

Interrupción de un embarazo como cuidado obstétrico de emergencia: Interpretación de la política de salud católica y sus consecuencias para las mujeres embarazadas

Análisis de la muerte de Savita Halappanavar en Irlanda y casos similares

Marge Berer

Editora, Reproductive Health Matters Londres, Reino Unido. Correspondencia: mberer@rhmjournal.org.uk

Resumen: *Entre los temas examinados tras la muerte de Savita Halappanavar en Irlanda, en octubre de 2012, figura la interrogante de si es poco ético negarse a interrumpir un embarazo no viable cuando la vida de la mujer podría correr peligro. En servicios de maternidad católicos, esta decisión se cruza con la interpretación de los profesionales de salud de la política católica en cuanto al tratamiento del aborto espontáneo, así como de la ley referente al aborto. En este artículo se explora la interrelación de estos asuntos a raíz de la muerte de Savita, las consecuencias para las mujeres embarazadas y los servicios de maternidad a nivel mundial. Se analizan casos no solo en Irlanda sino también en las Américas. Muchos de los sucesos expuestos son recientes y la mayoría de las fuentes provienen de medios de comunicación e informes individuales. Sin embargo, hay un hilo conductor muy preocupante entre países y continentes. Si en futuras investigaciones se descubren más casos como el de Savita, a todo profesional de la salud y/u hospital católico que rehúse interrumpir un embarazo como cuidado obstétrico de emergencia se le debe despojar de su derecho a ofrecer servicios de maternidad. En algunos países estos son los principales o únicos servicios de maternidad. Aun así, los gobiernos deberían rehusar financiar estos servicios y sustituirlos con servicios no religiosos o exigir que haya personal no religioso disponible en todo momento que específicamente se encargue de tales casos para evitar muertes innecesarias. La interrogante es si la vida de la mujer es o no lo primordial. © 2013 edición en español, 2013 edición en inglés, Reproductive Health Matters.*

Palabras clave: mortalidad materna, cuidado obstétrico de emergencia, políticas y legislación sobre el aborto, política católica en cuanto a salud, Irlanda, EEUU, República Dominicana, Costa Rica, El Salvador

*"Sólo hay una forma de estar seguros de que la vida de una mujer está en peligro y es cuando se muere."
(Christian Fiala, 2012)*

En 1987, año en que la Organización Mundial de la Salud lanzó la primera Iniciativa de Maternidad Segura, más de medio millón de casos de mortalidad materna se producían anualmente. Con frecuencia

las mujeres que morían eran anónimas y sus muertes nunca se registraron ni estudiaron.

Esa situación contrasta con la muerte de Savita Halappanavar el 28 de octubre de 2012, una dentista de la India, de una clase social

privilegiada, quien tuvo un aborto espontáneo a las 17 semanas de un embarazo muy deseado y falleció en la sala de maternidad de un hospital en Irlanda, país que tiene una tasa de mortalidad materna muy reducida. La muerte de Savita no fue anónima en absoluto; su nombre y su fotografía dieron la vuelta al mundo pocos días después de su deceso y desataron manifestaciones y protestas en las calles, no solo en Irlanda sino en muchos otros países, la India entre ellos. Seis meses después se hizo una investigación sobre su muerte y en muchos lugares siguen publicándose artículos y blogs sobre ella. Los reclamos de su esposo pidiendo justicia siguen apareciendo en los titulares de las noticias en Irlanda, y el gobierno de ese país se ha visto obligado a considerar los efectos de la muerte de Savita frente a la ley sobre interrupción del embarazo, a raíz de lo cual el día en que este artículo entraba en impresión (1 de mayo de 2013) se dio a conocer un proyecto de ley al respecto.

El fallecimiento de Savita se volvió emblemático por varias razones. En primer lugar, porque evitar la mortalidad materna se ha convertido en una prioridad universal. Desde el año 2000, la meta principal del Objetivo de Desarrollo del Milenio No.5 ha sido disminuir la mortalidad materna en un 75% antes del año 2014; además, desde 2010, es uno de los cinco objetivos más importantes de la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño.¹ Por otro lado, los casos de mortalidad materna cada vez son objeto de más difusión en los medios de todo el mundo, que informan tanto los logros como los fracasos en su disminución y publican con regularidad historias de mujeres.

En segundo lugar, se ha hecho responsables a los gobiernos por no brindar los servicios necesarios para impedir la mortalidad materna, desde la atención prenatal y el parto hasta el cuidado obstétrico de emergencia, llevándolos a los tribunales, incluso en India. Se han realizado protestas públicas encabezadas por organizaciones que promueven y defienden los derechos de la mujer y audiencias en organismos defensores de los derechos humanos, especialmente de la CEDAW, que examinan casos individuales y formulan recomendaciones de política a los gobiernos.²

Lo que distingue el caso de Savita fue el hecho de que no solo se trató de si se debía o no interrumpir el embarazo no viable y cuándo hacerlo, si la salud y la vida de la mujer estaban en peligro, sino también de qué manera la decisión se cruzó con la interpretación individual que le dieron los profesionales de la salud a la política católica de salud y a la ley sobre el aborto en Irlanda.

