



DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO EN COSTA RICA

Argumentos para los supuestos de violencia
sexual y malformaciones incompatibles con
la vida extrauterina

342.087.8
M355d

Maroto Vargas, Adriana

Despenalización del aborto en Costa Rica: argumentos para los
supuestos de violencia sexual y malformación incompatible con la vida extrauterina /
Adriana Maroto Vargas; Paola Brenes Hernández. – San José: Asociación
Colectiva por el Derecho a Decidir, 2008

46 p.; 21.59 x 27.94 cm.

ISBN: **978-9968-9664-2-9**

1. Aborto 2. Legislación penal 3.Explotación Sexual 4. Incesto I. Título

Autoras:

Adriana Maroto Vargas
Paola Brenes Hernández

Revisión:

Javiera Carrera
Ana Segura
Carmen Carro
Marcia Ugarte Barquero
Laura Fuentes Belgrave

Diseño, diagramación e impresión:

Diseño Editorial S.A.
www.kikeytetey.com

Cualquier parte de esta publicación puede ser copiada, reproducida, distribuida o adaptada sin permiso previo de la Colectiva por el Derecho a Decidir, siempre y cuando esta no se haga con propósitos de ganancia comercial y se cite siempre la referencia de las autoras y la Colectiva por el Derecho a Decidir.

Colectiva por el Derecho a Decidir

[http:// colectiva.blogspot.com](http://colectiva.blogspot.com)

Teléfono (506) 2272 4963 Telefax (506) 2272 2951

Apartado Postal 2608 – 2050 San Pedro de Montes de Oca
Costa Rica

Contenidos

Introducción	5
I. Despenalización del aborto en casos de malformaciones embrionarias o fetales incompatibles con la vida extrauterina	9
1. Marco Internacional de Derechos Humanos	9
2. Legislación Nacional	12
3. Aproximaciones conceptuales médicas sobre las malformaciones incompatibles con la vida extrauterina y cifras relacionadas	13
4. Argumentación desde los impactos emocionales en las mujeres y el enfoque de derechos humanos	17
II. Despenalización del aborto en casos de violencia sexual: violación, incesto, embarazo en niñas y explotación sexual comercial de mujeres menores de edad	23
1. Marco Internacional de Derechos Humanos	24
2. Legislación Nacional	29
3. La despenalización del aborto en casos de violación	31
4. La despenalización del aborto en casos de embarazo en niñas menores de 13 años	36
5. La despenalización del aborto en casos de incesto	39
6. La despenalización del aborto en casos de explotación sexual comercial	41
III. El mito del trauma post-aborto	45
Anexo 1: Mitos y realidades sobre el aborto	47
Anexo 2: Mitos y realidades sobre la violencia sexual.	49
Bibliografía	53



Introducción

Para la Colectiva por el Derecho a Decidir, es un paso necesario para la despenalización del aborto en Costa Rica incluir tanto las Malformaciones Incompatibles con la Vida Extrauterina del feto o embrión (MIVE) como los embarazos producto de violencia sexual, como supuestos del aborto impune por la vía de reforma al Código Penal. Dentro del supuesto de violencia sexual, nos ha parecido indispensable visibilizar el flagelo de la violación, el embarazo en niñas, el incesto y la explotación sexual comercial. Creemos que la despenalización del aborto por estas causales, es un pequeño avance para asegurar los derechos humanos de las mujeres en nuestro país.

El aborto suele definirse como la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable, es decir, que esté capacitado para la vida extrauterina. La viabilidad del feto o el embrión fue definida por la Organización Mundial de la Salud hasta las 22 semanas de embarazo, momento en el cual el peso fetal es de aproximadamente 500 gramos (Faúndes; Barzelatto, 2005).

La legislación nacional en materia de despenalización del aborto no ha sido congruente con los principales instrumentos ratificados y/o firmados ni con las recomendaciones hechas a nuestro país por los distintos Comités de Derechos Humanos. Por lo anterior, la Colectiva por el Derecho a Decidir se ha dado a la tarea de iniciar un proceso que busca la despenalización del aborto por medio de reformas legislativas, por lo cual, este documento se convierte en una herramienta importante de argumentación para la incidencia política.

Con respecto a la penalización del aborto en general, son los artículos 118 y 119 del Código Penal los que se encargarían de sancionar tanto a las mujeres víctimas de violencia sexual o a las que tengan un embarazo cuyo feto o embrión tenga una MIVE, como al o la profesional que lleve a cabo el procedimiento. De esta manera, la legislación en Costa Rica penaliza con uno a tres años de prisión a la mujer que consienta su propio aborto, o de seis meses a dos años si el feto tuviera una edad gestacional menor a 6 meses.

De igual forma, la normativa citada castiga con uno a tres años de prisión al prestador de servicios de salud que realizara un aborto, para lo que en los casos descritos, los embarazos productos de violencia sexual y las MIVE no representan actualmente excepciones penales.

El artículo 121 del Código Penal costarricense se convierte en la excepción al designar como aborto impune aquel que se lleva a cabo para salvar la salud o

la vida de la mujer; sin embargo, la interpretación restrictiva del concepto de salud de este artículo, ha excluido los abortos por violencia sexual y por MIVE dentro de las excepciones penales, por tanto, ha ignorado el impacto que este tipo de embarazos tiene en la salud de las mujeres. Esta situación ha llevado a nuestra organización a incluir las situaciones mencionadas, como supuestos en las reformas propuestas al Código Penal.

Alcances de la reforma a la norma penal

La penalización del aborto implica perseguir o acusar legalmente a una mujer por realizarse un aborto y a las personas involucradas. Muchas veces la penalización implica penas de cárcel, tal como está estipulado en nuestras normativas.

Por su parte, la despenalización del aborto se constituye en una acción que pretende eliminar el castigo penal a las mujeres que se han practicado un aborto y a quienes la han ayudado, es decir, que el aborto en ciertas causales especificadas no sea un delito tipificado en el Código Penal.

Es importante hacer la distinción entre la penalización y la legalización del aborto, ya que esta última es una acción en la que un acto no penalizado se reconoce como un derecho humano y se establecen normas para que el Estado lo garantice. Por esta razón, una reforma al Código Penal no intenta la legalización del aborto, sino su despenalización.

El alcance de la acción por la despenalización del aborto en un caso concreto, se puede describir de la siguiente manera: si una mujer interrumpió su embarazo por distintas situaciones de violencia sexual o por un diagnóstico de MIVE y es denunciada ante el Ministerio Público, ella tendría que demostrar en el proceso judicial que su aborto fue realizado bajo los supuestos de excepción del delito y de ser así, el juez o la jueza tendría que declararla inocente.

Es decir, esta reforma no garantiza el acceso de las mujeres a los servicios públicos de salud para la interrupción del embarazo en los supuestos permitidos, pero definitivamente es un avance en el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres en cuanto implica la abolición parcial del castigo penal que sigue vigente en nuestra legislación.

En este documento encontraremos varias secciones; la primera sección contiene una compilación de argumentos que respaldan nuestra propuesta de despenalización del aborto en casos de fetos o embriones con malformaciones incompatibles con la vida extrauterina. Para ello, señalaremos cómo se ha abordado el tema en

instrumentos internacionales de derechos humanos, la legislación costarricense, aproximaciones conceptuales médicas sobre las MIVE, así como las cifras relacionadas con su incidencia en el país y, finalmente, la argumentación del impacto emocional en las mujeres y desde el enfoque de derechos humanos.

La segunda sección contiene argumentos para la despenalización del aborto en casos de violencia sexual, lo cual incluye violación, embarazo en niñas, incesto y explotación sexual comercial de mujeres menores de edad. Se inicia con un apartado referido a instrumentos internacionales sobre derechos humanos y legislación nacional. Posteriormente, se presentan cuatro apartados con argumentación y datos estadísticos relacionados con cada temática.

Debido a los argumentos falaces que históricamente han obstaculizado la despenalización del aborto, nos ha parecido indispensable el abordaje y la discusión de los distintos mitos sobre el aborto, por lo que en la tercera sección, se incluyen las principales argumentaciones científicas que han desmentido el mito del trauma post-aborto. De igual manera, en los anexos se incluyen otros insumos importantes que pretenden desmitificar afirmaciones erróneas sobre el aborto en general y la violencia sexual contra las mujeres en particular.



I. Despenalización del aborto en casos de malformaciones embrionarias o fetales incompatibles con la vida extrauterina

En la Colectiva por el Derecho a Decidir, entendemos las MIVE como las patologías presentes en el embrión o en el feto, de carácter irreversible e incurable, que hacen inviable su vida extrauterina y, por lo tanto, producirían su muerte intraútero o a las pocas horas de nacer.

Aunque el 39% de los países del mundo (incluidos algunos países de América Latina) no penalizan los abortos por malformaciones congénitas fetales severas (Távora, 2006), actualmente en nuestro país, si una mujer decide interrumpir su embarazo posterior a un diagnóstico fetal de este tipo, puede correr el riesgo de ser denunciada judicialmente por el delito de aborto con consentimiento.

Para la Colectiva por el Derecho a Decidir, imponer a una mujer un embarazo en las circunstancias descritas es un trato cruel, inhumano y degradante, por lo que incidir en la despenalización de estos casos, es una acción en la búsqueda de la justicia social y la garantía de los derechos humanos de las mujeres que atraviesan una situación en extremo dolorosa.

1. Marco Internacional de Derechos Humanos

En octubre del 2005, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas resolvió una denuncia contra el Estado peruano presentada por Karen Llantoy, una adolescente de 17 años de edad embarazada de un feto anencefálico, a quien las autoridades de salud le negaron la interrupción del embarazo. El Comité falló a favor de la demandante, al establecer que impedir el acceso al aborto puso en riesgo su vida, y la omisión por parte del Estado le ocasionó el sufrimiento moral por el cual tuvo que pasar, lo cual resultó significativo porque se trataba de una menor. El Comité además indicó que la negativa del Estado peruano a la intervención médica para suspender el embarazo, interfirió arbitrariamente en la vida privada de la demandante.

La situación de Karen Llantoy se convirtió en un caso emblemático, ya que el dictamen concluyó que el Estado peruano tenía la obligación de proporcionar a la denunciante un recurso efectivo que incluía una indemnización. A la vez, el Comité dictaminó que el Estado tiene la obligación de adoptar medidas para evitar que

se cometan violaciones semejantes en el futuro. Las recomendaciones emitidas por el Comité de Derechos Humanos en el caso mencionado, se basaron en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP).

Con respecto a este instrumento internacional de carácter vinculante para los países signatarios, el artículo 7 del PIDCP señala que nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. El Comité de Derechos Humanos señaló en su Observación General N° 20 que el derecho protegido en este artículo no sólo hace referencia al dolor físico, sino también al sufrimiento moral y que esta protección es particularmente importante cuando se trata de personas menores de edad¹.

Este señalamiento del Comité de Derechos Humanos nos remite al sufrimiento moral de las mujeres con embarazos cuyos fetos o embriones tienen MIVE, y que según este Comité, el forzarlas a continuar con este embarazo se convierte en una acción torturante.

El derecho a la vida ha sido objeto de innumerables discusiones cuando nos referimos a las interrupciones voluntarias del embarazo. El artículo 6 del PIDCP indica que el derecho a la vida es inherente a la persona humana y que estará protegido por la ley, de esta forma, nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente. Con respecto a este artículo y su interpretación acerca del derecho a la vida de las mujeres, el Comité de Derechos Humanos en la misma Observación General N° 20 ha señalado que el derecho a la vida no puede entenderse de manera restrictiva, sino que de hecho requiere que los Estados adopten medidas positivas para su protección, incluyendo las medidas necesarias para evitar que las mujeres recurran a abortos clandestinos que pongan en peligro su salud y su vida, especialmente cuando se trata de mujeres jóvenes.

