Alcalá, H. (2000). El derecho a la información en el ámbito del derecho constitucional comparado en Iberoamérica y Estados Unidos. En J. Carpizo & M. Carbonell, coords., Derecho a la información y derechos humanos. Estudios en homenaje al maestro Mario de la Cueva. México, D.F.: IIJ-UNAM.

Rodríguez Zepeda, J. (2006). Una idea teórica de la no discriminación. En C. de la Torre Martínez, Derecho a la no discriminación. México, D.F.: UNAM.

Torre Rangel de la, J.A. (2004). Hermenéutica analógica: Derecho y derechos humanos. Aguascalientes: UAA.

Interrupción Terapéutica del Embarazo: Una visión desde la salud física y emocional de las mujeres

Erika Rojas Calderón*

Introducción

Siendo precisamente una de las principales tareas de la Colectiva por el Derecho a Decidir fomentar el debate social, legislativo y médico en torno a la necesidad en Costa Rica de reconocer la interrupción terapéutica del embarazo como un derecho al que puedan recurrir las mujeres cuando esté en riesgo su vida o su salud; es que en la actualidad cobra vital importancia retomar la discusión inacabada acerca de la vinculación que tiene la salud integral (entendida ésta desde su dimensión física, emocional y social), con la interrupción terapéutica del embarazo.

En nuestro país contamos con la figura del aborto impune, que establece como no punible aquel aborto "practicado con consentimiento de la mujer por un médico o por una obstétrica autorizada, cuando no hubiere sido posible la intervención del primero, si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y éste no ha podido ser evitado por otros medios" (Código Penal de la República de Costa Rica, artículo 121. Subrayado propio). Sin embargo, la existencia de dicha figura no necesariamente se ha traducido para las mujeres en el acceso a servicios de aborto terapéutico brindados de forma gratuita por el Estado. De hecho, es posible encontrar relatos de mujeres que conocen o han vivido en carne propia el drama de haber sido obligadas a llevar a término un embarazo que si bien es cierto no ponía en riesgo su vida, si representaba un detrimento (en el corto, mediano y largo plazo), de la calidad de su salud.

* Psicóloga especialista en derechos humanos. Integrante de la Colectiva por el Derecho a Decidir.

Para la Colectiva por el Derecho a Decidir, esta situación refleja la interpretación restrictiva de la figura del aborto impune. En donde, la práctica del aborto terapéutico queda supeditado a la dimensión física de la salud (riesgo de muerte), invisibilizándose con ello su dimensión emocional, y por ende minimizando de esta forma las secuelas que los traumas acarrean en la vida integral de las personas.

Por ello, la presente investigación pretende:

1. discutir y analizar en torno al concepto de salud y riesgo, y su vinculación con la interrupción terapéutica del embarazo,
2. replantear la visión restrictiva de la salud, brindando para ello argumentos que nos permitan visibilizar y dar la importancia real a la dimensión psicológica y emocional de la salud.

Hacia una conceptualización de la Interrupción Terapéutica del Embarazo

1. Definición de Interrupción del embarazo

Aunque no existe una definición consensuada en la literatura, podemos decir que interrupción del embarazo se ha denominado a aquel proceso en que mediante el uso diversos procedimientos (médicos o no), se busca detener o interrumpir el proceso gestacional de un embarazo.

En este sentido, como las prácticas de interrupción de un embarazo se pueden llevar a cabo en cualquier momento del proceso de gestación, es que la interrupción puede terminar:

- bien con la muerte del embrión (aborto),
- o con la sobreviviencia del feto (parto prematuro o inmaduro).

Para Faúndes (2005), tradicionalmente se le ha llamado aborto a la interrupción de un embarazo cuando éste se produce antes de las 22 semanas de gestación, o antes de que el feto alcance los 500 gramos de peso; luego de ello la interrupción del embarazo es llamada “parto prematuro” o “par-

to inmaduro". En este sentido las interrupciones de embarazo pueden ser espontáneas o inducidas:

- Aborto espontáneo: que se refiere a la interrupción que se da de manera natural de un embarazo. Ocurre porque la mujer sufre de alguna enfermedad, o el embrión tiene algún defecto genético, por lo que no es compatible con la vida extrauterina.

- Aborto inducido: que refiere a cuando un factor externo (como un medicamento o procedimiento médico), causa la expulsión del embrión fuera del cuerpo de la mujer. Por ello, a través de la historia, ha sido materia de polémica y controversia por las implicaciones éticas, morales, legislativas y sociales que algunos sectores conservadores o progresistas han teorizado e investigado en torno a él.

Los abortos inducidos han sido agrupados en dos grandes categorías:

1. **Abortos inseguros:** son aquellas interrupciones de embarazo realizados en condiciones sanitarias inadecuadas. Para Faúndes (2005), los abortos inducidos son practicados por personas sin el conocimiento, la preparación o bien las aptitudes médicas necesarias para realizar las intervenciones quirúrgicas, en donde:

   > este tipo de interrupción va desde la introducción de objetos punzo cortantes en el vientre de la mujer a través del cuello del útero, ingesta de infusiones de diferentes hierbas con efectos abortivos, y masajes abdominales que facilitan el desprendimiento del embrión. Todos estos procedimientos suelen resultar en abortos incompletos y a menudo infectados, que exigen la hospitalización para tratar de salvar la vida de la mujer (Faúndes, 2005), y por ello, ponen en riesgo la vida y la salud de las mujeres.

2. **Abortos seguros:** son aquellos procedimientos practicados por profesionales de la salud, debidamente capacitados y con los instrumentos necesarios para llevarlo a cabo. Para la Organización Mundial de la Salud (2003), en los abortos sin riesgos:

> …los procedimientos y las técnicas para finalizar un embarazo en etapa temprana son simples y seguros. Cuando se lleva a cabo por profesionales de la salud capacitados y con equipo apropiado, una técnica adecuada y estándares sanitarios, el aborto es uno de los procedimientos médicos de menor riesgo (OMS, 2003). Es precisamente dentro de esta categoría que se encuentran inmersas las interrupciones terapéuticas del embarazo.

2. Definicion de Interrupción Terapéutica del Embarazo

Definición de aborto terapéutico

En la actualidad, si bien es cierto no existe un consenso respecto a la definición de la interrupción terapéutica del embarazo, que haya sido acogida oficialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es posible encontrar el aporte que algunos autores han hecho hacia su construcción.

Es así como, dentro de las definiciones más restrictivas que se han llevado a cabo se puede mencionar a:

> - Schwartz (citado por McNauthon, 2003), quien refiere que el aborto terapéutico es aquel que se procura
> …cuando la continuación del embarazo puede amenazar la vida de la mujer o deteriorar gravemente su salud. En la determinación que haya o no tal riesgo para la salud, se debe tomar en consideración el ambiente total de la paciente, presente o previsiblemente de manera razonable (Schwartz, 1995 en McNauthon, 2003

Y dentro de las definiciones más amplias podemos citar a autores como McNauthon (2003), Gant (citado por McNauthon, 2003), Cunnigmam (citado por McNauthon, 2003), Roche (citado por McNauthon, 2003), y la FLASOG (citado por González, coord., 2008), quienes en sus planteamientos definen el aborto terapéutico como aquel aborto que se practica cuando:

- se pone en peligro la vida de la mujer,
- existe un riesgo de un grave deterioro de la salud de la mujer embarazada,
- cuando el embarazo es producto de una violación e incesto, o
- cuando producto del embarazo resultará el nacimiento de un niño o niña con malformaciones incompatibles con la vida extrauterina, o asociados con morbilidades graves

Definición de Interrupción Terapéutica del Embarazo

Para la **Colectiva por el Derecho a Decidir**, en consonancia con la legislación nacional, la interrupción terapéutica del embarazo es aquel procedimiento que se practica:

- en aquellos casos en que el proceso de embarazo ponga en **peligro o riesgo la vida o la salud (emocional y física), de la mujer embarazada** (entendiendo como peligro o riesgo la sola posibilidad de ocurrencia de un deterioro de las condiciones físicas, afectivas o de comportamiento que la misma presenta), **previa individualización del caso** por parte del equipo multidisciplinario que atiende a la mujer, y del **consentimiento informado respectivo.**

Es así como, la interrupción terapéutica del embarazo contempla al menos el cumplimiento de los siguientes supuestos:

- que exista una ligera posibilidad de ocurrencia de un deterioro de la salud física y/o emocional en la mujer, y que dicho deterioro se produzca o agrave en el proceso de gestación,
- que la mujer de manera informada, haya manifestado explícitamente su consentimiento para que se le practique la interrupción (ello, debido a que es precisamente la mujer quien decide cuánto riesgo está dispuesta a asumir),
- que la posibilidad de ocurrencia del riesgo o peligro haya sido valorada por al menos un profesional de la salud (medicina, psiquiatría, psicología o trabajo social),
- que pueda ser llevado a cabo en cualquier momento del proceso gestación (debido a que los riesgos pueden aparecer de manera inesperada en cualquier momento del embarazo).

Hacia una conceptualización del concepto de salud integral

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1946, define **salud** como el *"estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"*. Subrayando que la salud implica que todas las necesidades (afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales) estén satisfechas. Con ello, se abandona la interpretación restrictiva de la salud (en la cual el concepto de salud hacía referencia de manera exclusiva a la salud física, entendida ésta desde un enfoque biologisista y patológico, es decir, desde la enfermedad o el riesgo para la vida), para dar paso a una visón más **integral de la salud,** definido como el máximo estado de bienestar integral, físico, mental y social que una persona puede obtener.

Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo doceavo inciso primero refiere *"los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al **disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**"* (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12 subrayado propio), mencionando en ese mismo artículo en el inciso segundo

> …entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para…d) **La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad** (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12 subrayado propio).

Así mismo, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo), en su principio octavo refiere con respecto a la salud que

> **Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.** Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que

> incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, principio 8. Subrayado propio).

Es así como, para la FLASOG (citada por González, coord., 2008), la salud entendida en su más alto nivel posible (salud integral) debe inequívocamente hacer referencia a determinantes valorativos que de manera individual permitan vincular el tema de la salud con la autonomía de las mujeres. En este sentido, los determinantes propuestos son:

- al nivel de salud que permite a una persona vivir dignamente,
- a los factores socioeconómicos que hacen posible llevar una vida sana, incluyendo los determinantes básicos de la salud, es decir que no se limita a la atención en salud, y
- al acceso a los servicios de salud y a la protección de la salud. (González, coord., 2008)

Por ello, la valoración de la salud para la aplicación de la interrupción terapéutica del embarazo está intrínsicamente ligada a la evidencia médica y, a las condiciones y particularidades (de índole psicológica, afectiva o social), de las mujeres que puedan acceder a él.

Finalmente, es posible afirmar que cuando hablamos de salud, hacemos referencia a

> …**un concepto amplio, la obligación del Estado es proporcionar salud a los ciudadanos, e incluye dar la atención oportuna y adecuada de la salud física y mental y de los determinantes que le subyacen**, así como proporcionar establecimientos de prestación sanitaria, los bienes, los insumos y los servicios que permitan acceder al más alto nivel posible de salud, los cuales deben ser accesibles, de buena calidad y estar ampliamente disponibles. **Otros elementos importantes del derecho a la salud son la no discriminación y la**

igualdad de trato, de modo que las dimensiones físicas y mentales así como los determinantes de la salud de hombres y mujeres deben ser atendidos por igual (Artículo: Salud mental y psicología[30], subrayado propio).

1. Dimensiones de la salud

Entendiendo la salud como *un estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solo como la ausencia de una enfermedad* (Organización Mundial de la Salud), es que las y los diferentes expertos refieren que el concepto de salud conlleva en sí mismo tres dimensiones de análisis:

- dimensión física de la salud, que hace referencia a las condiciones y particularidades físicas que presenta una persona, y cómo ellas pueden influir en su salud,

- dimensión emocional de la salud, referida a las condiciones emocionales y de comportamiento que presenta una persona en particular. Así como también, incluye la percepción que se tiene de sí mismo o misma y el proyecto de vida que se construye, y

- dimensión social de la salud, referida a las condiciones ambientales, sociales, históricas y económicas que presenta una persona en particular. Así como también, incluye la percepción que se tiene acerca del proyecto de vida real y sentido.

En este sentido, si bien es cierto estas dimensiones se encuentran separadas (por fines meramente descriptivos), deben de comprenderse como una única unidad de análisis, es decir, como factores o dimensiones que están en constante interacción e interdependencia.

[30] Ver www.monografias.com/trabajos/smenfins/smenfinsss.shtml

2. Vinculación del concepto de salud integral con la Interrupción Terapéutica del Embarazo

La vinculación que tiene la interrupción terapéutica del embarazo y el concepto de salud integral, radica fundamentalmente en el reconocimiento del concepto de **bienestar**. En donde, tal reconocimiento conlleva para González (coord., 2008):

- la aceptación social, jurídica y médica de que un detrimento en el bienestar de las mujeres conlleva en consecuencia una afectación de su protección a la salud,

- reconocer que el embarazo puede afectar la salud de las mujeres (no sólo en aquellos casos en los que les causa una enfermedad física, sino también en aquellos en que se afecta su bienestar emocional), y por ende, aceptar el beneficio que tiene el acceso a la interrupción sobre la salud de las mismas,

- contribuir con el reconocimiento y ejercicio de los derechos humanos que le han sido reconocidos a las mujeres. Específicamente nos referimos al derecho a la autodeterminación, a la dignidad, a la libertad, a la salud, a la vida, a vivir libres de violencia y a la no discriminación en razón de su género y condición socioeconómica, y

- la posibilidad de poner sobre el tapete de discusión la necesidad de que las interrupciones terapéuticas del embarazo se lleven a cabo en condiciones de oportunidad, legalidad, seguridad y justicia.

En este sentido, el bienestar refleja "…de alguna manera tanto la cantidad de vida como la calidad de esa vida. Y esto implica que se consideren no solo aquellos aspectos objetivos sino también los que tienen que ver con lo que se «siente» como bienestar…" (González, coord., 2008).

Hacia una conceptualización del concepto de riesgo

1. Definición del concepto de riesgo

El concepto de riesgo (tanto para la salud física como para la salud emocional de las personas), alude a la sola posibilidad de la ocurrencia de un deterioro de las condiciones generales que una persona por sí misma ya presenta. En este sentido, el riesgo es una mera posibilidad, probabilidad o previsión futura de que un daño suceda, por ello, debe de ser fundamentada o justificada desde la evidencia proporcionada por los y las proveedoras de salud (incluyendo dentro de los mismos al personal de medicina, psiquiatría, psicología, trabajo social entre otros).

En este sentido, si consideramos que el riesgo de que ocurra un detrimento en la salud integral alude a la posibilidad de su ocurrencia, es que la recomendación para la aplicación de una interrupción del embarazo conlleva inequívocamente, que previo a la misma, exista una valoración médica o psicosocial. De manera tal, que el riesgo pueda ser certificado desde la evidencia profesional existente.

Para la OMS (citada por González, coord., 2008), en la identificación y evaluación del riesgo debe de reconocerse que

> …los riesgos para la salud no actúan de forma aislada. La cadena de acontecimientos que llevan a un resultado sanitario adverso comprende causas tanto inmediatas como lejanas: los factores inmediatos actúan directa o casi directamente en la causación de enfermedades, y las causas lejanas se encuentran al comienzo de la cadena causal y actúan a través de varias causas intermedias. Los factores que hacen que una persona caiga enferma en un momento dado probablemente tengan su origen en una compleja cadena de incidentes ambientales que pueden haber comenzado años atrás y que a su vez estaban sometidos a la influencia de determinantes socioeconómicos más generales. (...) Es indispensable tener en cuenta toda la cadena causal en la evaluación de los riesgos para la salud. De hecho, muchos riesgos no pueden separarse para ser considera-

dos de forma aislada, pues actúan en distintos niveles que varían a lo largo del tiempo.

Romans y Ross (citados por González, coord., 2008), refieren que para el análisis y la comprensión del riesgo y, la forma en que este afecta la salud, se debe de considerar:

- Factores de vulnerabilidad, entendidos como aquellos que predisponen para que se desarrolle una afectación de salud en la mujer. Pueden ser físicos, mentales/emocionales o sociales,

- Factores de precipitación, entendidos como aquellos que pueden desencadenar la aparición de una afectación en la salud de la mujer. Pueden ser físicos, mentales/emocionales o sociales,

- Factores de consolidación, entendidos como aquellas situaciones de carácter más crónico o que pueden generar consecuencias que impacten en forma crónica o a largo plazo la salud. Pueden también ser físicos, mentales/emocionales o sociales.

2. Vinculación del concepto de riesgo con la Interrupciom Terapéutica del Embarazo

El concepto de riesgo (tanto para la salud física como para la emocional de las mujeres), en la aplicación de la interrupción terapéutica del embarazo, debe de ser valorada, estudiada y documentada desde la sola posibilidad de su ocurrencia; sin que ello represente que deba de haberse consumado un daño sujeto de ser corroborable con una investigación científica exhaustiva. En este sentido, el riesgo es una mera posibilidad o previsión futura que debe en todas las situaciones ser fundamentada o justificada desde la evidencia médica o psicológica.

Es así como, Pons (citado por González, coord., 2008), señala que

> …el **riesgo de morir proviene de un deterioro en la salud producido como Consecuencia del proceso gravídico** (ya sea por enfermedad preexistente o por una nueva aparecida durante el embarazo).

> También **existe riesgo de morir cuando ocurre una descompensación psíquica provocada por el embarazo** (por ejemplo, peligro de **suicidio**). **El riesgo de enfermedad, o deterioro de la salud, implica peor calidad de vida futura como consecuencia de secuelas.** [...] El riesgo social se origina cuando el embarazo puede interferir con el proceso educativo o comprometer las posibilidades profesionales o laborales, o cuando la mujer vive en indigencia, o existe incapacidad física o emocional para proveer educación y cuidado a los hijos, o cuando el embarazo se originó en una violación.

Ante ello, la FLASOG (citada por González, coord., 2008), refiere que:

a) para identificar la presencia de un posible riesgo hacia la salud física o emocional de las mujeres en condiciones de embarazo; b) identificar el alcance e impacto del mismo; c) así como la posibilidad de interrumpir por razones terapéuticas un embarazo, hay que considerar:

- cómo la continuación del embarazo en cada caso concreto afecta la salud de la mujer, en términos de pérdida de bienestar, pérdida de calidad de vida y años de vida saludable;

- que los riesgos para la salud de las mujeres son complejos e implican la consideración de diversos factores (de vulnerabilidad, de precipitación y de consolidación), así como también combinan diferentes dimensiones de la salud;

- que el impacto de éstos depende de combinaciones individuales de diferentes exposiciones a diversos riesgos que tienen lugar en la vida de cada mujer y también de factores que afectan a amplios segmentos de población como los factores ambientales;

- que los riesgos generan diferentes resultados dependiendo del ciclo de vida y de los efectos acumulados de ciertas exposiciones a los mismos, y

- que las mujeres que requieren una ILE bajo la causal salud usualmente no acuden a los servicios para solicitar la interrupción,

puesto que no necesariamente tienen información sobre una posible afectación de su salud.

Finalmente, todos los autores concuerdan al afirmar que durante la valoración del riesgo es fundamental explorar **cuánto riesgo está dispuesta la mujer a tolerar.** En este sentido, se reafirma:

a) el papel activo y protagónico de la mujer embarazada: al ser precisamente ella misma la que puede o no consentir la realización de una interrupción terapéutica de su embarazo (ejercicio del **derecho a la autonomía o autodeterminación**). Ello, salvo en aquellas situaciones evolutivas, ambientales, sociales y/o biológicas en que se presentan impedimentos para hacerlo, es decir, en aquellas situaciones en donde existe una autonomía disminuida (niñas, adolescentes, discapacidades cognitivas o evolutivas severas), y

b) el papel de los y las proveedoras de los servicios de salud (medicina, psiquiatría, psicología, trabajo social etc): quienes en el ejercicio de sus responsabilidades legales y profesionales:

   - valorarán y/o certificarán la existencia de un posible riesgo,
   - brindarán información oportuna, científica y laica,
   - asegurarán que en aquellos casos que las mujeres den su consentimiento para el procedimiento, puedan de forma rápida, oportuna y segura acceder a él.

Riesgos para la salud física

En términos generales, se sabe que el embarazo acarrea una serie de transformaciones físicas y hormonales para las mujeres (y que en algunos momentos dichos cambios pueden tener como consecuencia directa algún tipo de incomodidad o dolencia para las mismas), sin que ello quiera decir que su salud a corto, mediano o largo plazo se vaya a ver agravada, deteriorada o puesta en riesgo.

Sin embargo, también se sabe que durante el periodo de gestación algunas mujeres pueden presentar complicaciones que van más allá de las esperadas, y que constituyen un riesgo para su salud física e integridad de las mujeres gestantes.

Finalmente, Decherney (citado por González, coord., 2008), refiere que complicaciones médicas que tienen efectos adversos sobre la salud de las mujeres pueden ocurrir durante el embarazo, y por ello hay que tomar en cuenta:

- si los cambios fisiológicos que se producen durante la gestación normal pueden agravar un proceso patológico en la mujer,
- si la imposibilidad de continuar un tratamiento puede deteriorar la salud de la mujer,
- si la severidad de la enfermedad tiene impacto sobre el resultado del embarazo

Riesgos para la salud emocional

Del mismo modo que en la salud física, se sabe que el embarazo acarrea una serie de transformaciones afectivas y de comportamiento que pese a ser transitorias, en algunos momentos pueden representar algún tipo de incomodidad para las mujeres o sus seres más allegados. Pero, ello no necesariamente quiere decir que su salud emocional se vaya a ver agravada, o que se esté atravesando por un periodo de psicosis o demencia aguda.

Sin embargo, también se sabe que las alteraciones a la salud mental no necesariamente se encuentran vinculadas a un trastorno mental o de personalidad severo, sino que pueden estar relacionadas a episodios de angustia y sufrimiento emocional, que han sido asociados con la pérdida de la integridad personal o la violación reiterada y sistemática de los derechos humanos que a las personas nos han sido reconocidos.

Es así como, la Organización Mundial de la Salud ha realizado diferentes investigaciones que han dado el resultado avasallador de que son precisamente las mujeres el grupo poblacional más vulnerables a sufrir tras-

tornos emocionales, y que dicha vulnerabilidad proviene fundamentalmente de:

- La **interacción entre los factores biológicos y la vulnerabilidad social**. Los cambios de humor relacionados con cambios hormonales como parte del ciclo menstrual se encuentran documentados por varios estudios. En el caso de la **depresión antes y después del parto**, la interacción de factores sicosociales con factores hormonales generan un riesgo elevado. Por ejemplo, los **problemas con la pareja, el soporte social inadecuado y una situación financiera pobre**, se asocian a un incremento del riesgo de depresión pos parto. Las mujeres también experimentan angustia y desórdenes asociados a otras condiciones y problemas de la salud reproductiva como la infertilidad y la histerectomía,

- **Roles de género**. Según la OMS, existe fuerte evidencia de que las diferencias basadas en el género contribuyen significativamente en la alta prevalencia de depresión y desórdenes de ansiedad en las mujeres y las adolescentes. Las **normas de género determinadas socialmente, los roles y las responsabilidades, ponen a las mujeres en situaciones en las que ellas tienen poco control sobre importantes decisiones acerca de sus propias vidas**. Estudios de países industrializados reportan que la frecuente exposición de las mujeres de bajos ingresos a eventos incontrolables como la enfermedad y muerte de sus hijos o esposos, el encarcelamiento, el trabajo inseguro, los vecindarios y lugares de trabajo peligroso, las ponen en un riesgo significativamente mas alto de sufrir depresión que los hombres,

- **La violencia basada en el género**. Según la OMS, los datos indican una fuerte relación entre violencia basada en el género y enfermedad mental. Depresión, ansiedad, síntomas relacionados con el estrés, dependencia de drogas psicotrópicas, uso de sustancias y suicidio, son problemas de salud mental asociados con la violencia en la vida de las mujeres. La severidad del abuso aparece como el mayor factor de predicción, independiente del período de la vida en el que haya tenido lugar. La **violencia**

sexual en general, es experimentada más por las mujeres y las niñas, y hay una estrecha relación entre haber sido abusado en la infancia y la presencia de múltiples problemas en la vida de adultas. Los problemas que más comúnmente sufren las mujeres con experiencias de abuso son la depresión, la ansiedad, el estrés postraumático, el insomnio y el abuso de alcohol. Las mujeres maltratadas son más propensas a requerir tratamiento siquiátrico y a tener intentos de suicidio que las mujeres no maltratadas. En cuanto a la violencia sexual, las severas consecuencias de la violación en la salud mental son bien conocidas e incluyen, como en las experiencias de abuso, depresión y trastorno generalizado de ansiedad, además de estrés post traumático, trastorno obsesivo compulsivo y uso de alcohol y drogas. (González, coord., 2008).

Hacia una mejor comprensión de la valoración del concepto de riesgo

En la **Colectiva por el Derecho a Decidir**, sabemos que la determinación profesional del riesgo que representa un embarazo para la vida o la salud de una mujer en particular no es fácil. Por ello, para concluir la presente investigación consideramos importante ilustrar en este apartado mediante historias concretas, algunas situaciones límite que por su magnitud, representan en sí mismas un grave riesgo de deterioro de la salud integral de las niñas, adolescentes y mujeres en general, y en estado de embarazo en particular.

En este sentido, es importante recordar que en la determinación del riesgo, debe llevarse a cabo la evaluación de la dimensión física y emocional de la salud, comprendiéndose éstas como una única unidad de análisis que está en constante interacción e interdependencia.

La situación del riesgo para la salud física de una mujer:

Ana Cecilia es una mujer de 27 años, católica, administradora de empresa, en unión libre desde hace 5 años, se le diagnosticó Lupus eritematoso sistémico (LES) a los 17 años.

Desde esa edad hasta el presente ha pasado por diversos momentos de la enfermedad, las recaídas y reactivaciones de la misma han fluctuado en intensidad de gravedad, algunas veces ha tenido deterioros graves, como episodios de insuficiencia renal, trombocitopenia aguda y aumento de la presión arterial.

Cuando ella tenía 19 años tuvo un embarazo que terminó en un aborto espontáneo. En esa época ella nunca había recibido información acerca de cómo prevenir embarazos, y al recibir la noticia, su médico reumatólogo dijo que había esperar hasta que "aguante", que resultó ser hasta las 19 semanas.

A pesar de no estar en un período de reactivación de la enfermedad, Ana Cecilia no estaba usado protección anticonceptiva alguna ni tampoco se le había sugerido una alternativa para sus condiciones de riesgo y a los 27 años, nuevamente se embarazó. Si bien no era un embarazo planeado, si era un embarazo deseado tanto por ella como por su pareja.

Pero este nuevo embarazo reactivó la sintomatología del LES, poniendo en riesgo la salud integral de Ana Cecilia. La evolución de ese embarazo fue difícil: Desde el primer trimestre comenzó con la aparición de proteínas en la orina, con aumento de la presión arterial y la función renal comenzó a mostrar signos de deterioro. Susana no recibió ninguna información sobre la posibilidad de interrumpir su embarazo.

Alrededor de la semana 26 de la gestación, se comenzó a perjudicar el estado de salud del feto, al que se le diagnosticaron problemas severos en la función cardíaca. En la semana 30, Ana Cecilia pasó por la triste experiencia de un parto prematuro con feto muerto mientras su insuficiencia renal se volvía más severa.

La situación de las malformaciones incompatibles con la vida extrauterina:

Távara (citado por Maroto y Brenes, 2008), refiere que pese a que no existe una definición unificada de los casos de malformaciones incompatibles con la vida extrauterina, éstas han sido definidas en la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenas Aires como aquellas en donde:

- un feto que es inviable presenta gravísimas malformaciones que son irreversibles e incurables, y

- que producirán de manera irreversible la muerte del feto dentro del útero o a las pocas horas de estar fuera de él.

En este sentido, el autor plantea que algunas de estas malformaciones la comprenden al menos la: Anencefalia, Osteogénesis Imperfecta, Síndrome de corazón izquierdo hipoplásico, Onfalocele, Gastrosquisis, Sirinomelia, Agenesia Renal Bilateral, Holoprosencefalia, Encefalocele, Espina Bífida, Transposición de los grandes vasos y Hernia diafragmática.

a) Una historia de un embarazo con malformación incompatible con la vida extrauterina:

Susana es una joven costarricense de 25 años de edad, católica, estudiante, hija única y deseosa de ser una buena profesional en el futuro. Tiene una relación de pareja desde hace más de 5 años con Jorge de 27 años, y juntos han llegado a hacer planes de casarse en cuanto ambos terminen de estudiar. A principios del año 2007 (cuando tenía 24 años), Susana un atraso en la llegada de su menstruación le anuncia que está embarazada. Esto representa un trastorno para ella, pues aunque siempre había querido ser madre, no lo había planificado para este momento de su vida. Sin embargo, ella y su novio asumen con alegría el embarazo y Susana se dispone a seguir un estricto control de su salud.