En vista de los resultados de la investigación sobre la muerte de Savita, el rechazo a una moción para apoyar la legislación sobre el aborto, cuando hay un riesgo real y sustancial para la vida de la mujer,³ por la Organización Médica Irlandesa y el hecho de que el gobierno irlandés formule propuestas para permitir en Irlanda el aborto en condiciones legales sumamente limitadas, este documento explora de qué manera se agrupan tantos problemas en torno a la muerte de Savita. Se incluye en el estudio la interpretación clínica de la política de salud católica, y las consecuencias que tiene para las mujeres embarazadas en todo el mundo.

Protestas por mortalidad materna

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio han hecho que los países que continúan con altas tasas de mortalidad materna⁴ adquieran cada vez mayor conciencia de sus deficiencias y las organizaciones de la sociedad civil empiezan a luchar reclamando justicia e incluso reparación civil en casos individuales.

En India, por ejemplo, se planteó una demanda de reparación civil en la Corte Superior de Delhi, en el caso de Shanti Devi, quien murió al dar a luz en enero de 2010, después de dos embarazos de alto riesgo en los cuales recibió atención insuficiente y tardía. En el primero de los dos embarazos, Shanti rodó las escaleras y después no pudo sentir que el bebé se movía. La inducción del embarazo se demoró hasta que ella precisó cuidados intensivos, pero cuando finalmente se los brindaron, resultaron inadecuados y una hora después del parto sufrió hemorragia y murió. Como su salud seguía siendo muy precaria y no se le ofre-

* En India es 200 muertes por 100,000 nacidos vivos, en comparación con solo 6 por 100,000 nacidos vivos en Irlanda en 2010.²

cieron métodos anticonceptivos, ella volvió a salir embarazada seis meses después. El parto fue prematuro a los siete meses y dio a luz en su casa sin asistencia o ayuda calificada. Este caso aseguró que el Tribunal no solo tomara en cuenta la muerte individual sino las obligaciones constitucionales y de derechos humanos que tiene el gobierno central de India.⁴

Algunas comunidades donde las mujeres se encuentran en situación de alto riesgo por la falta de atención obstétrica rutinaria y de emergencia, también empiezan a protestar contra la mortalidad materna. Uno de estos casos se dio en Uganda, en mayo de 2011, donde cientos de ciudadanos y profesionales de la salud, preocupados por el tema, irrumpieron en el Tribunal Constitucional de Kampala en apoyo a la coalición de activistas que iniciaron un juicio que marcó un hito contra el gobierno por el caso de dos mujeres que sangraron hasta morir al dar a luz en el hospital sin recibir atención.⁵

Este tipo de sucesos está logrando que los gobiernos involucrados se vuelvan muy sensibles a las críticas. Siendo una mujer de la alta clase media, habría sido muy improbable que Savita Halappanavar muriese en India víctima del vergonzoso trato que recibió Shanti Devi. Y sin embargo, irónicamente, el embajador de India ante Irlanda fue de los primeros en criticar a quienes no impidieron la muerte de Savita en Irlanda.⁶

Interrupción de un embarazo no viable como cuidado obstétrico de emergencia

En los círculos médicos se acepta ampliamente que las auditorías en casos de mortalidad materna deben mantener su carácter confidencial para que se pueda tener un examen abierto sobre las causas de la muerte y las acciones que es preciso adoptar para evitar que se repitan tales casos en el futuro, si en realidad fueran evitables. Durante décadas se han realizado y reportado en el Reino Unido las Investigaciones Confidenciales sobre Muertes Maternas sobre esta base,⁷ en un proceso que ha servido

* El último informe fue publicado como suplemento del BJOG en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjo.2011.118.issue-s1/issuetoc>. La historia de estos informes se puede ver en: What has happened to the UK Confidential Enquiry into

de modelo para otros países. En estos casos se supone que los profesionales de salud han actuado de buena fe y lo que se trata es asegurar que en el futuro se eviten los errores cometidos y no castigar a las personas que los cometieron. Esto es muy distinto a encarar la mala praxis o negligencia médica. En mi opinión, no sólo en el caso de Savita sino en los otros que a continuación se resumen y que son similares, es muy pertinente preguntar si hubo en realidad mala praxis.

Parte del tratamiento necesario para salvar la vida de Savita, que debió haberse realizado sin demora, era la evacuación de su útero para interrumpir el embarazo. Tenía 17 semanas. Como el cuello del útero se hallaba totalmente dilatado, el embarazo ya no era viable; vale decir que no había forma ni tratamiento que posibilitara que este continuara el tiempo suficiente para que el niño pudiera nacer. Es más, si el bebé hubiera nacido a las 17 semanas, no habría sobrevivido. Por consiguiente, solo estaban en juego la salud y la vida de Savita, ya que solo se hubiera podido salvar su vida. Pero aparentemente no es así como los médicos de Savita vieron la situación, o al menos no fue lo que determinó las acciones que realizaron. Si nos basamos en lo que se informó en los medios, la interrupción del embarazo se demoró más allá del punto en que se podría haber impedido su muerte y una de las razones que se dieron fue que todavía había latidos en el corazón del feto.^{†3}

¿Pero por qué, si el feto no era viable? Lo que parece ser parte de la respuesta proviene de la declaración de una de las enfermeras que atendió a Savita, a quien, cuando le preguntó porque no se le podía interrumpir el embarazo,

Maternal Deaths? BMJ 2012;344:e41 en: www.bmj.com/content/344/bmj.e4147.