Desde la perspectiva de la Colectiva por el Derecho a Decidir, obligar a una mujer a continuar un embarazo donde el feto fallecerá en el parto o en las siguientes horas, se convierte en una injerencia arbitraria en su cuerpo por parte del Estado. Con respecto a este punto, el artículo 17 del PIDCP consigna que nadie debe ser 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 y que toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques. Según Alda Facio (2003) en el contexto de los derechos reproductivos, este derecho es violado cuando el Estado o los particulares interfieren en el derecho de la mujer a tomar decisiones sobre su cuerpo y su capacidad reproductiva. El Comité de Derechos Humanos también ha definido la conexión entre

¹ Dictamen del Comité de Derechos Humanos de la Comunicación NO. 1153/2003. CCPR/C/85/D/1153/2003.

este derecho y el derecho a la igualdad, al establecer que puede verse seriamente afectado cuando los Estados no respetan el ejercicio del derecho a la intimidad de la mujer y cuando se imponen obstáculos que limitan la toma de decisiones de las mujeres con respecto a sus funciones reproductivas.

En relación con las recomendaciones de distintos Comités al Estado costarricense, resaltamos la que fue hecha en 1999 por el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas:

(...) observa con preocupación las consecuencias que tiene para la mujer el mantenimiento de la penalización de todos los abortos, en particular el peligro para la vida que entrañan los abortos clandestinos. El Comité recomienda que se modifique la ley para introducir excepciones a la prohibición general de todos los abortos.²

Por su parte, el Comité de la CEDAW³ en su recomendación N° 24 señaló que en la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos.

Finalmente, aunque no es vinculante para el Estado costarricense, es importante señalar la sentencia C355/06 de la Corte Constitucional Colombiana, dictada en mayo de 2006, donde se despenalizan varios supuestos para la interrupción voluntaria del embarazo, siendo uno de estos el caso de las MIVE. Con respecto a este punto, la sentencia llama a no generar cargas desproporcionadas en las mujeres y expresa que

el deber estatal de proteger la vida del nasciturus pierde peso, precisamente por estarse ante la situación de una vida inviable. De ahí que los derechos de la mujer prevalezcan y el legislador no pueda obligarla, acudiendo a la sanción penal, a llevar a término el embarazo de un feto que, según certificación médica se encuentra en tales condiciones.

Tanto el caso emblemático de Karen Llantoy en Perú, como la sentencia de la Corte Constitucional Colombiana marcan precedentes importantes a ser tomados en cuenta en nuestro país en el marco de las MIVE. Si a dichos precedentes sumamos las recomendaciones que directamente han formulado al Estado costarricense el

2 Recomendación a Costa Rica. CCPR/C/79/Add.107, 8 de abril de 1999.

3 Por sus siglas en inglés. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer,

Comité de la CEDAW y el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, el compromiso para la despenalización del aborto en dicho supuesto se torna un imperativo para nuestro país, reconocido constitucionalmente como Estado Democrático de Derecho.

La despenalización del aborto en el caso de MIVE, representaría un acto de seguimiento de los compromisos asumidos por Costa Rica, una acción de reconocimiento del sufrimiento de las mujeres que enfrentan esta situación y una política de garantía de los derechos humanos de las mujeres.

2. Legislación Nacional

En Costa Rica, las mujeres que enfrentan embarazos cuyos fetos o embriones tienen MIVE han sido invisibilizadas social y jurídicamente en las últimas décadas, situación que no escapa a la legislación nacional vigente, razón por la cual no se encontró otra normativa relacionada en el país más allá del Código Penal. En este apartado se enumeran los artículos del Código Penal que sancionan las interrupciones del embarazo en nuestro país, dispositivos penales que pueden castigar a una mujer que decida interrumpir un embarazo en esta situación.

El artículo 118 de esta norma reprime con prisión de uno a tres años para quien con consentimiento de la mujer, le cause un aborto. Esta pena se atenúa de seis meses a dos años si el feto no ha alcanzado los seis meses de vida intrauterina.

Por su parte, el artículo 119 reprime con prisión de uno a tres años a la mujer que consienta o cause su propio aborto. Esta pena también se atenúa de seis meses a dos años si el feto no ha alcanzado seis meses de vida intrauterina.

Finalmente, el artículo 121 del Código Penal costarricense establece que es impune el aborto realizado con el consentimiento de la mujer, si este se hace con el propósito de salvar su vida o su salud. Como se mencionó anteriormente, el concepto de salud ha sido aplicado restrictivamente, lo que ha excluido las interrupciones del embarazo en casos de MIVE dentro de esta excepción penal.

3. Aproximaciones conceptuales médicas sobre las malformaciones incompatibles con la vida extrauterina y cifras relacionadas

Aunque en la literatura científica no exista una definición unificada de las Malformaciones Incompatibles con la Vida Extrauterina (MIVE), para el presente documento retomamos el concepto de patologías inviábiles con la vida definidas en la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en Argentina, como aquellas donde un feto inviable presenta gravísimas malformaciones, irreversibles e incurables, que producirán su muerte intraútero o a las pocas horas de nacer (En: Olalla, [s.f]). En general, los fetos con este tipo de malformaciones permanecen con vida en tanto sus funciones vitales estén siendo reguladas por el cordón umbilical, la placenta y el ambiente uterino de la mujer.

En la literatura científica sobre MIVE se encuentran principalmente referencias a aquellas malformaciones que tienen un origen congénito. Hoy se sabe que las anomalías congénitas son estructurales o genéticas/cromosomiales y además pueden ser únicas (incidencia del factor genético o el ambiental) o múltiples (combinación del factor genético y el ambiental), siendo más graves estas últimas (Julian-Reyner et al, 1994; De Vigan, 2005; En: Távara, 2007).

No todas las malformaciones en el embrión o el feto son incompatibles con la vida extrauterina. Según Langman (2006), las malformaciones se producen durante el período conocido como organogénesis o embriogénesis (proceso que transcurre desde el estadio unicelular y cursa el período del establecimiento de los esbozos de órganos), originándose la mayor parte de la tercera a la octava semana de gestación.

Actualmente, el avance de la tecnología médica permite un diagnóstico temprano y seguro de las malformaciones incompatibles con la vida extrauterina, siendo posible predecir la muerte fetal. La tecnología con la que se cuenta actualmente consiste en la aplicación de ecografías, resonancia magnética nuclear, pruebas biofísicas, hormonales, bioquímicas y genéticas. Estas herramientas tecnológicas (principalmente la ecografía), permiten conocer desde las primeras etapas del embarazo si el embrión o el feto tiene una malformación (Távara, 2007).

Es importante aclarar que algunas de las malformaciones que se señalarán a continuación, se encuentran en la literatura médica con indicaciones tanto de compatibilidad como de incompatibilidad con la vida extrauterina, por lo que el pronóstico de vida del feto o embrión depende en muchas situaciones del diagnóstico del caso particular. Algunas de las MIVE que Távara (2007) menciona son:

- **Anencefalia:** grave malformación congénita que incluye ausencia del cerebro, el hueso en el que este descansa y el cuero cabelludo del feto; además otros órganos del feto pueden resultar afectados. Aparece entre los 24 y 26 días después de la fecundación por un defecto del tubo neural. Según Sandoval [s.f], esta malformación está asociada con exceso del líquido amniótico.
- **Osteogénesis imperfecta:** comprende un grupo de desórdenes que provocan fragilidad ósea. Las formas letales se caracterizan por la falta de desarrollo de las extremidades con malformaciones en las piernas.
- **Síndrome de corazón izquierdo hipoplásico:** es una malformación que causa muerte en el recién nacido al cerrarse el vaso sanguíneo muscular que une la arteria pulmonar a la aorta. Esta malformación puede ser detectada en el primer trimestre del embarazo. Causa la muerte en el nacimiento.
- **Onfalocelo:** malformación congénita eventualmente asociada a una masa quística y sólida que debe despertar la sospecha de un tumor en el cordón umbilical. El Sistema de Salud de la Universidad de Virginia (2007, párr.1, 2) explica que esta es una anomalía que aparece antes del nacimiento a medida que el feto se está formando en el útero. Algunos de los órganos abdominales sobresalen a través de un orificio en los músculos abdominales en la zona del cordón umbilical. Una membrana translúcida recubre los órganos que sobresalen.
- **Gastrosquisis:** es un defecto congénito en el cual los intestinos del feto sobresalen del cuerpo a través de una hernia en un lado del cordón umbilical. Los fetos con esta afección presentan un agujero en la pared abdominal, usualmente en el lado derecho del cordón umbilical, los intestinos se pueden observar con facilidad. Esta afección es similar en apariencia a un onfalocelo. Sin embargo, un onfalocelo es un defecto congénito en el cual los intestinos del feto u otros órganos abdominales sobresalen por fuera del cordón umbilical (Medline Plus, 2008, párr. 1, 2, 3, 4).
- **Sirinomelia:** rara malformación congénita fetal que se manifiesta con fusión, rotación, hipotrofia, o atrofia de los miembros inferiores (piernas) y anomalías urogenitales severas que durante el embarazo generan poco líquido amniótico.
- **Agenesia renal bilateral:** ausencia de los dos riñones, los cuales no se forman durante el período de la embriogénesis.
- **La holoprosencefalia:** es el resultado del fracaso de la hendidura del prosencéfalo, encargado de dividir ambos hemisferios cerebrales (Barriga y otros, 2004, párr. 12). A partir de esta malformación, hay una división incompleta de los hemisferios cerebrales, al igual que de la estructura facial.
- **El encefalocelo:** es un defecto de cierre del tubo neural (Izquierdo y Avellaneda, 2004) y se define como un defecto de nacimiento en que el cerebro, su

revestimiento y su líquido protector quedan fuera del cráneo y forman una protuberancia en la frente o a lo largo de la parte de atrás de la cabeza, cerca del cuello (Center for Maternal & Infant Health, 2002).

- **Espina bífida:** es un defecto de cierre del tubo neural que se localiza en la columna vertebral. También conocida como mielodisplasia, es un trastorno en el cual existe un desarrollo anormal de los huesos de la columna, de la médula espinal, del tejido nervioso circundante y del saco con líquido que rodea a la médula espinal. Este trastorno neurológico puede provocar que una parte de la médula espinal y de las estructuras circundantes se desarrollen por fuera y no por dentro del cuerpo. Dicha anomalía puede producirse en cualquier parte de la columna vertebral (University of Virginia Health System, 2007).
- **La transposición de los grandes vasos:** es un defecto cardíaco congénito. Debido a un desarrollo anormal del corazón del embrión durante las primeras 8 semanas de embarazo, los grandes vasos que llevan sangre desde el corazón hacia los pulmones o hacia el cuerpo se conectan inadecuadamente. En la transposición de los grandes vasos, la aorta está conectada al ventrículo derecho y la arteria pulmonar, al ventrículo izquierdo; exactamente lo opuesto a la anatomía de un corazón normal (University of Virginia Health System, 2006).
- **La hernia diafragmática:** es un defecto congénito, una anomalía que aparece durante el período gestacional. Consiste en un orificio en el diafragma (el músculo que separa la cavidad torácica de la cavidad abdominal). En este tipo de defecto congénito, algunos de los órganos que normalmente se encuentran en el abdomen se desplazan hacia la cavidad torácica a través de este orificio anormal (University of Virginia Health System, 2006).

Según el Dr. Luis Távara (2007) la prevalencia de las anomalías o malformaciones congénitas está por debajo del 5% del total de nacimientos y se calcula que el 5% de estas malformaciones son incompatibles con la vida.

Por otra parte, Langman (2006) indica que las anomalías congénitas suman la principal causa de mortalidad infantil, representando el 21% de las muertes en la infancia; estas ocupan el 5to lugar como causa de muerte potencial antes de los 65 años y la causa es desconocida en el 40% al 60% de los casos.

En Costa Rica, los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), indican que en el 2006 hubo al menos 48 defunciones en la categoría de mortalidad infantil relacionadas con malformaciones incompatibles con la vida extrauterina, de esta manera nos encontramos en un rango de seis años, un total de 256 muertes ocurridas por MIVE. Estos datos podemos apreciarlos en detalle en el cuadro 1. Las cifras mencionadas se agravan si se toma en cuenta que según los mismos datos del INEC, el 60,15% de estas muertes ocurrieron en un rango que oscila entre un día antes del parto, el mismo día de este y un día después.

Cuadro 1
Muertes infantiles por MIVE en el período 2001 – 2006

Malformación incompatible con la vida extra uterina	Año 2001	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006
Anencefalia	9	17	7	12	8	11
Encefalocele	-	-	2	2	2	-
Holoprosencefalia	3	-	3	4	3	-
Espina bífida con hidrocefalo	2	2	1	1	-	1
Espina bífida	3	-	-	-	-	-
Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo	6	9	7	6	13	15
Agenesia renal bilateral	-	-	1	1	1	1
Osteogénesis imperfecta	2	2	-	1	2	2
Hernia diafragmática congénita	13	11	10	11	20	14
Exónfalos (onfalocele)	-	1	1	1	2	4
Gastrosquisis	2	-	-	-	4	-
Total por año	40	42	32	39	55	48

* Datos de mortalidad infantil según el Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC.