Al tercer mes del embarazo Susana acudió a su cita de control prenatal rutinara, sólo que esta vez fue diferente. Mientras le hacían

las valoraciones, Susana detectó una mirada inusual en el médico, y esto la llenó de miedo y angustia. Al cabo de unos minutos, el médico le menciona: "creo que hay un problema, es mejor hacer unos exámenes más para estar seguro", y aunque Susana suplicó para que le dijera algo más, el médico se abstuvo de hacerlo. Luego de realizarle varias pruebas a lo largo de 3 días, el médico les explica a Susana, a Jorge y a su madre de que ella tiene un embarazo anencefálico (o sea, un embarazo en el que al feto no se le desarrolló el cerebro), y que por ello no va a lograr sobrevivir, y que como en Costa Rica el aborto es ilegal ella debe esperarse los nueve meses para parir, que él lo lamenta mucho, pero que no hay nada que hacer.

El diagnóstico fue demoledor. Los tres lloraron mucho esa noche y en los dos días siguientes Susana no pudo ir a la universidad, pero no se sintió mejor con el paso de los días. Susana empezó a reaccionar muy mal al ver bebés o a otras mujeres embarazadas, inmediatamente se ponia a llorar y corría a su cuarto a encerrarse. Al cabo de un par de semanas, Jorge y su mamá están muy preocupados por la salud de Susana, que dejó de comer, no quiere hablar con nadie, prácticamente no se levanta de la cama, y repite constantemente que se quiere morir. Es por ello, que deciden llevarla donde un médico psiquiatra, quien diagnostica a Susana con una depresión profunda (para lo cual le receta antidepresivos y ansiolíticos). Cuando el médico menciona que quizá podrían solicitar al Hospital que se le practique un aborto terapéutico, los tres ven la posibilidad como una luz de esperanza y por primera vez en muchos días Susana vislumbra una alivio para su dolor.

Lo que no saben es que el procedimiento les será negado y que Susana deberá pasar los siguientes cinco meses de su vida sumida en una profunda depresión, que se hará más grave luego de un parto difícil nace una niña con severas malformaciones, que apenas sobrevive por dos horas.

(Texto adatado de Colectiva por el Derecho a Decidir (2007). Módulo de Formación y Debate: Despenalización del Aborto en Costa Rica. Documento sin Publicar)

Finalmente, y tratando de esbozar un análisis breve acerca de los principales riesgos que conlleva para la salud integral de las mujeres, un embarazo que presenta en el embrión una malformación incompatible con la vida fuera del útero, nos encontramos que Távara (citado por Maroto y Brenes, 2008), refiere que existe evidencia en algunas investigaciones que enfatizan el impacto negativo que tiene para la salud de las mujeres este tipo de embarazos. Es así como este autor menciona que algunos de los riesgos que han sido asociados a este tipo de embarazo son:

- estrés, ansiedad y sentimientos de shock emocional que inician desde el mismo momento en que se diagnostica dicha malformación,
- afectación negativa de la autoestima, ya que las mujeres se ven a si mismas como "defectuosas",
- sentimientos de culpa,
- repercusiones en la vida sexual,
- hostilidad hacia las personas cercanas,
- depresión prolongada,
- dolor emocional durante toda el periodo de gestación, debido a que su cuerpo va sufriendo los cambios propios de este proceso, pero tienen la certeza que el feto no va a sobrevivir más allá del nacimiento,
- sentimientos de impotencia y frustración intensos, e
- ideación y/o intentos de autoeliminación (suicidio).

A ello, podemos agregar:

- múltiples visitas hospitalarias, que irrumpen en el proceso normal de la vida cotidiana (permisos de trabajo, estudio, entre otros),
- posibilidad de la ocurrencia del síndrome de estrés postraumátco,
- secuelas psicosomáticas que requieren de tratamiento medicamentoso,
- trastornos de sueño: caracterizados por periodos de insomnio frecuentes,
- trastornos alimenticios: caracterizados por la pérdida del apetito,
- episodios recurrentes de crisis de ansiedad y/o pánico: caracterizado por incontrolables movimientos involuntariarios en el área motora fina y gruesa, la labilidad extrema, hiperventilación, catatonismo, así como una descompensación generalizada,
- intentos de autoeliminación,

- irrupción y detrimiento del proceso normal de desarrollo de laspersonas,
- violación de otros derechos humanos ya reconocidos,
- inexistencia de redes o tejidos sociales de contención y/o apoyo con cobertura nacional,
- sentimientos de indefensión por la respuesta de las diferentes instituciones del Estado.

Las situaciones de violencia basada en género (VBG):

La violencia basada en género es entendida como aquellas acciones de violencia que se comenten contra un género en particular, y que en nuestras sociedades mayoritariamente son dirigidas en contra las mujeres por ser precisamente mujeres.

Las diversas formas en que se manifiesta la violencia basada en género incluyen actos que causan daño o sufrimiento: físico, mental, sexual o patrimonial. Incluso, también incluye la amenaza de causar tales actos, así como también la manipulación, amenazas, intimidación, coerción, privación arbitraria de la libertad entre otros.

En este sentido, dentro de las manifestaciones de violencia basada en género que han sido ampliamente reconocidas a nivel mundial, podemos mencionar: la violencia por parte de la pareja (incluyendo la violación marital), la explotación sexual comercial, la trata y tráfico de mujeres, la esclavitud sexual, el asalto sexual (o la violación sexual), el hostigamiento sexual, entre otras.

a) Una historia de un embarazo producto de la trata de mujeres y/o explotación sexual comercial:

> *Karla y su hermana Mariel fueron contactadas en un centro comercial de República Dominicana por una mujer que les ofreció mucho dinero si trabajaban como recepcionistas en un hotel de una playa costarricense. Dada la precaria situación económica de la familia, ambas aceptaron, pues la mujer aseguró que su compañía se encar-*

garía de los gastos del traslado. Al llegar a Costa Rica, las personas que las recibieron les quitaron sus documentos de identificación y las separaron. Karla no sabe en dónde está Mariel, pero supone que como ella, estará encerrada en una lujosa casa, que se dedica a vender su cuerpo y el de otras jóvencitas, en el comercio sexual.

Karla no está al tanto de que es víctima de trata, pero si sabe que a sus 16 años de edad está embarazada como consecuencias de los múltiples abusos a los que día a día es sometida en esta cadena de esclavitud sexual. Se siente tremendamente mal pues no quiere tener a ese hijo en esas condiciones y teme por su estado de salud, pues ha sido golpeada por sus abusadores y no ha sido valorada en ningún Hospital (solo ha sido vista por lo que cree ser un médico particular que no le ha realizado ningún examen),

Karla está desesperada, llora todo el día, y se la pasa planeando la mejor forma de quitarse la vida, o de salir gravemente lastimada para que la lleven al hospital. En sus fantasías, logra liberarse de sus captores, interrumpe su embarazo, encuentra a su hermana y vuelve a su casa para ser de nuevo una muchacha feliz.

(Texto adatado de Colectiva por el Derecho a Decidir (2008). Calendario Conmemorativo del 28 de Septiembre 2008-2009)

b) Una historia de un embarazo en una niña

Marcela es una mujer nicaragüense residente que llegó a Costa Rica hace más de 20 años. Siempre se ha caracterizado por ser una mujer honrada y trabajadora y con su esfuerzo ha sacado adelante a sus hijas María, de 14 y Ximena de 9, desde que el padre de ellas, su ex esposo, las abandonó.

Hace cuatro años que Marcela conoció Luis y desde hace dos que convive con él. Luis es un hombre trabajador pero la controla demasiado a ella y a sus hijas, a quiees no deja salir solas de la casa. Ante estas actitudes, Marcela siempre ha opinado que él las cuida

y las protege porque Costa Rica se ha vuelto un país muy inseguro para las mujeres.

María es una adolescente introvertida, le gusta estudiar, hacer sus deberes colegiales y quedarse en casa ayudando a su mamá con el quehacer doméstico, mientras que Ximena es una niña extrovertida, a la que le gusta cantar y participar en los actos cívicos de la escuela. Es también una buena estudiante y eso lo demuestran sus notas impecables. La maestra le ha dicho a Marcela que Ximena muestra mucho interés en clase y que es muy colaboradora.

Por eso se hizo notorio que Ximena cambiara tanto de actitud. Hace aproximadamente tres meses que la maestra nota que la niña está muy extraña: se está durmiendo durante las clases, ya no sale a jugar en el recreo y al preguntarle qué le pasa, Ximena responde que tiene mucho dolor de estómago. Ante ello, la maestra habla con Marcela y ella recuerda que también el comportamiento ha variado en la casa, que la niña tiene pesadillas y que también se queja de dolores abdominales. Pero ella se lo había atribuido a un posible ataque de lombrices y tenía pensado llevarla al médico a principios de quincena.

Luego de hacerle algunos análisis a Ximena, una de las doctoras del centro médico le explica a Marcela que su hijita tiene aproximadamente tres meses de embarazo, y que durante la consulta contó que su padrastro la obligaba a jugar un juego que a ella no le gustaba, y que cuando ella se negaba a hacerlo, él la amenazaba con lastimarla a ella y a su hermana.

Marcela está destrozada y duda de la palabra de Ximena, pero María confiesa que a ella Luis también la ha abusado.

De pronto, la vida del pequeño hogar está alterada. Luis huye antes de que Marcela haya puesto la denuncia y la pequeña Ximena se sige quejando de dolores abdominales. En la clínica, una psicóloga que las atiende aconseja a Marcela que solicite que le practiquen a la niña un aborto terapéutico, pero no sabe darle más información.

Marcela le preguntarle a una enfermera, pero esta le dice que eso es ilegal y que si insiste, puede ir a parar a la cárcel.

Han transcurrido ya tres meses desde la noticia, Ximena tiene ahora 6 meses de embarazo y no quiso volver a la escuela porque los compañeros y compañeras se burlan mucho de ella, Ya no quiere salir y se la pasa acostada con muchas molestias. Ahora es una niña triste y amargada. Es probable que María tenga que dejar el colegio para ayudar a su mamá y a su hermana, tendrá que ponerse a trabajar.

(Texto adatado de Colectiva por el Derecho a Decidir (2007). Módulo de Formación y Debate: Despenalización del Aborto en Costa Rica. Documento sin Publicar)

c) Una historia de un embarazo producto de la violación sexual

Rosaura es una mujer colombiana de 38 años de edad. Ella y su familia vinieron hace más de 5 años al país huyendo de la violencia y la tortura de la cuál habían sido víctimas en su país de origen (habían perdido ya familiares y sus bienes), por ello, solicitaron el refugio.

Rosaura está casada y tiene tres hijos. Sin embargo, y pese a que ella considera que las personas deben de tener los hijos que Dios quiera mandarles, la difícil situación económica que viven les ha llevado a tener que tomar la decisión de no tener más, para lo cuál José se sometió a una vasectomía. Ambos son personas muy trabajadoras, y laboran en una finca en una zona rural de Costa Rica.

Una tarde cuando Rosaura se dirigía sola hacia su casa, fue abordada por tres hombres. La sujetaron fuertemente, la amenazaron con un machete, la golpearon fuertemente en la cara y el cuerpo, y abusaron sexualmente de ella, los tres, salvajemente... y finalmente la dejaron abandonada en un matorral.

Cuando pudo levantarse, ya de noche, Rosaura logró llegar a su casa, José la esperaba angustiado porque no era normal que no hubiera llegado. Al verla venir trastabillando, corrió a socorrerla y la llevó como pudo al Hospital más cercano del lugar. Semanas después, Rosaura empezó a sentirse ya no solo triste, nerviosa y llena de pánico, sino mal físicamente. Los síntomas que presentaba y la ausencia de la menstruación le hicieron pensar que se encontraba embarazada, sin embargo se resistió a aceptarlo.

Luego de dos meses, el resultado del examen salió positivo, y camino a la casa no podía más que pensar en cómo aceptar a un hijo producto de esas condiciones que le generaban tanta rabia, dolor y miedo, qué iba a pasar con sus otros hijos, con su trabajo... cómo asumiría José la noticia...

Han transcurrido ya dos meses y Rosaura tiene ahora 7 meses de embarazo. Debido a su estado no pudo contibuar con su trabajo, que implicaba esfuerzo físico y la falta de sus ingresos se siente en la familia, además, José ha estado tomando mucho, ella sabe que es su manera de lidiar con la difícil situación. Las relaciones entre ellos se han enfriado, apenas si tienen contacto físico y discuten a menudo.

Rosaura se siente sucia, invadida, no quiere mirarse al espejo, no quiere estar embarazada y tiene mucho miedo de caminar por el pueblo pues siente que cualquier hombre que le pase al lado puede ser uno de los que la violó y le horroriza que se hombre se atreva entonces a reclamar la paternidad. Cuando piensa en el futuro, Rosaura se quiere morir.

(Texto adatado de Colectiva por el Derecho a Decidir (2007). Módulo de Formación y Debate: Despenalización del Aborto en Costa Rica. Documento sin Publicar)

Finalmente, y tratando de seguir la línea de análisis arriba planteada, acerca de cómo estas situaciones remiten inegablemente a un deterioro en la salud integral de las mujeres que lo han vivido, la FLASOG (citado por González, coord., 2008), plantea una serie de posibilidades que deben

de ser valoradas para la interrupción de un embarazo por riesgo para la salud mental de las mujeres:

- Enfermedad mental seria o crónica.
- Riesgo o presencia de cualquier trastorno mental resultante o agravado por el embarazo (por la interacción que existe entre los procesos hormonales, el sistema inmunológico y los neurotransmisores). La interacción entre los factores biológicos y la vulnerabilidad social.
- Herencia genética indicada por la historia psiquiátrica personal o familiar.
- Historia de compromiso severo de la salud mental de la mujer en el postparto.
- El embarazo no deseado y la consecuente angustia sentida por la mujer.
- Riesgo futuro de resultados adversos en la salud mental.
- Ideas suicidas.
- Continuación forzada del embarazo o la angustia, dolor o daño psicológico concomitante con esta continuación.
- Problemas con la pareja, soporte social inadecuado, pobre situación financiera.
- Depresión o trastornos de ansiedad en las mujeres y adolescentes.
- Estrés post traumático.
- Sufrimiento psíquico por diagnóstico de una enfermedad.
- Sufrimiento psíquico por diagnóstico catastrófico derivado de una malformación fetal.
- Embarazos tempranos o tardíos de acuerdo con el proyecto individual de vida.
- Afectación profunda de la percepción de bienestar.
- Los roles de género que afecten la autonomía y generen subordinación.
- La exposición a violencia de género, incluida la violencia sexual

A ello, podemos agregar:

- múltiples visitas hospitalarias, que irrumpen en el proceso normal de la vida cotidiana (permisos de trabajo, estudio, entre otros),
- secuelas psicosomáticas que requieren de tratamiento medicamentoso,

- trastornos de sueño: caracterizados por periodos de insomnio frecuentes,
- trastornos alimenticios: caracterizados por la pérdida del apetito,
- un estado de hiperactivación, caracterizado por un estado permanente de alerta y de vigilia ante una situación de violencia,
- extrema labilidad o llanto extremo,
- flash backs de los recuerdos de toda la violencia vivida,
- sentimientos de desesperanza aprendida,
- episodios recurrentes de crisis de ansiedad y/o pánico: caracterizado por incontrolables movimientos involuntariarios en el área motora fina y gruesa, la labilidad extrema, hiperventilación, catatonismo, pérdida de apetito, así como una descompensación generalizada,
- prácticas de automutilación, que se generan como un mecanismo primario e involuntario de regulación del dolor interno,
- intentos de autoeliminación,
- irrupción y detrimiento del proceso normal de desarrollo de las personas,
- violación de otros derechos humsanos ya reconocidos,
- inexistencia de redes o tejidos sociales de contención y/o apoyo con cobertura nacional,
- sentimientos de indefensión por la respuesta de las diferentes instituciones del Estado.

Conclusiones

La salud en general y su protección en particular, son derechos humanos que han sido ampliamente reconocidos por el Sistema de Naciones Unidas en diferentes Declaraciones, Convenciones, Conferencias, Comisiones temáticas de trabajo, entre otros.

En la comprensión del significado de la salud debe de abandonarse todo concepto proveniente del paradigma de la enfermedad y/o patología, a fin de dar paso e incorporar los enfoques de la prevención y la integralidad, según el cual la salud se refiere al concepto de bienestar físico, emocional y social. Por ello, en su comprensión cobra vital importancia visibilizar

la dimensión física y emocional que la salud integral conlleva, como una única unidad de análisis, que están en constante interacción e interdependencia.

En la interrupción terapéutica del embarazo y su vinculación con la salud de las mujeres, es de vital importancia el reconocimiento del concepto de **bienestar**, que conlleva: la aceptación social, jurídica y médica de que un detrimento en el bienestar de las mujeres conlleva en consecuencia una afectación de su protección a la salud; que el embarazo puede afectar la salud de las mujeres y la posibilidad de poner sobre el tapete de discusión la necesidad de que las interrupciones terapéuticas del embarazo se lleven dentro de un marco de respeto a los derechos humanos reconocidos y en condiciones de oportunidad, legalidad, seguridad y justicia.

El concepto de riesgo (tanto para la salud física, como para la emocional de las mujeres), en la aplicación de la interrupción terapéutica del embarazo, debe de ser valorada, estudiada y documentada desde la sola posibilidad de su ocurrencia; sin que ello represente que deba de haberse consumado un daño sujeto de ser corroborable con una investigación científica exhaustiva. En este sentido, el riesgo es una mera posibilidad o previsión futura que debe en todas las situaciones ser fundamentada o justificada desde la evidencia proporcionada por los y las proveedoras de salud (incluyendo dentro de los mismos al personal de medicina, psiquiatría, psicología, trabajo social entre otros), analizando para ello, los factores de vulnerabilidad, precipitación y consolidación sobre los cuales los riesgos son claramente identificados.

Es así como, durante el período de gestación:

- algunas mujeres pueden presentar transformaciones y complicaciones físicas que van más allá de las esperadas, que constituyen un riesgo para su salud, y que algunas de ellas pueden estar vinculadas a: cambios fisiológicos que agravan un proceso patológico que ya se tiene, la imposibilidad de continuar un tratamiento médico preescrito, y el impacto que la enfermedad pueda tener sobre el embarazo,

- finalmente algunas mujeres también pueden presentar alteraciones a su salud mental, sin que las mismas se encuentren necesariamente vinculadas a un trastorno mental o de personalidad severo, sino que pueden estar relacionadas a episodios de angustia y sufrimiento emocional, que han sido asociados con la pérdida de la integridad personal o la violación reiterada y sistemática de los derechos humanos, como lo pueden ser los roles tradicionales y la violencia por motivos de género.

Referencias bibliográficas

Centro de Derechos de Mujeres. (2005). Lo nunca antes hablado. El aborto testimonio de mujeres hondureñas. Tegucigalpa: Publigrafías.

Colectiva por el Derecho a Decidir. (2006). Calendario Conmemorativo del 28 de Septiembre 2006-2007. Costa Rica: La Colectiva.

Colectiva por el Derecho a Decidir. (2006). Memorias del VI Encuentro Centroamericano de la Campaña 28 de Septiembre. San José, La Colectiva.

Colectiva por el Derecho a Decidir. (2007). Módulo de Formación y Debate: Despenalización del Aborto en Costa Rica. Documento no publicado.

Colectiva por el Derecho a Decidir. (2008). Calendario Conmemorativo del 28 de Septiembre 2008-2009. Costa Rica: La Colectiva.

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. (1994) Consultado el 19 de febrero de 2009, de http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/conf_pop.htm

Costa Rica. (2006). Código Penal. San José: Editec.

Family Care. (s.f.). Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la salud sexual y reproductiva. Fichas informativas. Canadá: Montreal: Green Communication Desing,

Faúndes A & Barzaletto, J. (2005). El drama del aborto en busca de un consenso. Bogotá: Tercer Mundo Editores.

González Vélez, A. C., coord. (2008). Causal salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. [México, D. F.]: Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.

Grupo de Información en Reproducción Elegida. (GIRE). (2000). Miradas sobre el aborto. México, D.F.: [s.e.].

Maroto, A. y Brenes, P. (2008). Despenalización del Aborto en Costa Rica: argumentos para los supuestos de violencia sexual y malformaciones incompatibles con la vida extrauterina. San José, Colectiva por el Derecho a Decidir.

Mc Naughton, H., Padilla, K. & Fuentes, D. (2003). El acceso al aborto terapéutico en Nicaragua. Managua: Ipas Centro América.

Organización Mundial de la Salud (2003). Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Consultado el 26 de enero de 2009, de http://who.int/reproductive-health/publications/es/safe_abortion/text_es.pdf

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. (1966). Consultado el 19 de febrero de 2009, de http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ccpr_sp.htm

Pizarro, A. (2006). Aborto: argumentaciones desde la salud de las mujeres. Presentación en power point presentada en el VI Encuentro Centroamericano de la Campaña 28 de Septiembre.

Rojas, E. (2008). Aplicación del Aborto Terapéutico en Costa Rica: una perspectiva desde los derechos humanos y la salud de las Mujeres. Trabajo de Investigación para optar por el grado de Master en Derechos Humanos. Universidad Estatal a Distancia, San José.

Autonomía y consentimiento informado: El caso de la Interrupción Terapéutica del Embarazo

Javiera Carrera*

Introducción

La interrupción terapéutica del embarazo (ITE) significa la terminación de un embarazo, deseado o no, que pone en riesgo la salud o la vida de la mujer. Este acto médico, la ITE, es la figura legal permitida en el país, y que, como acto médico, implica la comunicación entre dos actores, el/la profesional de salud y la mujer usuaria; desde el lenguaje de la bioética, se diría que es un encuentro entre extraños morales, pues para la mujer usuaria el lenguaje médico le puede resultar esotérico, lenguaje que ella no está acostumbrada a escuchar. La cuestión está en asegurar que en ese acto médico la mujer usuaria reciba la información pertinente de manera veraz, oportuna, traducida; además que se respete su decisión a la interrupción del embarazo, en otras palabras que ella ejerza su derecho a la autonomía. Un instrumento fundamental para el ejercicio de la autonomía es el consentimiento informado.

Lolas (2003) dice que:

> El acto médico, es un acto complejo, que implica conocimiento científico y moralidad, al saber acerca del fin que se quiere lograr y las consecuencias que puede conllevar una determinada acción diagnóstica y terapéutica. Es un acto libre, un acto que cuenta con la total autonomía del médico en la toma de sus decisiones aunque su realización prevea la autonomía y la libertad del paciente, que es el directo afectado por estas decisiones. (p.2)

Con el propósito de esclarecer estos aspectos (acto médico, autonomías, decisiones, información veraz), el acercamiento a la bioética, que puede ser entendida como una nueva práctica que lleve a la reflexión para com-

* Activista por los derechos humanos. Integrante de la Colectiva por el Derecho a Decidir.

prender y analizar los múltiples procesos sociales e individuales implicados por la enfermedad, la salud y el desarrollo de la tecno-ciencia, servirá como sustrato teórico para el desarrollo del presente documento.

Esta monografía pretende exponer algunos elementos sustanciales que aporta la bioética, específicamente, el principio de autonomía. Éste será el apoyo teórico fundamental para abordar el tema, y a partir del mismo, se enmarcará en la línea de pensamiento de la **Colectiva por el Derecho a Decidir** que se centra en el respeto por los derechos humanos de las personas, y el derecho a decidir, desde una perspectiva feminista.

Para facilitar la lectura del documento se estructura el mismo en tres secciones: la bioética y sus principios, principio de autonomía y consentimiento informado, situaciones especiales para el ejercicio de la autonomía.

La bioética y teoría de principios

El término bioética tiene un origen etimológico bien conocido: bios-ethos, comúnmente traducido por ética de la vida. El autor del término, Van Ressenlaer Potter, un oncólogo de origen holandés, acuñó la palabra con la finalidad de unir mediante esta nueva disciplina dos mundos que en su opinión hasta ese momento habían transitado por caminos divergentes, consideró que la ética clásica no era suficiente para su aplicación en las investigaciones y técnicas aplicadas a cuestiones vitales de los seres humanos. Propuso la bioética, y la definió como "ciencia de la sobrevivencia, interacción entre salud y medio ambiente".

Margarita Boladeras (1998) afirma que

> Es el estudio de los problemas morales que presenta el desarrollo de la ciencia y de la técnica aplicada en relación con sus consecuencias presentes y futuras, desde la perspectiva de una actitud racional y responsable respecto de la vida en general y de la vida humana en particular. (p.p 7-8)

Se puede inferir entonces que la definición de bioética, cualquiera sea el/a autor/a que se estudie, se relaciona con aspectos de los problemas que re-

sultan en la aplicación de la ciencia y la técnica a la procreación, a situaciones extremas por enfermedad terminal, a las alteraciones genéticas, a la discapacidad, a la investigación experimental, a la ingeniería genética.

La bioética incluye a la ética médica. Sin embargo, esta última tiene que ver con la relación médico/a-paciente y los valores que median entre ellos. Boladeras (1998, p.9) agrega cuatro aspectos importantes que amplían el concepto de bioética más allá de la ética médica propiamente tal, éstos son:

i) Comprende los conflictos relacionados con principios morales que surgen en todas las profesiones de la salud, incluso en las profesiones afines y las vinculadas con la salud mental, así como las aplicaciones de la ciencia que afectan el curso de la vida.

ii) Se aplica a las investigaciones biomédicas y sobre el comportamiento, independientemente de que influyan o no de forma directa en la terapéutica.

iii) Aborda una amplia gama de cuestiones sociales, como las que se relacionan con la salud pública, la salud ocupacional e internacional y la ética del control político de la natalidad, entre otras.

iv) Va más allá de la vida y la salud humanas, en cuanto que comprende cuestiones relativas a la vida de los animales y las plantas; por ejemplo, en lo que concierne a experimentos con animales y a demandas ambientales conflictivas.

La bioética se caracteriza por no poseer un estatuto epistemológico definido, es plural porque confluyen una variedad de enfoques y perspectivas.

Se le reconoce multidisciplinaria, (porque convergen disciplinas como la filosofía, la medicina, la teología, el derecho, la economía, la psicología y otras ciencias sociales), es intercultural, de naturaleza laica y secular, admitiendo la existencia de las diferencias. Esto manifiesta que se pueda hacer una aproximación teórica desde diversas posiciones ideológicas, por ejemplo una de ellas es la perspectiva feminista.

Para el tema que nos ocupa se seguirá la línea de la teoría de los principios, considerada paradigmática en la bioética. Esta surgió hacia fines de la década del setenta como respuesta al carácter abstracto de las teorías éticas tradicionales, en un intento de otorgar un marco teórico más específico para la resolución de conflictos morales en el marco de la práctica de actos médicos y de investigación científica con seres humanos.

Este intento se tradujo en la elaboración del Informe Belmont: Principios y Lineamientos Éticos para la Protección de Sujetos Humanos en la Investigación, que nace de la Comisión Nacional para la Protección de los Seres Humanos en Estudios Biomédicos y del Comportamiento en Estados Unidos. Este documento contiene normas que sirven de guía a los/as investigadores/as o supervisores/as de la investigación.

Esta propuesta teórica intenta subsanar el problema que presentan las teorías éticas clásicas, que se basan en un único principio de valor absoluto para regir la vida moral. Ese tipo de teorías – las clásicas denominadas monistas- resultan incapaces de resolver los conflictos de obligaciones morales con los que suele enfrentarse la bioética. (Luna & Riguetti, 2008) Beauchamp y Childress proponen los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia para su uso en la práctica médica. Cada uno de ellos asigna pautas para actuar y señala las obligaciones que toda persona tiene con respecto a los otros. (Luna & Riguetti, 2008)

El principio de autonomía comprende el reconocimiento de que todo ser racional, en tanto capaz de tomar decisiones por sí mismo, es dueño de sus actos, siempre y cuando, con ello no dañe a terceros. A la vez, para que una acción sea autónoma, la persona debe actuar intencionadamente, con conocimiento y en ausencia de influencias externas que pretendan controlar y determinar el acto. Por otro lado, se encuentra el principio de no maleficencia que obliga a no causar daño deliberadamente a otro, el de beneficencia que exige prevenir o evitar el daño y promover el bien y el principio de justicia que ordena garantizar una distribución equitativa de cargas, beneficios y recursos para evitar la discriminación en el acceso a los servicios y recursos en salud. (Luna & Riguetti, 2008)

Beauchamp y Childress hacen una diferencia entre principios y reglas. Ellas son las reglas de veracidad, privacidad, confidencialidad y fidelidad. Estas reglas guían y justifican acciones en casos particulares. Los principios, en cambio, comprenden un nivel de justificación más general y fundan las reglas. A su vez, ellas pueden justificarse en un solo principio o en la combinación de varios. (Luna & Riguetti, 2008)

El aporte de la perspectiva feminista no ha estado ausente en esta discusión teórica sobre práctica médica y principios que la guían, en especial, lo referido a actos médicos que ocurren en los cuerpos de las mujeres.