† Savita además estaba en grave peligro por una infección pélvica, debido a la dilatación del cuello del útero y había desarrollado una sepsis, cuyo tratamiento también fue postergado y contribuyó a su muerte.⁷ Esta es otra razón por la cual era crucial interrumpir oportunamente el embarazo, y así impedir que la infección se afirmara.

Sin embargo este estudio no se ocupa de lo que causó su muerte, algo que la investigación reveló con gran detalle, sino de lo que causó un retraso tan desmesurado en un aspecto de su tratamiento, es decir, en la interrupción del embarazo.

respondió: “este es un país católico”. Esto también apareció en la investigación y fue aceptado por el juez de instrucción como un asunto legal, pues como aparentemente no se reconoció cuán grande era el riesgo para la vida de Savita, una interrupción del embarazo habría sido ilegal y pasible de enjuiciamiento.⁷ Sin embargo, lo que se ha visto en otros casos en los que se precisaba interrumpir el embarazo para salvar la vida de la mujer embarazada, ha sido una referencia directa a la interpretación profesional o de todo el hospital, de lo que los médicos y enfermeras consideran como política católica de salud en lo relativo al tratamiento de abortos espontáneos por profesionales de salud católicos.

La “Interrupción del embarazo” puede convertirse en una respuesta de emergencia obstétrica necesaria, incluso en un embarazo deseado, y es ahí donde radica el problema. Según la Ley de Delitos contra la Persona, de 1861, interrumpir el embarazo para salvar la vida de la madre es legal en Irlanda, y en todos los demás países del mundo, con cinco excepciones. “Salvar la vida de la madre” debe entenderse como impedir que el embarazo ponga en peligro la vida, no cuando ya está la vida en peligro pues ya entonces puede ser demasiado tarde. Cabría suponer que se incluye la interrupción para completar un aborto espontáneo inevitable, o para terminar un embarazo no viable, o cuando una mujer tiene o desarrolla una enfermedad que pone su vida en peligro cuando está embarazada. Sin embargo, no hay nada escrito que especifique qué significa realmente “interrumpir un embarazo para salvar la vida de una mujer” ni cuándo se aplica.

Esto es aún más complicado en Irlanda debido a una enmienda Constitucional de 1983, cuyo objetivo era impedir que algún día se legalizara la interrupción del embarazo o incluso, que se realizara, y que señala que: “*el Estado reconoce el derecho a la vida del no nato y, con la debida consideración al mismo derecho a la vida que tiene la madre, garantiza en sus leyes el respeto y, en la medida que sea practicable, a través de sus leyes la defensa y reivindicación de dicho derecho.*” (Artículo 40.3.3, 1983).⁸

El caso de Savita, y otros anteriores a él, han sacado a relucir esta falta de claridad. Por ejemplo, según un informe en Wikipedia,

una irlandesa llamada Sheila Hodggers quedó embarazada en 1983, un año después de haber tenido una operación de cáncer de mama y cuando aún estaba en tratamiento. El texto de Wikipedia señala: “*Como los medicamentos anticancerígenos que ella tomaba podían dañar al feto, interrumpieron su tratamiento. La señora Hodggers comenzó a sentir fuertes dolores de espalda y apenas podía mantenerse en pie. Su marido exigió que el hospital indujera con urgencia el parto o que le hiciera una cesárea, pero se la negaron porque podía dañar al feto. También se negaron a darle analgésicos. El hospital tenía que cumplir con ‘el contrato del Obispo’, un código de ética elaborado por la Iglesia católica.*” Tanto Sheila como el bebé murieron poco después del nacimiento.⁹ En 2007, una joven de 17 años, conocida como la señorita D tuvo un embarazo anencefálico (no viable) y acudió a la Corte Superior de Irlanda para evitar que el Ejecutivo de Servicios de Salud le impidiera viajar fuera del país para obtener un aborto. La Corte Superior dictaminó que ella tenía derecho a viajar.¹⁰ Se supone que Irlanda ha desarrollado una política y guías sobre estos temas durante muchos años, y especialmente desde la directiva del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, que emanó de un caso juzgado en 2010, en el cual una mujer, con una rara forma de cáncer, había ido al Reino Unido para abortar y proteger su salud, pero argumentó que ella debería haber tenido derecho a abortar en Irlanda. El Tribunal Europeo sostuvo en su caso que había habido una “falta de implementación del derecho Constitucional a un aborto legal en Irlanda, existente”.¹¹ Con ello aclaraba que la legalidad del aborto en Irlanda había sido un problema de larga data cuando Savita murió. Su muerte fue motivo de una enorme protesta pública contra el incumplimiento de la directiva del Tribunal Europeo de parte de Irlanda, y en la protesta participaron especialmente quienes apoyan el derecho de la mujer al aborto. Aunque el hecho de no realizar un aborto como procedimiento obstétrico de emergencia para salvar la vida no era el tema principal de esas protestas, ambos temas están íntimamente relacionados.