Adicionalmente, el INEC registró las muertes fetales registradas en el mismo período, datos que podemos apreciar en el cuadro 2.

Cuadro 2
Muertes fetales por MIVE en el período 2001 - 2006

Malformación incompatible con la vida extra uterina	Año 2001	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006
Anencefalia	11	9	5	7	6	8
Encefalocele	-	-	1	1	-	3
Holoprosencefalia	-	-	-	-	1	-
Espina bífida con hidrocéfalo	-	-	-	-	-	-
Espina bífida	-	1	1	1	1	-
Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo	-	-	-	-	-	-
Agenesia renal bilateral	1	-	1	-	-	-
Osteogénesis imperfecta	-	-	-	-	-	-
Hernia diafragmática congénita	-	-	-	-	2	-
Exónfalos (onfalocele)	1	-	1	2	-	1
Gastrosquisis	-	-	-	1	-	1
Total por año	13	10	9	12	10	13

* Datos de mortalidad infantil según el Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC.

El total de muertes fetales⁴ ocurrida en el período 2001 – 2006 suma un total de al menos 67, dato que revela el número elevado de mujeres en nuestro país que no tienen la posibilidad de interrumpir su embarazo y deben esperar su resolución en el momento del parto, lo que conlleva la muerte del feto en momentos cercanos a este.

Si se compara el número de muertes fetales con las infantiles, se puede observar que las segundas son más numerosas, situación que evidencia que el mayor número de muertes por MIVE no se desarrolla en períodos gestacionales tempranos, sino en momentos cercanos al parto.

⁴ La diferencia entre muertes infantiles y fetales es que las últimas se dan en momentos previos al parto.

4. Argumentación desde los impactos emocionales en las mujeres y el enfoque de derechos humanos

En esta sección se detallarán los argumentos sobre la necesidad de la inclusión de las MIVE como supuestos a contemplar en el aborto impune, puesto que contribuirían a reducir el sufrimiento de las mujeres, ya que imponer a las mujeres un embarazo en estas condiciones lesiona sus derechos humanos y las expone a diversos riesgos médicos y psicológicos.

Según Diniz (2005), la apelación ética que se debe ponderar en estos casos es la de la autonomía reproductiva de las mujeres amparada en la certeza científica de la inviabilidad fetal. A pesar de esto, los argumentos sostenidos en contra de este tipo de abortos se han basado en fundamentos religiosos antes que jurídico-penales; es decir, que en las argumentaciones contrarias a la despenalización del aborto en estos casos, han estado ausentes las consideraciones basadas en el bienestar físico y emocional de las mujeres, así como aquellas sustentadas en un enfoque integral de los derechos humanos.

El caso de los embarazos con MIVE se puede describir como experiencias complejas y dolorosas para las mujeres que las atraviesan. Como se explicó en el apartado anterior, estos embarazos muchas veces están relacionados con otras complicaciones médicas (tales como exceso de líquido amniótico en el caso de la anencefalia), lo que agrava la situación de salud integral.

Si se considera que los embarazos de muchas de las mujeres que han soportado esta situación han sido deseados, esta situación intensifica en ellas los sentimientos de dolor, pérdida y frustración. Sumado a lo anterior, el temor a ser denunciada judicialmente por interrumpir un embarazo en estas condiciones, torna la vivencia en extremo dramática y traumatizante.

Távora (2007) enumera diversos estudios realizados con mujeres a las que se les ha comunicado el diagnóstico de una MIVE del feto o el embrión en gestación. Los resultados indican que el diagnóstico es causa de estrés al producir ansiedad respecto al curso de la gestación, incertidumbre sobre el futuro y en algunos casos, reacciones de duelo anticipado que podrían verse agravadas por factores como la edad de la mujer, expectativas de la maternidad, personalidad o antecedentes psiquiátricos.

Entre los hallazgos expuestos por el y las autoras resaltamos:

- Las mujeres se sienten “defectuosas”, lo que representa una amenaza para su autoestima. La vivencia desencadena sentimientos de culpa, repercusiones en la vida sexual, hostilidad hacia las personas cercanas y depresión (Rondón, 2006; en: Távara, 2007).
- Posterior al diagnóstico, una primera etapa puede ser de shock emocional y negación a lo que sobreviene una etapa de ansiedad debido a la toma de decisiones. En esta etapa muchas mujeres pueden romper su vínculo con el feto mientras que otras refuerzan su relación emocional (Detraux et al, 1998; en: Távara, 2007).
- Posterior al shock, al estrés emocional y al cuadro de ansiedad, la mujer puede caer en una depresión prolongada (Strong, 2003; en Távara, 2007).
- En un estudio en Sri Lanka, se reafirmaron los hallazgos encontrados en las investigaciones anteriormente descritas, además se describe que para las mujeres fue muy doloroso compartir la habitación del hospital con otras mujeres cuyos embarazos eran normales. Todas las mujeres entrevistadas se expresaron a favor de la legalización del aborto en estos casos (Senanayake et al, 2006; en Távara, 2007).
- En un estudio realizado con 100 parejas que solicitaron la interrupción del embarazo por MIVE, se encontró que estas debían mantener la lucha entre la razón y sus emociones. Un hallazgo importante de esta investigación fue que luego de efectuarse el aborto, todas percibieron una sensación de alivio (Geerinck-Vercammen y Kanhai, 2003; en Távara, 2007).

En un estudio llevado a cabo en Brasil con mujeres que habían interrumpido su embarazo como consecuencia de las MIVE, las entrevistas se realizaron 40 días después de la interrupción. Las mujeres describieron que al tomar la decisión de abortar sintieron tristeza, desesperación y culpabilidad. Consideraron la eliminación del feto la parte más difícil, sin embargo, semanas después del aborto, experimentaron alivio por la decisión tomada y creyeron que fue la decisión correcta (Ferreira da Costa, Hardy, Duarte y Faúndes, 2005; en: Távara, 2007).

Los resultados de las diversas investigaciones descritas, nos dan un marco para entender el impacto que tiene un diagnóstico de MIVE en una mujer que cursa un embarazo, ya sea este deseado o no. Estas mujeres sienten un intenso dolor emocional durante toda la gravidez, 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.

La situación arriba descrita, eleva de manera importante los riesgos de depresión e inclusive de ideas suicidas, ya que el transcurso del tiempo intensifica el peso físico y emocional del embarazo, por lo que la impotencia y la frustración se revierten continuamente en la mujer. Si esto se ubica en el imaginario social sobre la maternidad, se puede visualizar a una mujer que en una situación de angustia debe sobrevivir en su cotidianidad con los mensajes de terceras personas que resaltan el carácter del embarazo deseado y la maternidad después del parto.

Aunado a lo anterior, en distintos centros de salud no se cuenta necesariamente con espacios diferenciados para las mujeres que acaban de enfrentar un parto en estas condiciones, por lo que esta vivencia previa y posterior al parto acrecienta los sentimientos de dolor, pérdida e injusticia.

A las mujeres que han sido obligadas a continuar con un embarazo en estas condiciones, se las perjudica en su salud física y emocional. A múltiples sobrevivientes de estas circunstancias se les ha llevado a enterrar a un hijo o hija como consecuencia de la imposibilidad de garantizar un aborto en un momento temprano y, por tanto, oportuno del embarazo.

Debido a lo anteriormente expuesto, imponer la continuación de un embarazo en estas circunstancias representa un trato cruel, inhumano y degradante y, por lo tanto una tortura física y emocional. Si entendemos la tortura como una acción que ocasiona un daño desproporcionado hacia una persona, podemos ver cómo se deshumaniza a la persona torturada, anulándola como sujeta de derechos al tratarla como un ser humano sin dignidad para tomar decisiones de tanto impacto en su vida, su cuerpo y su salud.

De esta forma, el penalizar a las mujeres que interrumpen un embarazo en estas condiciones se convierte en una violación de derechos humanos, tales como el derecho a la salud, -entendida esta última como un estado de bienestar psicológico-, el derecho a la libertad o autonomía reproductiva libre de injerencias arbitrarias por parte de terceros, y el derecho a la dignidad de ser considerada una humana con derechos inherentes. Al penalizar el aborto en estas situaciones, el Estado costarricense hace caso omiso a diversos instrumentos internacionales de los cuales es signatario, a la vez que desconoce las vivencias y humanidad de las mujeres que sobreviven esta situación.

Es indispensable que las personas tomadoras de decisión se sensibilicen con respecto a las mujeres que viven esta situación en nuestro país, caracterizada por el impacto emocional al recibir el diagnóstico, la culpa, la ambivalencia y el duelo, sumados a la frustración de saber que pueden ser penalizadas si interrumpen el embarazo. Toda esta gama de emociones se expresa en el contexto de cambios

corporales diarios, movimientos fetales, cansancio y dolores físicos, entre otros. La sensación de encierro y aprisionamiento del cuerpo se vive así con terror, frustración e incertidumbre.

En la situación expuesta, obligar a una mujer a continuar con el embarazo cuando el feto o embrión no posee potencialidad para la vida, es reducir la maternidad a la capacidad reproductiva de las mujeres, considerarlas una especie de incubadora que va a mantener con vida un feto sin posibilidades de vida fuera del útero y negar el impacto que tiene esto en la vida cotidiana de estas mujeres, incluyendo sus espacios familiares, de estudio y laborales. En esta situación, las mujeres se convierten en un medio jurídico y no en el fin, lo que las posiciona como objetos de sanción penal y no como ciudadanas plenas, sujetas de derechos humanos.



II. Despenalización del aborto en casos de violencia sexual: violación, incesto, embarazo en niñas y explotación sexual comercial de mujeres menores de edad

La violencia sexual se manifiesta con cualquier conducta basada en el uso de la fuerza física o la intimidación psicológica para obligar a otra persona a participar de conductas de tipo sexual. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) la ha definido como:

todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

La violencia sexual implica el uso de la coacción por parte del agresor, la cual se puede manifestar por medio de la fuerza física, la intimidación psíquica, la extorsión u otras amenazas, así como el daño físico o el despido laboral, entre muchas otras. También puede ocurrir cuando la persona agredida no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, porque está bajo el efecto de cierta droga, está sedada o tiene alguna discapacidad cognitiva que no le permite comprender la situación. (OMS, 2002)

La violencia sexual tiene secuelas en las personas que la sufren, afecta sin lugar a dudas su integridad emocional y física. Es de interés para este documento resaltar como una de estas consecuencias el embarazo forzado, el cual hace aún más compleja la situación que vive la niña, la adolescente y/o la mujer que enfrenta cualquiera de las expresiones de violencia sexual señaladas.

Por lo anterior es que surge el debate sobre si en Costa Rica debería despenalizarse el aborto cuando el embarazo es consecuencia de una manifestación de violencia sexual. Si una niña, adolescente o mujer enfrenta un embarazo forzado como consecuencia de alguna forma de violencia sexual y decide abortar, ¿estamos de acuerdo en que es una delincuente?, ¿aprobamos que se le denuncie por la vía judicial y enfrente una pena de años de cárcel?

De acuerdo al Centro de Derechos Reproductivos (2005), 32 países en el mundo permiten el aborto en casos de embarazo provocados por violencia sexual. En América Latina esta causal está despenalizada en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y algunas ciudades de México. En el caso de la ciudad de México, Puerto Rico, Uruguay y Cuba, el aborto es permitido por decisión de la mujer.

En Costa Rica, el aborto realizado cuando el embarazo es producto de una violación es un delito. No obstante, el Código Penal en el artículo 93 establece la figura del perdón judicial para la mujer que cause su propio aborto en casos de violación. Además, el Código Penal y la Ley de Penalización de la Violencia contra la Mujer, consideran el embarazo como un agravante del delito de violación.

Las cuatro expresiones de la violencia sexual que abordamos (violación, embarazo en niñas, incesto y explotación sexual comercial) están íntimamente relacionadas, debido a ello analizamos cada una, ya que, nuestra sociedad tiende a considerar que los embarazos en niñas y el incesto no se dan en Costa Rica. Además, hay algunas características o implicaciones que nos interesa analizar de forma separada.