El alegato de las teóricas feministas se ha centrado en el cuestionamiento de que la teoría de los principios se basan en una medicina patriarcal y masculina, desconociendo cuáles son los intereses de las mujeres. Sin embargo, las aproximaciones feministas no desechan totalmente los cuatro principios, sino que, hacen una relectura de los mismos abordándolos a través de su potencial para promover los intereses de las mujeres, en términos de autonomía, y de incorporarles sus experiencias de vida y sus puntos de vista en la reconstrucción de sus sociedades. Las feministas proponen y analizan los siguientes principios: respeto a las personas, autonomía, beneficencia y no maleficencia. (Cook, 1994)

Una propuesta teórica que tuvo gran repercusión en la década de los ochenta fue la de Carol Gilligan, conocida como ética del cuido. Se origina a partir de los cuestionamientos feministas que contraponían lo que se identificaba como patrones de razonamiento propios de las mujeres -centrados en ciertos rasgos valorados en las relaciones íntimas como la piedad, la compasión, la fidelidad- con modelos de razonamiento que privilegiaban la justicia, los derechos y las obligaciones, considerados como característicos de los hombres. Esta propuesta teórica aborda de manera diferente el análisis y la discusión de los problemas de los cuidados de la salud en términos de responsabilidades. Según Verkerk (2003), esta propuesta de la ética del cuido puede ayudar a reexaminar y reevaluar los conceptos actuales de autonomía y de la relación humana indulgente.

Principio de autonomía y consentimiento informado

Siguiendo la discusión del aporte de la bioética en el procedimiento de un acto médico como la ITE, en este capítulo se aborda el análisis del principio de autonomía y el instrumento clave que representa el cumplimiento del principio: el consentimiento informado.

Principio de autonomía

Etimológicamente autonomía significa darse leyes (nomoi) a sí mismo (autos), imperio sobre sí mismo, autodeterminación. Este principio, de inspiración kantiana, alude a que todo ser humano y ser humana debe ser respetado por todos y todas, incluyendo a los y las que no piensan como ella o él. De acuerdo con este principio, no se puede ejercer ningún tipo de coerción o violencia sobre un ser dotado de libertad y razón, es más, no se puede obligar a las personas a admitir determinado valor que no comparte y que se le quiere imponer.

Se considera que este principio es la base del respeto mutuo, que según Engelhardt (Marlasca, 2001; p.34), dice: "No hagas a otros lo que ellos no se harían a sí mismos, y has por ellos lo que te has comprometido a hacer". En cuanto a la convivencia en sociedades y comunidades, según el mismo Engerhaldt, para lograr la resolución de las disputas morales se debe tener como exigencia que "…ningún miembro de la comunidad, ni ninguna comunidad moral en relación con otras comunidades, contravenga la regla del respeto a la libertad de los otros" (Marlasca, 2001; p.35)De ahí que los primeros análisis de la bioética se centran fundamentalmente en el problema de la autonomía o del respeto por las personas y los derechos de los y las usuarias de los servicios de salud.

La aplicación de este principio implica que se acaten las decisiones libres, conscientes y responsables que realizan las personas, después de haber recibido la información completa y comprensible, sobre un acto médico; en el caso que nos ocupa, se respetará la decisión de las mujeres que optan por una ITE. El respeto a la autonomía de las personas incorpora dos convicciones éticas: que los individuos sean tratados como seres au-

tónomos y que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección.

La lectura que hace el feminismo a la discusión del ejercicio de la autonomía toma como centro importante el respeto al derecho a ejercer como persona. Se plantea que para aplicar este principio del reconocimiento del ejercicio como persona es preciso respetar su ejercicio moral y legal como personas; esto es, su derecho a la autodeterminación. Este principio incorpora las múltiples peculiaridades y raíces de los comportamientos humanos. Ello significa tratar a toda persona como actores principales y tomadores de decisiones en materias de reproducción y sexualidad; en el caso de la ITE, alude tratar a las mujeres como sujetas de derechos. En otras palabras, se trata de considerar el reconocimiento de las mujeres como actoras de la construcción social, con todos sus aciertos, ambigüedades, contradicciones y rectificaciones, y no únicamente observadoras pasivas de lo que la sociedad puede ir haciendo con ellas. (Figueroa, 2001)

Para un aplicación coherente de este principio se hace necesario tomar en cuenta que "el principio de autonomía implica, que en el seno de una sociedad secularizada, una personas adulta y consciente, tiene el derecho a decidir sobre su vida y su salud." (Marlasca, 2001; p.36)

González, coord., (2008) establece que dentro de las consideraciones ética claves para ayudar al personal de salud en el abordaje de la ITE desde la causal salud, debe respetarse

> la autonomía de la mujer, lo que supone garantizar la toma de decisiones libres y voluntarias, y, en consecuencia, el consentimiento informado, entendido como la provisión de información completa, veraz, oportuna y expuesta de tal forma que pueda ser comprendida. (p. 57)

Consentimiento informado

Según el principio de autonomía se debe respetar el derecho que las personas, en estado consciente y de lucidez, tienen la capacidad de decidir sobre sí mismas de manera autónoma acerca de cualquier aspecto vital que les concierna.

Más arriba se planteó que autonomía significa que la persona tiene derecho a recibir información y a emplearla, a aceptar o rechazar su participación en un estudio o a someterse a un tratamiento propuesto. Esta persona es un/a adulto/a competente capaz de comprender la información facilitada y de tomar decisiones. Los profesionales en salud tienen la obligación moral de ayudar a las mujeres a comprender la información facilitada, así como los resultados de las decisiones que ellas tomen.

El inicio que ayuda a resolver las tensiones que se pudieran presentar entre el equipo de salud y las personas usuarias es el proceso de justa negociación. El consentimiento libre e informado surge como un instrumento trascendental en este proceso. Las personas deben comunicarse y valorar lo que desea cada una de las partes para llegar a un entendimiento. El deber ético es el de explicar, asesorar y facilitar la reflexión adecuada para una toma de decisiones de manera racional; las explicaciones por escrito pueden ayudar a las personas usuarias a comprender mejor y a realizar las preguntas pertinentes a cada situación.

Boladeras (1998) se refiere a los modelos de relación entre usuarias y personal de salud que imperan en la deontología médica: el de beneficencia (paternalista) y el de autonomía. El modelo de autonomía es el que considera los valores, creencias y representaciones de las personas usuarias como elemento principal en la toma de decisiones. Este modelo de relación está basado en el respeto de los derechos humanos de los y las usuarias de servicios de salud.

El consentimiento informado es el mecanismo legal que regula la capacidad de las personas para aceptar o rechazar intervenciones clínicas o no clínicas que son parte de una investigación o usadas para diagnosticar o tratar una enfermedad. (Maiorana, 2001)

El principio de “consentimiento libre e informado libre” tiene cuatro elementos: divulgación, comprensión, voluntariedad, y competencia. Bajo estos requisitos el y la investigadora o el y la proveedora de servicios de salud tienen que suministrar a los participantes información completa sobre el propósito y posibles riesgos y beneficios de la investigación o intervención clínica. Las personas necesitan comprender la información

y consentir en participar en la investigación, y deben ser emocional, mental y físicamente competente para proveer consentimiento. También es importante señalar en un consentimiento informado no tan sólo la aceptación de la usuaria acerca de lo que le se le va a realizar, sino además la explicación clara sobre en qué consiste el acto médico, como en el caso de la ITE.

Se espera que el consentimiento informado no se limite sólo a obtener la firma de la persona para que acceda a participar en la investigación o procedimiento, sino que sea un proceso de comunicación entre proveedores/as y personas usuarias.

En documentos relativos a la protección de los derechos humanos de las personas en la realización de actos médicos se ha establecido elementos que sirven de guía para asegurar la pertinencia del consentimiento informado. Según la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos en su artículo 6, inciso 1, se encuentra el siguiente contenido en el que se hace alusión al consentimiento informado:

> Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

En la legislación costarricense, al revisar la Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de Servicios de Salud Públicos y Privados en su artículo 2, inciso c), se expresa que las personas deben: "Recibir la información necesaria y, con base en ella, brindar o no su autorización para que les administren un determinado procedimiento o tratamiento médico". Es decir, es un sustrato que involucra la pertinencia de un consentimiento informado para cualquier acto médico, incluida la ITE.

Asimismo para quienes son los y las protagonistas de actos médicos en el Artículo 37, relativo a los deberes del médico y la médica, el Código de Moral Médica costarricense señala:

> Con las excepciones que establece la Ley, el médico está obligado a informar a sus pacientes sobre el riesgo presente o eventual de cualquier medicamento procedimiento médico o quirúrgico. No debe emprender ninguna acción sin el consentimiento del enfermo, o de su represente legal si es menor de edad o está incapacitado jurídicamente, exceptuados los casos de absoluta imposibilidad o urgencia.

Además en el artículo 35 del mismo Código se lee:

> El médico debe respetar el derecho del paciente facultado mentalmente para decidir en forma libre sobre la ejecución de prácticas diagnósticas o terapéuticas.

Situaciones especiales para el ejercicio de la autonomía

Algunos autores tratan este tema como críticas al principio de autonomía, por la dificultad de adecuar el principio cuando a una persona se le reconoce con autonomía disminuida.

Marlasca (2001) opina que el principio de autonomía "…no se puede aplicar a muchas situaciones en que están de por medio la salud o la vida de personas que, por definición, no gozan de autonomía, por ejemplo, niños, deficientes mentales, enfermos terminales con graves carencias psíquicas, etc." (p. 41)

Siguiendo la línea de Marlasca, él piensa que la objeción no es grave y propone la solución si estas personas no pueden tomar sus decisiones, entonces que la autonomía para decidir recaiga en los padres, tutores o representantes legales, al igual como ocurre con herencias o contratos de compraventa.

Según otros autores como Anne Davis (2008), de los adultos incompetentes y los niños no se espera un consentimiento informado; en estos casos, otra persona actúa en su "mejor interés". El principio ético de la autonomía se desplaza al de "hacer lo mejor".

Sin embargo, el estado de la cuestión tiene variadas aristas en este aspecto de cómo asegurar el principio de autonomía de personas en situación especial. Según el tema que nos preocupa, serán las niñas y/o mujeres incapaces las consideradas en este capítulo.

La cuestión de la toma de decisiones es más problemática cuando se trata de otras personas, como es el caso de los padres y madres respecto de hijas e hijos. Las personas menores de edad requieren de una tutela especial de parte de los adultos porque tienen una proyección de futuro que también debe protegerse. La imposición de las convicciones adultas no puede aplicarse de forma imprevista a una menor; tutelar la vida de una menor que cursa con un embarazo que afecta su vida o su salud, no significa que se deba disponer de ella, sino que obliga a su protección. Pues, como niña o adolescente tiene un proyecto de vida que es relevante para la consideración de su autonomía: ya es un ser autónomo en muchos sentidos, pero como menor de edad su personalidad aún no está completamente construida. Igualmente, su identidad moral puede evolucionar con los años, y precisamente por el carácter parcial de su autonomía, legalmente son los padres, madres o representantes legales quienes deben tomar las decisiones. Sin embargo, la autonomía de ellos no es la autonomía de la menor de edad tutelada. (Bolanderas, 1998)

La autonomía de los seres humanos no se alcanza repentinamente, sino que se consigue por un proceso lento y gradual, que puede ser reforzado por el entorno social; es importante recalcar que la realidad evolutiva de la personalidad y la capacidad de actuación autónoma deben respetarse y afianzarse la etapa que vaya alcanzando cada individuo en sus ciclos de niñez y adolescencia. (Boladeras, 1998)

Esta discusión teórica que aporta la bioética coincide con el concepto de capacidades evolutivas o de facultades en evolución que surge de la Convención de los Derechos del Niño. En este instrumento se especifica el:

> Reconocimiento de los niños como protagonistas activos de su propia vida, con la prerrogativa de ser escuchados y respetados y de que se les conceda una autonomía cada vez mayor en el ejercicio de sus derechos, y la necesidad que tienen, al mismo tiempo, de recibir

> protección en función de su relativa inmadurez y menor edad (…) todos los derechos incluidos en la Convención sobre los Derechos del Niño son válidos para cualquier niño, independientemente de sus facultades. (Lansdown, 2005)

Las premisas fundamentales en las que se basa la Convención a efectos de la capacidad evolutiva de los niños se concentran en que los niños y las niñas son sujetos de derechos, que a medida que evolucionan sus capacidades, gradualmente los derechos de los padres pasan al niño y a la niña, y ésta puede ejercerlos por cuenta propia y los derechos se aplican indistintamente donde se encuentre (hogar, escuela, en las instituciones y esfera pública).

Cuando se trata entonces de una niña o una adolescente frente al acto médico de la ITE, las entidades encargadas de velar por la salud de ellas deben basar su quehacer en estas directrices mencionadas. El Estado costarricense ha creado un marco jurídico que promueve la realización los derechos del niño y la niña en el acceso a la salud, establecido en el Código de Niñez y Adolescencia (CNA).

En el artículo 41 del CNA, que se refiere al derecho a la atención médica, dice:

> Las personas menores de edad gozarán de atención médica directa y gratuita por parte del Estado. Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad. No podrá aducirse ausencia de sus representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo ni otra circunstancia.

El contenido del artículo 46 del mismo documento sirve de soporte y referencia para el análisis de aquellas situaciones en que se niega el consentimiento de un acto médico por parte de los o las tutoras. El artículo que se refiere a la denegación del consentimiento, señala:

> Si el padre, la madre, los representantes legales o las personas encargadas negaren, por cualquier razón, su consentimiento para la

hospitalización, el tratamiento o la intervención quirúrgica urgentes de sus hijos, el profesional en salud queda autorizado para adoptar las acciones inmediatas a fin de proteger la vida o la integridad física y emocional de ellos, en los términos del artículo 144 del Código de Familia.

En el artículo 144 del Código de Familia, se estipula que: "Cuando sea necesario una hospitalización, tratamiento, o intervención -quirúrgica decisivos e indispensables para resguardar la salud o la vida del menor queda autorizada la decisión facultativa pertinente aún contra el criterio de los padres".

Cada caso que se presenta en la cotidianidad de la práctica médica requiere de un acucioso análisis. Cuando se trata de una niña o una adolescente con un embarazo que afecta su salud, y los o las tutoras plantean su desacuerdo negándose a la posibilidad de una ITE, el artículo 46 del CNA es un soporte legal clave para los y las profesionales en salud al momento de tomar la decisión de asegurar la vida o la salud de una niña o de una adolescente.

No obstante hay que hacer una salvedad en la presente discusión: las mujeres adolescentes a partir de los 15 años pueden dar su consentimiento para la realización de cualquier acto médico, y para este asunto se incluye la ITE. Esto es posible porque la legislación nacional les ha otorgado capacidad jurídica, y como tal es reconocida ante la interpretación que se hace del artículo 121 del Código Penal costarricense.

En esta parte de la discusión la **Colectiva por el Derecho a Decidir** igualmente propone su postura política al respecto. Es decir, ante la interrogante de si a una menor de edad se le consultará sobre su decisión ante una ITE, la propuesta que se plantea discurre así:

- A una menor de 13 años se le debe informar acerca de los riesgos para su salud de continuar con el embarazo y de todo el proceso de la ITE. Son sus representantes legales quienes toman la decisión y firman el consentimiento informado.

- A las menores entre 13 y 15 años se les informará acerca de los riesgos para su salud ante la posibilidad de llevar el embarazo a término, al igual que se le dará información sobre la ITE, se le consultará acerca de su decisión, sin embargo la decisión y firma de consentimiento informado es de sus representantes legales.

En los siguientes acápites la discusión será en torno a la discapacidad de las mujeres y la incapacidad de las mismas y cómo es posible dilucidar la cuestión sobre el ejercicio a la toma de decisiones ante un acto médico como la ITE.

En el Código Civil costarricense se estipula sobre la capacidad de las persona. El artículo 36 dice: "La capacidad jurídica es inherente a las personas durante su existencia, de un modo absoluto y general. Respecto de las personas físicas, se modifica o se limita, según la ley, por su estado civil, su capacidad volitiva o cognoscitiva o su capacidad legal; en las personas jurídicas, por la ley que las regula".

El artículo 41 del mismo código menciona que "Los actos o contratos que se realicen sin capacidad volitiva y cognoscitiva serán relativamente nulos, salvo que la incapacidad esté declarada judicialmente, en cuyo caso serán absolutamente nulos". De este contenido se desprende la categoría jurídica de mujer incapaz, cuya alusión se refiere a la mujer afectada en su capacidad volitiva (voluntad) y en su capacidad cognoscitiva (conocimiento).

Según la Ley 7600 de Igualdad de Oportunidades, se define discapacidad como "cualquier deficiencia física, mental o sensorial que limite, sustancialmente, una o más de las actividades principales de un individuo". En el capítulo referido al acceso a la salud tan solo se establecen las obligaciones para las instituciones en cuanto a procurar el acceso físico y los servicios de rehabilitación.

Sin embargo, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es mucho más explícita en los lineamientos a los Estados acerca de establecer de cómo aplicar el consentimiento informado para muje-

res con esta condición. En el propósito de la Convención se describe que:

> Es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente. Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

En el artículo 5 sobre autonomía y responsabilidad individual se refiere a que:

> Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Según este artículo de la Convención se viene a asegurar que las mujeres con alguna discapacidad cognitiva tienen el derecho a recibir toda la información sobre el acto médico en cuestión, como es la ITE, sin embargo, serán sus representantes legales quienes tomen la decisión y firmarán el consentimiento informado.

Es en el artículo 7 que se titula Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento, donde se encuentra una indicación específica acerca de cómo actuar en el caso de:

> … conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento:
> a) la autorización para proceder a investigaciones y prácticas médicas debería obtenerse conforme a los intereses de la persona interesada y de conformidad con la legislación nacional. Sin embargo, la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación.

Cuando se refiere a niñas con discapacidad estipula lo siguiente:

1. Los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas.

2. En todas las actividades relacionadas con los niños y las niñas con discapacidad, una consideración primordial será la protección del interés superior del niño.

3. Los Estados Partes garantizarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten, opinión que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho.

Es más la Convención también se asegura que se protejan los derechos en materia de toma de decisiones para la salud sexual y reproductiva. En el artículo 23 propone que:

> 1. Los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás, a fin de asegurar que:
> (…) b) Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos;
> c) Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.

El dilema ético sobre el otorgamiento de un consentimiento informado para un acto médico como la ITE cuando la mujer tiene una discapacidad mental severa, con alteraciones graves a la capacidad cognitiva y volitiva, se resuelve mediante la normativa legal. Es decir, ella no puede dar su consentimiento, por tanto, será la figura de un o una representante legal, sea familiar o no, a quien se le atribuye el derecho a la información y le corresponde tomar la decisión; lo primordial es que no se afecten los derechos de la mujer vulnerable.

Conclusiones

Se ha planteado la bioética y la teoría de principios para abordar un asunto de relevancia en el ejercicio de las mujeres a una maternidad libre y voluntaria.

El aporte del análisis teórico desarrollado en esta monografía, que se centra en un acto médico de primordial importancia para el ejercicio de los derechos de las mujeres y reconocido por la legislación costarricense en el artículo 121 del Código Penal, como es la interrupción terapéutica del embarazo, pretende servir de análisis más exhaustivo a la hora de asegurar el reconocimiento del derecho a seguir o no con un embarazo que pone en riesgo la vida o la salud de la mujer.

Desde la perspectiva política de la **Colectiva por el Derecho a Decidir** es importante poner el énfasis en su línea de pensamiento, el cómo puede aportar desde su experiencia para resolver los temas sociales que afectan al bienestar de la sociedad costarricense, en particular los relativos a las vivencias de las mujeres. Entre ellos, las inequidades y desigualdades en el acceso a la salud, en muchos aspectos son muy frecuentes y limitan su bienestar y su calidad de la vida.

En este asunto de discusión ligado a la ITE, la bioética desde la teoría de los principios, nos ayuda a ejercitar el sentido crítico, y a buscar el diálogo para que éste se convierta en una herramienta que vincule las diversas maneras de mirar el mundo que coexisten en el imaginario social de la sociedad costarricense.

Es innegable que la sociedad costarricense es diversa y plural, para graficar la misma, se puede inferir que las personas en general, y las mujeres en particular, toman sus decisiones reproductivas basadas en su propia realidad, no en función de un dogma religioso. (Maroto, Morales, Sequeira, 2004) Así ocurre cuando una mujer enfrenta la decisión de interrumpir o no un embarazo que afecta su salud.

Un Estado democrático de derecho debe atender al ejercicio de la libertad de las decisiones reproductivas de las mujeres. Este ejercicio se relaciona con la autonomía o la autodeterminación como un principio que guíe las decisiones informadas de las mujeres sobre su salud integral. Y en aras del reconocimiento de la diversidad de las mujeres se incluye a las niñas, adolescentes y mujeres con discapacidad.

Una propuesta teórica como el feminismo también aporta sustentos claves para promover cambios estructurales, tales como que las mujeres tengan la libertad de decidir o de tomar control de su propio cuerpo al momento de enfrentar un embarazo que pone en riesgo la salud. El destino vital de las mujeres podrá ser diferente a la maternidad obligatoria que impone la cultura patriarcal, especialmente cuando se trata de tener acceso a una interrupción terapéutica de un embarazo que enfrenta a las mujeres con el riesgo de verse afectada su vida o su salud.

Referencia bibliográficas

Boladeras, M. (1998). Bioética. Madrid: Editorial Síntesis.

Código de la Niñez y Adolescencia. (1998). Consultado el 20 de febrero de 2009, de www.cpj.go.cr/docs/derechos/codigo-ninez.pdf

Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. (2006). Consultado el 27 de febrero de 2009, de www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s pdf

Cook, R. (1994). El feminismo y los cuatro principios éticos. En Gloria Careaga, J. G. Figueroa y María Consuelo Mejía (comps.), Ética y Salud Reproductiva. México: PUEG.

Costa Rica. (1886). Código Civil. Decreto n° 30. Consultado el 27 de febrero de 2009, de http://www.tse.go.cr/docus/legal/v_codi_civi.pdf

Costa Rica. (2008). Código de Moral Médica. Obtenido el 20 de febrero de 2009, de www.colectiva-cr.com/materiales/Legislacion_Costarricense/codigo_de_moral_y_etica_medica_Colegio_de_M%E9dicos.pdf

Costa Rica. (2002). Ley de Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados de salud. Consultado el 20 de febrero de 2009, de http://www.colectiva-cr.com/materiales/Legislacion_Costarricense/Ley_de_Derechos_y_Deberes_de_las_personas_usuarias.pdf

Davis, A. (2008). Variaciones sobre un mismo valor: consentimiento informado y diversidad cultural. En Consentimiento informado y Diversidad Cultural. Barcelona: Cuadernos de la Fundación Victor Grifuls.

González Vélez, A. C., coord. (2008). Causal salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. [México, D. F.]: Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.

Figueroa, J. G. (2001). Algunas reflexiones sobre la investigación genética a la luz de la bioética y el feminismo. Trabajo preparado para el VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud. Lima.

Innocenti Insight. La evolución de las facultades del niño. Save the Children, UNICEF. Consultado el 27 de febrero de 2009, de http://www.revistafuturos.info/download/down11/evolucion_nino.pdf

Luna, F. & Righetti, N. (2008). Introducción a la bioética. Clase 1 del curso de Bioética Clínica. Argentina: FLACSO.

Maiorana, A. (2001). Cuestiones de Bioética relacionadas con la investigación: Desafíos para América Latina en el contexto de la globalización de las investigaciones y regulaciones éticas internacionales. Ponencia presentada en el VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud, Junio, Lima.

Marlasca, A. (2001). Introducción a la bioética. Heredia: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional.

Prieto, C. (2003). En torno a la bioética…División de Salud y Desarrollo Humano, OPS/OMS. Consultado el 20 de febrero de 2009, de http://www.bioetica.uchile.cl/doc/art_fl.pdf

Rodríguez, A. & Díaz, S. (2002). La toma de decisiones en salud sexual y reproductiva, una mirada desde la bioética. San José: CCSS.

Maroto, L., Morales, R., Sequeira, P. (2004). Influencia de la cultura, la religión y la institución médica en la decisión de las mujeres a la hora de realizarse la esterilización femenina: Un estudio de caso en el Hospital San Juan de Dios. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Sociología. San José, Universidad de Costa Rica.

Verkerk, M. (2003). L'étique du souci de l'autre. Un point de vue féministe sur la bioétique. En Marie-Genevieve Pinsart (coord.), Genre et Bioétique, 53-70.

El secreto profesional y el derecho a la confidencialidad en las diversas áreas profesionales de la salud

Larissa Arroyo Navarrete*

Introducción

Es un hecho que el aborto inducido es algo común a nuestra realidad social. Aquella persona que sea jurista no podría ignorar la problemática que se genera en el ámbito jurídico.

Este tema genera gran controversia tanto a nivel nacional como internacional; en la mayoría de los casos, el resultado es una reacción más que una acción y se aplica el derecho penal como única respuesta normativa. Esto revela la omisión consciente de la existencia de una realidad subyacente al fenómeno: una sociedad de doble moral, en la cual las mujeres que pertenecen a cierta clase socio-económica se les permite gozar de la posibilidad de solucionar su condición, acudiendo a clínicas especializadas tanto en el territorio nacional como en el extranjero, mientras que para muchísimas otras, probablemente el número más grande, por no tener los recursos económicos se les niega esta posibilidad por lo que recurren a someterse a prácticas abortivas que sin duda alguna ponen en peligro su salud y su vida. A partir de esta situaciones podemos entonces afirmar de que el derecho ya no es uno solo como establecería el deber ser jurídico, sino que existe una multiplicidad de diferentes normativas que se aplican según la condición del individuo. De una forma solapada se violenta el principio constitucional de igualdad y más aún es evidente que atenta contra la esencia misma del mal llamado "Bloque jurídico"[31].

* Abogada. Consultora de la Colectiva por el Derecho a Decidir.

[31] Se ha de considerar el Bloque Jurídico como la totalidad de las normas, tanto las nacionales como las internacionales, que nos remite a la idea de que no existen Derechos, sino un solo Derecho constituido por una multiplicidad de cuerpos jurídicos tales como la Constitución Política, los diversos Códigos, Leyes, Reglamentos y los Tratados y Convenios Internacionales ratificados por nuestro país. Debe existir coherencia entre todas las normas para lo cual muchas veces se recurre a la interpretación como elemento fundamental de la disciplina jurídica.

En el plano del derecho, en vista de que algunos derechos y libertades son restringidos y limitados con la finalidad de proteger aquellos otros que son vitales para la sobrevivencia individual y colectiva, se ha utilizado el argumento de que al realizar una ponderación de bienes jurídicos entre el derecho a la confidencialidad de la paciente que acude a un o una profesional en salud después de haberse realizado un aborto, debe ceder ante el derecho a la vida del feto. Este ha sido un análisis simplista del bloque jurídico ya que ha dejado de lado la protección nacional e internacional que se le ha dado por una parte al derecho a la salud y a la vida de la paciente que requiere de la atención medica y, por otra parte, el derecho de las personas profesionales en salud de apegarse al secreto profesional, siendo éste no solo un derecho sino un deber que protege los derechos de la primera.

La doble moral es evidente cuando por medio de una endeble fundamentación legal, permite que se haga una diferenciación entre lo que significa el secreto profesional en los diferentes ámbitos. Por ejemplo, una persona que funge como abogado o abogada defensora no está obligado u obligada a declarar en contra de su clienta aunque éste o ésta le hayan confesado con lujo de detalle la comisión de un crimen como lo podría ser un homicidio[32], pero un médico o una médica tiene el deber penal de dar aviso si tiene sospechas de que una de sus pacientes se ha practicado un aborto como veremos más adelante. Esto nos hace cuestionarnos sobre la perspectiva actual de la legislación penal costarricense en torno a este tema y la validez y fundamento jurídico de la interpretación de las normas penales que obliga a un o una profesional en salud a quebrar el secreto profesional en virtud de la protección de otros bienes jurídicos considerados de mayor rango. ¿Aplican nuestros legisladores y legisladoras, jueces y juezas justamente el derecho en estas situaciones por medio de una interpretación del bloque jurídico o por el contrario tiñen sus criterios de valores morales y religiosos, ajenos al plano de lo judicial?