En enero de 2013, al declarar ante el comité gubernamental que estudiaba qué hacer respecto a la legislación de Irlanda, tres expertos – la Dra. Jennifer Scheppe de la Universidad

de Limerick, Ciara Staunton de NUI Galway, y el Dr. Simon Mills de the Law Library – presentaron al comité evidencias que habían preparado en forma independiente. Cada uno de ellos dijo que el dictamen de la Corte Suprema en el caso de Roche v. Roche en 2009,¹² pronunciado por Susan Denham, quien desde entonces se convirtió en Presidenta de la Corte Suprema de Irlanda, significaba que si un feto no puede sobrevivir después del embarazo no disfruta de la protección que le otorga la Constitución de Irlanda a la “vida del nonato”.¹³ ¿Los médicos del hospital que atendieron a Savita no conocían este dictamen? Los habría protegido si ellos hubieran aceptado interrumpir a tiempo su embarazo. ¿O algo más se los impidió?

¿Cuál es la política católica respecto a la interrupción de emergencia del embarazo en caso de riesgo para la vida de la mujer?

Irlanda

La muerte de Savita propició que otras mujeres en Irlanda, que habían sobrevivido experiencias similares, hablaran en público de ello. El *Irish Examiner* reportó el 16 de noviembre de 2012 que en la línea directa de RTÉ Radio, cinco mujeres telefonearon declarando que habían enfrentado situaciones similares a la de Savita. Las cinco tenían entre 15 y 20 semanas de embarazo cuando les ocurrieron los incidentes entre 1997 y 2004 en hospitales irlandeses. Este es el testimonio que se atribuyó a una de ellas:

“Jennifer dijo que en 2003, cuando tenía 16 semanas de embarazo comenzó a sangrar y acudió al hospital de su localidad. ‘Todas las enfermeras que estaban dentro [de la Unidad] simplemente se pusieron a gritar de modo incontrolable. Decían que no había esperanzas para el bebé y que ellas no podían comprender por qué yo no había abortado. No había fluido [alrededor del feto], tenía un solo riñón, líquido en su cerebro. Pero el corazón latía. Siguieron escuchando. Jennifer dijo que los médicos y cuatro especialistas se reunieron individualmente con ella, después de su horario de trabajo para exámenes, solo para decirle ‘es necesario que usted tome una decisión inme-

diatamente’ por las consecuencias que tendría en su salud. Ella dice que uno de ellos le dijo a su madre: ‘Yo sé lo que haría si fuera mi hija, hay que leer entre líneas. Se tiene que hacer con urgencia’ ‘Fui a ver a mi médico general a las 11 p.m. era de noche.’ Su madre viajó con ella a Inglaterra [para interrumpir el embarazo].”¹⁴

Una declaración emitida en noviembre de 2012 por el Comité Permanente de la Conferencia Episcopal Católica de Irlanda, presumiblemente en respuesta al fallecimiento de Savita, no parece contradecir la interpretación de la jurisprudencia irlandesa sobre “igual derecho a la vida” antes citada:

“La Iglesia católica nunca ha educado en el sentido de que la vida de un niño en el vientre debe preferirse a la de la madre. En virtud de su humanidad común, tanto la madre como el hijo no nacido son sagrados y tienen igual derecho a vivir.

- Cuando una mujer embarazada se encuentra gravemente enferma y necesita un tratamiento que puede poner en riesgo la vida de su bebé, dichos tratamientos son éticamente permisibles, siempre y cuando se hayan hecho todos los esfuerzos posibles por salvar tanto la vida de la madre como la de su bebé.
- Mientras que un aborto es la destrucción directa e intencional de un bebé no nacido y es gravemente inmoral en toda circunstancia, es diferente a los tratamientos médicos que no procuran directa e intencionalmente poner fin a la vida de un bebé no nacido. Las actuales leyes y guías médicas en Irlanda permiten a las enfermeras y médicos de hospitales irlandeses aplicar esta distinción vital en la práctica, respetando al mismo tiempo el igual derecho a la vida que tienen la madre y su hijo no nacido”¹⁵

Sin embargo, el requisito de “respetar el igual derecho a la vida que tienen la madre y su hijo no nacido” es el problema, porque en un caso como el de Savita y muchos otros, la madre y el feto no tienen iguales oportunidades de sobrevivir. La política católica rotundamente deja de reconocer este hecho con gran perjuicio para las mujeres. Si bien este texto parece apoyar el tratamiento para que se salve la vida de la madre, es más bien sumamente

ambiguo, precisamente porque continúa insistiendo en su oposición a todos los abortos.

EEUU

Históricamente en los Estados Unidos, las *Directivas éticas y religiosas para servicios de salud católicos* de la Conferencia Episcopal de los Estados Unidos publicadas por primera vez hace más de 60 años, tuvieron por objeto asegurar una obediencia estricta de los principios católicos por parte de todos los trabajadores de hospitales de propiedad de la Iglesia católica, sin variaciones locales. La quinta edición (2009) declara que: “el aborto (vale decir la interrupción intencional del embarazo antes de ser viable, o la destrucción directamente intencional de un feto viable) nunca está permitido.”¹⁶ Con respecto a casos como el de Savita solo dice que:

*“47. Están permitidas las operaciones, tratamientos y medicamentos cuyo propósito directo sea la curación de una grave condición patológica en una mujer embarazada, siempre y cuando posponerlas no sea seguro hasta que el nacimiento de un niño no nacido sea viable, inclusive si ocasionaran la muerte de un niño no nacido.”*¹⁶

Si nos basamos en esta declaración, igualmente parecería que no había necesidad de demorar la interrupción del embarazo en el caso de Savita porque el feto no era viable. No obstante, el latido cardíaco fetal, que indicaba que el feto aún estaba *vivo*, puede haber sido lo que cambió las cosas, como ha sucedido en otros casos, porque puede haber obligado a los profesionales médicos a preocuparse si la muerte del feto se podría o no considerar “directamente intencional”.