1. Marco Internacional de Derechos Humanos

A continuación se presenta una revisión de algunos instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por el Estado costarricense, los cuales aportan argumentos para la despenalización del aborto en casos de violencia sexual.

Al revisar los instrumentos internacionales de derechos humanos, se debe recordar que para el caso de Costa Rica, por resolución de la Sala Constitucional, los convenios internacionales de derechos humanos tienen valor supraconstitucional, es decir, están por encima de la Constitución Política.

a. El derecho a vivir libre de violencia sexual

En varios instrumentos internacionales se ha reconocido el derecho de las personas, y en particular de las mujeres, a vivir libres de toda forma de violencia. Aunque el énfasis debe ponerse en la prevención, es claro que los Estados deben tomar medidas que protejan y acompañen a las mujeres que han sido víctimas de cualquiera de las expresiones de la violencia. Por ende, los Comités de Derechos Humanos han recomendado a los Estados que en el caso de embarazos forzados, el aborto debe ser una opción para las mujeres.

El artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, documento firmado en 1996, establece que nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. El Comité de Derechos Humanos ha interpretado que impedir el acceso al aborto a las mujeres violadas es un trato cruel, inhumano o degradante⁵.

Además, en el artículo 24, dicho Pacto establece que todo niño o niña tiene derecho, sin discriminación alguna, a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado. Al respecto, el Comité observa que deberían adoptarse todas las medidas posibles de orden económico y social para disminuir y evitar que se someta a niñas y niños a actos de violencia o a tratos crueles o inhumanos, o que sean explotados mediante trabajos forzados o prostitución.⁶

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer, conocida como Belem do Pará y firmada en 1994, establece en el artículo 1 que debe entenderse por violencia contra la mujer “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”. El artículo 2 añade que en esta definición se incluye la violencia física, sexual y psicológica (a) que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; (b.) que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que incluye, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar.

Posteriormente, el artículo 3 establece que toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado. Como consecuencia de lo anterior, el artículo 4 detalla que toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de los siguientes derechos humanos: (a) al respeto a su vida; (b) a su integridad física, psíquica y moral; (c) a la libertad y a la seguridad personales; (d) a no ser sometida a torturas; (e) al respeto de la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia, así como (f) a la igualdad de protección ante la ley y de la ley.

5 Recomendación 28.2000

6 Recomendación 28.2000

Finalmente, interesa resaltar que en el artículo 7 de este instrumento, se detallan las responsabilidades de los Estados de adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, las políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y a (a) establecer procedimientos legales justos y eficaces para la mujer que haya sido sometida a violencia y (b) establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la mujer objeto de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces.

Consideramos que la penalización del aborto en casos de violación, impide la reparación del daño que pueda causar un embarazo como consecuencia de alguna de las formas de violencia sexual, ya que niega la posibilidad de decidir de la mujer, o la de la niña y su familia, sobre la continuación o la interrupción de ese embarazo.

La Convención de los Derechos del Niño firmada en 1989, establece en el artículo 191 la responsabilidad de los Estados de adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño y la niña contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño o niña se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

En 1996, durante el I Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes realizado en Suecia, se adopta la Declaración y Agenda para la Acción de Estocolmo. En ella, además de señalar las diferentes medidas para proteger a niñas, niños y adolescentes de la explotación sexual comercial, se reconoce entre las consecuencias de esta, el embarazo precoz y la mortalidad materna asociada.

En el caso de estos dos últimos instrumentos, es vital el papel del Estado en la prevención de cualquier forma de violencia sexual contra personas menores de edad, sin embargo, no se pueden perder de vista las medidas necesarias para el restablecimiento de los derechos que han perdido las niñas y adolescentes víctimas de violencia, entre las cuales es fundamental contemplar la opción de la interrupción de un embarazo forzado.

Por otra parte, recientemente el Comité sobre Derechos Económicos Sociales y Culturales de Naciones Unidas, pidió con urgencia al Estado costarricense tomar medidas preventivas para solucionar el problema de los altos índices de embarazo adolescente, así como establecer excepciones en las leyes relacionadas con la prohibición general del aborto, para aquellos casos donde la vida de la mujer

esté en peligro (indicaciones médicas), o cuando el embarazo sea producto de violación o incesto⁷.

El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, ha realizado recomendaciones a diferentes Estados de América Latina con el fin de revisar la legislación vigente que penaliza el aborto en casos de violación. Estas observaciones se detallan a continuación:

- Observación General No. 28, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, Artículo 3 - La igualdad de derechos entre hombres y mujeres. Párrafo 11. El Comité, a fin de evaluar el cumplimiento del artículo 7 del Pacto, así como del artículo 24, donde se prevé la protección especial del niño, necesita información sobre las leyes y prácticas nacionales relativas a la violencia en el hogar y otros tipos de violencia contra la mujer, incluyendo la violación. También necesita saber si el Estado Parte da a la mujer que ha quedado embarazada como consecuencia de una violación, el acceso al aborto en condiciones de seguridad.
- Argentina (2000) Párrafo 14. (...) Se debe modificar la legislación nacional para autorizar el aborto en todos los casos de embarazo por violación.
- Colombia (2004) Párrafo 13. El Comité nota con preocupación que la criminalización legislativa de todos los abortos puede llevar a situaciones en las cuales las mujeres tengan que someterse a abortos clandestinos de alto riesgo y en particular le preocupa que las mujeres que hayan sido víctimas de violación o incesto, o cuyas vidas estén en peligro a causa del embarazo, puedan ser procesadas por haber recurrido a tales procedimientos (art. 6). El Estado Parte debería velar para que la legislación aplicable al aborto sea revisada para que los casos anteriormente descritos no constituyan una ofensa penal.
- Ecuador (1998) Párrafo 11. (...) el Comité lamenta que el Estado Parte no haya resuelto los problemas con que se enfrentan a ese respecto las adolescentes, en particular las que han sido víctimas de violaciones, ya que las jóvenes sufren las consecuencias de dichas acciones a lo largo de toda su vida. Estas situaciones, tanto legales como en la práctica son incompatibles con los artículos 3, 6, y 7 del Pacto, así como con el artículo 24 cuando hay involucradas jóvenes menores de edad. El Comité recomienda que el Estado Parte adopte todas las medidas legislativas y de otra índole, necesarias para ayudar a las mujeres, en particular a las adolescentes, que se enfrentan con el problema de un embarazo no deseado, a lograr acceso a servicios apropiados de salud y de educación.
- Perú (2000) Párrafo 20. Es signo de inquietud que el aborto continúe sujeto a sanciones penales, aún cuando el embarazo sea producto de una violación. El

⁷ Recomendación E/C.12/CRI/CO/4. 23 de noviembre del 2007. Traducción propia.

aborto clandestino continúa siendo la mayor causa de mortalidad materna en el Perú. El Comité reitera que estas disposiciones son incompatibles con los artículos 3, 6 y 7 del Pacto y recomienda que se revise la ley para establecer excepciones a la prohibición y sanción del aborto.

b. El derecho a la salud

La salud integral es un derecho humano de todas las personas y, aunque en la práctica médica e institucional se tiende a utilizar un concepto restringido a la salud física, la comunidad internacional considera que la salud es un concepto mucho más amplio, relacionado con un estado de completo bienestar físico, mental y social. Por lo tanto, obligar a las mujeres a continuar con un embarazo forzado pone en riesgo su salud mental.

La Declaración de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, realizada en el año 1993, reconoce en su párrafo 41 la importancia del disfrute de la mujer al más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), efectuada en 1994, adopta una Plataforma de Acción que se orienta por varios principios, entre ellos el Principio 8 que indica que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

En el año 1995 se lleva a cabo la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), cuyo párrafo 89 reafirma que las mujeres tienen el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. El disfrute de este derecho es esencial para sus vidas y su bienestar y para hacer posible su participación en todas las esferas de la vida pública y privada.

Por su parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la Observación General N° 14 del año 2000 sobre el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, argumentó que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Por ende, todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.

El Relator Especial de Salud (2004) en apego a este artículo, señaló al Estado Peruano que deberían ser derogadas las medidas punitivas en contra de las mujeres a las que se les practican abortos, así como aquellas en contra de los prestadores de dicho servicio.

La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2003) señaló que la violencia puede tener consecuencias adversas para la salud, y, en algunas circunstancias, puede ser un obstáculo para la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, así como al goce de otros derechos humanos.

Luego de la revisión de estos documentos internacionales, es evidente que al penalizar el aborto en casos de violencia sexual, el Estado atropella algunos de los derechos humanos de las mujeres, consensuados con la comunidad internacional a través de diferentes instrumentos.

2. Legislación Nacional

El artículo 156 del Código Penal establece una pena de prisión de diez a dieciséis años, a quien se haga acceder o quien tenga acceso carnal con una persona de uno u otro sexo, sea por vía oral, anal o vaginal, en los siguientes casos (1) Cuando la víctima sea menor de trece años; 2) Cuando se aproveche de la vulnerabilidad de la víctima o esta se encuentre incapacitada para resistir; 3) Cuando se use la violencia corporal o intimidación. La misma pena se impone si la acción consiste en introducir u obligar a la víctima a introducirse uno o varios dedos, objetos o animales, por vía vaginal o anal.

En el artículo 157 se mencionan las situaciones que hacen que se califique como violación calificada: (1) El autor sea de la víctima, cónyuge o persona que se halle en análoga relación de convivencia; (2) el autor sea de la víctima ascendiente, descendiente, hermana o hermano, hasta el tercer grado por consanguinidad o afinidad; (3) el autor sea de la víctima tío, tía, sobrina, sobrino, prima o primo, hasta el tercer grado por consanguinidad o afinidad; (4) el autor sea de la víctima tutor, encargado de la educación, guarda o custodia; (5) cuando se produzca un grave daño en la salud de la víctima; (6) cuando se produzca un embarazo; (7) la conducta se cometiere con el concurso de una o más personas; (8) cuando el autor realice la conducta prevaleciéndose de una relación de poder resultante del ejercicio de su cargo, y esta fuera realizada por ministros religiosos, guías espirituales, miembros de la Fuerza Pública o miembros de los Supremos Poderes.

Finalmente, el artículo 159 que penaliza las relaciones sexuales con personas menores de edad en las siguientes condiciones: (1) quien aprovechándose de la edad, se haga acceder o tenga acceso carnal con persona, de uno u otro sexo, mayor de trece años y menor de quince años, por vía oral, anal o vaginal, con su consentimiento, será sancionado con pena de prisión de dos a seis años; (2) si la acción consiste en la introducción de uno o varios dedos, objetos o animales

por vía vaginal o anal; (3) cuando la víctima sea mayor de trece años y menor de dieciocho años, y el agente tenga respecto de esta la condición de ascendiente, tío, tía, hermano o hermana consanguíneos o afines, tutor o guardador.

En el título referente a las penas, el Código Penal establece en el artículo 93 el perdón judicial para la mujer que cause su propio aborto cuando el embarazo sea consecuencia de una violación.

Este artículo es un claro indicio de que desde nuestro sistema judicial se considera que en casos de violencia sexual el aborto estaría justificado, es decir, la legislación contempla que existen ciertas condiciones que pueden relativizar la consideración del aborto como un delito. No obstante, debe mencionarse que aún cuando el perdón judicial sea la última carta que se juega una mujer denunciada por la interrupción de un embarazo forzado producto de una violación, esta debe enfrentar tanto el proceso judicial como la sanción moral por su acción, la cual queda inscrita en su hoja de delincuencia. Evidentemente, desde una propuesta de despenalización del aborto en casos de violación, este artículo debería derogarse.

Por su parte, la Ley de Penalización de Violencia contra las Mujeres que entra en vigencia a inicios del 2007, penaliza las formas de violencia sexual cuando se dan en el marco de una relación de matrimonio o una unión de hecho declarada o no. El artículo 29 establece que es violación la introducción del pene, por vía oral, anal o vaginal, contra la voluntad de la mujer, lo que será sancionado con pena de prisión de 12 a 18 años. La misma pena será aplicada a quien le introduzca algún objeto, animal o parte del cuerpo, por vía vaginal o anal, o a quien obligue a la ofendida a introducir, por vía anal o vaginal, cualquier parte del cuerpo u objeto al autor o a sí misma.