[32] Ver apartado "Comparación del Concepto de Secreto Profesional en el Código de Deberes Jurídicos, Morales y Éticos del Profesional en Derecho" referente a los artículos 41, 42 y 43 del mismo cuerpo normativo.

Partiendo de la premisa de que existe UN SOLO BLOQUE JURIDICO, nos dispondremos a demostrar que el derecho y el deber del secreto profesional en el sector de la salud debe de preponderar ante la obligación de la denuncia de sospechas de situaciones como la de un posible aborto inducido por parte de la paciente, siendo que el derecho a la confidencialidad de ésta es la base de sus derechos a la salud y a la vida misma, y que merecen protección jurídica de la misma forma que el derecho a la vida del producto.

Concepto del secreto profesional

El concepto del secreto profesional surge a raíz del juramento de Hipócrates que reza: "...6o. Todo cuanto en el trato con los demás, tanto en el ejercicio de la profesión como fuera del mismo, viere u oyere que no deba divulgarse, lo consideraré absolutamente como un secreto...".

Etimológicamente, el vocablo "secreto" proviene de la corrupción de la palabra latina "secretum", que significa oculto, escondido y tiene el mismo origen que la voz "secérnere", como la idea de secreción, de separación y apartamiento. (Rigo, 1961)

Hasta mucho después de haberse establecido la modernidad, el secreto médico formaba parte de un código profesional, pero, no era más que una opción personal en la que el Estado no intervenía. De esta forma, el o la profesional en salud podía guardar los datos conocidos pues no acudía a los tribunales de justicia como perito ni era obligado u obligada a declarar en dichos tribunales y el secreto médico tenía carácter meramente de deber discrecional. Fue a partir del siglo XVIII y XIX, en que se empieza a configurar el secreto profesional como un derecho subjetivo de todo ser humano. Actualmente, ya no se habla de un deber profesional sino más bien de un derecho de la ciudadanía. Es un derecho-deber, en tanto es un derecho que a su vez genera un deber específico para los y las profesionales. Por una parte hablamos del deber general de respeto a la intimidad de todos los seres humanos, y por otra el deber específico y cualificado de los y las profesionales en todas las áreas. ("El Médico Interactivo", 2003) En un contexto moderno, el secreto profesional: "...consiste en aquella

necesidad, jurídicamente exigible en que se encuentran ciertas personas, por razón de sus actividades profesionales (latu sensu), de omitir toda revelación directa o indirecta, de las noticias que adquieran de tal modo (también, por tanto, de las que no sean expresamente confiadas, sino descubiertas por el profesional)...” (Guasp, citado en Moreno, 1980, p.124)

Para el letrado Alexander Rodríguez (1999), el secreto profesional tiene como interés principal el del Estado en asegurar el respeto a los ámbitos de intimidad de sus ciudadanos y ciudadanas. Existe un segundo interés, el del o la profesional, en cuya virtud se espera que guarden discreción de los asuntos que conocen, con el objetivo de asegurar la vida en comunidad y eliminar las posibles desconfianzas del sistema. En la figura del secreto profesionales se perfilan elementos tanto del ámbito legal como del moral y social.

Independientemente de que se piense en una relación directa entre el secreto profesional y el o la confidente o bien en una relación indirecta con ésta, siempre debe existir un vínculo actual entre lo que se conoce y el sujeto que lo revela. Se considera secreto no solamente aquello expresado claramente, sino que se deberá guardar reserva de todo aquello que el o la confidente haya expresado al o la profesional en salud. Esto se debe a que en muchas ocasiones no se da una manifestación subjetiva sino que se trata de un dato objetivo derivado de la misma pericia, todo aquello que sea producto de la práctica profesional debe mantenerse en secreto. El secreto médico se fundamenta en la relación de confianza que debe existir entre el o la profesional y el o la paciente. La confianza es el aglutinante de la estructura sanitaria. El o la paciente se confía al o la profesional en salud ya que le trata en los momentos más vulnerables de su vida: nacimiento, enfermedad, dolor, impotencia, muerte. (“El Médico Interactivo”, 2003)

Según Rodríguez (1999): “Lo secreto es el conocimiento de una noticia o acontecimiento estrechamente vinculado a un sujeto, sea que este voluntariamente lo haya revelado, o bien, que el médico, en la práctica de sus funciones lo haya adquirido intencional o accidentalmente, y provenga o no del interesado.” Hace hincapié en que es ante todo, el deber de NO REVELAR ciertas informaciones que pueden causar perjuicio y ese conocimiento en cuestión, debe versar sobre un hecho humano, ya sea sobre

conductas, intenciones, datos, o acontecimientos estrechamente vinculados con una persona o un grupo de personas determinable y recae no sólo sobre los aspectos confiados, sino que debe abarcar lo visto o escuchado ("Aegrorum arcana visa, audita, intellecta nemo eliminet"). Para el autor esto revela la importancia del nexo entre la información que debe protegerse y los intereses, derechos o aspiraciones de una persona.

Legislación sobre el secreto profesional

En el Código Procesal Penal, encontramos en el artículo 206 la norma que establece el deber de abstención como dice a continuación:

> "ARTÍCULO 206.- Deber de abstención
> Deberán abstenerse de declarar sobre los hechos secretos que hayan llegado a su conocimiento en razón del propio estado, oficio o profesión, los ministros religiosos, abogados y notarios, médicos, psicólogos, farmacéuticos, enfermeros y demás auxiliares de las ciencias médicas, así como los funcionarios públicos sobre secretos de Estado.
> Sin embargo, estas personas, con excepción de los ministros religiosos, no podrán negar su testimonio cuando sean liberadas por el interesado del deber de guardar secreto. En caso de ser citadas, estas personas deberán comparecer y explicar las razones de su abstención. Si el tribunal estima que el testigo invoca erróneamente la facultad de abstenerse o la reserva del secreto, ordenará su declaración mediante resolución fundada."

Se entiende para lo que nos concierne, que los y las profesionales en salud están en la obligación de mantener el secreto de todo aquello de lo que se hayan enterado directa o indirectamente en el ejercicio de su profesión.

El artículo 203 del Código Penal estable el delito de Divulgación de secretos que establece que "Será reprimido con prisión de un mes a un año o de treinta a cien días multa, el que teniendo noticias por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño, lo revele sin justa causa.

Si se tratare de un funcionario público o un profesional se impondrá, además inhabilitación para el ejercicio de cargos y oficios públicos, o de profesiones titulares, de seis meses a dos años."

Este es un delito especial propio, significando esto que el o la autora solo puede ser aquel o aquella que reúne las calidades jurídicas que previstas por la norma, sea, quien adquiere el mencionado conocimiento por su estado, oficio, empleo, profesión o arte.

Hecho curioso lo revela la sentencia 528 del 2006 de la Sala Tercera de la Corte, en donde se determina por ejemplo, que la confidencialidad de los documentos clínicos no desaparece por la circunstancia de que sean agregados a un proceso judicial. Parte de que "el deber de secreto tan solo se traslada, al ampliarse el círculo de personas que lo conocerán, pero será compartido por todas ellas, y abarca tanto a los funcionarios (fiscales, jueces, defensores públicos, auxiliares judiciales) como a los que no lo sean (defensores particulares, las partes y el propio imputado), al extremo de que para todos ellos existen normas en el Código Penal que castigan la violación del secreto, ya sea a través de su divulgación (artículos 203 y 339) o por la figura de la difamación (artículo 146). Lo anterior significa que el uso que se le puede dar a la información es estrictamente para los fines judiciales, dentro de los procesos en que revistan interés y pertinencia." Adicionalmente, encontramos en los respectivos Códigos de Ética múltiples referencias al tema.

En relación a la jurisprudencia en torno al tema de los derechos de los y las pacientes, podemos mencionar la sentencia 774 del 2005 del Tribunal de Casación Penal que se refiere al derecho a la confidencialidad e intimidad de la siguiente manera: "por cuanto la información proporcionada en el expediente clínico debe permanecer secreto para terceros y en el caso específico para quienes puedan aprovecharse de una situación de privilegio para tener acceso a la información de circunstancias privadas." El expediente se encontraba en una dependencia administrativa y se hicieron del conocimiento de terceras personas. Esta exigencia de protección del ámbito de la intimidad, entendida como aquella "p*arte personalísima y reservada de un caso o persona, su revelación puede originar responsabilidad cuando cause daño...* " (Diccionario Básico Jurídico, 1996, p. 427), encuentra su fundamento en la misma Constitución Política, en los

artículos 24, 28 y dentro de la regulación reglamentaria, en el artículo 19 del Reglamento del Expediente de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, cuyo texto reza: " El contenido del expediente es confidencial y **queda obligado a respetar esa condición todo aquél que por cualquier circunstancia tenga acceso a éste** ."

El secreto profesional en las diversas áreas profesionales de la salud

El propósito de este apartado es demostrar las diferencias subjetivas que se dan en los conceptos del secreto profesional dependiendo del área profesional.

El Código de Ética del Colegio de Microbiólogos establece en el artículo 9 que el secreto profesional resulta un deber ineludible de todo microbiólogo y microbióloga, con la salvedad de las excepciones que establezca la ley, determina que se extiende a todo conocimiento que el o la profesional llegue a tener en razón de su profesión, sin importar si este conocimiento es adquirido de manera directa o indirecta, cuando su divulgación pudiera causar un perjuicio moral a otra persona o en general violar el derecho a la intimidad de otras personas.

El artículo 21 del mismo cuerpo reza que todos los y las profesionales adscritos y adscritas al Colegio se encuentran obligados y obligadas a decir verdad ante cualquier investigación o requerimiento que le formulen, ya sea la Junta Directiva o el Tribunal de Honor del Colegio, sin perjuicio de su deber de observar el secreto profesional.

Por su parte el Colegio de Médicos y Cirujanos se refiere al tema en cuestión en su artículo 13 y define secreto como "todo aquello que, por razón de su profesión, haya llegado a conocimiento del médico, ya sea porque le fue confiado, o porque lo pudo observar o intuir". Se extiende y determina en el artículo 14 que "cuando medie petición del paciente, el médico debe mantener el secreto, aún con los miembros de su familia, con excepción de los padres o encargados responsables de menores de edad, o cuando la salud de terceras personas esté involucrada." También el artículo 57 establece que aquellas discusiones que surgen de las consultas son de

carácter confidencial, así como que la responsabilidad es colectiva y a todos y todas obliga el secreto profesional.

Brevemente haremos referencia al Código de Ética del Colegio de Cirujanos Dentistas que en su artículo XIV, reza que "es obligación del cirujano dentista registrar todo acto clínico en el expediente de los pacientes que atienda, que está obligado a conservar el expediente clínico y documentos o materiales que lo completen, y siendo requerida la transmisión de una parte o del total del contenido del expediente se hará en forma escrita, de manera inteligible y bajo las reglas del secreto profesional".

En el sector de salud mental, el Colegio de Psicólogos es muy claro en relación con el posible choque entre el secreto profesional y la normativa penal. Por ejemplo el artículo 25 dice que "si un cliente comunica a su psicólogo la intención de cometer un ilícito, esta confidencia no es materia de secreto profesional, por lo cual, agotados los medios de disuasión, deberán hacer las revelaciones necesarias para prevenirlo, a quien corresponda." Por otro lado define el concepto de secreto en el artículo 40: "Es obligatorio para los psicólogos guardar el secreto profesional, ello implica mantener bajo reserva absoluta tanto la información que en su desempeño recibe directamente, como la que haya podido observar interpretar o deducir." Adicionalmente prohíbe revelar la información obtenida bajo el secreto profesional con las excepciones establecidas en el artículo 41. En este último precisa que de ser llamado a declarar como testigo o testiga, el o la profesional deberá concurrir y oponer su derecho de no contestar aquellas preguntas cuyas respuestas sean susceptibles de violar el secreto profesional, el cual solo puede ser violado en una situación que permitiría la revelación de la información, evitar un grave riesgo al que pueda estar expuesta la persona atendida o terceros o terceras, o bien cuando medie autorización previa y por escrito del cliente o clienta especificando los motivos para autorizar dicho rompimiento. Finalmente, es relevante mencionar que en este mismo cuerpo ético se ponderan bienes al prevalecer en el articulo 42 la necesidad de defensa del o la profesional en cuyo caso la obligación del secreto profesional cede, así como en el caso de la defensa de un o una inocente.

Así pues, se hace evidente entonces por los ejemplos antes visto que el secreto profesional, es ciertamente un derecho del sujeto y un deber del

y la profesional en salud pero éste se ve limitado por el interés público, considerado superior. Debe estar legalmente reconocido para lo cual una autoridad jurisdiccional debe dictarlo sujetándose a emitir un criterio coherente con el bloque jurídico.

En la Ley General de Salud, se establece la obligación de informar al Ministerio de Salud los casos de acción que conozcan con ocasión del ejercicio de su profesión (por ejemplo el Art. 59). También determina las enfermedades que deben denunciarse obligatoriamente, por lo que aquellos y aquellas que hayan asistido al o la paciente son los que deben cumplir con la respectiva comunicación (Art. 158). Esta imposición se debe al interés de poner en alerta a las autoridades sanitarias con el fin de que tomen las medidas necesarias para controlar aquellas enfermedades transmisibles y así proteger la salud pública.

Adicionalmente a la ley antes citada, también nuestro Código Procesal Penal hace referencia al tema del secreto profesional y sus límites al establecer el deber de denunciar ciertos delitos de los que podría tomar conocimiento el o la profesional en salud en virtud del ejercicio de su profesión. El artículo 281 del mismo Código en su inciso b) establece que tendrán obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio los médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejerzan cualquier ramo del arte de curar, que conozcan esos hechos al prestar los auxilios de su profesión, salvo que el conocimiento adquirido por ellos esté protegido por la ley bajo el amparo del secreto profesional. Siendo el aborto (excluyendo el llamado terapéutico) un delito perseguible de oficio, debemos relacionar esta norma con el artículo 397, inciso 1 del Código Penal, que establece una contravención en caso de una omisión al no dar parte a las autoridades de hechos sospechosos aquel "facultativo o cualquier empleado público de sanidad que, notando en una persona o en un cadáver señales de envenenamiento o de otro delito grave contra las personas, perseguible de oficio, no diere parte oportuna a la autoridad, salvo en el caso de que, por darlo, expusiere a la persona asistida por él a procedimientos penales". El anteriormente mencionado artículo contiene una excepción, en virtud de la cual "el médico no está obligado a denunciar el hecho -aunque sea grave y de acción pública- cuando, de hacerlo, "expusiere a la persona asistida por él a procedimientos penales" Para Rodríguez, el aborto, en cualquiera de sus modalidades es una de esta excepciones.

Comparación del concepto de secreto profesional en el código de deberes jurídicos, morales y éticas del profesional en derecho

A modo de comparación podemos observar el artículo 41 del Código de Deberes Jurídicos, Morales y Éticos del Profesional en Derecho que reza: "Constituyen secreto profesional las confidencias que se hagan al abogado o abogada con ocasión de su ejercicio profesional por parte del cliente, del adversario, de los colegas, las que resulten de entrevistas para conciliar o transar y las de terceras personas. Asimismo, estarán bajo secreto profesional el conocimiento obtenido con ocasión del ejercicio profesional de los documentos privados, los documentos que reciba y su contenido. Es prohibido revelar la información obtenida bajo secreto profesional con las excepciones establecidas en el artículo siguiente.

La obligación de guardar secreto profesional perdura aún después de cesada la relación profesional.

Si un abogado o abogada se entera de un asunto en razón de una consulta realizada por un colega, deberá guardar secreto profesional respecto a esa información.

Los abogados y las abogadas deberán advertir a su personal de apoyo de la confidencialidad de los asuntos que conoce con ocasión de su ejercicio profesional, y del consecuente deber de reserva que los cobija.

Si se llama a un abogado o abogada a declarar como testigo, deberá concurrir y oponer su derecho de no contestar aquellas preguntas cuyas respuestas sean susceptibles de violar el secreto profesional."

También el artículo 42 hace referencia al tema: "La obligación del secreto profesional cede a las necesidades de la defensa del abogado y la abogada cuando es acusado (a), en cuyo caso revelarán lo indispensable. También podrán revelar la información necesaria a efecto de medir la complejidad del asunto para el ejercicio del derecho de cobro de sus honorarios.

Excepcionalmente, el abogado y la abogada podrán revelar el secreto profesional para evitar la eventual condena de un inocente."

Y por último el artículo 43 hace la siguiente mención: “Si un cliente comunica a su abogado o abogada la intención de cometer un ilícito, esta confidencia no es materia de secreto profesional, por lo cual, agotados los medios de disuasión, deberán hacer las revelaciones necesarias para prevenirlo.”

En otras palabras, vemos la diferencia que existe entre el derecho y el deber de un o una abogada defensora que no tiene la obligación de revelar todo cuanto su cliente o clienta le hubiera externado. En esto existe una ponderación de valores jurídicos en donde el derecho a la defensa legal impera sobre la demanda de justicia.

Según la sentencia 1163 de la Sala Tercera de la Corte, sobre el debate entre lo dispuesto en” el artículo 206 y el inciso b) del 281 - ambos del Código Procesal Penal - pues este último si bien establece la obligación de denunciar de los médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejerzan cualquier ramo del arte de curar, ciertamente ese deber se establece en forma limitada, incluyendo la salvedad de que el conocimiento adquirido por ellos esté protegido por ley bajo el amparo del secreto profesional. A tales efectos, no basta con que el testigo señale su interés de ampararse a la norma, sino que correlativamente, deberá el Tribunal establecer si efectivamente se cumple con los requisitos para ejercer una profesión de las señaladas expresamente en la normativa.”

En la sentencia 528 del 2006 de la misma sala se determina que “el secreto que ampara los expedientes médicos es, al igual que las demás formas de secreto profesional o funcional, de carácter relativo, lo cual significa que la protección del derecho fundamental a la intimidad y del mejor desenvolvimiento de las actividades médicas (a través de una relación médico-paciente que sea franca, abierta y confiable, sin temor a que se expongan revelaciones no queridas)” pero que este cede cuando sea preciso salvaguardar otros bienes jurídicos de mayor jerarquía, es decir, cuando exista justa causa. En el caso en particular hace referencia al derecho a la vida y a la salud de una persona menor de edad como víctima, y dice que es causa suficiente para relevar del secreto e incluso los propios médicos que la atendieron en el hospital se encontraban, antes que facultados, obligados a denunciar las lesiones por ellos constatadas. Incluye de igual forma, el interés superior del niño, reconocido por Costa Rica a través de

instrumentos internacionales con rango supra legal, el cual obliga igualmente a dispensar del deber de reserva y confidencialidad cuando el mantenimiento del secreto pueda afectar los intereses válidamente tutelables de la persona menor de edad.

Según la Licenciada María Alejandra Quirós, abogada en la fiscalía del Colegio de Médicos y Cirujanos, (entrevista personal, 9 de enero, 2009), el deber del secreto profesional debe ceder ante la protección de la vida del nasciturus, en tanto en una ponderación de bienes la vida de éste es más relevante que el derecho a la vida de la mujer ya que esta se puso por sí misma en peligro. Según su criterio, no se niega el derecho a la confidencialidad, a la salud y a la vida de la mujer, ya que el servicio médico si se deberá prestar y el punto recae en que deberá pagar por sus acciones ilícitas, como cualquier otro individuo que cometa un delito. En el próximo apartado veremos la razón por la cual no compartimos esta posición ya que no considera los derechos fundamentales de la paciente.

Derechos de la paciente

Desde hace ya más de 2.500 años, el médico se preocupó y ocupó por cumplir con el mandato hipocrático: su servicio debía derramarse sí o sí en beneficio del paciente. Con el paso del tiempo las atenciones y cuidados médicos se transformaron en derechos que protegen bienes jurídicos como la vida, la salud, la libertad y la dignidad, y que se transforman en deberes, cargas u obligaciones que constriñen, primariamente, al integrante del Equipo de Salud. En principio, el o la profesional de la salud debe luchar para que se respeten los derechos humanos de las personas y, en particular, los de sus propios u propias pacientes. (Garay, s.f.)

En referencia al marco de los Derechos Humanos y en específico al de Derechos Sexuales y Reproductivos, existe un marco normativo internacional e instituciones clave que representa las aspiraciones de los gobiernos para determinar cuáles Derechos son fundamentales y necesitan ser asegurados para todas las personas en cualquier parte del mundo.

Costa Rica ha suscrito y ratificado numerosos convenios y tratados de Derechos Humanos, los cuales se incorporan al bloque jurídico, siendo incluso superiores jerárquicamente a la Constitución Política misma. Podemos mencionar la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), la Convención Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y La Convención Internacional de Derechos Políticos y Civiles, la Declaración Universal de los Derechos Humanos. A éstos se debe de agregar la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, siglas en inglés) y la Convención sobre los Derechos del Niño, entre muchos otros. Estas herramientas normativas buscan profundizar y ampliar los derechos. Los Derechos Humanos se refieren principalmente a las relaciones entre los individuos y el Estado que definen las obligaciones y prohibiciones que tienen los Estados, para asegurar la efectiva protección y el disfrute de tales derechos. Estos tienen la responsabilidad de cumplir simultáneamente todas sus obligaciones, respetando el conjunto de tratados y acuerdos internacionales que hayan ratificado.

Los Derechos Humanos deben ser aprovechados dentro del sistema jurídico formal a través de tratados y convenios internacionales; o bien utilizando los principios contenidos en éstos. Los gobiernos tienen responsabilidad en tres niveles complementarios entre sí: respetar el derecho, protegerlo y cumplirlo. Esto significa que el respetar un derecho significa no violarlo directamente, que el proteger un derecho implica establecer las leyes que habiliten los mecanismos para prevenir su violación por parte de los actores no estatales y que cumplir un derecho requiere la adopción de las medidas necesarias para instaurar las instituciones y los procedimientos adecuados, así como los recursos que permitan a las personas gozar de determinado derecho. El resultado ideal no es inmediato sino que por el contrario es progresivo y requiere acciones de la sociedad para presionar a los gobiernos para generar los cambios. (Blandón & Torres, 2006)

Ponderación de bienes jurídicos

El Código de Ética de Médicos y Cirujanos determina (artículo 2) que las necesidades integrales del o la paciente deben ocupar un lugar prominente en la conducta profesional del médico o médica, (artículo 3) que el médico o médica debe ser consciente de sus deberes sociales y profesionales hacia el o la paciente y la comunidad y brindar su colaboración a toda política cuya finalidad sea asegurar el mejor grado de salud posible, (artículo 10) que el respeto de la vida humana constituye el deber primordial de los médicos y las médicas y (artículo 15) que el médico o médica debe cuidar con la misma responsabilidad y respeto, a todos y todas sus enfermos y enfermas cualesquiera sean su ideología, condición social, nacionalidad, religión, grupo étnico, situación económica, reputación y los sentimientos que le inspiran. Lo cierto es que a pesar de esto, la interpretación actual de los artículos referentes al secreto profesional lesiona los derechos de la paciente protegidos por otras normas, así como por el Código de Ética antes mencionado.

La obligación de los y las profesionales en salud de denunciar indicios de delito ante el derecho a la confidencialidad de la paciente y otros de sus derechos

El análisis de las normas que imponen la obligación a los y las profesionales en salud en dar alerta de una paciente que se haya realizado un aborto inducido tiene como objetivo determinar si ésta es una limitación justificada del secreto profesional; o bien es una restricción antijurídica en tanto viola derechos protegidos por la Constitución Política, los diversos tratados y convenios sobre Derechos Humanos, así como otras normas del bloque jurídico.

Nos encontramos por un lado ante una norma que pena la acción de una mujer que se someta a un aborto voluntariamente sin que medien las excepciones legales y por otro el deber ético y legal de un o una profesional en salud de guardar silencio al atender a una mujer en estas condiciones. A nuestro criterio, el derecho a la confidencialidad de la paciente protege

bienes jurídicos con amparo constitucional: 1. el artículo 21 de la Constitución Política que dice que la vida es inviolable protege la vida de la mujer, 2. el artículo 24 que trata sobre el derecho a la intimidad protege su derecho a mantener en secreto aquello que ella considere necesario, y 3. el artículo 36 que establece que nadie está obligado a declarar contra sí mismo, le permite recurrir por ayuda médica sin que por esto se tome como prueba en contra de ella.

1. El derecho a la confidencialidad y la vida de la paciente

El artículo 21 de la Carta Magna nos hace interpretar que la vida de la mujer así como su salud debe prevalecer y para esto es imperativo en una situación en la cual ésta se halla sometido a un aborto procurado que pueda confiar en los y las profesionales en salud que le atiendan, ya que de no darse las condiciones propicias es evidente que no se podría demandarle el cumplir con el deber establecido en la Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados #8239 que dice textualmente:

> Las personas usuarias de los servicios de salud tienen los siguientes deberes:
>
> a) Proporcionar la información más completa posible en relación con su estado de salud, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otras condiciones relacionadas con su salud. (…)"

"ARTÍCULO 4.- Deberes
Vale la pena mencionar que los y las profesionales deben también respetar deberes. En el Código de Ética del Colegio de Médicos y Cirujanos, se establece: "Artículo 5- El médico debe observar los principios éticos de las "Declaraciones de Ginebra y de Helsinki", aprobadas por la Asociación Médica Mundial, y los del Código de Ética Médica de las Naciones Unidas."

La importancia de éste radica claramente en que esta Declaración hace hincapié en el deber de velar ante todo por la salud del o la paciente así

como hacerlo con el máximo respeto por la vida humana. Si bien es cierto hace mención de que no se deberá emplear los conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas, incluso bajo amenaza, recordemos que una ley que no es justa no puede ser considerada ley. Para el filósofo empirista J. Locke, la ley es considerada como una relación esencial entre el Estado y los individuos pero ésta debe de ser justa.

En la misma línea, el citado Código de Ética establece en su artículo 10 lo siguiente:

> "El respeto de la vida humana constituye el deber primordial de los médicos."

Generalizando que el deber primordial de los y las profesionales en salud es el hacer todo lo posible por proteger la vida de la paciente, es inconcebible entonces pensar que se les debe de someter a una normativa que establezca que se ha de denunciar a la mujer que aparente haber sido sometida a un aborto procurado, en la medida por el miedo generado en ésta de la posible sanción la hace alejarse de aquella persona en la cual debe confiarle sus más profundas intimidades para conseguir el auxilio que necesita.

Para Raya, Gómez & Chambers

> el personal de salud desempeña un papel crucial en el respeto a las decisiones de la mujer respecto al embarazo y la maternidad, y debe reconocer que son decisiones personales, privadas y exclusivas de la mujer. Asimismo, puede disminuir barreras evitando políticas o actitudes que amenacen la libertad de las mujeres y que las puedan disuadir de buscar ayuda médica a causa del temor a ser denunciadas a las autoridades policiales por sus propios médicos u otros profesionales relacionados con la asistencia médica. (2006, p.18)

2. El derecho a la confidencialidad, a la privacidad y a la intimidad de la paciente

La contraparte del artículo 4 de la Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados citado es justamente el derecho mencionado en el artículo 2, inciso m) del mismo cuerpo que establece que se debe de respetar el carácter confidencial de su historia clínica y de toda la información relativa a su condición (el artículo hace mención al término enfermedad). Hemos de aclarar que hacer la salvedad cuando, por ley especial, deba darse noticia a las autoridades sanitarias (sin que por ello haga mención de las autoridades judiciales). La misma Declaración de Ginebra recoge el juramento de guardar y respetar los secretos confiados en el o la profesional en salud, incluso después del fallecimiento del o de la paciente. Esto apunta hacia el respeto a la privacidad, es decir, a aquellas cosas que pertenecen a la vida privada de cada persona.

Para Flores (2003),

> … por ser de índole privada y porque contiene datos relativos a la intimidad de la persona enferma, la Historia Clínica está sujeta al secreto profesional médico y quien la lea o conozca queda ligado a esa obligación. Se reconoce la propiedad de la historia clínica a la persona cuyos datos contiene y al médico o médicos cuyos conocimientos, análisis, decisiones, órdenes e informes quedan registrados en sus páginas.