Los autores de un estudio hecho en 2008 sobre la provisión de un tratamiento para abortos a cargo de ginecólogos-obstetras en hospitales de propiedad de la Iglesia católica en los EEUU, al describir las mejores prácticas médicas, señalan:

“Según las normas de atención generalmente aceptadas para el manejo de abortos, el aborto se indica médicamente bajo ciertas circunstancias en presencia de tonos cardíacos fetales. Dichos casos incluyen el aborto séptico o inevitable en el primer trimestre, ruptura pre-

*matura pre-viable de membranas y corioamnionitis, así como situaciones en las cuales la continuación del embarazo amenaza significativamente la vida o la salud de la mujer. En cada caso el médico debe sopesar el impacto que tendrá en la salud de la mujer frente a la viabilidad potencial del feto, si se continúa con el embarazo.”*¹⁷

Sin embargo, los autores prosiguen señalando que el manual de los comités de ética de los hospitales católicos, que los médicos utilizan para ayudarlos a interpretar y aplicar las directivas católicas, indican que: *“La simple ruptura de membranas, sin infección, no es suficientemente grave como para permitir intervenciones que conduzcan a la muerte del niño.”*¹⁸ Como, según estos autores, el manual de los comités de ética de los hospitales católicos es probablemente considerado como la referencia más autorizada por estos médicos, la evacuación uterina solo puede realizarse después que una mujer se enferme. Por ello, los autores señalan que:

*“Nuestros datos indican que a pesar del deseo de los dirigentes católicos de estandarizar estrictamente los servicios de salud de la Iglesia católica, existen distintas interpretaciones y formas de ejecutar la Directiva 47, tanto a nivel individual (médicos) como institucional (comité de ética hospitalaria)”*¹⁷

*“...aunque la doctrina católica oficialmente considere permisible el aborto para preservar la vida de la mujer, los comités de ética hospitalaria de los hospitales de propiedad de la Iglesia católica difieren al interpretar la magnitud del riesgo de salud para que sea una amenaza para la vida de la mujer y, por lo tanto, cuán grande debe ser el riesgo antes que aprueben la intervención.”*¹⁷

Sus entrevistas con seis gineco-obstetras norteamericanos que trabajan en hospitales católicos descubrieron que, a pesar de las orientaciones de los obispos, han ocurrido casos en el manejo de abortos espontáneos en los cuales los comités de ética hospitalaria de los hospitales católicos se han negado a aprobar la evacuación uterina mientras hubiera latido cardíaco fetal, obligando a los médicos a demorar la atención necesaria o la derivación

de la mujer a otro lugar. Algunos médicos incumplieron intencionalmente esta restricción porque opinaron que se ponía en peligro la seguridad de la madre. Esto es lo que escribieron sobre tres de sus informes: ¹⁷

- *Uno informó que en su hospital católico, “era muy raro que se aprobara la interrupción del embarazo si había un latido cardíaco fetal (incluso en “personas que están sangrando, han dilatado por completo y solo tienen 17 semanas”) a menos que “parezca que va a morir si no lo hacemos.”*
- *Otro informó: “Era muy prematuro, 14 semanas. Ella ingresó... y una mano salía del cuello uterino. Era evidente que había ruptura de membranas y estaba tratando de parir... Había un latido cardíaco y [llamamos] al comité de ética y ellos [dijeron], “No, no se puede hacer nada.” La mujer fue entonces enviada a otro hospital, a 145 kilómetros de distancia para que recibiera tratamiento.”*
- *Otro más informó: “Nunca olvidaré esto, fue horrible – logré que uno de mis socios aceptara a esta paciente a las 19 semanas. El embarazo era en la vagina. Había terminado... así que él tomó a esta paciente y la transfirió a [nuestro] centro médico terciario, lo cual me puso lívido y, bueno, “vamos a salvar el embarazo”. Así que, lógicamente yo estaba de guardia cuando a ella le dio una infección y la infección llegó al punto en que yo le puse vasoconstrictores en pleno trabajo de parto y en el parto Intentando mantener alta su presión y le puse mantas de enfriamiento porque tenía más de 40 grados de fiebre. Y yo tenía que sacar todo. Así que puse la máquina de ultrasonido y todavía latía el corazón del feto y [el comité de ética] no me lo permitió porque aún había un latido cardíaco. Esa mujer se estaba muriendo ante nuestros ojos. Entré a examinarla y pude encontrar el cordón umbilical a través de las membranas así que simplemente lo rompí para poder poner el ultrasonido—“Oh miren. No hay latidos. Sigamos.”*

En otro caso, reportado en 2010 en un hospital administrado por la Iglesia católica en el estado de Arizona, en EEUU, el director del hospital y del comité de ética hospitalaria llegó exactamente a la misma conclusión:

“...Era el caso de una mujer de veintitantos años, con antecedentes de presión arterial anor-

malmente elevada, que estaba en tratamiento para controlarla antes de salir embarazada. Los doctores estaban preocupados por el peso adicional que ese embarazo le impondría a su co-razón. Ella fue constantemente monitoreada en las primeras etapas del embarazo, cuando las pruebas indicaron que su salud se deterioraba rápidamente... En poco tiempo su hipertensión pulmonar empezó a poner en grave peligro su vida. Los médicos le informaron a la mujer que si ella continuaba con el embarazo el ‘riesgo de morir’ era alto. Luego de realizar consultas con la paciente, sus familiares, sus médicos y el equipo de ética del hospital, se tomó la decisión de realizar un aborto para salvar la vida de la madre. La presidenta del hospital, Linda Hunt, dijo: ‘Las acciones del hospital fueron compatibles con nuestros valores de dignidad y justicia. Si se nos presenta una situación en la cual el embarazo pone en peligro la vida de una mujer, nuestra primera prioridad es salvar a ambos pacientes. Si eso no es posible siempre salvaremos la vida que podamos salvar, y eso es lo que hicimos en este caso. Desde los puntos de vista moral, ético y legal, simplemente no podíamos quedarnos al margen y permitir que muriera alguien cuya vida pudiéramos salvar.’” ¹⁹

Sin embargo, como resultado de esta decisión, el obispo Thomas J Olmsted retiró oficialmente su afiliación católica al hospital argumentando que “no cumplía fielmente las directivas éticas y religiosas emitida para los servicios de salud católicos”.²² Se reportó además que el obispo había logrado que se retirara a [una Hermana] del comité de ética del hospital por aprobar la decisión y que ella misma “se había excomulgado automáticamente”, expresando: “Si bien los profesionales médicos ciertamente deben tratar de salvar la vida de la madre gestante, de ninguna manera pueden valerse del asesinato de su hijo no nacido como un medio. El fin no justifica los medios.”²⁰

República Dominicana, Costa Rica y El Salvador

Al parecer, estas interpretaciones también se realizan en otros países católicos. República Dominicana es uno de los cinco países del mundo en donde no se permite el aborto por ningún motivo, ni siquiera para salvar la vida de la mujer. Aunque esto no debería aplicarse en casos de atención obstétrica de emergencia, sí que se

aplicó en agosto de 2012, en el caso de una joven dominicana de 16 años que tenía leucemia y murió por las complicaciones causadas por un aborto espontáneo. A comienzos de julio de ese año se le diagnosticó que sufría de leucemia, cuando solo tenía pocas semanas de embarazo. En ese momento se le impidió tener un aborto terapéutico –tal como lo recomendaban los profesionales de salud– porque se creía que era ilegal. También se demoraron en administrarle quimioterapia pues los médicos temían que dañara al feto. Tanto la madre como el niño murieron.²¹

En diciembre de 2012, la Campaña Internacional por el Derecho de las Mujeres al Aborto Seguro publicó un pedido de solidaridad en apoyo a una mujer de Costa Rica que estaba gestando un embarazo no viable, con malformaciones fetales múltiples y graves.²² Durante casi cinco meses, se indicó en el informe, ella sufrió de severos dolores abdominales y en la espalda y no pudo trabajar. En el mejor de los casos la supervivencia del bebé fuera del útero habría sido breve. Sin embargo, no se encontró a nadie en todo el país que le indujera el parto para poner fin al embarazo y a su sufrimiento. Recién a las 29 semanas de embarazo rompió aguas y se le realizó una operación cesárea. En respuesta a las protestas de los grupos que defienden los derechos de la mujer, la señora Ileana Balmaceda, descrita como la más alta autoridad en el sistema de salud pública de Costa Rica manifestó que las leyes del país no permiten el aborto en este tipo de casos (comunicación por correo electrónico el 4 de enero 2013).

En Abril 2013, Amnistía Internacional hizo público el caso de “Beatriz”, una mujer de 22 años de edad, de El Salvador, que es otro de los cinco países donde el aborto se criminaliza en todas las circunstancias. En virtud del Artículo No. 133 de su Código Penal, todo aquel que brinde servicios de aborto o intente acceder a ellos, puede ser condenado a largas penas de cárcel. Beatriz tiene un historial de lupus, una enfermedad del sistema inmunológico, una enfermedad renal relacionada con el lupus y otros problemas de salud. Beatriz tiene un hijo de un año. Ella sufrió graves complicaciones durante su anterior embarazo y esta vez se le ha diagnosticado que se encuentra en grave peligro de morir si el embarazo continúa. Tres tomografías han confirmado que el feto es anencefálico, vale decir que es altamente probable que muera

antes de nacer o poco tiempo después del parto. Beatriz tenía cuatro meses y medio de embarazo y hacía más de un mes que había estado pidiendo la interrupción del embarazo, sin éxito, cuando se dio a conocer su pedido. Sus médicos (todavía) no lo han atendido, se sienten incapaces de interrumpir el embarazo si el gobierno de El Salvador no les asegura expresamente que no serán llevados a juicio por brindar este tratamiento que salvaría la vida de Beatriz. Hasta el momento no ha habido respuesta de las autoridades a su solicitud de permiso para proceder con la interrupción del embarazo.²³

En todos estos casos debe entenderse este silencio como la priorización de la vida del feto por encima de la vida de la madre gestante, aun cuando el feto no tenga posibilidad de sobrevivir. Según *Catholics for Choice*,²⁴ el obispo Olmsted cometió un error de interpretación de la política católica de salud en el caso de Arizona, EEUU. Sin embargo, si nos basamos en la evidencia reunida para este estudio que no es completa y que ha surgido en su mayor parte de los informes aparecidos en los medios desde noviembre de 2012, y solo debido a la muerte de Savita Halappanavar, parece que en tres continentes se viene denegando el permiso a interrumpir un embarazo cuando la vida de la madre está en peligro.