Posteriormente, el artículo 32 establece que las penas de los delitos se incrementarán hasta en un tercio, si de la comisión del hecho resulta alguna de las siguientes consecuencias: (a) embarazo de la ofendida; (b) contagio de una enfermedad de transmisión sexual a la ofendida; o c) daño psicológico permanente.

En 1999, se aprueba la Ley Contra la Explotación Sexual Comercial de las personas menores de edad (N° 7899), entre la que cabe destacar el artículo 160 del Código Penal que establece como delito las relaciones sexuales remuneradas con personas menores de edad. En el 2007 se aprueba la Ley de Fortalecimiento de la Lucha Contra la Explotación Sexual de las Personas Menores de Edad (N° 14568), la cual reforma los delitos del Código Penal referentes a violación, violación calificada y relaciones sexuales con personas menores de edad, detallados anteriormente.

Desde nuestra legislación vigente interesa destacar que las relaciones sexuales con niñas menores de 13 años, independientemente de si hubo consentimiento o no, son consideradas una violación. Además, se contempla el embarazo como un agravante del delito de violación, catalogándose así como violación calificada. De igual forma es tipificada la violencia sexual perpetrada por familiares, penali-zándose lo que en otros ámbitos se conoce como incesto.

3. La despenalización del aborto en casos de violación

La OMS (2002) define la violación como la penetración física de carácter forzado o con el empleo de otros medios de coacción, por más leves que sean, de la vulva o el ano, usando un pene, otras partes corporales o un objeto. La violencia sexual también comprende otras formas de agresión que afecten a un órgano sexual, lo cual incluye el contacto forzado entre la boca y el pene, la vulva o el ano.

Debemos recordar que la violencia sexual está sumamente ligada al ejercicio de poder que realiza el agresor sobre la víctima, lo cual tiene una relación directa con la construcción de la masculinidad en la cultura patriarcal.

El equipo que realizó una investigación con mujeres que enfrentaron un embarazo producto de una violación en la ciudad de Cali en Colombia afirma que “... la violación es una patología de la virilidad y no una expresión de la virilidad normal, es un problema de género y no de sexo (...) Es ante todo, un acto de violencia y no simplemente, como se suele pensar, el resultado de un súbito acceso de lujuria. Tiene que ver con la sensación de poder sobre la víctima indefensa”. (Fundación Sí Mujer, 2000; p.11)

En este mismo estudio, se afirma que mediante el uso del miedo, el agresor usa la penetración para agredir, humillar y violentar a las mujeres y de esa forma demostrar su poder sobre el cuerpo y la vida de ellas.

Es por esta razón que en su gran mayoría, la violación va acompañada de otras formas de violencia que incluyen la psicológica y la física, que llegan hasta amenazas contra la vida y la integridad personal. En algunas ocasiones, para la agresión se pueden utilizar herramientas corto-punzantes o armas de fuego, pero no siempre son necesarias para inmovilizar a la mujer. (Fundación Sí Mujer, 2000)

Por lo tanto, la violación afecta a la mujer en su integridad personal, emocional, sexual y social. Se convierte en un hecho traumático, entendido el trauma como

un evento con un impacto negativo en la vida de la mujer que fragmenta su cotidianidad. La intensidad, gravedad y el tiempo de duración del trauma depende de muchas circunstancias y factores, entre ellos los recursos familiares e individuales. Entre la gran variedad de sentimientos que experimentan las mujeres víctimas de violación se pueden señalar: rabia, vergüenza, susto, dolor, humillación, temor a que no les crean y a ser culpabilizadas, asco, repulsión, soledad, desamparo, desesperanza, carencia de deseos, disminución de la autoestima, impotencia, llanto incontrolable, identidad lesionada y ciertas disociaciones.

A los impactos emocionales y psicológicos que enfrentan las mujeres que han sufrido una violación, se deben añadir los casos en que se produce un embarazo. De acuerdo con IPAS (2002), el embarazo se destaca por la complejidad de las reacciones psicológicas, sociales y médicas que determina. Generalmente, es encarado como una réplica de la violación, más aún es la presencia ineludible de la misma y se convierte en una crisis múltiple: “El embarazo por violación, cuya incidencia es difícil de cuantificar, constituye una agresión a la esencia misma de cada mujer, un traumatismo y una herida a su existencia”. (Fundación Sí Mujer, 2000)

La gran mayoría de las mujeres que sufren una violación deciden no denunciar la agresión ante las autoridades correspondientes debido a múltiples razones, entre ellas el temor a que no les crean, a ser culpabilizadas por lo ocurrido, a la divulgación del suceso en su comunidad, así como a la posible complejidad y trauma de dar seguimiento a la denuncia en el sistema judicial. No obstante, la confirmación del embarazo se convierte en una fuerte presión para contar y denunciar la violación. (Fundación Sí Mujer, 2000)

Nuestra hipótesis es que una legislación que permita el aborto en casos de violencia sexual y tenga como requerimiento la oportuna denuncia de la violación, podría fomentar la denuncia femenina de las agresiones sexuales al momento de ocurrir. No obstante, no conocemos datos de otros países que permitan afirmar o desestimar este planteamiento.

Ante la confirmación del embarazo, las mujeres se enfrentan a decisiones muy complejas en un momento de crisis. En la defensa y promoción de la despenalización del aborto en casos de violación, es imprescindible colocar el aborto en el abanico de posibilidades que debería tener una mujer cuando afronta un embarazo forzado producto de una violación. De acuerdo con la Fundación Sí Mujer, son cuatro las opciones que tienen las mujeres en esta situación:

- a. Interrupción del embarazo. Es una decisión compleja, influenciada por el imaginario social construido en torno a la maternidad, y por los riesgos

de realizarse un aborto en condiciones de clandestinidad, como sucede en la mayoría de los países latinoamericanos, donde Costa Rica no es la excepción.

- b. La crianza. Tanto el embarazo como posteriormente el nacimiento del hijo o hija son la constatación imborrable del hecho violento. Además, las mujeres deben enfrentar este embarazo forzado, que como su nombre lo indica, no estaba planificado en ese momento de sus vidas.
- c. La adopción. Es una decisión que expone a las mujeres a una fuerte condena social y moral por la separación de su hija o hijo, sumado a la complejidad de culminar un embarazo forzado, con los cambios corporales y cotidianos que esto implica.
- d. El suicidio. Aunque en nuestro país no existen estadísticas sobre el tema, se estima que un cierto número de mujeres violadas que comprueban su embarazo, optan por el suicidio en lugar de la denuncia.

De acuerdo con el testimonio de las víctimas del estudio realizado en Cali, la gran mayoría optó por el aborto, aún cuando era un procedimiento ilegal en su país. Las mujeres señalaron que interrumpir el embarazo fue esencial para empezar sus procesos de recuperación, tal y como se evidencia en el siguiente párrafo:

Las mujeres que pudieron hacerse el aborto, en línea general se refieren a una sensación de alivio. La interrupción fue vivida como el cierre o conclusión de una etapa amarga y dolorosa mucho más agobiante que la misma violación –en ese momento-. No hubo un solo caso de arrepentimiento por la decisión tomada. Unas pocas manifestaron estar tristes pero confirmadas en su acción. Otra, muy claramente hizo alusión al temor de Dios por su conducta, pero igualmente dijo que tenía que hacerlo. (Ibid, p.148).

Según el testimonio de estas mujeres, para la gran mayoría de ellas priman los recuerdos de la violación sobre los de la interrupción. Este hallazgo contradice la afirmación de los grupos opositores respecto al aborto como un segundo evento traumático en la vida de la mujer violada. Un aborto realizado con el consentimiento de la mujer en condiciones seguras y legales, no es un hecho traumático. Por lo tanto, el acceso a la justicia y la reparación del daño tiene relación directa con la posibilidad de acceder a un aborto legal, seguro y gratuito.

En síntesis, la violación y el embarazo forzado como su consecuencia, provocan un encadenamiento de crisis inevitables que comprometen la integridad y la vida de las víctimas de una violación.

Como anexo, presentamos una tabla con los mitos más comunes con relación a la violencia sexual, tanto contra mujeres adultas como contra niñas.

Algunos datos sobre violación

En cuanto a la violencia contra las mujeres en general y a la violencia sexual en particular, se sabe que un porcentaje muy bajo de mujeres pone la denuncia ante las autoridades correspondientes. Las estadísticas oficiales comúnmente no reflejan más que la punta del iceberg respecto a la cantidad de mujeres que han experimentado alguna forma de violencia a lo largo de sus vidas.

Aunque la violación puede ocurrir en cualquier etapa de la vida de la mujer, la mayoría de los registros existentes demuestran un predominio de esta agresión en mujeres jóvenes, principalmente entre los 15 y 25 años de edad. (IPAS, 2002)

La tasa de embarazo como consecuencia de la violación varía entre 1% y 5% entre los países, lo cual depende de la difusión de anticonceptivos que no sean de barrera, como por ejemplo los anticonceptivos hormonales, el Dispositivo Intrauterino (DIU) y la esterilización quirúrgica. Según datos de la OMS (2002), estudios demuestran que:

- En Etiopía un 17% de las mujeres que había denunciado haber sido violadas quedaron embarazadas.
- En México fue entre un 15% y un 18% de las mujeres, según datos de los centros de crisis para casos de violación.
- En Estados Unidos para las víctimas de 12 a 45 años de edad, la tasa nacional de embarazos asociados con una violación era de 5% por cada violación, lo que significa que todos los años más de 32 000 mujeres quedan embarazadas como resultado de una violación en todo el país.

El Cuadro 3 presenta el número de denuncias interpuestas en los últimos cinco años ante el Organismo de Investigación Judicial en Costa Rica, por abuso sexual contra mujeres mayores de edad o por violación, casos en los cuales no se especifica la edad de la denunciante.

Cuadro 3

Casos penales introducidos en el sistema judicial según título del Código Penal, infracciones a leyes especiales y tipo de denuncia

Categoría	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Abuso sexual contra mayores	103	148	181	253	315	1000
Violación	1343	1565	1670	1523	1311	7412

* Fuente: Poder Judicial. www.poder-judicial.go.cr

En nuestro país no existe un registro del número de embarazos que han sido consecuencia de violencia sexual, dato difícil de estimar debido al sub-registro del número de agresiones. No obstante, con base en el número de denuncias presentadas por violación en los últimos cinco años y el dato de la OMS sobre el porcentaje de estas agresiones sexuales que culminan en un embarazo, se podría estimar que en el último quinquenio hubo en Costa Rica entre 74 y 370 casos de embarazos forzados producto de una violación.

Según la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres realizada por el Centro de Investigación en Estudios de la Mujer (CIEM) de la Universidad de Costa Rica (2004) en el año 2003, la cual abarcó una muestra de 908 mujeres, la violencia sexual no es una experiencia ajena a la vida de las mujeres costarricenses.

Según los datos de este estudio, un 38,2% ha experimentado alguna forma de agresión sexual después de los 16 años, el detalle se muestra en el Cuadro 4.

Cuadro 4

Formas de violencia sexual después de los 16 años

Formas de violencia sexual	Porcentaje
Fue forzada a tener relaciones sexuales	11,6%
Trataron de forzarla a tener relaciones sexuales	14,8%
Fue tocada sexualmente contra su voluntad	27,9%
Fue forzada o trataron de forzarla a tener actividad sexual con una tercera persona	1,4%
Otro tipo de violencia sexual	7,6%
Total con agresión sexual	38,2%

* Fuente: Sagot y Guzmán (2004) Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres.

Además, esta encuesta refleja claramente que en más de un 90% de los casos, el agresor fue un hombre conocido por la mujer, los datos se pueden apreciar en el Cuadro 5.

Cuadro 5
Perpetradores de la violación

Perpetrador	Porcentaje
Esposo, compañero actual	22,6%
Esposo, compañero anterior	38,2%
Novio actual	1,7%
Novio anterior	10,4%
Otro pariente	4,3%
Otro hombre conocido	13,9%
Extraño	8,6%
Total	100,0%

* Fuente: Sagot y Guzmán (2004) Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres.