Más allá aún, según Raya, Gómez & Chambers, la garantía de confidencialidad cobra relevancia debido a las características de la profesión médica en general, en tanto el personal de salud tiene acceso a información privilegiada sobre la usuaria de los servicios de aborto. Para los autores, "en estas circunstancias, el bienestar de la paciente es la responsabilidad del personal de salud más allá de su estricta integridad física." (2006, p.18)

Dentro de la normativa internacional encontramos el artículo 17(1) del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos estipula: "Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su

familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación." Por su parte, el artículo 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos señala que "Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques."

Un aspecto interesante con respecto al derecho a la confidencialidad, es que en su Recomendación General número 24 sobre la mujer y la salud, el Comité de la CEDAW ha señalado que la divulgación de información confidencial sobre la salud afecta a las mujeres de manera diferente que a los varones porque puede desalentarlas de buscar atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que hayan sido víctimas de violencia sexual o física."[33]

Es importante mencionar que los derechos fundamentales o bienes protegidos constitucionalmente no están exentos de limitaciones o restricciones tal y como lo ha reiterado en múltiples ocasiones la Sala Constitucional pero si bien es cierto la administración de justicia se ve protegida con el establecimiento de la obligación de denuncia, la normativa relativa a ese deber de dar parte entra en conflicto con el derecho y el deber del secreto profesional al poner en juego la vida y la salud de las mujeres violentando la confianza que éstas depositan en los y las proveedoras de cuidados médicos, y con ello ignorar el derecho a la confidencialidad de las pacientes. A través de la protección de la justicia, se busca afianzar los derechos de la colectividad asegurando la paz y la justicia social. Lo que no se debe dejar de lado es que si bien es cierto, estos son bienes dignos de tutela y protección jurídica, la coherencia del bloque jurídico es absolutamente necesaria para asegurarlo estos mismos bienes. De esto deducimos que si hay un choque normativo, es imperativo un análisis exhaustivo que nos permita solucionar este problema.

[33] Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, "Recomendación general No. 24, La mujer y la salud (artículo 12)," UN. Doc. A/54/38/Rev.1, 1999, párrafo 12(d).

García (1998) se refiere al desarrollo que hace Bobbio, al referirse al principio de unidad en la Teoría General del Derecho establece que es "predicado tanto en relación a la derivación de todas las normas de uno o varios ordenamientos de la misma norma fundamental, como haciendo referencia a la unidad de todas las normas entre sí, a través de la labor del intérprete del Derecho, que ha de eliminar, a la hora de resolver un supuesto concreto, las posibles antinomias, así como ha de integrar las lagunas existentes con normas procedentes del mismo ordenamiento o de otros superiores o parciales. Sin embargo, este último factor de unidad no se consigue de forma plena, o absoluta, pese a que la hermenéutica jurídica muestra el esfuerzo constante de la jurisprudencia para considerar al Derecho como un sistema coherente y pleno."

En ese sentido, la labor interpretativa es la que hace posible solucionar un conflicto de ese tipo. Las normas deben de ser interpretadas de manera tal que se eviten contradicciones con otras normas de rango superior o igual. Para esto se deberá de guardar en mente que la fijación de límites y la concordancia entre los bienes en conflicto, deben responder en cada caso concreto al principio de proporcionalidad. (Hesse, 1992, p.45). Esto nos lleva al llamado método de ponderación de bienes que permite determinar el bien que requiere de mayor protección. Los pasos que deben seguirse a través del método de la ponderación para determinar si la medida restrictiva resulta justificada y proporcional según Prieto Sanchis, son:

a) que se sustente en un fin legítimo o constitucionalmente reconocido;

b) que sea una medida idónea para alcanzar el fin perseguido;

c) que la intervención lesiva del bien o derecho afectado sea necesaria por no existir otra medida menos gravosa que conduzca a la misma finalidad;

d) que sea proporcionada en sentido estricto, evaluando si existe equilibrio entre los beneficios que se obtienen respecto del bien protegido (administración de justicia) y el daño o restricción ocasionados al derecho limitado (secreto profesional). (García, 2006, p.24)

En cuanto al subprincipio de necesidad éste exige que no exista otra medida, que resulte menos gravosa para el bien o derecho restringido. Según Gascón y García (García, 2006, p.25), "si la satisfacción de un bien o principio constitucional puede alcanzarse a través de una pluralidad de medidas o actuaciones, hay que escoger la que menos perjuicios cause desde la óptica del otro principio de derecho en pugna". Es evidente que se podría establecer otras medidas para este tipo de acciones como el aborto inducido, ya que la persecución de estos delitos desvirtúa la figura del secreto profesional y viola otros derechos como el de la confidencialidad, la salud y la vida de la mujer. Ciertamente, no se trata de evitar el delito en tanto en principio la acción ya ha pasado, por lo que la finalidad es meramente penalizar la conducta como advertencia a la sociedad. La pena impuesta no es preventiva, no se somete a la mujer a la cárcel por el miedo de que vuelva a recaer en la misma conducta, sino que la finalidad sea un castigo que cause temor en el resto de la población.

En la balanza entonces tenemos una pena para aterrorizar y restablecer la fe en la administración de justicia y la defensa de la vida que ya no existe, y del otro la afectación de los derechos a la vida y salud de la mujer que, por el temor de verse denunciada, podría negarse a asistir a un centro de salud, de lo cual podría resultar en un destino fatal. En este mismo lado, podríamos encontrar el propio derecho al secreto profesional especialista en salud y de la paciente, y derechos conexos como la confidencialidad, intimidad, la libertad, el principio de inocencia, la garantía constitucional de no declarar contra sí mismo, la salud y la vida de la persona asistida.

Podemos asegurar por lo tanto que la obligación de denunciar a la mujer que acuda a recibir atención médica, si se tuviera sospechas de un posible aborto, constituye una restricción desproporcionada del derecho al secreto profesional médico y de los derechos conexos ya mencionados. Así, el derecho y el deber al secreto profesional debe prevalecer por encima de la necesidad colectiva de la administración de justicia, ya que la magnitud de la afectación de los derechos de la paciente es mucho mayor. Esta interpretación a favor del secreto profesional es coherente con la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Sentencia del 18 de noviembre de 2004, caso De la Cruz vs. Perú) y las observaciones formuladas por el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas sobre aborto y secreto profesional (Observación general No 28: Igualdad

de derechos entre hombres y mujeres –artículo 30 del Pacto Internacional de Derechos Civiles).

Cabe mencionar que el análisis realizado no contempla el caso en el que la denuncia y por lo tanto el levantamiento del secreto profesional impediría un delito futuro, inminente y grave, ya que aunque sería necesario otro análisis, es de considerar que resulta justificada la obligación de los y las profesionales de la salud de denunciar ante las autoridades competentes.

Conclusiones

A raíz del análisis hecho, es posible asegurar que las normas que establezcan la obligación de un o una profesional en salud de denunciar a una mujer que presente indicios de aborto contenida en el Código Penal y el Código Procesal Penal son inconstitucionales en tanto atenta contra los artículos 21, 24 y 36 de la Constitución Política. Esto por cuanto restringe de manera desproporcionada e injustificada el secreto profesional. La obligación de denuncia debería darse sólo cuando medie consentimiento de la paciente y/o cuando con la comunicación de los hechos ante la autoridad correspondiente contribuya a impedir la comisión de un delito futuro, inminente y grave, siendo que estas condiciones no corresponden a los casos de aborto.

El secreto médico es, al mismo tiempo, un deber ético, una obligación jurídica y un derecho. Así como éste obliga al y a la profesional a guardar reserva de todo aquello que llega a su conocimiento con motivo o en razón de su ejercicio profesional, simultáneamente, también tiene el derecho a mantener oculta esa información de no mediar causa justa. Es decir, el secreto médico es una obligación y un derecho en cabeza del y la profesional en salud; y como contrapartida, es el derecho a la confidencialidad en cabeza del paciente.

La presente interpretación de la normativa del secreto profesional tiene como consecuencias entre muchas otras:

- Se refuerza la condición de vulnerabilidad social de las mujeres con el encarcelamiento adicional al haberse visto sometidas al proceso del aborto ya de por sí traumático. No hay que olvidar que un aborto puede tener consecuencias, tanto para ellas mismas como para sus respectivas familias. Siendo que en Costa Rica, las mujeres son las que mantienen el núcleo familiar es evidente que la detención de la mujer afecta especialmente a sus hijos e hijas y provoca que recaiga sobre la mujer la estigmatización y rechazo social.

- La propensión del surgimiento de profesionales o pseudo profesionales en salud que se aprovechan de la necesidad y desesperación de las mujeres ante situaciones de opresión social, familiar o marital ante la venida de un hijo o una hija que no desean. Con esto, los servicios clandestinos de alto riesgo florecen.

- La generalización de una práctica discriminatoria e injusta que causa la indefensión de la mujer tanto en el ámbito social como jurídico y en especial crea una situación de discriminación que se ensaña sobre aquellas mujeres que pertenecen a las clases más desprotegidas, las cuales no tienen más opción que recurrir a un aborto inseguro ya que no poseen los recursos suficientes para acudir a un o una especialista que la asesore y la atienda. Se les niega el derecho a acceder a un procedimiento seguro, a diferencia de aquellas que tienen los medios suficientes para pagar un aborto seguro o viajar a los países donde es legal.

- El poner en peligro la salud y la vida de muchas mujeres, aunque es difícil de cuantificar por ser el aborto más que un delito (exceptuando el aborto terapéutico para salvaguardar la vida o la salud de la madre) y un acto censurado por la doble moral social. La alta tasa de abortos inseguro y, por consiguiente, la morbimortalidad de la mujer debido a las condiciones de riesgo en que estos abortos se practican es un problema y una realidad social y jurídica. Es evidente que la penalización del aborto no ha sido la solución para este problema.

- Siendo que muchas mujeres son cabezas de hogar pero no gozan de los mismos beneficios socio-económicos que los hombres, el recurrir

a un aborto clandestino e inseguro, afecta la economía familiar y se contribuye al empobrecimiento femenino. Adicionalmente se ven expuestas a tener que realizar mayores gastos en caso de complicaciones por la intervención y por la imposibilidad de recurrir a los servicios sociales de salud.

- El atentar contra los derechos humanos de las mujeres, ya que la penalización del aborto no sólo atenta contra los derechos reproductivos de la mujer, sino también contra su derecho a la salud, a la confidencialidad, a la intimidad, a la libertad, a la seguridad y potencialmente su derecho a la vida.

En resumen, no existe el deber de denunciar por parte de los y las profesionales en salud, y sí el de guardar secreto, cuando la denuncia expone a la mujer a un proceso penal, porque su padecimiento es el resultado de la propia culpa criminal. De ser la confidencialidad y la intimidad vulneradas al poner en conocimiento de la autoridad un evento que se reveló en una relación de expresa reserva en la que confió, nos encontraríamos ante una obligatoriedad de la inculpada a declarar en contra propia, lo que sería un claro atentado contra la Constitución Política sin mencionar contra los diversos tratados y convenios internacionales sobre Derecho Humanos.

Se deberá entender entonces que de buscar una mujer la asistencia médica por parte de un o una profesional en salud porque se siente en peligro a raíz de haber sufrido un aborto, ésta lo hace por la desesperación y necesidad de sobrevivir y por lo tanto lo hará en contra de su voluntad, ya que sufre de una coerción por su propio cuerpo. Si bien es cierto busca atención médica para un aborto que ella misma se ha provocado o consentido, lo hace porque no tiene control sobre su cuerpo y las lesiones en él y por lo tanto se ve forzada a descubrir sus secretos más íntimos, su cuerpo y lo que ha hecho con él a una figura social en la que confía como lo son los y las profesionales en salud. Le confiesa que ha cometido un delito de una forma tácita o implícita al ponerse en sus manos pero esta confesión no es voluntaria sino obligada por su estado de salud. No es posible concebir que en un Estado de Derecho donde se pretenda proteger los Derechos Humanos, que menosprecie la vida de las mujer que se ven en peligro.

Partiendo del punto de vista del derecho penal, si una mujer se viera inculpada por la confesión que le hace al o la profesional de salud y siendo esta confesión obligada, partiendo de la teoría del fruto envenenado, esta mujer no debería ser condenada, ya que la prueba que la condena no es admisible[34].

Más allá del hecho de que los y las profesionales no deberían estar obligados a denunciar los casos de abortos provocados y considerados ilegales, la denuncia misma invade la órbita de lo ilícito.

Referencias bibliográficas

Blandón, M. & Torres, S. (2006). La decisión es nuestra. El aborto: un derecho para salvar vidas de mujeres. Consultado el 30 de diciembre de 2008, de http://www.siyanda.org/docs/IPAS_ladecisionesnuestra.pdf

Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica. (s.f.). Código de ética. Consultado el 1 de diciembre de 2008, de http://www.colegiodentistas.org/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=31&Itemid=64

[34] Recordemos que la teoría del fruto del árbol envenenado consiste en la prohibición de incorporar al proceso penal elementos de prueba obtenidos en forma ilícita o bien, que esa incorporación se haga violentando la manera prevista en la misma ley. Esta teoría no es nueva; ya para 1920, el Supremo estadounidense estableció que esta teoría venía a decir que el veneno de la raíz contamina hasta la última hoja y que, por tanto, una prueba obtenida por medios ilícitos es también ilícita y no puede tener validez en el proceso. También el Supremo español estableció en 1999 que "La prohibición de la prueba constitucionalmente ilícita y de su efecto reflejo pretende otorgar el máximo de protección a los derechos fundamentales constitucionalmente garantizados y, al mismo tiempo, ejercer un efecto disuasor de conductas anticonstitucionales en los agentes encargados de la investigación criminal". (Yoldi, 2009) Nuestros propios tribunales han establecido que "Todo elemento probatorio que derive de prueba ilegal resulta por ende inutilizable en el debate, ya que la misma vendrá viciada desde sus orígenes". ("Boletín judicial", 2008)

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. (s.f.). Código de moral y ética. Consultado el 1 de diciembre de 2008, de http://www.medicos.sa.cr/Leyes/leyes01.php

Colegio de Microbiólogos de Costa Rica. (s.f.). Código de ética. Consultado el 1 de diciembre de 2008, de http://www.colegiomicrobiologoscr.org/descargas/Codigodeetica.doc

Colegio de Psicólogos. (s.f.). Código de ética. Borrador. Consultado el 1 de diciembre de 2008, de http://www.psicologos.or.cr/cmsconfig/ssi/ssiLoadDocuments.asp?id=152

Ministerio Público. (2008). Boletín Jurisprudencial. Consultado el 22 de enero de 2008, de http://ministeriopublico.poder-judicial.go.cr/publicaciones/boletines_jurisp/Bol-2008/22-2008.pdf

El Médico Interactivo. Diario electrónico de la sanidad. Ética médica y legislación sanitaria. (2003). Consultado el 30 de diciembre de 2008, de http://www.medynet.com/elmedico/aula2003/tema1/eticaa1.htm

Flores Sandí, G. (2003). La bioética en la cotidianidad de la práctica clínica: implicaciones de la gerencia de salud. Medicina Legal, 20, (1), 103-111. Consultado el 22 enero de 2009, de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100010&lng=es&nrm=iso

García, E. (2006). Médicos en conflicto: entre la cura y la denuncia: articulo 30. Análisis de Constitucionalidad de la ley General de Salud sobre la obligación de médicos y médicas de denunciar. Consultado el 17 de noviembre de 2008, de http://www.promsex.org/files/Articulo30.pdf

García Miranda, C. (1998). El principio de unidad en el concepto de ordenamiento jurídico de Norberto Bobbio. Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho. Consultado el 17 de noviembre de 2008, de http://www.uv.es/CEFD/1/miranda.html

Garay, O. (s.f.) Los Derechos de los Profesionales del Equipo de Salud. Revista de la Asociación Médica Argentina, 2. Consultado el 17 de noviembre de 2008, de http://www.ama-med.org.ar/revistas/2005-2/Derechos_de_Profesionales.pdf

Hesse, H. (1992). Escritos de Derecho Constitucional (2ª. Ed.). Madrid: Centro de Estudios Constitucionales.

Moreno Catena, V. (1980). El secreto en la prueba de testigos en el proceso penal. Madrid: Editorial Montecorvo.

Rayas Velasco, L., Gómez Ponce de León, R. y Chambers , V. (2006). La atención del aborto centrada en la mujer: suplemento especial para Latinoamérica y el Caribe. Consultado el 22 de enero de 2008, de http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file321_2891.pdf

Rigo Valbona, J. (1961). El secreto profesional como objeto de protección penal. Barcelona: Editorial Hispano-Europea.

Rodríguez Campo, A. (1999). El secreto médico: apuntes sobre el secreto profesional del médico forense en Costa Rica. Medicina legal Costa Rica, 16, (1-2). Consultado el 30 de diciembre de 2008, de http://ministeriopublico.poder-judicial.go.cr/publicaciones/cuaderno_estudio/Cuader-4.pdf

Saborío, V. (2000). Normas Básicas de Derecho Público (7ª. Ed.). San José: Centro de Estudios Superiores de Derecho Público.

Yoldi, J. (2009). Los frutos del árbol envenenado. El País. Consultado el 22 de enero de 2008, de http://www.elpais.com/articulo/espana/frutos/arbol/envenenado/elpepunac/20090119elpepinac_12/Tes

La objeción de conciencia: Fundamentos y regulación en el sector salud

Adriana Maroto Vargas*

Introducción

La libertad de conciencia y la libertad religiosa es el marco de derechos humanos que resguarda a la práctica de la objeción de conciencia, la cual es entendida como una negativa a cumplir con alguna directriz establecida a nivel jurídico debido a que éste es incompatible con los valores morales y éticos de la persona, usualmente basados en principios religiosos.

Aunque la objeción de conciencia surge en los casos de servicios militar obligatorio, su práctica es cada vez más difundida conforme se han dado avances en el reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

A pesar de que las personas pueden realizar la objeción de conciencia en relación a diferentes situaciones, en este documento nos centraremos en la que realizan las y los profesionales de salud para negar la atención de mujeres que solicitan la interrupción legal del embarazo, que para el caso de Costa Rica se restringe al aborto terapéutico.

Existe un debate, relativamente reciente, sobre si se debe permitir o no la objeción de conciencia a personas que están en el ejercicio de una función pública. Por un lado, las y los funcionarios públicos están sujetos al principio de obediencia de la normativa jurídica y en ese sentido, una persona no puede ser selectiva en cuanto a las tareas que realiza en un empleo una vez que ha sido contratada. Por el otro lado, el argumento es el respeto a la libertad de conciencia, reconocida como un derecho humano fundamental.

* Psicóloga. Integrante de la Colectiva por el Derecho a Decidir.

Sin duda alguna es un tema complejo en el que intervienen muchos factores, ya que quien ejerce la objeción de conciencia y se niega a realizar un procedimiento, está afectando el derecho de otra persona: la mujer que requiere un aborto legalmente permitido. Surgen preguntas que son comunes al ejercicio de los derechos humanos, ¿qué pasa cuando el ejercicio de un derecho afecta el de otra persona?, ¿cuál es el límite?, ¿cómo se concilia esta situación?

Aunque es claro que la objeción de conciencia se enmarca en una lucha de sectores contrarios al avance en el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres y que termina siendo la imposición de los valores de un sector en detrimento de la salud y los derechos de las mujeres, hacemos una defensa enérgica de la libertad de conciencia y la libertad religiosa, razón por la que simpatizamos con el postulado de permitir la objeción de conciencia. No obstante, es claro que debe regularse jurídicamente para evitar abusos y garantizar el derecho a la salud y la vida de las mujeres.

Este documento buscar aportar a este debate que, al menos en Costa Rica, tiene un largo camino que recorrer. Para facilitar el abordaje del tema, tiene tres apartados. El primero de ellos hace una revisión de la libertad de conciencia y la libertad religiosa en el marco de los derechos humanos y los principios de la laicidad. El segundo, reseña la estructura jurídica y el marco conceptual de la objeción de conciencia. En el tercero se analiza la objeción de conciencia en el sector salud y específicamente en el tema de las interrupciones legales del embarazo. Para ejemplificar, se incluye una referencia a cómo otros países han normado la objeción de conciencia en las guías de atención del aborto.

Libertad religiosa y libertad de conciencia en el marco de los derechos humanos

El análisis de la objeción de conciencia no puede estar desligado del marco de derechos humanos que reconoce y garantiza la libertad de pensamiento, de religión y de conciencia. Si bien la objeción de conciencia no es una libertad o un derecho como tal, sí es una implicación del reconocimiento de estas libertades. La eficacia jurídica con que se pueda reali-

zar, está sujeta a la jurisprudencia o la legislación nacional en cada país. (Arrieta, 1998; Sánchez, 2007)

Las libertades de pensamiento, de religión y de conciencia han sido reconocidas como derechos humanos fundamentales en diferentes instrumentos internacionales suscritos por el Estado costarricense. El hito lo marca la Declaración Universal de Derechos Humanos en el año 1948. A partir de ese momento estas libertades son reafirmadas en muchos otros documentos tales como el Pacto Internacional de Derechos Políticos y Civiles (1966), la Convención Americana de Derechos Humanos (1969), la Declaración sobre Eliminación de todas las Formas de Intolerancia y Discriminación fundadas en la Religión o en las Convicciones (1981), la Convención de los Derechos del Niño (1990), la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993) y la Convención Iberoamericana de los Derechos de las Personas Jóvenes (2007).

El reconocimiento de estas libertades no se ha limitado a los enunciados de estos instrumentos sino que el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en la Observación General Número 22 señaló:

> El derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión (que incluye la libertad de tener creencias) en el párrafo 1 del artículo 18 es profundo y de largo alcance; abarca la libertad de pensamiento sobre todas las cuestiones, las convicciones personales y el compromiso con la religión o las creencias, ya se manifiesten a título individual o en comunidad con otras personas. El Comité señala a la atención de los Estados Partes el hecho de que la libertad de pensamiento y la libertad de conciencia se protegen de igual modo que la libertad de religión y de creencias. El carácter fundamental de estas libertades se refleja también en el hecho de que, como se proclama en el párrafo 2 del artículo 4 del Pacto, esta disposición no puede ser objeto de suspensión en situaciones excepcionales. (Comité de Derechos Humanos, 1993)

A nivel nacional, la Constitución Política en el artículo 75 garantiza el libre ejercicio de culto, aún cuando en el mismo artículo declara que la Religión Católica, Apostólica y Romana es la del Estado.

En uno de sus votos, la Sala Constitucional establece que:

> La libertad religiosa o libertad de culto encierra, en su concepto genérico, un haz complejo de facultades. En este sentido, en primer lugar, se refiere al plano individual, es decir, la libertad de conciencia, que debe ser considerada como un derecho individual frente al Estado, para exigirle abstención y protección de ataques de otras personas o entidades. Consiste en la posibilidad, jurídicamente garantizada, de acomodar el sujeto, su conducta religiosa y su forma de vida a lo que prescriba su propia convicción, sin ser obligado a hacer cosa contraria a ella. En segundo lugar, se refiere al plano social, la libertad de culto, que se traduce en el derecho a practicar, externamente, la creencia hecha propia. Esta última libertad, en cuanto manifestación externa de la libertad religiosa, comprende el derecho a mantener lugares de culto y a practicarlo, tanto dentro de recintos como en el exterior, siempre dentro de las limitaciones establecidas por el ordenamiento, sea por norma constitucional o norma legal. (Resolución Nº 2006-006576, el subrayado es del original)

Campos (2000) concuerda en que es competencia del Estado promover y proteger la libertad religiosa, la cual comprende la libertad de conciencia, la religiosidad y espiritualidad, la expresión personal de una fe y la toma de decisiones, que se espera sean congruentes con los principios y valores de la persona, "evitando que las libertades y la igualdad jurídica de los ciudadanos sean lesionadas por motivos religiosos." (p.195)

Según el Informe Anual sobre la Libertad Religiosa Internacional (2008), el Gobierno de Costa Rica en general es respetuoso con el derecho a la libertad de culto.

Existe así un estrecho vínculo entre la laicidad y la libertad de conciencia. Incluso a criterio de Blancarte (2008), la laicidad es una forma de organización político-social que busca establecer la igualdad de las personas, con un fuerte énfasis en las libertades de conciencia, de religión y de expresión.

En el marco del Estado Laico, el principio de libertad religiosa garantiza que las personas tienen plena libertad de actuar bajo sus preceptos y valo-

res religiosos, tanto respecto a sus espacios de reunión y expresión de la espiritualidad, como en relación con las decisiones personales que tomen. Esta libertad de manifestar las propias creencias puede ejercerse tanto a nivel individual como colectiva, en espacios públicos o privados. El fin de garantizar la libertad religiosa y la laicidad del Estado es evitar que la definición de leyes y políticas públicas pasen por el favorecimiento de una iglesia en detrimento de las otras o que se dé la imposición de ciertos valores a personas que no los profesan. (Huaco, 2007)

Es por tanto incongruente el artículo 75 de la Constitución Política que proclama la libertad de culto pero que a su vez otorga privilegios a una iglesia respecto a todas las demás. No obstante, ese no es el eje de análisis de este documento.

El artículo 1 de la Declaración de Laicidad impulsada por la Red Iberoamericana de Libertades Laicas resume de muy buena manera lo que se ha planteado sobre la libertad de conciencia:

> Todos los seres humanos tienen derecho al respeto de su libertad de conciencia y de su práctica individual y colectiva. Este respeto implica la libertad de adherirse a una religión o a convicciones filosóficas (incluidos el ateísmo y el agnosticismo), el reconocimiento de la autonomía de la conciencia individual, de la libertad personal de los seres humanos y su libre elección en materia de religión y de convicción. Esto implica igualmente el respeto por parte del Estado, dentro de los límites de un orden público democrático y del respeto de los derechos fundamentales, a la autonomía de las religiones y de las convicciones filosóficas. (Artículo 1, Declaración de Laicidad hacia el Siglo XXI, Red Iberoamericana de Libertades Laicas).

En esta caracterización de la libertad religiosa y de conciencia se empieza a vislumbrar el marco normativo de la objeción de conciencia, ya que va quedando claro que un Estado Democrático de Derecho no debe imponer valores basados en preceptos religiosos a personas que no comparten esa doctrina.

No obstante, ninguna libertad es absoluta y este caso no es la excepción. Según el Comité de Derechos Humanos (1993) se “permite restringir la

libertad de manifestar la religión o las creencias con el fin de proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos, o los derechos y libertades fundamentales de los demás, a condición de que tales limitaciones estén prescritas por la ley y sean estrictamente necesarias".

Más allá de las expresiones colectivas o individuales de las creencias, el reconocimiento de estas libertades incluye la oportunidad de decidir sobre aspectos relativos al proyecto de vida, la salud y el cuerpo, sin la injerencia arbitraria de los servicios de salud, de las iglesias y/o el Estado. Es acá donde surgen temas que generan mucha polémica en las sociedades actuales, entre ellos la eutanasia, el acceso de personas menores de edad a métodos anticonceptivos y el aborto.

La estructura jurídica y el marco conceptual de la objeción de conciencia

La objeción de conciencia se define como una negativa pública a realizar una acción establecida en el marco normativo de un país, aduciendo razones éticas y/o religiosas. Se considera que es una disyuntiva que enfrenta la persona entre un deber jurídico y un imperativo ético. Es una forma de resistencia o desobediencia a la ley positiva, pero que tiene algunas particularidades que la diferencias de otras formas de desobediencia civil. (Arrieta, 1998; Sánchez, 2007; Casado y Corcoy, s.f.)

El Comité de Bioética de la Universidad de Barcelona señala que existen diferencias entre la moral y el derecho. La moral apela a la conciencia personal en sus manifestaciones más íntimas y es autónoma, o auto impuesta, mientras que el derecho es heterónomo. La autoridad de la moral se basa en un convencimiento que apela a la propia conciencia y por ende no existen medios externos de coacción. Por su parte, el derecho puede ser impuesto por coacción. (Casado y Corcoy, s.f.)

Es así que el ordenamiento jurídico en cada país establece las normas válidas para todas las personas, independientemente de los valores y la moral de cada quien. El derecho vela por el cumplimiento de estas reglas en cuanto necesarias para la convivencia, imponiendo pautas éticas mí-

nimas para la vida social. No obstante, en una sociedad multicultural y respetuosa de los derechos humanos es posible que surja el conflicto entre el deber jurídico y los imperativos éticos de las y los ciudadanos.