El valor que tiene la interrupción del embarazo, deseado o no deseado, para salvar la vida de las mujeres

Casi siempre los países donde el aborto se mantiene legalmente restringido y es inseguro, son países donde también sigue siendo alto el número de casos de mortalidad materna en embarazos deseados. En otras palabras, en esos países la vida de una mujer embarazada tiene poco valor, ya sea que su embarazo sea o no viable, deseado o no deseado. En los cinco países católicos donde no está permitido interrumpir el embarazo, ni siquiera para salvar la vida de la mujer, es aún más probable que la interpretación de la política católica de salud en el sentido de que la madre debe ser la sacrificada, sea un riesgo.

El parlamentario irlandés, John O'Mahony, de quien se dice que tiene una fuerte postura antiabortista, describió la muerte de Savita Halappanavar como una “terrible tragedia” y dijo que él opinaba que no debió suceder con

la legislación existente. “Me opongo totalmente al aborto, pero estoy totalmente en favor de proteger la vida de la madre,” afirmó.²⁵ Lamentablemente, no se puede conseguir ambas cosas.

¿Es esta la norma en los servicios de maternidad católicos?

*“... Puedo afirmar fácilmente que la vida de Savita estuvo en peligro desde el momento en que hubo ruptura de sus membranas a las 17 semanas. Sin embargo, cabe preguntarse si la legislación irlandesa representa otro tipo de peligro. De ser así, ¿cómo pueden los médicos juzgar si están ante ese peligro? ¿Ruptura de membranas y fiebre? ¿Escalofríos? ¿Bacterias en el líquido amniótico? ¿Cultivos positivos en la sangre? ¿Sepsis? ¿Insuficiencia cardiovascular? ¿Cuán enferma debe estar una gestante en Irlanda para que un médico declare que su vida está en peligro?”*²⁶

Ésta es una pregunta que hay que hacer, no solo en Irlanda, sino también en otros países. Savita tenía todos esos síntomas. Denegar la interrupción de los embarazos que hemos descrito en este estudio, matar a algunas mujeres y poner la vida de otras en grave peligro no es ético y va en contra del juramento hipocrático de no hacer daño.

¿Cuántos profesionales de salud que creen cumplir la política católica de salud se están negando a interrumpir esos embarazos o se les ha negado el permiso a hacerlo porque el feto aún tenía latido cardíaco? ¿Son excepciones o es ésta la norma en todos los servicios católicos de salud, y de ser así, en cuántos países? Los gobiernos de Irlanda y de todos los otros países donde hay servicios católicos de maternidad deben responder con urgencia estas preguntas.

El imperativo ético de salvar las vidas de las gestantes

Los informes individuales presentados en este estudio apuntan hacia un hilo común muy preocupante en tres continentes. Invitan a realizar una rigurosa investigación de los tratamientos brindados y de sus consecuencias para las mujeres que tienen abortos espontáneos inevitables, graves anomalías fetales y

otros embarazos no viables, así como embarazos afectados por enfermedades graves que requieren su interrupción en servicios de maternidad controlados por la Iglesia católica.

Si estudios posteriores revelan más casos como el de Savita, se debe despojar a los profesionales de salud y/o a los hospitales católicos del derecho a brindar servicios de maternidad si se rehúsan a terminar un embarazo como parte del cuidado de emergencia obstétrica. Las instituciones religiosas contribuyen masivamente a brindar atención de salud en muchos países. En Irlanda, casi el 40% de todos los hospitales son de propiedad de instituciones católicas o están administrados por ellas²⁷ y en los EEUU alrededor del 30%.¹⁷ En algunos países, como por ejemplo en gran parte de América Latina y África Subsahariana, los hospitales a cargo de la Iglesia católica brindan la mayoría o los únicos servicios de maternidad existentes. A pesar de ello, los gobiernos deben negarse a financiar estos servicios y remplazarlos con servicios laicos, o exigir que en todo momento haya personal laico disponible, para encargarse específicamente de esos casos y evitar así muertes innecesarias de madres gestantes.^{28*}

Sinceramente, ningún gobierno que tome en serio la mortalidad materna puede apoyar que se niegue cuidado obstétrico de emergencia cuando la vida y la salud de una mujer embarazada pueden estar en peligro. Por definición, la interrupción del embarazo pondrá fin a la vida del feto – ya sea que el embarazo sea deseado o no deseado. El problema es si se toma primero en cuenta la vida de la mujer o si simplemente no se le toma en cuenta en absoluto.

Agradecimientos

Agradecemos a Goretta Horgan, Lisa Hallgarten, Toni Belfield, Pathika Martin y a un colega anónimo por sus muy valiosos comentarios sobre borradores preliminares del texto.