1. La despenalización del aborto en casos de embarazo en niñas menores de 13 años

Desde el imaginario social, la niñez y la maternidad no van juntas. Generalmente, nos imaginamos a las niñas dentro de una familia que las protege, las cuida y les da mucho cariño, así viven en una vivienda digna, van a la escuela, tienen posibilidades de recreación y se respetan sus derechos humanos. No obstante, la vida cotidiana de muchas niñas es radicalmente diferente. Hay muchas niñas que deben cuidar a sus hermanos/as menores mientras las personas adultas trabajan, hecho que no tiene gran sanción social porque se ve como parte del entrenamiento de las niñas para la maternidad.

Asimismo, vivimos en una sociedad en la cual la violencia sexual contra las niñas no es una situación atípica, es mucho más común de lo que se reconoce pública y oficialmente. En algunas ocasiones, la violencia sexual no es advertida por personas cercanas a la niña hasta que tiene como consecuencia un embarazo.

Legal y socialmente se considera que todo embarazo en niñas es resultado de una violación y que las niñas tienen el derecho de NO ser madres. En este punto surge la pregunta: ¿Si existe consenso social en torno a que una niña no debe embarazarse, por qué el Estado no demuestra mayor coherencia y facilita las condiciones para evitar los embarazos en niñas?

Sin duda alguna, un eje central de este tema es la prevención, no obstante, está fuera de los objetivos de este documento. Más allá de los esfuerzos de prevención de la violencia sexual contra niñas, existen casos de niñas embarazadas, por tanto, la pregunta que compete es: ¿Cuáles son las opciones que se le darán a una niña embarazada?

Desde nuestro enfoque de derechos humanos, consideramos que el aborto debería estar en el abanico de opciones que la niña y su familia tengan disponibles. El debate sobre quién decide en este caso no ha acabado entre las organizaciones que defienden el aborto como una opción para las niñas embarazadas, pero está claro que desde el aspecto legal solamente pueden decidir quienes fungen como representantes legales de la niña. No obstante, existe una preocupación por aquellos casos en que el representante legal pueda ser también el agresor, o en donde exista alguna alianza o complicidad entre el agresor y el representante legal a fin de ocultar lo sucedido, en lugar de iniciar las acciones legales pertinentes.

Puesto que sobre este tema tenemos más preguntas que respuestas, así también nos interrogamos: ¿es el embarazo un riesgo para la salud y la vida de la niña?, ¿es el aborto un riesgo para la salud y la vida de la niña?

De acuerdo con la obstetricia tradicional, enmarcada en una cultura patriarcal, una niña puede llevar a término su embarazo. Algunos casos podrían ser embarazos de alto riesgo, pero no todas las niñas correrán los mismos peligros en su salud. No obstante, al incorporar los principios de la bioética en estas situaciones, se puede afirmar que el embarazo implica riesgos para la niña. Por ejemplo, en relación con su cuerpo los huesos están terminando de formarse, el útero está creciendo, la capacidad circulatoria no es la apropiada. Por ende, podría terminar el embarazo, pero ¿en qué condiciones psicológicas y fisiológicas?

En los resultados de una investigación con niñas y adolescentes embarazadas en situaciones de explotación sexual comercial, Rodríguez (2006) concluye que el embarazo es vivido por las niñas como una “enfermedad” donde los cambios afectan por un lado su salud física y por otro, su salud mental, ya que hay un fuerte impacto en la imagen acerca de sí misma, sus estados de ánimo y su motivación. Esta autora afirma que si bien el embarazo es algo “biológicamente normal”, está claro que el embarazo en niñas representa una condición prematura, que biológicamente no es algo “normal”.

Ante una niña embarazada se espera el comportamiento de una mujer adulta en el cumplimiento de las responsabilidades que conlleva el embarazo, es decir, que tenga una visión a futuro sobre los cuidados de su hija o hijo. De esta forma se

coloca a la niña en un nuevo lugar: ya no es ella quien debe ser cuidada, atendida y protegida, sino es ella quien debe cuidar, atender y proteger a su hija o hijo. (Rodríguez, 2006)

Según Rodríguez (2006), la maternidad ubicada en un contexto de violencia, la cual podemos calificar como maternidad forzada, engendra una serie de conflictos y paradojas relacionadas con la interrupción del desarrollo normal de la niña y su proceso de maduración sexual:

- El castigo, rechazo o abandono por parte de su grupo social de referencia (familia, comunidad, instituciones).
- La exclusión del sistema escolar y la restricción de oportunidades.
- La incertidumbre por su futuro y el de su hijo/a.

A pesar de que biológica y fisiológicamente una niña pueda llevar a término un embarazo, es claro que no se le debe imponer, ya que al hacerlo se violentan muchos de sus derechos humanos, incluyendo el derecho a no ser madre.

Algunos datos sobre embarazo en niñas

De acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, realizada por el CIEM en el año 2003, un 48% de las mujeres costarricenses ha sufrido algún tipo de abuso antes de los 15 años. Cabe resaltar que el 21% de las entrevistadas declara haber sido víctima de alguna forma de actividad sexual forzada en la niñez. Según las autoras de la investigación, estos datos confirman las estimaciones mundiales que reportan que entre un 20% y un 30% de las mujeres ha sufrido alguna forma de abuso sexual durante la niñez.

Los Cuadros 6 y 7 muestran el número de nacimientos de padres y madres menores de 15 años reportados en los últimos años. Se observa una diferencia abismal entre el número de niñas menores de 15 años cuyo embarazo finaliza con un nacimiento y el número de paternidades reportadas en hombres menores de 15 años.

Cuadro 6

Total de nacimientos por año, según edad del padre

Categoría	2001	2002	2003	2004	2005
Padre menor de 15 años	7	5	2	1	3

* Fuente: Series Estadísticas Vitales, INEC. www.inec.go.cr

Cuadro 7

Total de nacimientos por año, según edad de la madre

Edad de la madre	2002	2003	2004	2005	2006
10	2	1	1	--	--
11	3	2	--	1	1
12	18	24	8	5	11
13	76	90	79	75	61
14	374	360	350	373	396
15	1072	1016	1007	1047	981

* Fuente: Estadísticas Vitales 2002 - 2006. Unidad Estadísticas Demográficas. INEC

2. La despenalización del aborto en casos de incesto

Es complejo establecer diferentes líneas argumentativas entre el tema de embarazo en niñas e incesto, ya que es innegable que el abuso sexual contra niñas es generalmente cometido por hombres del mismo núcleo familiar. De acuerdo con IPAS (2002), los padres biológicos, padrastros, tíos, abuelos y otros parientes encabezan las listas de los principales perpetradores en cualquier parte del mundo.

Por lo anterior, es claro que para las mujeres en general y para las niñas en particular, el espacio que representa mayor riesgo de violencia sexual es su propio hogar. Las relaciones sexuales incestuosas suelen iniciarse durante la niñez pero pueden prolongarse por muchos años, en algunos casos inclusive hasta la vida adulta de la mujer.

Esta expresión de la violencia sexual, al igual que las demás, está basada en el abuso de poder, tiene la particularidad de que los hombres adultos responsables de cuidar y proteger a las niñas, ejercen sobre ellas algún tipo de violencia sexual acompañada por miedo, amenazas y temor hacia los adultos. Por esta razón, la violencia sexual puede permanecer oculta por mucho tiempo, antes de que alguna persona cercana a la niña pueda detectar el abuso o que ella lo denuncie.

Debido a la alta incidencia de violencia sexual contra niñas por parte de sus familiares, el incesto deja de ser un asunto privado y se convierte en un tema

público, en donde el Estado debe ser el principal garante de la protección de los derechos de las niñas. Aunque es claro que los esfuerzos deben estar orientados a la prevención, el Estado debe ofrecer distintas soluciones para aquellas niñas que enfrentan un embarazo producto de esta forma de violencia sexual. Como se mencionó, el aborto debería ser una de las opciones que tenga la niña y su familia.

Algunos datos sobre el incesto

Según el Poder Judicial, las relaciones sexuales con personas menores de edad no son catalogadas o clasificadas como incesto, debido a una reforma del Código Penal que eliminó esta figura hace algunos años. No obstante, se debe tener en cuenta que los estudios indican que un alto porcentaje de los abusos sexuales contra personas menores de edad, se cometen en el núcleo familiar.

El Cuadro 8 muestra las denuncias interpuestas ante el Poder Judicial en los últimos cinco años por relaciones sexuales con personas menores de edad.

Cuadro 8

Denuncias presentadas por relaciones sexuales con menores de edad.⁸

Categoría	2002	2003	2004	2005	2006
Relaciones sexuales con menores	205	172	317	317	295

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Violencia realizada por el CIEM señala que el 19,5% de los abusos sexuales contra las niñas son cometidos por el padre o padrastro y un 37% por otro hombre de la familia. En el Cuadro 9 se muestra con detalle quiénes son los agresores sexuales de niñas y adolescentes menores de 15 años.

⁸ Nota: Antes consideradas estupro e incesto, pero recientemente reportadas como relaciones sexuales con menores de edad. Fuente: Poder Judicial.

Cuadro 9

Perpetradores del abuso sexual antes de los 15 años

Perpetrador	Porcentaje
Padre	11,6
Padrastro	7,9
Hermano	7,9
Otro familiar	37,0
Otro hombre conocido	35,3
No sabe/no recuerda	0,2
Total	100,0

* Fuente: Sagot y Guzmán (2004) Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres.

3. La despenalización del aborto en casos de explotación sexual comercial

Aunque la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes en Costa Rica y el mundo ha existido desde hace siglos, es recientemente que se ha reconocido como una manifestación de explotación y esclavitud sexual y por ende, como una severa violación de los derechos humanos de las personas menores de edad. (OIT/IPEC, 2002)

La Declaración y Agenda para la Acción del Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de la Niñez establece que la explotación sexual comercial "... es una violación fundamental de los derechos de la niñez. Abarca el abuso sexual por parte del adulto, y remuneración en dinero o en especie para la niña o para una tercera persona o personas. La niña es tratada como objeto sexual y como mercancía. La explotación sexual comercial de la niñez constituye una forma de coerción y violencia contra esta, equivale al trabajo forzado y constituye una forma contemporánea de esclavitud."

De acuerdo con Monge y Castro (2000), la explotación sexual comercial se presenta cuando:

- Se utilizan niños, niñas y adolescentes como mercancía sexual, a cambio de dinero u otras ventajas para la víctima o para su familia.
- Se utilizan niños, niñas y adolescentes en representaciones visuales o auditivas para el placer sexual del usuario, material que es elaborado con fines lucrativos.
- Se reclutan y trasladan niñas, niños y adolescentes a lugares dentro y fuera del país con o sin consentimiento de estos o de sus familiares, para utilizarlos como mercancía sexual, ya sea para pornografía o para mantener relaciones sexuales remuneradas con ellos o ellas.

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT/IPEC, 2002), la explotación sexual comercial es una situación que se adueña de manera violenta de la vida infantil y adolescente, alterando su normal desarrollo a partir del uso del cuerpo y del abuso de su situación de indefensión. Esto, en cuanto la mayoría de las niñas, niños y adolescentes que se encuentran en explotación sexual comercial provienen de hogares empobrecidos, donde predomina el desempleo o el empleo informal, con una historia de violencia intrafamiliar. También es usual que sus derechos a la protección y al cuidado paterno, a una vida libre de violencia, a la educación y otros, sean quebrantados desde su más temprana infancia.

Para muchas víctimas de la explotación sexual comercial, los daños psicológicos son irreversibles. Usualmente tienen baja autoestima y sentimientos de vergüenza y culpa, pues han recibido un trato como objeto sexual, mercancía y bien de intercambio. Sufren un fuerte rechazo social y son estigmatizados; este impacto psicológico, físico y social se traduce en el inicio o incremento del consumo de drogas como un medio para aliviar los sufrimientos. (ECPAT, s.f.)

Es importante destacar que diversos estudios confirman que los embarazos constituyen una consecuencia real que niñas y adolescentes son proclives a sufrir dentro de la explotación sexual comercial, donde la maternidad es en muchos casos un eslabón más de la violencia y la violación de sus derechos. (OIT/IPEC, 2002)

Por lo tanto, se trata de embarazos forzados que perpetúan una larga cadena de violaciones a los derechos humanos de estas niñas y adolescentes que han caído en las redes de la explotación sexual. Permitirles contemplar el aborto como una de sus opciones sería una forma de restituir los derechos que se les han violentado.