Usualmente, las controversias se presentan ante ciertos temas o situaciones para los cuales existen diferentes posiciones en tanto marco ético y de valores. La decisión de no obedecer al Derecho por razones de desacuerdo moral es una opción ética individual y no jurídica. (Casado & Corcoy, s.f)

Aunque se habla de razones éticas y morales para la objeción de conciencia, en la práctica, las motivaciones se han limitado a razones religiosas. (Dieterlen, 1998) En este sentido, el Comité de Bioética de la Universidad de Barcelona plantea que

> (…) la invocación a una creencia religiosa lleva a aceptar sin preguntas casi cualquier posición, convicción u objeción. Ello convierte, en la práctica, a la libertad religiosa y de creencias en un argumento de autoridad mucho más fuerte que otros, puesto que —en nombre de una forma de tolerancia mal entendida y unidireccional— no es "políticamente correcto" ni siquiera pedir que se ponga entre paréntesis una creencia religiosa para dirimir un argumento. Este hecho subordina frecuentemente, en la práctica, otros derechos —que con frecuencia necesitan de pruebas y ponderaciones— a la libertad religiosa, para la que basta la invocación de una creencia por insólita que ésta pueda resultar. (Casado & Corcoy, s.f.; p.26)

La objeción de conciencia tiene una serie de características que la identifican y la definen:

1. Pretensión pública. La persona la plantea como un conflicto que tiene relevancia jurídica pública, la cual es dada por el ámbito de la justicia (ya sea mediante jurisprudencia o legislación nacional). A partir de sus propios valores morales la persona se siente facultada para rechazar la norma legal.

2. Se plantea frente a una obligación establecida legalmente, por lo tanto, el acto de objeción puede ser reconocido jurídicamente.

3. No se utiliza la violencia para la manifestación de la objeción de conciencia.

4. Tiene carácter individual. El origen es el conflicto interno de la persona y se busca la autorización para abstenerse de cumplir la norma legal, no es un llamado a cambiar la opinión pública. Aunque sea una conducta repetida por una serie de personas, cada una lo hace por motivos personales.

5. No persigue la modificación de una ley o una política, sólo la autorización para establecer excepciones a su aplicación. Por lo tanto, se considera que no persigue objetivos políticos.

6. Su carácter es estrictamente personal. No puede ser enunciada por terceras personas o por personas jurídicas.
(Arrieta, 1998; Diertelen, 1998; Navarro, s.f., Sánchez,, 2007)

El término de la objeción de conciencia no es muy conocido en Costa Rica. Quizá sea porque su origen se encuentra estrechamente asociado a la negativa de prestar el servicio militar obligatorio en aquellos países que así está establecido. Sin embargo, con el transcurrir de los años y particularmente con los avances en las últimas décadas en el reconocimiento de los derechos en salud sexual y salud reproductiva, su ámbito de acción se ha ido ampliando.

Por lo tanto, para conocer algunos de los criterios de la normatividad jurídica es preciso conocer su configuración respecto al servicio militar obligatorio. El Comité de Derechos Humanos, en relación a este tema y la aplicación del artículo 18[35], considera que la obligación de utilizar armamento y ocasionar la muerte a otras personas puede entrar en grave conflicto con la libertad de conciencia y la libertad religiosa.

[35] Declaración Universal de Derechos Humanos. Artículo 18. Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

La objeción de conciencia al servicio militar se ha configurado progresivamente como un derecho en Constituciones Políticas, normas legales y declaraciones internacionales. (Arrieta, 1998) Usualmente, esta normativa establece que las personas objetoras de conciencia realicen otro tipo de actividades que incluso pueden tener una duración mayor a la del servicio militar obligatorio. Además, se garantiza que las personas no sufran ningún tipo de discriminación por acogerse o no a la objeción de conciencia.

Martínez (1998) aclara que a nivel internacional existen avances y jurisprudencia a favor de la objeción de conciencia del servicio militar obligatorio, la cual ha tenido como soporte una mentalidad pacifista. No obstante, señala enfáticamente que la objeción de conciencia no se puede analizar en todos los casos en este mismo marco, ya que eso implicaría una distorsión de la realidad. En todos los otros casos la jurisprudencia internacional no es tan contundente y cada país lo ha resuelto a su manera. Por ejemplo, a nivel internacional, la Comisión y el Tribunal Europeo ha sido el órgano internacional que más jurisprudencia ha establecido en el reconocimiento y garantía de la libertad de religión, pero ha sido bien tímido en la protección de la objeción de conciencia.

Arrieta (1998) enumera las actividades, además del servicio militar obligatorio, en que es usual encontrar personas objetoras de conciencia.

1. Tratamientos médicos obligatorios. Por ejemplo, las personas Testigos de Jehová que se niegan a recibir transfusiones de sangre para el tratamiento de ciertas enfermedades o la realización de la atención de emergencias.

2. En el ámbito fiscal. Se refiere a personas que se niegan a que sus impuestos sean destinados a actividades en contra de sus creencias. Por ejemplo, el ejército, el sostenimiento de una religión oficial o la prestación de servicios de salud sexual y salud reproductiva.

3. En el ámbito laboral. Se refiere a personas que se niegan a trabajar en días que son de reposo según principios religiosos y que no están establecidos oficialmente.

4. Al juramento que se hace invocando principios religiosos.

5. En el ámbito educativo. Se refiere a padres y madres que objetan que sus hijos o hijas reciban ciertas materias en sus escuelas y colegios, por ejemplo clases de religión o de educación para la sexualidad.

6. Profesionales del área de la salud que se niegan a realizar interrupciones del embarazo que estén autorizados legalmente.

Revisando con detenimiento esta lista de actividades en las que las personas pueden ser objetoras de conciencia, es importante tener claro que los primeros cinco puntos hacen alusión a actividades que la propia persona realiza (recibir un tratamiento, recibir una cierta educación, prestar un juramento, etc.); mientras que el último punto hace referencia a la prestación de un servicio en el ejercicio de la función pública y por lo tanto se vuelve un caso más complejo.

El debate en torno a la libertad de conciencia se centra en si se debe permitir a las personas apelar a valores personales que entran en contradicción con imperativos legales. Desde los principios de un país democrático y respetuoso de los derechos humanos, creemos que sí se debe respetar la objeción de conciencia. No obstante, debe establecerse un procedimiento claro y reconocer los límites que tiene en cada caso.

Según Sánchez (2007), la objeción de conciencia debe estar limitada por cuatro circunstancias:

1. Sólo es aplicable al cumplimiento de deberes que implican los derechos de otras personas.

2. Se debe tener en cuenta las repercusiones que tenga la objeción de conciencia sobre otras personas.

3. Se debe restringir el concepto de objeción de conciencia para evitar que su interpretación se dé de manera banal o frívola.

4. La objeción de conciencia debe manifestarse ante un deber concreto, no ante la ley de manera general e indiscriminada. Por lo tanto, sólo se puede objetar la aplicación de la norma en un contexto determinado.

Aunque la objeción de conciencia a nivel de los servicios de salud y en particular en lo referente a la negativa a realizar interrupciones del embarazo que están permitidas legalmente se analizará en el siguiente apartado, es imprescindible realizar algunas acotaciones en relación con el tema de la bioética y sus cuatro grandes principios, ya que se plantean algunos dilemas éticos que será preciso resolver al momento de la prestación de los servicios. (Sánchez, 2007)

1. Principio de autonomía. Es la esencia de la objeción de conciencia, ya que el o la profesional la establece en función de su autonomía. El problema es cuando esa decisión afecta a un derecho y a la autonomía de otra persona.

2. Principio de beneficencia. Este principio establece que se debe hacer el bien a cada persona, el cual es individual y de gestión privada. En relación con el principio anterior, el conflicto surge cuando el bien para la persona objetora de conciencia entra en contradicción con el bien definido por la persona que solicita el servicio.

3. Principio de no maleficencia. La persona objetora de conciencia debe tener claro que el principio de no maleficencia es superior al resto de los principios en algunos supuestos concretos. Por ejemplo, cuando en casos de no realizar el procedimiento en los que se declara la objeción puede causar un daño mayor a la persona.

4. Principio de Justicia. La objeción de conciencia puede suponer una inequidad ya que se valoran de manera diferente los valores religiosos de los valores morales seculares. Además, el principio de justicia puede verse comprometido cuando respetar la objeción de conciencia del o la profesional, implica un aumento en los costos para el servicio de salud.

Cada uno de estos planteamientos es complejo y puede generar un intenso debate. Este análisis se profundizará en el siguiente apartado.

A nivel nacional, no existe jurisprudencia ni legislación sobre la objeción de conciencia para el caso particular de los servicios de salud. En el

2006, la Sala Constitucional emite una resolución frente a un caso de un funcionario del Poder Judicial que se negaba a cumplir con un aspecto del uniforme alegando principios religiosos. La Sala consideró que esta persona, en tanto funcionario público, tenía una relación de sujeción especial, en la cual

> (…) los administrados, poseen frente a los poderes públicos no solo poderes, derechos subjetivos e intereses legítimos, sino también situaciones pasivas o de deber. El administrado puede ser obligado a soportar la actuación de un tercero, caso en el que se habla de sujeción. De igual modo, puede estar obligado a realizar una conducta o actuación determinada –positiva o negativa-. Esa conducta puede ser en interés de un tercero (obligación), de sí mismo (carga), o de la generalidad (deber público). El ordenamiento jurídico-administrativo procura, igualmente, el cumplimiento de tales deberes en beneficio de los intereses públicos o colectivos que atienden las administraciones públicas en cuanto organizaciones serviciales. Desde esta perspectiva, el Estado está en posibilidad de limitar o restringir los derechos de los administrados, con el fin de velar por el cumplimiento del interés público que orienta el actuar administrativo. Limitaciones que a su vez, y tratándose de funcionarios públicos, le son, claramente, estipuladas e impuestas al administrado desde el momento en el cual, por su propio deseo y voluntad, ha entrado en una relación estatutaria. (Resolución Nº 2006-006576, subrayado es del original)

En este caso la Sala rechaza la petición del funcionario ya que considera que "la ambigüedad con la cual el actor plantea este agravio, impide establecer con precisión la creencia o culto religioso que profesa" a fin de determinar si lo establecido en el reglamento del uniforme violentaba sus creencias personales. (Resolución Nº 2006-006576)

Por otro lado, aunque no tengan un valor jurídico, los Códigos de Ética de algunos Colegios Profesionales son documentos muy importantes para el ejercicio de la profesión. Debido a que el interés de este artículo es la objeción de conciencia en el sector salud, se hace una revisión de lo que se estipulan en los códigos del Colegio de Médicos y del Colegio de Enfermeras, ya que son las dos profesiones que según el Código Penal,

están facultadas para realizar interrupciones terapéuticas del embarazo.

El Código de Moral y Ética del Colegio de Médicos y Cirujanos plantea:

1. El o la profesional puede rehusarse a realizar actos médicos que estén en contra de su conciencia o su ética. (artículo 14 y 39, inciso e)[36]

2. El retiro de la atención a un o una paciente no debería causarle ningún daño. (artículo 16, inciso a)[37].

3. Debe asegurarse que otra u otro profesional le brinde la debida atención. (artículo 16, inciso b).

Por su parte, en el Código de Ética del Colegio de enfermeras se encuentran al menos seis artículos que podrían estar relacionados con el tema. Es muy preocupante que algunos de ellos, lejos de ser un marco normativo para la objeción de conciencia, atentan abiertamente contra la libertad de conciencia de sus profesionales.

Por un lado, se presume que el o la profesional en enfermería puede negarse a la participación en actividades que estén en contra de sus prin-

[36] Artículo 14. El médico puede rehusarse a realizar actos médicos, que aún siendo permitidos por ley, sean contrarios a los dictados de su conciencia siempre y cuando no se ponga en peligro la salud del enfermo. Artículo 39. El médico tiene derecho a finalizar la relación médico- paciente si: b. Aporta toda la información al paciente o responsable legal, o lo notifique a la Fiscalía del Colegio de Médicos y Cirujanos solo en el caso que no haya sido posible informar directamente al interesado, asegurando la continuidad de los cuidados y aportando toda la información al médico que lo sustituirá. e. Sus principios éticos no le permiten continuar la atención, en cuyo caso deberá cumplir con lo establecido en el inciso b) anterior.

[37] Artículo 16. El médico puede desligarse de su misión, a condición de: a) No hacer daño por este hecho a su enfermo. b) Asegurarse de la continuidad de los cuidados y de dar, a este efecto, los informes útiles a quien asuma la responsabilidad del caso. c) Que el enfermo o sus responsables legales se lo soliciten por escrito.

cipios éticos (artículos 12, 34 y 51)[38]. Por el otro, no sólo establece una censura para la participación en la interrupción del embarazo (artículo 25)[39], aún y cuando el Código Penal faculta a profesionales en enfermería obstétrica a realizar dicho procedimiento; sino que además señala que deben combatir entre la práctica del aborto entre sus pacientes (artículo 35)[40]. Esta contradicción se amplía, ya que también establece el Código que sus profesionales deben respetar los principios religiosos e ideológicos de sus pacientes (artículo 32)[41].

En este caso, el Código de Ética está atentando directamente contra la libertad de conciencia de sus profesionales e incluso les está incitando a oponer sus propios valores religiosos y morales a las usuarias, aspecto que es severamente sancionado en el ejercicio de la profesión, particularmente en el sector salud.

[38] Artículo 12. Negará su intervención o participación en actividades que contraríen los principios éticos en que la profesión se inspira, asumiendo la responsabilidad ante los organismos o autoridades respectivas. Artículo 34. Bajo ninguna circunstancia la enfermera puede hacer abandono del paciente o pacientes a su cargo, salvo, previo aviso a quien corresponda, cuando: a) Motivos personales muy calificados le impidan continuar con su responsabilidad. Artículo 51. La enfermera tiene derecho a rehusar llevar a cabo aquellas funciones incompatibles con sus principios o con sus convicciones religiosas, siempre que no perjudiquen al paciente.

[39] Artículo 25. El miembro del Colegio no podrá contribuir a la interrupción del embarazo en ninguna de sus etapas, bajo pena de las sanciones legales y morales pertinentes.

[40] Artículo 35. El aborto y el infanticidio son métodos que la enfermera combatirá en la conciencia de sus pacientes, la familia y comunidad.

[41] Artículo 32. Debe ser respetuosa de las creencias y prácticas religiosas e ideológicas de sus pacientes.

La objeción de conciencia en el sector salud

La objeción de conciencia es una tendencia cada vez más creciente en los servicios de salud en América Latina, en especial a partir de la inclusión de los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

En el apartado anterior se señalaba que a excepción de la objeción de conciencia para el servicio militar obligatorio, los acuerdos o jurisprudencia internacional sobre su aplicación en otros ámbitos, en particular en el sector salud, son muy limitados.

Debido al carácter vinculante que tiene la CEDAW para el Estado costarricense, es pertinente citar una de sus recomendaciones generales:

> (…) es discriminatorio que un Estado niegue la provisión legal de servicios de salud reproductiva para las mujeres. Por ejemplo, si un proveedor de servicios se niega a prestarlo con base en la objeción de conciencia, deben introducirse medidas que aseguren que las mujeres sean referidas a prestadores de salud alternativos. (CEDAW, Recomendación General No. 25, 20º período de sesiones, 1999.)

A nivel internacional, en algunos países la objeción de conciencia se permite teniendo una serie de consideraciones, como por ejemplo que no se puede declarar la objeción de conciencia si existe un caso de emergencia, peligro de muerte, o riesgo de un daño grave a la salud emocional o física de la mujer. En otros países no se permite la objeción de conciencia en ningún caso. (Arrieta, 1998)

En un país democrático de derecho y en apego al respeto de la libertad de conciencia de las personas como un derecho humano fundamental, consideramos que la objeción de conciencia debe estar permitida, pero es deber del Estado tutelarla jurídicamente para brindar protección tanto a la persona objetora como a la usuaria que requiere el servicio. (Arrieta, 1998, Casado & Corcoy, s.f.) Si no se establece esta normativa, se corre el riesgo de pasar del respeto de los derechos de las y los profesionales de salud a un boicot a los derechos humanos de las mujeres por parte de

parte de algunos sectores. (González, coord., 2008) Incluso la OMS reconoce la objeción de conciencia como una barrera que dificulta el acceso de las mujeres a abortos legales y seguros. (OMS, 2003)

Esta tutela jurídica de la objeción de conciencia debe estipular tanto el trámite o procedimiento por medio del cual la persona manifiesta su objeción, como las situaciones en que está o no permitida.

La posibilidad de hacer uso de la objeción de conciencia debe estar bien delimitada, ya que si se utilizara en forma cotidiana para mediar conflictos entre profesionales y pacientes, habría poco espacio para la neutralidad moral que se espera de los cuidadores de salud, generando un encuentro permanente entre la autonomía de dos personas que se encuentran en relaciones de desigualdad en ese contexto particular. (González, coord., 2008)

A criterio de esta autora

> (…) la desigualdad de poder entre profesionales de la salud y pacientes puede desnudar una nueva faceta de la expresión de la objeción de conciencia: de ser una consecuencia de la pluralidad moral pasa a ser un instrumento de opresión de las mujeres que deciden practicarse un aborto. En este sentido, para evitar que la objeción se convierta en un instrumento de opresión, es preciso que se reconozca, entre otras, el carácter moralmente neutro de las instituciones de salud. (González, coord., 2008; p.198)

También es importante hacer una distinción sobre los alcances de la objeción de conciencia en los servicios públicos y privados. En la esfera pública las y los funcionarios están sujetos a una serie de normas y reglamentos que obligan a la institución no sólo a garantizar el derecho humano al más alto nivel posible de salud mediante la prestación de servicios de calidad, sino a centrarse en el interés público y por ende no pueden negarse a la prestación de un servicio. Por su parte, los centros privados de salud tienen una mayor autonomía para fijar un encuadre ideológico en la prestación de servicios si es de su interés. (Sánchez, 2007, Casado & Corcoy, s.f.)

Cuando se presenta la objeción de conciencia en personal de salud, esta acción tiene repercusiones directas en terceras personas, en este caso, en la mujer que requiere la interrupción legal del embarazo. Por lo tanto, el derecho de la libertad de conciencia entra en conflicto con los deberes profesionales y los derechos de la usuaria. Se debe resolver este problema "atendiendo al principio de proporcionalidad a través de la oportuna ponderación que valore la adecuación entre medios, fines y consecuencias". (Casado & Corcoy, p.26)

El Comité de Bioética de la Universidad de Barcelona (Casado & Corcoy, s.f.; p. 32) establece que para la eficacia de la objeción de conciencia deben establecerse los siguientes requisitos:

a) Corroborar que la persona tiene las convicciones que afirma tener. Para esto no es necesario violentar su derecho a la intimidad o libertad de conciencia, sino que puede apreciarse si es congruente con la conducta regular de la persona.

   También es importante asegurarse que la objeción es por motivos eminentemente religiosos y no por discriminación en el origen étnico, el estado civil, el nivel socioeconómico o cualquier otra condición de la usuaria. (Cook, Arango, Dickens; 2009)

b) Debe declararse explícitamente. Debe existir claridad sobre las condiciones, los requisitos, las formalidades y los plazos para poder ejercerla. La recomendación es que cada institución tenga un registro de las personas objetoras de conciencia, a fin de asegurar la provisión del servicio. En respeto al derecho a la confidencialidad y la intimidad de las personas, éste registro no debe ser público. (Cook, Arango, Dickens, 2009)

c) La objeción de conciencia sólo podrá ejercerse para las conductas que efectiva y directamente resulten afectadas por la creencia que fundamenta la objeción.

d) Debe admitirse la posibilidad de una objeción de conciencia que no había sido declarada anteriormente y que surge debido a avances tecnológicos o modificaciones en las normas vigentes.

e) Debe admitirse la posibilidad de la llamada objeción de conciencia parcial que surge en casos límite respecto de la legalidad. Se trata de supuestos basados en un deber jurídico de actuar pero las circunstancias determinan que sea discutible la concurrencia de ese deber.

f) No cabe la objeción de conciencia cuando se conoce de forma inequívoca la voluntad de la persona de no someterse al procedimiento o al tratamiento recomendado. Con excepción de aquellos casos en que existan razones de salud pública, no se puede interferir por razones de conciencia en la libertad de conciencia de otras personas, ni siquiera si dicha el objetivo es mejorar la salud o prolongar la supervivencia del paciente.

Debido a lo novedoso que puede resultar este tema en nuestro país, al menos en el sentido de normatividad jurídica, surgen otras interrogantes, por ejemplo: ¿quiénes pueden acogerse o no a la objeción de conciencia?, ¿existen casos o circunstancias en que se limita el ejercicio de la libertad de conciencia?, ¿en qué parte de la atención de una usuaria se puede aplicar o no la libertad de conciencia?, ¿cómo se protege el derecho a la no discriminación de profesionales que hagan o no objeción de conciencia en algunas situaciones?

Debido a la inexistencia de jurisprudencia nacional, se hará algunos planteamientos sobre estos puntos en apego al respeto de los derechos humanos tanto del personal de salud como de las usuarias de los servicios.

1. Personal que puede declarar la objeción de conciencia

La objeción de conciencia debe estar permitida para las y los profesionales que intervienen directamente en la interrupción del embarazo. Para el caso de Costa Rica y en apego a lo establecido por el Código Penal, nos referimos a las personas profesionales en medicina y en enfermería obstétrica.

No obstante, este personal no podrá hacer objeción de conciencia para la atención de la mujer en otras tareas que no estén directamente relacionadas con el procedimiento en sí mismo. Por ejemplo, la atención de la

mujer después de realizada la interrupción del embarazo, la administración de medicamentos, atención en citas posteriores, entre otros. (Cook, Arango, Dickens, 2009; González, coord., 2008)

Tampoco podrá ser objetor de conciencia el personal administrativo, el personal de farmacias o de cualquier otro sector de la clínica u hospital debido a que no están directamente implicados con la realización del procedimiento y deben cumplir con el deber público de brindar atención a las personas que están en los servicios, máxime si se trata de procedimientos legalmente establecidos. Por ejemplo, una o un farmacéutico no podrá negarse a despachar un medicamento que es solicitado por un o una profesional en medicina o una asistente de enfermería no podrá negarse a tomar la presión de la mujer si es parte del proceso de atención.

Otro caso particular es el personal que tiene a su cargo las consejerías o el asesoramiento de las mujeres que solicitan o requieren una interrupción de un embarazo. En la medida en que el objetivo del asesoramiento es presentar la información completa y libre de valores para que sea la mujer quien decida, este personal no tiene nada que objetar ya que la información no está sujeta a sus valores o moral y está en la obligación ética de respetar tanto los valores y las creencias de la mujer como su decisión. (González, coord., 2008)

Ya que la objeción de conciencia se enmarca en el derecho a la libertad de religión y conciencia, las instituciones y el Estado no pueden ser objetores ya que implica una capacidad moral y volitiva que es atribuible únicamente a seres humanos y no a personas jurídicas. Incluso, si existen clínicas u hospitales que se definan religiosas, si prestan servicios públicos de salud, no pueden negarse a dar atención y realizar procedimientos para los que están debidamente habilitados. (González, coord., 2008; Casado & Corcoy, s.f.; Sentencia C355-2006)

La OMS (2003) establece que

> Cuando un hospital, clínica, o centro de salud ha sido designado como una institución pública que ofrece servicios permitidos por la ley, no se puede poner en peligro la vida o salud de la mujer negán-

dole esos servicios. Se deben proveer los servicios de aborto en toda la extensión permitida por la ley. (p.66)

Las facultades y centros educativos que forman personal de salud tampoco pueden alegar objeción de conciencia para no capacitar a sus estudiantes en técnicas de aborto seguro. (Cook, Arango, Dickens, 2009)

En resumen, tal y como se indicó anteriormente, sólo el personal que está directamente implicado en la realización del procedimiento podría declarar su objeción de conciencia.

2. La objeción de conciencia cuando está en riesgo la vida o la salud de la mujer

No se puede alegar objeción de conciencia si se trata de un caso en que exista riesgo de que el retraso en la atención provoque un daño en la salud o que esté en riesgo la vida de la mujer. La salud y la vida de la mujer son derechos humanos fundamentales que no pueden afectarse por una libertad derivada del derecho a la libertad de conciencia de la persona prestadora de servicio. Este principio está claramente establecido en las guías técnicas que regulan la prestación de servicios legales de aborto en diferentes países y que permiten la objeción de conciencia.

La OMS (2003) señala categóricamente que en casos en que no haya otra persona para atender a la mujer "(…) el profesional de salud deberá realizar el aborto para salvar la vida de la mujer o para prevenir daños permanentes a su salud, en cumplimiento de la ley nacional". (p. 66)

La Sentencia de la Corte Suprema de Justicia de Colombia que decretó la despenalización parcial del aborto señala que el deber y la responsabilidad profesional trascienden la conciencia individual, por lo tanto, en algunas situaciones el o la profesional deberá participar en procedimientos que objeten. (Sentencia C355-2006)

Esta disposición es una clara aplicación del principio de no maleficencia planteado desde la bioética.

3. Los centros de salud deben garantizar la prestación del servicio

A lo largo de este documento se ha mencionado que la objeción de conciencia es personal y que es atribuible únicamente a personas físicas, por lo que una institución no puede declararse objetora de conciencia.

Por lo tanto, en aquellas situaciones en que el aborto es legal, toda institución prestadora de servicios debe garantizar que las mujeres reciban el servicio, independientemente de si parte de su personal es objetor de conciencia. Para esto, la institución tiene que garantizar que si una mujer es atendida por un o una profesional objetora de conciencia, se debe hacer la respectiva referencia a otro u otra profesional. Si existe un riesgo para la salud o la vida y no hay posibilidad de una referencia que garantice una atención ágil y oportuna, el o la profesional que atendió inicialmente a la mujer está en el deber profesional y ético de realizar el procedimiento. También es importante mencionar que la objeción de conciencia debe haber sido declarada previamente por el o la profesional y no puede negarse la atención a la mujer en el momento mismo de la consulta. (OMS, 2003; Casado & Corcoy, s.f.)

Por lo tanto, debe estar muy claro en las instituciones de salud que la objeción de conciencia del personal no puede convertirse en un obstáculo o una barrera para que las mujeres accedan a la interrupción legal del embarazo. (OMS, 2003; González, coord., 2008) Una institución no puede apelar al argumento de que sus profesionales son objetores para no brindar el servicio. (Cook, Arango, Dickens, 2009)

Ante la objeción de conciencia de un o una profesional y la solicitud de una mujer de una interrupción legal del embarazo se da un encuentro del ejercicio de la autonomía de dos personas. Por lo tanto, es inadmisible que las creencias y los valores del o la profesional en salud prevalezcan sobre las de la mujer al punto de anular su capacidad de decidir sobre su propio cuerpo y su vida. (González, coord., 2008)

En este sentido, la referencia a otro u otra profesional se convierte en un deber jurídico, ya que el abandono de la paciente o la negligencia en

su atención constituyen conductas que acarrean responsabilidad legal de conformidad con la legislación nacional, los códigos de ética y el marco internacional de protección de los derechos humanos. (González, coord., 2008)

Al hacer la referencia a otra u otro profesional que atienda el caso, se deben seguir los principios de la ética profesional que aplica en cualquier situación. Al menos deben cumplirse cuatro principios:

a) debe referirse a un o una profesional con la debida capacitación para prestar el servicio;

b) debe brindarse la información completa y oportuna que garantice la mejor atención de la mujer;

c) debe respetarse la confidencialidad y la privacidad de la mujer; y,

d) debe hacerse de manera respetuosa con la decisión de la mujer. (González, coord., 2008)

4. La objeción de conciencia y el derecho a la información

El consentimiento informado es un requisito básico para la atención en los servicios de salud y éste se basa en la decisión de la mujer sobre información completa y veraz que le es brindada por parte del personal de salud.

La labor del personal de salud en ningún caso se trata de disuadir o convencer a la mujer presentando sus propios valores morales y religiosos. Por consiguiente, ningún o ninguna profesional en salud puede negar, ocultar o distorsionar información a las mujeres que tienen la posibilidad de recurrir a un aborto legal, aún y cuando sean personas objetoras de conciencia respecto a la realización del procedimiento. La negación o distorsión de información es una conducta sujeta a responsabilidad ética y profesional que debe ser sancionada tanto por la institución prestadora de servicios como por el gremio profesional.