* El gobierno de Obama en los EEUU ha sentado un precedente para esto al retirar un contrato de varios millones de dólares a la Conferencia Episcopal Católica de los EEUU por rehusarse a brindar anticonceptivos en un servicio financiado por el gobierno a las víctimas que han sido objeto de la trata de mujeres y que requieren una gama de tratamientos urgentes. Esta decisión fue apoyada por un tribunal federal de los EEUU en 2012.28

Referencias

1. www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/en/index.html.
2. Kismödi E, Bueno de Mesquita J, Andión Ibañez X, et al. Human rights accountability for maternal death and failure to provide safe, legal abortion: the significance of two ground-breaking CEDAW decisions. *Reproductive Health Matters* 2012;20(39):31-39.
3. Doctors refuse to back X case motion. 6 April 2013. Irish Examiner. www.irishexaminer.com/ireland/doctors-refuse-to-back-x-case-motion-227551.html
4. Kaur J. The role of litigation in ensuring women's reproductive rights: an analysis of the Shanti Devi judgement in India. *Reproductive Health Matters* 2012;20(39):21-30.
5. Ray S, Madzimbamuto F, Fonn S. Activism: working to reduce maternal mortality through civil society and health professional alliances in sub-Saharan Africa. *Reproductive Health Matters* 2012;20(39):40-49.
6. McDonald H. Hundreds of Irish women forced to come to Britain for abortions. *The Guardian*, 16 November 2012. www.guardian.co.uk/world/2012/nov/16/ireland-abortion-women-forced-abroad.
7. Savita Halappanavar jury returns unanimous medical misadventure verdict. *Irish Times*. 19 April 2013. www.irishtimes.com/news/health/savita-halappanavarjury-returns-unanimous-medical-misadventure-verdict-1.1365716#_UXFWIIYu0i4.twitter.
8. See: http://en.wikipedia.org/wiki/Eighth_Amendment_of_the_Constitution_of_Ireland.
9. See: http://en.wikipedia.org/wiki/Sheila_Hodgers.
10. High Court grants 'Miss D' right to travel. *Irish Times*. 5 September 2007. www.irishtimes.com/newspaper/breaking/2007/0509/breaking1.htm.
11. Grand Chamber Judgement A.B and C. v. Ireland 16.12.10, at: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=003-3375636-3783610>. p.5.
12. www.bailii.org/ie/cases/IESC/2009/S82.html.
13. www.thejournal.ie/constitution-allows-abortion-unviablepregnancy-747060-Jan2013/?utm_source=twitterfeed&utm_medium=twitter.
14. Ó Cionnaith F. Miscarrying women told to 'read between lines' and go to UK. *Irish Examiner*. 16 November 2012.
15. www.catholicbishops.ie/2012/11/19/statement-standingcommittee-irish-catholic-bishops-conference-equalinalienable-life-mother-unborn-child/.
16. Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services. United States Conference of Catholic Bishops. 5th ed., 2009. p.26. www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity/health-care/upload/Ethical-Religious-Directives-Catholic-Health-Care-Services-fifthedition-2009.pdf.
17. Freedman LR, Landy U, Steinauer J. When there's a heartbeat: miscarriage management in Catholic-owned hospitals. *American Journal of Public Health* 2008;98(10):1774-78.
18. Catholic Health Care in the United States. Washington, DC: Catholic Health Association; 2007.
19. Counihan P. American case echoes Savita story as Bishop strips hospital of Catholic affiliation. *IrishCentral*. 23 November 2012. www.irishcentral.com/news/American-case-echoes-Savita-story-as-Bishop-strips-hospital-of-Catholic-affiliation-180587051.html.
20. McCann E. www.hotpress.com/archive/6726866.html.
21. Romo R. Pregnant teen dies after abortion ban delays her chemo treatment for leukemia. *CNN*. 18 August 2012. www.cnn.com/2012/08/18/world/americas/dominican-republic-abortion/index.html.
22. International Campaign for Women's Right to Safe Abortion. Costa Rica: solidarity request. <http://safeabortion-womens-right.tumblr.com/post/38219193742/solidarity-request-costa-rica-call-to-action-to-help>.
23. Amnesty International. Request for solidarity: El Salvador: woman denied life saving medical intervention. 15 April 2013. www.refworld.org/docid/5177d9574.html.
24. Diocese of Phoenix maligns Catholic nun, errs on canon law. Catholics for Choice press release. 20 May 2010. www.catholicsforchoice.org/DioceseofPhoenixMalignsCatholicNun.asp.
25. McGee H. Abortion views of some Fine Gael TDs have shifted. *Irish Times*. 16 November 2012.
26. Dr Jen Gunter. Blog. <http://drjengunter.wordpress.com/2012/11/20/how-sick-must-a-pregnant-woman-be-ireland-for-her-doctor-to-say-her-life-is-at-risk/>. 20 November 2012.
27. Caring for Health in Ireland. Council for Justice and Peace of the Irish Episcopal Conference. Dublin: Veritas, 2012. www.catholicbishops.ie/wp-content/uploads/2012/02/caring-for-healthin-Ireland.pdf.
28. Mencimer S. Catholic bishops lose a big battle over contraception. *Mother Jones*. 26 March 2012. www.motherjones.com/mojo/2012/03/catholic-bishops-lose-another-contraception-fight.