Algunos datos sobre la explotación sexual comercial

De acuerdo con las organizaciones vinculadas al tema, no existen mecanismos confiables para determinar el número de personas menores de edad que son víctimas de la explotación sexual comercial. Además, algunos estudios que abordan el problema no desagregan los datos por sexo o edad.

No obstante, los estudios coinciden en señalar a las niñas, niños y adolescentes entre los 10 y los 17 años como las víctimas principales, donde se destaca un 90% perteneciente al sexo femenino. Se estima que la gran mayoría de víctimas es atrapada por los explotadores alrededor de los 12 años. (OIT/IPEC, 2002)

En una propuesta de abordaje a las víctimas elaborada por la OIT (2005), se citan los siguientes datos:

- En un estudio con 30 niñas y adolescentes en explotación sexual comercial con edades entre los 13 y 16 años: 4 de ellas tuvieron su primer hijo entre los 11 y 12 años, 12 de ellas tuvieron su primer hijo entre los 13 y 14 años, 3 de ellas tuvieron su primer hijo entre los 15 y 16 años, 2 de ellas tuvieron su primer hijo a los 17 años. (Treguear y Carro, 1994).
- Un estudio llevado a cabo con 121 niños y niñas en explotación sexual comercial, más del 80% correspondía a niñas. De ellas, una tercera parte es madre de uno o dos hijos y solamente la mitad de ellas vive con ellos, ya que el resto se encontraba a cargo de alguna institución del Estado o de una cuidadora pagada. (Claramunt, 1998).
- En un estudio con 100 personas menores de edad vinculadas a la explotación sexual comercial, se evidencia que un 40% de las adolescentes son madres. 33 de ellas son madres de un hijo o hija y 6 madres de dos hijos y/o hijas. De ellas, algunas fueron embarazadas a la edad de 10 años lo cual se vincula con experiencias de abuso sexual infantil e incesto. (OIT/ IPEC, 2002).



V. El mito del trauma post-aborto

Los grupos opositores a la despenalización del aborto han difundido la idea de que toda mujer que decida realizarse un aborto enfrentará secuelas psicológicas adversas, las cuales han denominado trauma o síndrome post-aborto. No obstante, ni la Asociación Americana de Psicología ni la Asociación Americana de Psiquiatría han reconocido su existencia.

En 1989, la Asociación Americana de Psicología reunió un panel de personas expertas que llegó a la conclusión unánime de que el aborto legal no representa un riesgo psicológico para la mayoría de las mujeres que recurren a él, posición reafirmada por la Asociación Americana de Psiquiatría en el 2007. Estas organizaciones reconocen que las mujeres experimentan una mezcla de sentimientos frente al aborto, en los que predominan los sentimientos de alivio. (Adler et.al 1992; Stotland 2007; Beckman y Linda J. & S. Marie Harvie, 1998)

Los estudios, impulsados por sectores opositores a la despenalización del aborto, han pretendido probar la existencia del trauma post-aborto, pero han cometido errores que invalidan la generalización de las conclusiones a grupos distintos de los que participaron en el estudio, entre los cuales se encuentran muestras pequeñas seleccionadas sin ningún control y sin nivel de representatividad. Asimismo, el estudio se concentró en grupos de mujeres que habían realizado alguna consulta psicológica después de realizado el aborto. (Planned Parenthood, 2001)

En 1988, el ex Director General de Salud de los Estados Unidos dijo en reuniones privadas a los representantes de varias organizaciones, que el riesgo de padecer problemas psicológicos importantes después de un aborto era “minúsculo” desde el punto de vista de la salud pública.⁹ Aunado a esto, un panel de personas expertas de la Asociación Americana de Psicología observó que, dado que aproximadamente el 21% de las mujeres norteamericanas tuvo un aborto, si este provocara reacciones emocionales graves habría una epidemia de mujeres en busca de tratamiento psicológico, pero no existe indicio de semejante epidemia. (Adler, 1989)

Lo que sí han determinado los estudios científicos es que existen dos excepciones bajo las cuales pueden aumentar las probabilidades de tener algún trastorno emocional post-aborto, las cuales son: 1) cuando las mujeres han tenido problemas psicológicos antes del embarazo y 2) cuando las mujeres han terminado un embarazo por motivos médicos. (Planned Parenthood, 2008)

9 House Committee on Government Operations, 1989.

A estas dos circunstancias, nos interesa añadir como punto de reflexión que el aborto realizado en contextos legales restrictivos, puede convertirse en una experiencia traumática para las mujeres debido a las siguientes condiciones:

- i. Las mujeres no tienen la posibilidad de hablar sobre sus dudas, miedos, temores, ansiedades y expectativas, ya sea sobre la posibilidad de continuar o de interrumpir el embarazo. Por lo tanto, deben enfrentar esta decisión solas, sin el apoyo de su familia, amigas, amigos o personas profesionalmente capacitadas.
- ii. Debido a esta falta de información y de oportunidades para buscar consejería, pueden pasar de una referencia a otra, ya sea relacionada con métodos caseros que no son efectivos o con profesionales o centros que no reúnen las condiciones y que no atenderán su demanda. De esta forma, transitan por una ruta crítica que les acarrearán semanas o meses de incertidumbre y de falsas expectativas, donde incluso sentirán en riesgo su integridad física.
- iii. Pueden ser atendidas en condiciones inseguras, ya sea porque el lugar no reúne las condiciones higiénicas o porque el personal no está capacitado, lo cual crea una sensación de riesgo para su salud y su vida.
- iv. Sienten el temor de recurrir a un servicio público de salud en caso de complicación, ya que pueden ser denunciadas.
- v. Puede coexistir algún tipo de abuso psicológico, económico y/o sexual de parte de quien le provee el servicio.
- vi. En nuestra sociedad existe una severa sanción moral contra las mujeres que deciden interrumpir un embarazo, presión que tendrán que enfrentar cotidianamente en sus vidas, porque debido a la clandestinidad no tendrán la oportunidad de hablar sobre su experiencia.

No obstante, en estos casos, la vivencia del aborto como una situación traumática sería determinada por dichas condiciones y no necesariamente por el procedimiento en sí mismo.

En el 2007, Nada Stotland, M.D., presidenta de la Asociación Americana de Psiquiatría señaló que su organización ha invertido millones de dólares y años de deliberaciones de personas expertas para elaborar las definiciones y los diagnósticos psiquiátricos. Agrega que “el síndrome del trauma de 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.

Anexo 1:

Mitos y realidades sobre el aborto

MITOS	INFORMACIÓN CORRECTA
Todas las mujeres corren el riesgo de morir cuando se practican un aborto.	El riesgo no está asociado a la interrupción del embarazo, sino a las condiciones de inseguridad en las que se puede realizar. (GIRE, 2000) También es importante mencionar que existen estudios, como los realizados por el Insituto Allan Guttmacher, que indican que existe un mayor riesgo de muerte en las mujeres durante un parto (1 en 10 000) que durante un aborto seguro (1 en 400 000). (Catholics for a Free Choice (2000)
Los abortos le salen muy caros al Estado.	El aborto realizado en condiciones seguras si bien tiene un costo para el Estado, es menor que aquel en el que se incurre durante las hospitalizaciones requeridas cuando los abortos son inseguros y provocan daños en los cuerpos y la salud de las mujeres. (GIRE, 2000)
Si el aborto se permite, se accedería al libertinaje sexual.	La sexualidad es parte de la vida de todas las personas, por ello nadie debería ser sujeto de castigo, burla o estigmatización por ejercer su sexualidad. El aborto no es un método de anticoncepción, pero debe estar garantizado para aquellos casos en los que se requiera.
Si las mujeres siempre tuvieran la posibilidad de abortar, los abortos se incrementarían.	La penalización del aborto en América Latina no ha disminuido el número de abortos que se realizan, pero sí ha propiciado que se realicen en condiciones inseguras y de riesgo para la vida y salud de las mujeres. Según el más reciente estudio de la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Allan Guttmacher (2007) el número de abortos inducidos disminuyó más en los países desarrollados, donde la práctica es legal, que en los países donde el procedimiento está mayormente prohibido.
Si se permitiera la práctica del aborto en algunas circunstancias, todas las mujeres mentirían para realizarse uno.	La realidad de los países donde el aborto está regulado, es que las razones por las cuales una mujer puede decidir abortar están sujetas a la aprobación y verificación de otras personas. Por ejemplo, en caso de violación se requiere de la denuncia, en el caso del aborto terapéutico se requiere de la certificación médica, etc. Por estas razones no parece probable que las mujeres utilicen la mentira y la manipulación para practicarse un aborto, considerando que el trámite para acceder a él puede ser complejo.

MITOS	INFORMACIÓN CORRECTA
<p>Las mujeres que quieren abortar tienen una vida sexual desordenada, son egoístas e irresponsables.</p>	<p>Esto nos impide ver que la decisión de practicarse un aborto es seria y compleja. Es una decisión en donde convergen factores religiosos, morales, sociales y familiares, así como otras razones por las cuales las mujeres pueden decidir o no abortar. De acuerdo con GIRE (2000), las investigaciones demuestran que las mujeres que abortan son muy diversas en cuanto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • edad (no son sólo mujeres jóvenes) • etnia • religión (incluyendo la Católica) • estado civil (no sólo mujeres solteras o que viven solas) • maternidad previa o no • nivel educativo • motivos de requerimiento del aborto (si el embarazo: es producto de una violación, pone en riesgo su vida o su salud, etc.) <p>Los casos de embarazos con MIVE y los embarazos resultado de alguna forma de violencia sexual son un claro ejemplo de que las mujeres deben enfrentarse a la decisión de realizarse un aborto por distintos factores que no tienen relación con la aseveración de una vida sexual desordenada, egoísta o irresponsable.</p>
<p>Si una mujer no quiere tener un hijo o hija, en lugar de abortar, lo mejor que puede hacer es dar el niño o niña en adopción.</p>	<p>La adopción también representa una decisión compleja y dolorosa que en muchas ocasiones es marcada con la culpa. La adopción es una posibilidad, tal como lo es el aborto, el problema es tratar de imponer a las mujeres una sola opción.</p>
<p>El embrión sufre durante el aborto.</p>	<p>No es posible que durante los primeros tres meses de gestación el embrión sufra dolor, ya que en ese momento del embarazo todavía no se ha formado la estructura sensorial que permite la actividad neurológica. (GIRE, 2000)</p>

Anexo 2:

Mitos y realidades sobre la violencia sexual¹⁰

MITO	REALIDAD
Sólo las mujeres jóvenes y bonitas son asaltadas.	La creencia que sólo las mujeres jóvenes y bonitas son asaltadas sexualmente viene del mito que el asalto sexual está basado en el sexo y en la atracción física. El asalto sexual es un crimen de poder y control, los agresores frecuentemente escogen como víctimas a las personas que ven como vulnerables a un asalto o a quienes piensan que pueden tener bajo de su poder.
“No me puede pasar a mí”. La violación es un evento aislado e infrecuente que solamente le ocurre a ciertas personas.	Cualquier persona puede ser asaltada sexualmente. Los estudios demuestran que el asalto sexual puede ocurrirle a personas de todas las edades, sexo, orientación sexual, de cualquier grupo étnico, religioso, económico y social.
“Ella se lo buscó.” Las mujeres suelen provocar la violación a través de su comportamiento, vestimenta provocativa, saliendo solas, quedándose afuera hasta tarde, emborrachándose, etc.	La violación y el asalto sexual son crímenes de violencia y control que vienen del deseo de tener a otra persona en su poder. Ni la ropa provocativa ni el comportamiento presentan una invitación a las relaciones sexuales no deseadas. Forzar a alguien a participar en unas relaciones sexuales no deseadas es un asalto sexual sin importar la manera en que la persona se vista o se comporte.
Cuando una mujer dice “No” quiere decir “Sí” o quizás...	Las mujeres son capaces de expresar sus deseos sexuales. Cuando una mujer dice “No” es que no quiere una relación sexual, y obligarla a ello es una violación.
Acceder a besos o caricias equivale a acceder a tener relaciones sexuales.	Todas las personas tienen el derecho de decir “No” a cualquier acto sexual, sin importar lo que ha sucedido anteriormente, y su negativa debe ser respetada.
No es posible que una mujer sea violada por su pareja.	Las parejas no tienen el derecho de obligar ni forzar a tener relaciones sexuales y si lo hacen es violación. En la mayoría de los casos de violación los agresores son conocidos, novios y ex-novios. La mujer, en cualquier relación de pareja, tiene el derecho de decidir cuándo y cómo va tener relaciones sexuales con su pareja.
La mayoría de los asaltos sexuales y las violaciones son cometidas por personas desconocidas. No es una violación si las personas se conocen.	La mayoría de los asaltos sexuales y las violaciones son cometidas por alguien a quien la víctima conoce.