5. La objeción de conciencia y el derecho a la no discriminación

Las personas profesionales de salud no podrán sufrir ningún tipo de discriminación o coacción por declararse o no objetoras de conciencia ante una determinada práctica o procedimiento. No obstante, en la medida en que es responsabilidad de la institución la prestación del servicio de interrupción legal del embarazo, éstas al contratar nuevo personal o hacer traslados internos, pueden indagar o tomar su decisión con base en si las personas son o no objetoras sin que esto constituya ningún tipo de discriminación. (Cook, R.; Arango, M.; Dickens, B., 2009; González, coord., 2008)

González, coord., (2008) ilustra este caso con jurisprudencia del Tribunal Supremo de España:

> (…) se consideró que no era discriminatorio trasladar a un grupo de enfermeras que eran objetoras de conciencia para la práctica de abortos, a otros servicios del mismo hospital: "(...) resulta ostensible a primera vista y sin necesidad de un análisis profundo, que no se aprecia conexión directa entre los hechos que conforman el soporte de la pretensión procesal y la norma constitucional cuya vulneración se acusa. En efecto, esta proclama y garantiza la libertad ideológica y religiosa (artículo 16), libertad de pensamiento no menoscabada ni negada por el traslado de las Ayudantes Técnico-Sanitarias a servicios distintos de los ginecológicos dentro del mismo centro médico. Efectivamente, existe en principio un fundamento objetivo notorio, expuesto por las mismas interesadas, para tal decisión, y es, precisamente, su deseo de no intervenir en interrupciones voluntarias de embarazos (por lo demás, tan legítima como la contraria). Tal actitud negativa implica la imposibilidad de colaborar en tareas normales del departamento en el cual se hallaban adscritas, con perturbación previsible del servicio cuando se presentaron tales casos. No cabe hablar, pues, de "represalia" si el cambio de destino se hace sin afectar al lugar de residencia (Ponferrada), al Hospital ("Camino de Santiago"), a las categorías profesionales y a los salarios o sueldos, que en ningún momento han sido degradadas o disminuidas. (Sentencia 24 de 1987, citada en González, coord., 2008; p. 203)

No obstante, la desigualdad de poder que existe entre profesionales de la salud y las mujeres provoca que la objeción de conciencia se convierta en un instrumento de opresión, pues algunas veces se transforma en intimidación, descalificación o en un acceso nulo o limitado a los servicios de aborto legal. (González, coord., 2008)

La regulación de la objeción de conciencia en otros países

En los últimos años han surgido en varios países de América Latina y de otras regiones del mundo guías de atención para los casos de aborto legal permitido en cada contexto. Estas guías son el marco normativo para la prestación del servicio de interrupción del embarazo en los supuestos previstos por la ley, a fin de garantizar por un lado los derechos de las mujeres que acuden a los centros de salud y, por otro, brindar certidumbre a las y los profesionales que atienden los casos.

En términos generales, estos marcos normativos establecen los principios y/o previsiones que se han reseñado anteriormente. Cabe resaltar que en Colombia se hace la previsión de que la objeción de conciencia quedará sujeta a que posteriormente los Tribunales de Ética Médica dictaminen si era procedente y pertinente.

En el caso de Argentina se destacan tres puntos. (a) Es la única guía que establece un plazo máximo (cinco días) para la referencia del caso a otra u otro profesional no objetor. (b) Establece la creación de un registro de personas objetoras que rige a nivel público y privado. (c) Indica que a la mujer se le debe informar desde la primera cita que está siendo atendida por una persona objetora.

A modo de ilustración se hace una reseña de lo que establecen las guías de atención de otros países. Se incluyen tres países latinoamericanos que aprobaron guías de atención en los últimos cuatro años y en que el aborto está permitido únicamente en algunos supuestos. Además, tres países de otras latitudes (dos europeos y uno africano) en que el aborto es legal.

Aunque es un poco reiterativo, se incluye el detalle de cada guía a modo de ilustración sobre la manera en que se ha regulado la objeción de con-

ciencia, mostrando que a pesar de ser contextos muy diversos, las reglas son comunes.

1. **Brasil** (2005; p.15)

   No se permite la objeción de conciencia:

   - En caso de que se deba realizar el aborto por riesgo en la vida de la mujer.
   - En cualquier situación de aborto permitida jurídicamente, siempre y cuando no exista otro médico o médica que realice el procedimiento y cuando la mujer pueda sufrir daños en su salud en razón de la omisión del médico o la médica.
   - En la atención de complicaciones derivadas del aborto inseguro y se trate de casos de urgencia.

   Se establece que:

   - Es deber del médico o la médica informar a la mujer sobre sus condiciones y derechos y en aquellos casos que exista objeción de conciencia, garantizar la atención por parte de otro u otra profesional. No se puede negar la atención pronta de la mujer en cualquier caso de aborto o propiciar situaciones de negligencia, omisión o postergación que violen los derechos humanos de las mujeres.
   - En caso de omisión de la atención que provoque la muerte de la mujer o que le cause daños físicos y mentales, el médico o la médica incurre en responsabilidades civiles y penales de acuerdo a lo estipulado en el Código Penal.
   - Es deber del Estado mantener en los hospitales públicos personal que realice los abortos. Si la mujer sufre algún perjuicio de orden moral, físico o psíquico como resultado de la omisión, existirá responsabilización personal o institucional.

2. **Colombia** (2006; p. 13)

Para la objeción de conciencia se observarán las siguientes reglas:

a) No se puede negar u ocultar información sobre los derechos de la gestante en materia de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), ni coartar su voluntad para persuadirla de su decisión. Tampoco se puede negar información sobre opciones terapéuticas y de manejo diferentes a la IVE, para el caso específico, si las hay.

b) Se debe brindar a la gestante la orientación necesaria y referirla inmediatamente a un prestador no objetor entrenado y dispuesto dentro de la misma institución o a otra de fácil acceso que garantice la atención.

c) Cuando el objetor es el único profesional con capacidad de brindar el servicio y/o no sea posible la referencia oportuna a un prestador no objetor, o cuando esté en inminente riesgo la vida de la gestante, debe realizar el procedimiento de IVE en cumplimiento de la obligación última del prestador de proteger la vida o la salud de la mujer.

d) Se debe respetar la confidencialidad de la identidad de la gestante que manifiesta su voluntad de IVE.

Lo anterior sin perjuicio de que posteriormente los Tribunales de Ética Médica puedan determinar si la objeción de conciencia era procedente y pertinente.

Estas disposiciones fueron reafirmadas por la Corte Constitucional Colombiana a inicios del 2008. (Cook, R.; Arango, M.; Dickens, B., 2009)

3. Argentina (2007; p. 20-21)

- Toda institución en la que se lleve a cabo la práctica de abortos no punibles (ANP) deberá contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos que la ley le confiere a la mujer.

- Los reemplazos o sustituciones que sean necesarias para obtener dicho fin serán realizados en forma inmediata y con carácter de urgente por las autoridades del establecimiento asistencial que corresponda.

- Ante la ausencia de un profesional no objetor, ninguna objeción de este tipo, aunque sea fundada en los términos de este punto, podrá ser invocada para eludir el deber de participar en un tratamiento que sea de carácter urgente.

- En ningún caso, la sustitución de un profesional objetor de conciencia podrá realizarse en un plazo mayor al de 5 (cinco) días contados desde la constatación de las causales de no punibilidad.

- La objeción de conciencia es siempre individual y no puede ser institucional.

- Debe ser declarada, según se prevea en las reglas de cada jurisdicción, por el profesional de la salud a partir de la entrada en vigor de la presente Guía o al momento de iniciar sus actividades en el establecimiento de salud correspondiente. La declaración regirá tanto para su actividad en relación de dependencia pública como en su actividad privada.

- Las mujeres deberán ser informadas sobre las objeciones de conciencia de su médico/a tratante y/o del personal auxiliar desde la primera consulta que realicen con motivo del embarazo.

- Las maniobras dilatorias, el suministro de información falsa y la reticencia para llevar a cabo el tratamiento por parte de los profesionales de la salud y las autoridades hospitalarias constituirán actos sujetos a la responsabilidad administrativa, civil y/o penal correspondiente.

4. España*

No existe regulación jurídica de la objeción de conciencia. Existe alguna regulación prevista en los Códigos de Ética de gremios profesionales pero estos no son considerados norma jurídica. La Jurisprudencia del Tribunal Constitucional establece que:

- Sólo puede ser ejercida por profesionales en medicina y enfermería.
- El traslado del personal objetor a servicios no relacionados con aborto no es discriminatorio siempre y cuando no menoscabe su salario, categoría o residencia.

5. Sudáfrica*

- Debe referir a la mujer a un médico o médica que no sea objetora.
- Las instituciones públicas de salud deben asegurar la prestación de los servicios.
- Debe ser presentada a título individual y no en grupo.

* Tomado de Carino, G., González, A. y Durán, J. (2007) Aborto legal. Regulaciones Sanitarias Comparadas. Federación Familiar de Planificación Familiar (IPPF).

6. Noruega*

- La persona debe entregar una notificación escrita con una explicación detallada a la cabeza administrativa del hospital o la institución.

- Aplica sólo al personal de salud que practique o asista la operación directamente, y no al personal que atienda a la mujer antes o después de la misma.
- La cabeza administrativa del hospital o la institución deberá, cada trimestre, notificar a la municipalidad del condado el número de objetores de conciencia en las diferentes categorías del personal de salud e incluir el personal que está disponible todo el tiempo y el número de vacantes dentro de cada categoría.

- Una copia del reporte debe ser enviada al director de los servicios de salud y al oficial médico del condado.

- Para asegurarse de cumplir con la disponibilidad en cada lugar de residencia tanto como sea posible, la municipalidad del condado cuando advierta una vacante de personal de salud puede convertir en una condición para el empleo que la persona nombrada para el puesto no sea objetora de conciencia.

Conclusiones

En los progresos en temas de derechos de las mujeres y en particular el aborto es usual que por cada avance que se logra debe hacerse una concesión. Es en este sentido que la objeción de conciencia para el tema de aborto parece ser una directriz "lógica" para encontrar ese punto de acuerdo: respetar la decisión de las mujeres y la del personal de salud de no realizar el procedimiento por razones de conciencia.

Decimos concesión porque queda claro que la objeción de conciencia, más que una libertad emanada de un derecho, se ha convertido en una herramienta política de los sectores opositores a la despenalización del

aborto.

Es por esto que la objeción de conciencia no puede ser una simple declaratoria sin fundamento, ¿en qué quedaría la administración pública si tuviera que respetarse la objeción de conciencia de sus funcionarias y funcionarios para tareas diversas?, ¿en qué quedarían los servicios de salud si las personas se negaran a atender a usuarias y usuarios por creencias personales? ¿Qué pasa si en los servicios un médico se niega a atender a una mujer porque es negra? ¿O a una mujer soltera que está embarazada? Estos casos que parecen un "sinsentido" reflejan el camino que aún falta por recorrer en el reconocimiento de los derechos en salud sexual y salud reproductiva de las personas y en particular de las mujeres.

Por ahora, en aras del respeto a los derechos humanos, el acuerdo parece ser el respeto a la objeción de conciencia, pero en el marco de una normativa que proteja y garantice los derechos de las mujeres.

Debido a que en Costa Rica el aborto terapéutico es el único que está despenalizado, se presume que en todo procedimiento que se deba realizar está en riesgo la salud o la vida de la mujer. Por lo tanto, el ámbito de la objeción de conciencia es muy limitado, ya que a pesar de que existe el respeto a la negativa de un o una profesional a realizar el procedimiento, si no está disponible otra persona que pueda asumir el caso de manera inmediata, tendrá que cumplir con lo estipulado.

Referencias bibliográficas

Arrieta, J. (1998). Las objeciones de conciencia a la ley y las características de su estructura jurídica. En Objeción de conciencia. Serie L: Cuadernos del Instituto; c) Derechos Humanos, 3, 187-205. Consultado el 4 de febrero de 2009, de http://info5.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=156

Blancarte Pimentel, R. (2008). Para entender el Estado Laico. México: Nostra Ediciones.

Campos Salas, D. (2000). Relaciones Iglesia – Estado en Costa Rica: un estudio histórico-jurídico. San José: Editorial Guayacán.

Carino, G.; González, A. y Durán, J. (2007). Aborto legal: regulaciones sanitarias comparadas. New York: Federación Internacional de Planificación Familiar, Región Hemisferio Occidental.

Casado, M. & Corcoy, M. (coordinadoras) (s.f.) Objeción de conciencia en sanidad. Universidad de Barcelona. Observatorio de Bioética y Derecho. Consultado el 11 de febrero de 2009, de http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Objecion_de_conciencia.pdf

Colegio de Enfermeras de Costa Rica. (1973). Código de Ética Profesional. Consultado El 11 de Noviembre de 2008, de http://www.enfermeras.co.cr/Documentos/Codigo_Etica.htm

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. (2008). Nuevo Código de Moral Médica. Publicado en La Gaceta nº 115, del 16 de junio de 2008.

Comité de Derechos Humanos. (1993). Observación general Nº 22. 48° período de sesiones.

Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). (1999). Recomendación General No. 25, 20º período de sesiones.

Cook, R.; Arango, M.; Dickens, B. (2009). Healthcare responsibilities and conscientious objection. En International Journal of Gynecology and Obstetrics. 104, 249–252.

Dieterlen Struck, P. (1998). La objeción de conciencia. En Objeción de conciencia. Serie L: Cuadernos del Instituto; c) Derechos Humanos, 3, 187-205. Consultado el 4 de febrero de 2009, de http://info5.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=156

Gobierno de los Estados Unidos. Secretaría para la Democracia y Asuntos Internacionales. (2008). 2008 Informe internacional de la libertad religiosa. Consultado el 11 de febrero de 2009, de http://www.state.gov/g/drl/rls/irf/2008/index.htm

González Vélez, A. C., coord. (2008). Causal salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. [México, D. F.]: Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.

Huaco Palomino, M. (2007). Laicidad, un principio constitucional. En Católicas por el Derecho a Decidir, Memoria. Fomentando el Conocimiento de Libertades Laicas. Seminario Internacional, 20-29. Bolivia: Imprenta Acertijo.

Guranizo, D. Entre el deber y la conciencia: la objeción de conciencia frente al aborto. Elementos mínimos de regulación. Consultado el 8 de febrero de 2009, de www.unal.edu.co/bioetica/documentos/conveniodoc/i1_cuarta_parte__14_objecion_de_conciencia_2.doc

Martinez, J. (1998). El derecho internacional y las objeciones de conciencia. En Objeción de conciencia. Serie L: Cuadernos del Instituto; c) Derechos Humanos, 3. Consultado, el 4 de Febrero de 2009, de http://info5.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=156

Navarro, J. Salud reproductiva y objeción de conciencia. Consultado el 4 de febrero de 2009, de www.uca.edu.ar/esp/sec-fderecho/esp/docs-actualidad/documentos/1180986892doctrinas.rtf

Red Iberoamericana de Libertades Laicas. (2006). Declaración universal sobre la laicidad en el siglo XXI. Consultado el 10 de febrero de 2009, de http://www.convencion.org.uy/09Laicismo/DeclaUniv.pdf

Sánchez, M. (2007) Objeción de Conciencia y su repercusión en la sanidad. En: Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, 4, 25-30. Consultado el 10 de febrero de 2009, de http://www.sccalp.org/boletin/199/BolPediatr2007_47_025-030.pdf

El trauma post aborto: Un mito creado por sectores conservadores

Adriana Maroto Vargas*

Introducción

En el trabajo que realiza la Colectiva por el Derecho a Decidir por generar un debate público sobre el tema del aborto, tanto respecto a su despenalización como a la aplicación del aborto terapéutico, algunas personas muestran una preocupación muy genuina sobre el impacto que las interrupciones del embarazo puedan tener en la salud emocional de las mujeres.

Sin duda alguna esta preocupación tiene su fundamento en el mito del trauma post aborto, difundido por sectores opositores a la despenalización del aborto. Este documento tiene como objetivo presentar información relevante, clara y concisa sobre este tema. Para esto se presentan dos apartados. El primero de ellos plantea el surgimiento del mito y cómo éste ha sido cuestionado desde sus inicios debido a la falta de evidencia científica. En un segundo momento, se analizan las diferentes variables que pueden intervenir en la significación emocional que una mujer realice de una interrupción del embarazo.

Debido a la situación legal del aborto en Costa Rica, se hace un análisis más detallado del impacto emocional que puede tener una interrupción del embarazo en situaciones de clandestinidad e ilegalidad, analizando factores como la falta de información, el recorrido de las rutas críticas, la ausencia de redes sociales de apoyo, el temor a ser denunciadas y los abusos a los que se exponen las mujeres.

Para ilustrar algunos de estos puntos se han tomado testimonios de mujeres que se han publicado en un diario de circulación nacional que tenían

* Psicóloga. Integrante de la Colectiva por el Derecho a Decidir.

como objetivo reforzar el mito del trauma post aborto. Cada uno de ellos es un claro ejemplo de cómo los embarazos no deseados y la interrupción del embarazo se dan en un contexto en que interactúan condiciones que fácilmente pueden tener consecuencias negativas en la salud emocional de las mujeres, entre ellos: malas relaciones familiares, presión para tomar la decisión, falta de información, métodos inseguros que amenazan su vida o trastornos emocionales previos al embarazo.

El surgimiento del mito y su cuestionamiento por especialistas en salud mental

Es común que las personas consideren que todas las mujeres que se realizan un aborto tendrán problemas emocionales como consecuencia; pues el aborto, se identifica como una experiencia traumática que las marca para toda la vida. También es común escuchar a algunas mujeres que dan su testimonio y muestran su dolor, su arrepentimiento, su culpa y afirman que nunca volverían a tomar esta decisión.

Usualmente, detrás de esta información y de estos testimonios se encuentran sectores conservadores que se oponen a la despenalización o legalización del aborto en cualquier circunstancia y que se han encargado de difundir la idea de que el aborto es un crimen y un asesinato contra una persona indefensa y por ende, las mujeres que lo practiquen enfrentarán las consecuencias en su salud emocional de por vida.

Más que hechos aislados, este discurso responde a una estrategia implementada por el movimiento de organizaciones que se han autodenominado "pro-vida", pero que desde otros sectores se conocen como "fundamentalistas", "conservadoras" o "antiderechos".

Independientemente del nombre que se utilice, este movimiento de organizaciones que se oponen a la despenalización o legalización del aborto emerge en la década de los setentas como una respuesta a las luchas del movimiento feminista por los derechos humanos de las mujeres, particularmente de los derechos relacionados con la vida sexual y reproductiva. El enfoque que ha tenido el discurso de oposición ha variado con el tiempo de manera considerable. Inicialmente, el énfasis estaba en los valores

morales y religiosos; pero a mediados de la década de los ochentas, se hizo un viraje haciendo alusión a lenguaje "científico". (Lee, 2001)

Así, uno de los principales argumentos que han utilizado en estas últimas dos décadas es la preocupación por la salud mental de las mujeres que se realizan un aborto, ya que plantean que quien toma esta decisión enfrentará serios problemas psiquiátricos de manera permanente. Además, añaden que si la interrupción del embarazo está permitida legalmente, los países estarían enfrentando un serio problema de salud pública ya que el número de casos aumentaría alarmantemente y por ende, el aborto debería estar totalmente penalizado. (Lee, 2001)

En esta línea de trabajo, a mediados de la década de los noventas, este movimiento antiderechos acuña el término "Trauma Post Aborto". Plantean que las mujeres después de realizarse un aborto experimentan algunos síntomas propios del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)[42], tales como: flashbacks, desesperanza, tristeza, dolor, baja autoestima, desconfianza, culpa, pérdida de memoria del evento y deterioro en la relación con otras personas, entre otros. Por lo tanto, se considera que el aborto en sí mismo es una experiencia estresante y traumática, razón por la cual se debe crear una nomenclatura específica y es así como nace el concepto del Trauma Post Aborto, concepto que empiezan a colocar en la opinión pública y en textos de psicología. (Lee, 2001)

No obstante, tanto el argumento de los efectos psicológicos adversos del aborto como el concepto de Trauma Post Aborto han sido cuestionados

[42] El DSM-IV establece los siguientes criterios para el diagnóstico del TEPT. (A) La persona ha estado expuesta a un acontecimiento rodeado por muerte o amenaza para la integridad física y la persona ha sentido temor u horror. (B) El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente por recuerdos, sueños o estímulos asociados. (C) La persona evita estímulos asociados al origen del trauma. (D) Hay síntomas que se mantienen como alteraciones en el sueño, respuestas exageradas de sobresalto u otros. (E) Las alteraciones se prolongan más de un mes. (F) Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas.

desde su mismo surgimiento. Uno de los momentos más importantes se dio a finales de los ochentas, cuando el entonces Presidente de los Estados Unidos, Ronald Reagan, solicitó al Secretario de Salud, el médico Everett Koop que preparara un reporte sobre los efectos del aborto en la salud pública, tanto a nivel psicológico como físico. En 1989, luego de dos años de investigación, el Dr. Koop envió una carta al Presidente Reagan en la que le comunicaba que no existían datos científicos para establecer la relación entre el aborto y las secuelas psicológicas. Añadió que las consecuencias psicológicas del aborto eran minúsculas desde el punto de vista de la salud pública. Posteriormente, en sus declaraciones al Congreso Estadounidense el Dr. Koop señaló que su estudio no se centró en las secuelas físicas del aborto porque especialistas en ginecología y obstetricia han afirmado desde hace muchos años que éstas no son diferentes a las encontradas en mujeres que han tenido partos e incluso en aquellas que nunca han estado embarazadas. (Almeling & Tews, 1999; APA, 2008; Boonstra et. al., 2006; GIRE, s.f.; Lee, 2001, Sagot & Carcedo, 2002)

De manera coincidente, luego de una amplia investigación realizada desde la década de los ochentas, la Asociación Americana de Psicología (APA) ha desmentido en dos ocasiones (1990 y 2008) que exista tal síndrome e incluso en su más reciente publicación sobre el tema, ha sido enfática en afirmar que el Trauma Post Aborto no es reconocido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana. (APA, 2008)

En el 2007, Nada Stotland, M.D., presidenta de la Asociación Americana de Psiquiatría señaló que su organización invierte millones de dólares y años de deliberaciones de personas expertas para elaborar las definiciones y los diagnósticos psiquiátricos. Agrega que "el síndrome del trauma post aborto" y "la psicosis post-aborto" son invenciones encubiertas para imitar los diagnósticos psiquiátricos. Concluye que es legítimo tener preocupaciones morales sobre el aborto, lo que es ilegítimo es la cooptación de la nomenclatura psiquiátrica y el establecimiento de las políticas públicas basadas en falsas afirmaciones.

En otros contextos[43], el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) ha sido cuestionado porque no plantea una definición clara del trauma, no establece una diferenciación entre las variadas experiencias traumáticas, no involucra la dinámica sociopolítica, universaliza los síntomas y las reacciones sin considerar que éstas pueden estar influidas por el contexto o la cultura y no contempla la acumulación de experiencias traumáticas. (Becker, 1994) Dado que el término del Trauma Post Aborto surge muy ligado del TEPT, es oportuno revisar las críticas y constatar que son aplicables al tema de interés de este documento.

En síntesis, más de dos décadas después del surgimiento del concepto de Trauma Post Aborto y a pesar de todos los esfuerzos que han realizado los sectores conservadores en demostrar su existencia, no se encuentra evidencia concluyente que vincule directamente el aborto con problemas en la salud mental de las mujeres. Al contrario, entidades especialistas en psicología y psiquiatría afirman que no se ha encontrado tal relación y que la salud mental de las mujeres que han optado por la interrupción de un embarazo está relacionada a muchos otros factores, tal y como se analizará en los siguientes apartados de este documento.

La deconstrucción del mito. Un acercamiento a la realidad de las mujeres

Ante la publicación de diversos estudios que afirmaban la existencia de trastornos en la salud emocional de las mujeres que se realizan un aborto, en 1989 la Asociación Americana de Psicología creó una Mesa de Trabajo para el Estudio del Aborto y la Salud Mental, cuya labor es recolectar, examinar y resumir la investigación científica relacionada con los factores de la salud mental asociados con el aborto, incluyendo las respuestas

[43] Por ejemplo en su uso para las personas que han vivido alguna situación de desastre originadas en una amenaza natural: inundación, terremoto o huracán entre otras.

psicológicas que siguen al aborto y produciendo un reporte basado en una revisión de las investigaciones más actuales. (APA, 2008; p. 5)[44]

Este grupo de especialistas ha hecho una revisión exhaustiva de las investigaciones publicadas en inglés, especialmente en lo concerniente a su diseño metodológico, a fin de constatar si sus conclusiones son válidas y generalizables. Un primer informe fue presentado en 1992, haciendo una revisión de las publicaciones realizadas hasta finales de los años ochentas, y el segundo informe presentado durante el 2008, incorpora las publicaciones desde el año 1990. (Adler et. al., 1992; APA, 2008)

En ambas ocasiones, este grupo llegó a la conclusión que el aborto legal no representa un riesgo psicológico para la mayoría de las mujeres que recurren a él, posición reafirmada la Asociación Americana de Psiquiatría en el 2007. (Adler at.al, 1992; Stotland, 2007; APA, 2008).

La Asociación Americana de Psicología señaló que aproximadamente el 21% de las mujeres estadounidenses se han realizado un aborto. Por lo tanto, si éste provocara reacciones emocionales graves habría una epidemia de mujeres en busca de tratamiento psicológico, pero no existe indicio de semejante epidemia. (Adler, 1989) Se resalta la referencia al aborto legal porque los resultados del análisis de la Asociación Americana de Psicología están referidos a estudios que en su mayoría se hicieron en países con esa situación. Más adelante se hablará de lo que puede implicar para una mujer la vivencia del aborto en contextos en donde el procedimiento es legal y se entiende como uno de sus derechos, a diferencia de la vivencia dada en aquellos países, como es el caso de Costa Rica, en los cuales el aborto se sigue considerando un delito.

[44] Traducción propia. El párrafo original dice: The Council of Representatives of the American Psychological Association charged the Task Force on Mental Health and Abortion (TFMHA) with "collecting, examining, and summarizing the scientific research addressing the mental health factors associated with abortion, including the psychological responses following abortion, and producing a report based upon a review of the most current research".

En cualquier circunstancia, no se puede aislar la experiencia del embarazo y la decisión de interrumpirlo de la historia de vida de la mujer. Por lo tanto, no se pueden establecer criterios generales sobre el impacto de los abortos en la salud emocional, ya que la experiencia psicológica del aborto estará mediada, entre otros factores, por la evaluación que cada mujer haga del embarazo y del aborto, el significado que tienen ambos eventos en su vida, su habilidad de lidiar con situaciones complejas, las formas en que enfrenta las emociones, las condiciones del ambiente en el que se toma la decisión y se lleva a la práctica, la edad, la presencia o ausencia de redes de apoyo, la situación legal del aborto, así como de las mismas características de la mujer (personalidad, actitudes y valores). (APA, 2008; Boonstra, 2006)

Con el objetivo de demostrar la diversidad de factores, circunstancias o condiciones que pueden intervenir en el impacto que pueda tener o no un aborto en la salud mental de las mujeres se revisarán algunas de estas situaciones. Muchas de ellas se encuentran interrelacionadas, pero en este documento se presentarán de manera independiente para visibilizarlas.

1. Embarazos no deseados en contextos en que el aborto es legal

No existen diferencias respecto a la salud mental entre mujeres adultas que ante un embarazo no deseado, han tenido acceso a un aborto legal en el primer trimestre, y aquellas que decidieron continuar con su embarazo. (APA, 2008; Clay, 2008)

En el caso de los embarazos no deseados, es muy difícil separar los efectos que tiene el embarazo en sí mismo de la decisión de interrumpirlo. Más aún, es posible que ciertos factores sistémicos, sociales y personales estén relacionados con el embarazo no deseado, que como consecuencia, coloca a la mujer en un momento de decisión sobre si continuar o no con el mismo. Todas estas circunstancias predisponen a las mujeres a experimentar problemas en su salud mental relacionados con el embarazo y su resolución. (APA, 2008)

Por lo tanto, si se presentan trastornos en la salud mental posterior al embarazo, no se puede inferir que sean secuela directa del aborto. Algunos

de estos trastornos pueden estar asociados con el embarazo no deseado, otros no están relacionados ni con el embarazo ni su interrupción, sino con otras situaciones previas al embarazo como situación de pobreza, un historial de problemas emocionales o violencia por parte de sus parejas. (APA, 2008; Boonstra, 2006; Clay, 2008)

Adler (1990 y 1992) señala que las mujeres ante un embarazo no deseado toman la decisión de interrumpirlo, enfrentan el período de mayor angustia en los momentos previos al aborto. Después de realizado el procedimiento, las mujeres pueden presentar sentimientos muy diversos: algunas podrán sentir remordimiento, tristeza o culpabilidad, pero la mayoría sienten alivio y felicidad.

Para algunas mujeres el aborto puede ser una vía de resolver el estrés asociado al embarazo no deseado, y por lo tanto, la decisión les facilita su proceso de recuperación emocional. Sin embargo, para algunas otras el aborto también puede implicar estrés adicional por sí mismo. (APA, 2008) Un ejemplo de esta situación es un estudio realizado en Colombia entre mujeres que quedaron embarazadas como resultado de una violación. A pesar de que el aborto era totalmente penalizado en ese momento, las mujeres que interrumpieron su embarazo dijeron que se sentían tranquilas, aliviadas y descansadas. Algunas pocas se sintieron además, tristes pero claras en que fue la mejor decisión. En general, las mujeres coincidieron en que al momento de interrumpir su embarazo, pudieron iniciar su proceso de recuperación emocional del evento traumático de la violación. (Fundación Sí Mujer, 2000)

En los países en que el aborto es legal, es usual que los servicios de interrupción del embarazo brinden a las mujeres un asesoramiento pre y post procedimiento por parte de profesionales con la debida capacitación. Esto facilita a la mujer un sistema de acompañamiento –más allá de sus propias redes sociales- para que ella pueda tomar la decisión informada y congruente con sus propios valores y principios. Además, durante este proceso no tienen que enfrentar la amenaza de riesgo, muerte o encarcelamiento. Por esto, parece bastante congruente que las mujeres pueden sentirse tranquilas y aliviadas ante la decisión de no continuar con un embarazo para el que no se sentían preparadas. (OMS, 2009)

2. El aborto en casos de malformaciones del feto incompatibles con la vida extrauterina (MIVE)[45]

El aborto en casos de MIVE es un evento muy diferente a la interrupción de un embarazo no deseado o no planeado, justamente por el nivel de deseabilidad. En estas situaciones la interrupción del embarazo se vive como una pérdida que puede ser similar a las que experimentan las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo de un embarazo deseado o que experimentaron la muerte de su hijo o hija recién nacida. (APA, 2008)

Ante la vivencia de esta pérdida, es usual que las mujeres inicien un proceso de resolución del duelo, el cual es considerado como una respuesta psicológica normal ante cualquier pérdida, en este caso, la de un embarazo deseado. Según los recursos internos (posibilidad de expresar las emociones, habilidades para la resolución de situaciones complejas, etc.) y externos (redes sociales de apoyo, ritos sociales, etc.) con que cuente la mujer, el duelo puede resolverse de manera adecuada o puede complicarse y derivar en algún trastorno en la salud emocional de la mujer.

No obstante, los estudios muestran que sí existe una diferencia entre aquellas mujeres que ante el diagnóstico de una MIVE deciden interrumpir el embarazo y aquellas que deciden o son obligadas a continuar hasta el momento del parto. En un plazo entre 6 y 10 meses después del evento, en una proporción mayor, las mujeres que tuvieron el parto reportan ansiedad y depresión significativas a nivel clínico en comparación con las mujeres que optaron por la interrupción del embarazo. (APA, 2008)

3. La salud emocional de las mujeres antes y durante el embarazo

El historial de salud mental de una mujer, así como factores propios de su personalidad, son una clave importante en el hecho de que las mujeres experimenten o no trastornos en la salud mental luego de realizarse un aborto.

[45] Son aquellas malformaciones donde un feto presenta graves malformaciones, irreversibles e incurables que hacen que su vida sea inviable después del parto. Es usual que la muerte se produzca en el útero o a las pocas horas de nacer.

Muchos de los mismos factores individuales e interpersonales que intervienen en cómo una mujer enfrenta y reacciona psicológicamente ante un aborto son también factores que intervienen en cómo una mujer enfrenta y reacciona psicológicamente a otros tipos de eventos estresantes en su vida, incluyendo la maternidad forzada o el dar un hijo o hija en adopción. (APA, 2008)

Por lo tanto, después del aborto algunas mujeres pueden experimentar tristeza, dolor y sentimientos de pérdida. Otras, aunque son más bien casos muy poco comunes, experimentan desórdenes significativos a nivel clínico incluyendo depresión y ansiedad. Sin embargo, los estudios rigurosamente científicos afirman que la incidencia de enfermedades psiquiátricas significativas después de un aborto realizado en condiciones legales, se presentan más frecuentemente en mujeres que tenían trastornos psiquiátricos antes del embarazo. (APA, 2008; Stotland, 1992)

Según la OMS (2009), la salud emocional de la mujer posterior al aborto es mejor cuando no existen antecedentes de violencia, la mujer no ha tenido conflictos éticos sobre la interrupción, ha tenido apoyo de otras personas, no ha tenido que mantener la experiencia en secreto y cuando la mujer tiene autodeterminación.

4. El estigma social del aborto

El estigma social del aborto está muy relacionado con los contextos de clandestinidad en que suceda, aunque no exclusivamente. En las últimas décadas los sectores que se oponen a la despenalización y legalización del aborto, se han encargado de crear un estigma social respecto al aborto, aún en aquellos países en que es legal. Por lo tanto, aún en aquellos países en que se ha logrado una despenalización o legalización a nivel jurídico, la sanción aún persiste a nivel moral, social y cultural.

¿Por qué el aborto da origen a esta censura moral? La discusión es amplia y trasciende los objetivos de este documento, pero sin duda alguna está relacionada con que el aborto es un claro desafío al mandato social de la maternidad. Una mujer que toma la decisión de interrumpir su embarazo asume la maternidad como un derecho que se ejerce de manera libre,

voluntaria y segura y no como una "simple" función biológica o un don que le ha sido otorgado. De esta forma, el tema del aborto está tocando las fibras más sensibles de los fundamentos de la sociedad patriarcal en la que vivimos.

De acuerdo con la APA (2008), los ambientes sociales que estigmatizan tanto a las mujeres como a las y los profesionales en enfermería y medicina que proveen el servicio, pueden contribuir directamente a experiencias psicológicas negativas durante el período del post aborto.

Las implicaciones psicológicas del estigma son profundas. Estudios han establecido que puede crear cogniciones, emociones y comportamientos dañinos que afectan las funciones sociales, psicológicas y biológicas de la mujer que ha tomado la decisión de interrumpir el embarazo. (APA, 2008)

Los efectos del estigma percibido incluyen el déficit cognitivo y el rendimiento, incrementa el consumo de alcohol u otras drogas, el retraimiento social, la depresión, la ansiedad y las respuestas psicológicas de estrés. El estigma social es particularmente dañino cuando las mujeres lo internalizan y como consecuencia consideran que cometieron un grave pecado o un crimen. Justamente, son estas mujeres quienes pueden ser particularmente vulnerables a desórdenes psicológicos posteriores a la interrupción del embarazo. (APA, 2008)

Aún cuando la mujer tenga mucha claridad en su convicción del derecho a una maternidad segura y voluntaria, debe vivir de manera cotidiana con la estigmatización y la criminalización establecida socialmente hacia el aborto. Este choque entre las creencias y valores personales y los establecidos por el sistema dominante, les cobra un alto precio emocional a las mujeres. Lomonte (2001), expresa que en los relatos de mujeres que abortaron en Costa Rica, es plausible la angustia, la ansiedad, las culpas establecidas socialmente y el secreto sobre una acción que es ilegal. Para estas mujeres, la posibilidad de elaborar el proceso de aborto es disminuida y afectada por el contexto de condena social.

El contexto sociocultural puede influir en la el significado emocional de la interrupción del embarazo no sólo en el momento en que las mujeres

toman la decisión, sino incluso un tiempo después de haber realizado el procedimiento. Los mensajes sociales que invitan a las mujeres a pensar acerca de re-evaluar un aborto previo como un pecado o un asesinato pueden incrementar en la mujer los sentimientos de culpa y estrés acerca del aborto que ellas tuvieron en el pasado. En contraste, los mensajes sociales de los grupos que invitan a las mujeres a re-evaluar cognitivamente el aborto de una manera más positiva pueden conducir a la mejora de las respuestas emocionales. (APA, 2008)

5. El aborto en contextos de ilegalidad y clandestinidad

Debido a la situación legal del aborto en Costa Rica[46] éste es uno de los puntos de mayor interés en el análisis del impacto que tiene esta práctica en la salud emocional de las mujeres. En este caso, se pueden presentar las circunstancias descritas anteriormente tales como el estigma social del aborto y la historia de la salud emocional de las mujeres, pero estos se complejizan por otros factores que se van a explorar a continuación.

La APA (2008) afirma que los efectos psicológicos de la interrupción del embarazo dependen del contexto legal, cultural y familiar en el que la mujer tome la decisión, de la atención que reciba y de la percepción que tenga de si es un procedimiento seguro o no. A pesar de esto, no existe mucha información e investigación sobre la particularidad de la vivencia psicológica de los abortos en contextos de ilegalidad y clandestinidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (2009), en contextos legales restrictivos, las mujeres se enfrentan a situaciones psicosociales adversas como la pobreza, la vergüenza, la exclusión social y el encarcelamiento, las cuales pueden impulsarlas a cometer suicidio.

Desde la vivencia como mujeres y como organización que ha trabajado el tema desde hace varios años en un país en que el aborto está penalizado

[46] El Código Penal establece que el aborto es un delito. El artículo 121 establece como excepción el aborto que se realiza cuando está en riesgo la salud o la vida de la mujer.

casi de manera total[47], la **Colectiva por el Derecho a Decidir** ha planteado algunos aspectos que considera fundamentales en la vivencia de un aborto como una experiencia traumática en contexto de clandestinidad. (Maroto y Brenes, 2008)

a. **Falta de información y de apoyo en la toma de decisiones.** Las mujeres no tienen la posibilidad de hablar sobre sus dudas, miedos, temores, sentimientos, ansiedades y expectativas, ya sea sobre la posibilidad de continuar o de interrumpir el embarazo. Por lo tanto, deben tomar decisiones sin ningún acompañamiento o apoyo de su familia, pareja, amigas, amigos o personas profesionalmente capacitadas.

   El siguiente testimonio muestra el caso de una mujer que ante la noticia de un embarazo no cuenta con redes sociales de apoyo que le permitan tomar una decisión informada sobre su situación. Aún más, parece que esta falta de apoyo y de información no se limita al momento del embarazo, sino que es una constante en su vida.

   > "(…) era una joven que se enfrentó a la vida sin mucha orientación ya que su comunicación con su madre era mínima. Y como su mamá no la escuchaba, ella encontró una persona que sí le prestaba mucha atención, su novio (…) "Cuando informé que estaba embarazada todos me dieron la espalda. No tenía apoyo ni de mi pareja, ni de mis papás y mucho menos de la sociedad". La joven se sentía acorralada y el único apoyo que tenía de su novio era para abortar. Utilizando varios medicamentes la joven logró abortar (…) A los seis meses de su primer aborto, se dio cuenta que se encontraba nuevamente embarazada. Ya lo había hecho una vez y nuevamente pensó en volver a abortar. (…) "El aborto no solucionó mis problemas. Fracasé en mis estudios. Fracasé en mi relación de pareja y a lo largo de mi vida". (Marrero, 2008)

[47] Es poco frecuente la aplicación del artículo del aborto impune. Según datos oficiales de la Caja Costarricense del Seguro Social, en un período de 7 años se realizaron 30 abortos terapéuticos a nivel nacional (8 en el 2006, 3 en el 2005, 8 en el 2004, 3 en el 2003, 4 en el 2002, 1 en el 2001 y 3 en el 2000).

Para el ejercicio real del derecho a decidir, la información completa y oportuna es vital. De esa forma, las personas y en este caso las mujeres, tienen mejores posibilidades de consultar a personas cercanas a quienes escuchan y tienen la oportunidad de colocar en una balanza argumentos a favor o en contra. Incluso, si se considera necesario, se consulta a especialistas que puedan brindar un criterio profesional que ayude a clarificar las opciones que tiene la mujer.

En estos casos, las mujeres que se enfrentan a un embarazo no deseado y se plantean la posibilidad de interrumpirlo, no cuentan con información clara y precisa sobre las opciones que podrían tener, tanto en caso de continuar el embarazo como de interrumpirlo; probablemente no puede hablarlo con personas cercanas y analizar las diferentes perspectivas para tomar una decisión que no esté basada en falsas expectativas y que no riña con sus valores y sus creencias.

De igual manera, el testimonio citado refiere a que luego del aborto no hubo ningún tipo de acompañamiento ni consejería en salud sexual ni salud reproductiva que ayudara a la mujer a mejorar sus condiciones de vida.

b. Recorrido de una ruta crítica. Debido a esta falta de información y de oportunidades para buscar asesoramiento profesional, las mujeres pueden pasar de una referencia a otra. En la mayoría de los casos esta información es incompleta ("una amiga que fue a…", "una amiga que se tomó…") y difícil de corroborar. Estas recomendaciones pueden estar relacionadas con métodos caseros que no son efectivos o pueden ser muy riesgosos o bien, la ayuda de terceras personas que siendo profesionales o no en carreras del sector salud no se encuentran debidamente capacitadas, o en centros que no reúnen las condiciones y que no atenderán su demanda de manera segura.

Esta información generalmente es poco clara y no precisa en el costo emocional, económico o en la integridad de la mujer que tiene que recurrir a estos procedimientos o a estas personas.

Cuando se trata de procedimientos que la misma mujer se realiza (por ejemplo tomar algunos remedios caseros o "algunas" pastillas) tam-

poco existe certeza sobre la efectividad o no de los procedimientos utilizados o sobre la manera correcta de implementarlos. De esta forma, las mujeres transitan por una ruta crítica que les acarreará semanas o meses de incertidumbre y de falsas expectativas, donde incluso sentirán en riesgo su integridad física. A esto le sumamos la ausencia de redes de apoyo y el temor a la estigmatización a la que nos hemos referido antes.

c. **Atención en condiciones de inseguridad.** En este transitar por la ruta crítica, las mujeres pueden ser atendidas en condiciones inseguras según los dos criterios que ha definido la Organización Mundial de la Salud (2003): el lugar no reúne las condiciones higiénicas y/o el personal no está capacitado. Ante cualquiera de estas situaciones la salud y la vida de la mujer está en peligro y ella lo sabe mientras acude a estos lugares.

   Según un estudio sobre abortos inducidos que se realizó recientemente en Costa Rica (Gómez, 2008), la mayoría de las interrupciones del embarazo que se realizan no cumplen ninguno de los dos criterios anteriormente mencionados, ya que son procesos acompañados por profesionales en salud con el conocimiento técnico necesario. Es en este sentido en que es pertinente ampliar la discusión del concepto de aborto inseguro, ya que parece que en nuestro país está cobrando otras dimensiones relacionadas con diferentes tipos de abuso que ponen en riesgo la integridad de las mujeres. Éste es el siguiente punto de análisis.

d. **Abuso psicológico, económico y sexual.** En la búsqueda de opciones para la interrupción del embarazo, las mujeres se pueden enfrentar a formas de violencia y abuso psicológico, económico y/o sexual de parte de quien les provee el servicio. Dentro del tipo de abuso psicológico se podrían enmarcar todos los casos en que las mujeres no reciben la información necesaria, que son atendidas por personal que les brinda un mal trato o que ejerce algún tipo de relación de poder debido a que las mujeres se encuentran en una situación de vulnerabilidad.

   En el tipo de abuso económico se encuentran aquellos casos en que se cobran sumas de dinero bastante altas a cambio de lo que se ofrece

como "ayuda" a las mujeres y aún cuando ellas no tengan los recursos económicos se les condiciona el servicio al pago de ese monto.

Finalmente, los tipos de abuso sexual se presentan en aquellos casos en que los proveedores del servicio condicionan el mismo a algún tipo de contacto sexual entre la mujer y el proveedor. En Costa Rica un medio de comunicación realizó un reportaje con cámara oculta documentando el caso de un médico del Gran Área Metropolitana que cobraba a las mujeres una alta suma de dinero pero ofrecía como "medio de pago alternativo" un contacto sexual.

Este caso, así como muchos otros, demuestran en el transitar por la ruta crítica, que las mujeres pueden enfrentar dos o más tipos de abuso. La afectación provocada por cada uno de ellos puede ser muy diferente, tanto por los recursos emocionales con que cuente la mujer, como por el impacto que en sí mismo pueda tener el evento. Por ejemplo, emocionalmente quizá tenga un impacto menor en la salud emocional de una mujer el tener que endeudarse para pagar el servicio, que tener que acceder a una relación sexual.

e. Temor a ser denunciadas. Si presenta alguna complicación una vez realizado el procedimiento, las mujeres enfrentan el temor de recurrir a un servicio de salud ya que pueden ser denunciadas. En este caso la mujer se enfrenta a un gran dilema: si asisten a una clínica u hospital podría ser denunciada y terminar su visita en el centro de salud con custodia policial y una posible condena por un delito tipificado en el código penal. Por otro lado, si no asiste, siente que su integridad o incluso su vida está en riesgo.

Nuevamente la mujer se encuentra en una situación realmente compleja y no cuenta con la información ni con el apoyo de otras personas que le puedan ayudar.

El siguiente testimonio muestra a lo que se exponen las mujeres por el temor a ser denunciadas:

> No le quise decir a mis papás que estaba embarazada porque sentía mucho miedo". Una tarde la muchachita se vio a escondidas con el

novio, quien decía que la amaba, este le llevó unas pastillas. "No se como las consiguió ni se lo que tomé". Esas pastillas le provocaron fuertes hemorragias. La menor pasó días de dolores fuertísimos, tanto que no podía dormir. "El último día empujé muy fuerte y los dolores se complicaron. Mi papá tuvo que llevarme de emergencia con un médico y luego a una clínica. (…) Es un tema del que no se habla en mi casa. Creo que a todos nos da vergüenza" (…) (Marrero, 2008)

f. El estigma y la sanción moral en la vida cotidiana. Día a día las mujeres deberán enfrentar en los diferentes espacios (familia, trabajo, estudio, iglesia, etc.) una severa sanción moral hacia las mujeres que abortan. Debido al contexto de clandestinidad no tendrán la oportunidad de hablar sobre su experiencia y tal y como se analizó anteriormente, pueden terminar internalizando este estigma, lo cual tendría un alto costo emocional.

Para algunas de las mujeres, las culpas creadas socialmente, el discurso sobrevalorado de la maternidad, los mandatos de las religiones o el secreto en el que tienen que mantener el aborto que se realizaron, son factores que prolongan el tiempo de procesamiento emocional de la experiencia. Mantener en secreto su decisión y su vivencia (tanto del embarazo como del aborto) es uno de los factores que tiene un mayor costo emocional. (Lomonte, 2001)

Toda esta combinación de factores asociados a la ilegalidad y la clandestinidad son elementos que suscitan ansiedad, angustia y temor en las mujeres, pero que no las disuaden de la decisión de interrumpir el embarazo. No obstante, son factores que pueden configurar el aborto como una experiencia traumática, pero justamente por las condiciones en que deben tomar la decisión y que se realiza, no por el procedimiento en sí mismo.

6. El derecho a decidir de las mujeres

La APA (2008) señala que los diferentes patrones de experiencias psicológicas observadas entre mujeres que terminaron un embarazo no deseado versus aquellas que terminaron un embarazo planeado y deseado,

subrayan la importancia de tomar en cuenta la deseabilidad cuando se busque entender las reacciones psicológicas al aborto.

La posibilidad de las mujeres de decidir respecto a realizarse o no un aborto es un factor determinante en cómo se va a significar ese evento. Independientemente de si es legal o no, si el procedimiento se realiza en contra de la decisión de la mujer, el aborto se puede convertir en una experiencia traumática. Máxime que es usual que se conjuguen otros factores como la falta de información, el abuso, el estigma social y la falta de redes sociales de apoyo. Este testimonio es un ejemplo de esta situación:

> (…) se dieron cuenta que el bebé sufría síndrome de down. Cuando le comunicaron el resultado pensó en continuar con su embarazo. "Pero ocurrió algo que no me esperaba: el médico nos ofreció la posibilidad de que abortara y mi esposo me presionó para hacerlo". La joven decidió abortar a su hijo. (…) "Ahora lo pienso en forma permanente. Es una idea fija: no entiendo por qué no me planté. Yo era la que tenía que decidir. Era mi bebé… "Tengo nublado mis recuerdos desde que salí de la casa hasta cuando llegué al hospital. Estuve muy sedada. Luego me anestesiaron totalmente. (Diario Extra, 2008)

En este caso, a la mujer se le negó la posibilidad de dar su consentimiento informado y por ende, su derecho a decidir; derechos que también son violentados cuando se obliga a una mujer a continuar con un embarazo forzado.

Aunque las mujeres no reconozcan su derecho a decidir como tal, cuando toman la decisión de interrumpir un embarazo persistirán en su objetivo hasta lograrlo, aunque esto les pueda costar su propia vida. (Mejía, 2001)

En el marco del derecho a decidir, cabe preguntarse sobre el impacto emocional que tiene en las mujeres la maternidad forzada. Cohen (2006) plantea que si bien algunas mujeres pueden experimentar dolor y tristeza después de realizarse un aborto, no se puede afirmar que éstas son emociones que se presentan exclusivamente en estos casos, ya que también existen en mujeres que han dado un hijo o hija en adopción o criado a un hijo/a no deseado en condiciones adversas. (Cohen, 2006)

Desde hace un poco más de veinte años se ha discutido sobre el impacto del aborto en la salud mental, no obstante, apenas se está iniciando la discusión sobre los posibles efectos de la maternidad no deseada en la salud mental de las mujeres. Discusión que resulta altamente transgresora para la sociedad patriarcal.

Conclusiones

El "trauma" es un término que las personas utilizan cotidianamente y lejos de su implicación clínica y científica. Según Freud (1997), el trauma se configura cuando hay una fijación a un evento que se constituye en una amenaza. El evento se caracteriza porque en un breve instante se provoca un enorme incremento de energía que luego la persona no puede suprimir o asimilar por los medios normales. Se dice que hay una fijación porque la persona continúa viviendo el momento del trauma como presente, sin poder dejarlo en el pasado.

En el surgimiento del trauma, el factor sorpresa es definitorio ya que el susto constituye aquel estado que invade a la persona bruscamente cuando se le presenta un peligro que no espera y para el que no está preparada. (Freud, 1997) Entre más señale la fragilidad y la vulnerabilidad de la persona, más traumático va a ser el evento.

Partiendo de esta definición básica del trauma, además de las críticas planteadas anteriormente al concepto del Trauma Post Aborto en el sentido de que obvia una serie de circunstancias psicológicas, sociales y políticas aledañas al evento que se presume traumático, se cae fácilmente el mito del aborto como un evento en sí mismo traumático.

Como se ha analizado en este documento, la experiencia del aborto no puede verse aislada, ya que intervienen una serie de factores que van desde las circunstancias en que se da el embarazo, hasta la historia de salud mental de la mujer, la situación legal del aborto y las redes sociales de apoyo.

Por tanto, es muy censurable la manipulación que ciertos sectores realizan del lenguaje y la evidencia científica para perseguir objetivos y fines basados en convicciones muy respetables. El gran problema está en colocar posiciones basadas en criterios morales y religiosos como verdades absolutas que distorsionan la realidad y exponen la integridad física y emocional de las mujeres. Exponer el mito del trauma post aborto en los medios refuerza de igual manera la presión sobre las mujeres que han abortado, revictimizándolas tanto si se sienten mal como si no lo hacen.

En América Latina el aborto clandestino está ligado a condiciones de inseguridad que atentan directamente contra la vida de las mujeres, convirtiéndose en una de las principales causas de mortalidad materna. En Costa Rica está situación es bastante diferente y se presume que el aborto clandestino esta ligado a otros tipos de abusos y daños en la integridad de la mujer. Por lo tanto, es importante realizar una investigación cualitativa sobre la experiencia del aborto de las mujeres, para ahondar sobre el impacto que tiene en la salud emocional de las mujeres los diferentes tipos de abuso a que se exponen, el estigma social alrededor del aborto, así como la sanción moral y penal que existe sobre el mismo.

Referencias bibliográficas

Adler, N., David, H., Major, B. Roth, S., Russo, N. & Wyatt, G. (1990, Abril). Psychological responses after abortion. Science, 248: 41-44.

Adler, N., David, H., Major, B. Roth, S., Russo, N. & Wyatt, G. (1992). Psychological factors in abortion: a review. American Psychologist, 47(10): 1194-1204.

Almeling, R. & Tews, L. (1999). Después del aborto. Consultado el 12 de junio de 2008, de http://www.prochoice.org/es/datos/despues.html

American Psychological Association. (s.f.). Abortion. Position Statement. Approved by the Assembly, October 15, 1978. Approved by the Board of Trustees, December 10, 1977. APA Document Reference No. 770003. Washington: APA.

American Psychological Association. (1989, Enero 18). APA research review finds no evidence of 'post-abortion syndrome' but research studies on psychological effects of abortion inconclusive. Comunicado de prensa. Consultado el 4 de agosto de 2008, de http://www.prochoice.org/es/datos/despues.html

American Psychological Association. (2008). Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion. Washington: APA.

Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de Transtornos Mentales. Reimpresión. España: Masson S.A.

Becker, D. (1994) Trauma, duelo e identidad. En Trauma psicosocial y adolescentes latinoamericanos. Santiago: ILAS.

Boonstra, H.; Benson, R.; Richards, C. & Finer, L. (2006). Abortion in Women's Lives. New York: Guttmacher Institute. Consultado, el 21 de enero de 2009, de http://www.guttmacher.org/pubs/2006/05/04/AiWL.pdf

Clay, R. (2008). Science vs. ideology. Psychologists fight back against the misuse of research. American Psychological Association: Monitor on Psychology. Volume 39, No. 6 June 2008. Consultado, el 30 de Julio de 2008, de http://www.apa.org/monitor/2008/06/research.html

Cohen, Susan. (2006). Abortion and Mental Health: Myths and Realities. Guttmacher Policy Review, 9 (3). Consultado, el 21 de enero de 2009, de http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/09/3/gpr090308.html

Freud, S. (1997). Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva. Fundación Servicios Integrales para la Mujer Sí Mujer. (2000). Embarazo por violación. La crisis múltiple. Cali: Impresora Feriva, S.A.

GIRE. (2005). Consecuencias psicológicas del aborto: mitos y realidades. Hoja Informativa. México, D.F.: Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.

Gómez, C. (2008). Estimación del aborto inducido en Costa Rica Informe de resultados del año 2007. San José: Asociación Demográfica Costarricense.

Lee, E. (2001). The Context for the Development of 'Post-Abortion Syndrome'. Trabajo preparado para el Symposium The psychological sequelae of abortion - myths and facts. Berne, Mayo, Switzerland. Consultado el 30 de julio de 2008, de http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_coun9.asp

Lomonte, G. (2001). Impacto de la penalización del aborto sobre la salud de las mujeres en Costa Rica. Una aproximación. Documento no publicado.

Maroto Vargas, A. & Brenes Hernández, P. (2008). Despenalización del aborto en Costa Rica: argumentos para los supuestos de violencia sexual y malformación incompatible con la vida extrauterina. San José: Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir.

Marrero, A. (2008). Confesión de una mujer que asesinó a dos hijos. Diario Extra. Consultado el 16 de setiembre de 2008 de, www.diarioextra.com/2008/setiembre/09/espectaculos03.php

Marrero, A. (2008). Testimonios sobre el drama del aborto. Diario Extra. Consultado el 16 de setiembre de 2008 de www.diarioextra.com/2008/setiembre/08/espectaculos06.php

Marrero, A. (2008). Bebé condenado a muerte por presentar un defecto. Diario Extra. Consultado el 16 de setiembre de 2008 dewww.diarioextra.com/2008/setiembre/10/espectaculos05.php

Mejía, M. (2001). El aborto inducido: un dilema ético. En Figueroa, G. Elementos para el análisis ético de la reproducción. PUEG.

Organización Mundial de la Salud. (2003). Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Buenos Aires: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2009). Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature. Switzerland: Organización Mundial de la Salud.

Sagot Rodríguez, M. & Carcedo Cabañas, A. (2002, Setiembre). Aborto inducido: ética y derechos humanos. Medicina Legal de Costa Rica. 19 (2). Consultado el 13 de marzo de 2008, de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152002000200008&script=sci_arttext

Stotland, N. (1992). The myth of the abortion trauma syndrome. Journal of the American Medical Association, 268(15): 2078-2079. Consultado el 13 de marzo de 2008, de http://pn.psychiatryonline.org/cgi/content/full/42/14/28

Con el apoyo de

Colectiva por el Derecho a Decidir

Teléfono (506) 2272 4963
Fax (506) 2272 2961
www.colectiva-cr.com
colectiva@colectiva-cr.com
Apartado postal: 2608-2050 San Pedro
de Montes de Oca, San José, Costa Rica