¹⁰ Este cuadro fue construido con base en la bibliografía consultada.

MITO	REALIDAD
La mayoría de los asaltos sexuales son cometidos por extraños en lugares aislados.	La mayoría de los asaltos sexuales ocurren en el hogar de la víctima y/o en el hogar de un amigo, vecino o pariente.
Generalmente las niñas y los niños son asaltados por desconocidos.	La gran mayoría de las niñas y los niños víctimas de abuso sexual son asaltados por un familiar o un conocido.
El abuso sexual de niñas y niños es un incidente aislado y ocurre solo una vez.	Las situaciones abusivas se desarrollan gradualmente, en un período de tiempo determinado, y el abuso sexual ocurre repetidamente.
Si una persona va a la habitación o a la casa de otra persona, o si va al bar, ella asume el riesgo de ser asaltada sexualmente. Si algo ocurre luego, ella no puede decir que fue violada o asaltada sexualmente porque no debería haber ido a esos lugares.	Aunque una persona haya ido a la habitación o a la casa de alguien y haya consentido mantener relaciones sexuales, eso no significa que consintió a todo tipo de actividad sexual. Si una persona no está segura si la otra quiere compartir un acto sexual debe detenerse y preguntar. Cuando alguien dice “No” o “Pare”, eso significa suspender la acción iniciada.
Las mujeres pueden evitar la violación si no andan por los callejones oscuros y otros lugares “peligrosos” donde los desconocidos pueden esconderse.	La violación y el asalto sexual pueden ocurrir en cualquier momento, en cualquier lugar, a cualquier persona. Según las investigaciones, la mayoría de las violaciones ocurrieron en la casa de la víctima, el agresor u otro individuo.
Sólo es una violación si la víctima lucha y resiste al agresor. Si no le golpeó, no fue forzado. Si las mujeres no luchan es porque estuvieron de acuerdo con la relación sexual. Si no se usa una pistola ni un cuchillo, no hubo violación.	Una violación ocurre cuando se fuerza a una persona a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, independientemente de si lucha o no. Hay muchas razones por las cuales una víctima de asalto sexual no lucha o no trata de resistir a su asaltante. Ella puede pensar que si lucha o resiste, enojará a su asaltante. No luchar o no resistirse a un asaltante no quiere decir que la víctima consienta el ataque. La falta de resistencia puede representar la mejor manera que la víctima encontró para protegerse de heridas más dañinas.
Sólo es un asalto sexual si el asaltante tiene un arma.	En muchos casos de asalto sexual, no hay un arma. A menudo, el agresor usa fuerza bruta, violencia física, intimidación, amenazas o una combinación de estas tácticas para dominar a la víctima. En la mayoría de los asaltos sexuales la víctima conoce a su asaltante. Un agresor frecuentemente utiliza la confianza desarrollada en su relación con la víctima para crear una oportunidad de cometer el asalto sexual. El agresor también puede conocer información íntima sobre la vida de la víctima, como su domicilio, el lugar en dónde trabaja, su escuela o universidad, o información sobre su familia y amigos. Esto aumenta la credibilidad de las amenazas del agresor porque tiene información suficiente sobre su vida para poder llevar a cabo sus amenazas.
Si no hay evidencia física o forense, posiblemente no hubo una agresión sexual.	En la mayoría de los casos de agresión sexual no hay evidencia física.

MITO	REALIDAD
No es asalto sexual si ocurre bajo la influencia del alcohol o las drogas.	Estar bajo la influencia del alcohol o las drogas no es una invitación a tener relaciones sexuales no deseadas. Una persona bajo la influencia de las drogas o el alcohol no hace que el agresor la asalte; otras personas se aprovechan de la situación y la asaltan porque está en una condición vulnerable. Muchas leyes establecen que una persona que está en un estado alterado debido a la influencia de las drogas o el alcohol no puede consentir a las relaciones sexuales.
El hombre excitado ya no se puede aguantar y por eso tiene que tener relaciones sexuales.	Los hombres no necesitan tener relaciones sexuales después de que se excitan. Los hombres sí pueden aguantarse y controlarse después de que se excitan. La violación es un acto de violencia y no el resultado de un súbito acceso de lujuria, por ello se relaciona con la sensación de poder sobre la víctima indefensa.
Los violadores son pervertidos sexuales con un impulso sexual insatisfecho. Sólo hombres “enfermos” o “locos” violan a las mujeres.	En general, los agresores sexuales llevan una vida sexual activa y exhiben un comportamiento dentro de los límites de la normalidad, con excepción de que manifiesten una tendencia, mayor de lo común, hacia la violencia y la agresividad.
Las mujeres muchas veces mienten sobre la violación para vengarse de un hombre.	Solo el 2% de los casos de violaciones reportados son falsos. La gran mayoría de mujeres no tiene motivos para mentir sobre un tema tan serio como la violación.
Una persona que realmente ha sido asaltada sexualmente estará histérica.	Las víctimas de la violencia sexual muestran variadas y diferentes respuestas al asalto, las cuales pueden incluir: tranquilidad, histeria, retirada, enojo, indiferencia, negación, o shock. Ser asaltada sexualmente es una experiencia muy traumática. Las reacciones al asalto y el tiempo necesario para procesar la experiencia son diferentes para cada persona. No hay una manera “correcta” de responder a un asalto sexual. Suponer el comportamiento de la víctima puede ser perjudicial para ella, porque cada persona se enfrenta al trauma del asalto de una manera diferente, que también puede cambiar con el paso del tiempo.
Todas las víctimas de asalto sexual denuncian el crimen inmediatamente a la policía. Si no lo denuncian o esperan a hacerlo, es porque han cambiado de opinión después del crimen; querían venganza, o deseaban aparentar que no tenían relaciones sexuales.	Hay muchas razones por las cuales una víctima de asalto sexual no denuncia el asalto a la policía. No es fácil hablar de ser asaltada sexualmente. La experiencia de contar lo que pasó puede hacer que la persona reviva el trauma. Otras razones por las cuales la víctima no reportaría el asalto inmediatamente o por las que no lo reportaría de ninguna manera incluyen el miedo a represalias del agresor, miedo al descrédito de la propia versión, miedo a ser culpada del asalto, miedo de ser perseguida otra vez si el caso se enrumba por el sistema de justicia criminal, la creencia en la liberación del agresor, el deseo de olvidar los detalles del asalto, no reconocer lo sucedido como un asalto sexual, vergüenza, shock, etc. La mayoría de los asaltos sexuales no son reportados a la policía.
Si los detalles de la historia cambian o la víctima se tarda en reportar la agresión está mintiendo.	Las víctimas de agresión sexual usualmente tardan en presentar la querrela. Las víctimas están traumatizadas -muchas padecen el síndrome de estrés postraumático- y tienen que repetírle su historia a un sinnúmero de personas, por lo que es usual que la historia cambie.

MITO	REALIDAD
La mejor manera para que las víctimas se olviden de un asalto sexual es actuar como si nunca hubiera pasado, dejarlo en el olvido, seguir adelante con sus vidas y ser “normal” otra vez.	El hablar sobre un asalto sexual puede ser una parte esencial de la recuperación para las víctimas. No obstante, ninguna víctima debe de ser forzada a hablar pública o privadamente. Todas las víctimas tienen el derecho de obtener apoyo y validación sin importar en cuál etapa se encuentren del proceso de recuperación o lo que haya sucedido desde el asalto.
Es fácil identificar a los violadores por su apariencia física, acciones, o palabras.	Los violadores no se diferencian significativamente del hombre promedio tanto física como psicológicamente, excepto por ser más propensos a expresar coraje y agresión. La gran mayoría de los violadores no parecen o no actúan como dementes.
Si no hubo penetración, no es tan traumático y no es un delito	La violencia involucrada en un asalto sexual sin penetración es una legítima invasión personal y puede tener el mismo impacto en la víctima que una violación con penetración.
Los niños y las niñas mienten o inventan sobre el incesto.	Las niñas y los niños no mienten sobre el incesto, mienten para decir que no ocurrió cuando se sienten intimidadas(os).
El incesto es poco frecuente.	El incesto es el abuso sexual infantil más común entre las niñas abusadas sexualmente.
El incesto solo ocurre entre gente pobre o enfermos mentales.	La mayoría de los abusadores no tienen antecedentes criminales ni son enfermos mentales. El incesto ocurre en todos los estratos sociales.
La madre es cómplice o culpable del incesto.	La responsabilidad total del incesto la tiene la persona que abusa sexualmente de la niña (o), dado que es una persona adulta en posición de poder de quien la niña (o) depende.
Algunos tipos de incesto no causan gran daño.	La evidencia demuestra que todo tipo de incesto es destructivo. La severidad de las secuelas tiene que ver con otros factores asociados.
Las víctimas son usualmente adolescentes.	Los estudios demuestran que las víctimas de incesto son agredidas desde temprana edad.
Las niñas y los niños provocan el incesto.	Toda la responsabilidad del abuso recae en el agresor, no importa la edad de la niña o el niño cuando ocurre el abuso. Esto se evidencia en la desproporción de poder entre un adulto y una niña o niño.

VII. Bibliografía

Adler, Nancy E. (1989). University of California at San Francisco. Statement on Behalf of the American Psychological Association Before the Human Resources and Intergovernmental Relations Subcommittee of the Committee on Governmental Operations, U. S. House of Representatives: 130-140.

Adler, Nancy, et.al. (1992). *Psychological Factors in Abortion: a Review*. *American Psychologist* vol.47, N° 10, octubre.

Barriga, J.; Murillo, C.; Agreda, J.; Lenis, E. (2004). *Holoprosencefalia: a propósito de dos casos*. *Revista de la Sociedad Bolivariana de Pediatría*, párr.12. Extraído de http://www.bago.com.bo/sbp/revista_ped/Vol43_1/html/holoprosencefalia.html

Beckman, Linda J. & S. Marie Harvie, ed. (1998). *The New Civil War: The Psychology, Culture, and Politics of Abortion*. Washington, D.C., American Psychological Association.

Catholics for a Free Choice. (2000). *Cómo hablar del aborto inducido. Guía para una comunicación exitosa*. Washington DC, EEUU.

Center for Maternal & Infant Health. (2002). *Encefalocele*. UNC, párr. 1. Extraído de <http://mombaby.org/index.php?c=1&s=269&p=283>

Centro de Derechos Reproductivos. (2005). *Leyes sobre aborto en el mundo. Clasificación de las leyes sobre aborto desde las más hasta las menos restrictivas*. Afiche.

Comisión de Derechos Humanos. *Resolución Comisión de Derechos Humanos: El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. (2003). Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2003/28.

Compilación de Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos sobre países de América Latina y el Caribe (1977-2004). Centro de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho, Universidad de Chile y Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humano, Representación Regional para América Latina y el Caribe.

DEMUS. (2006). *Dictamen del Comité de Derechos Humanos emitido a tenor del párrafo 4 del artículo 5 del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de*

Derechos Civiles y Políticos. Dictamen de la Comunicación NO. 1153/2003 presentada por Karen Noelia Llantoy Huamán. CCPR/C/85/D/1153/2003.

Diniz, Debora. (2005). *Aborto e inviabilidad fetal: el debate brasileño*. Extraído de *Cadernos de Saúde Pública*. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-11X2005000200032&script=sci_arttext

ECPAT. [s.f] *La explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes: una mirada desde Centroamérica*.

Facio, Alda. (2003). *Asegurando el futuro: las instituciones nacionales de derechos humanos y los derechos reproductivos*. UNFPA, San José, Costa Rica.

Faúndes, Aníbal, Barzelatto, José. (2005). *El Drama del Aborto: en Busca de un Consenso*. Tercer Mundo Editores, Segunda re impresión. Bogotá, Colombia.

Fundación SíMujer. (2000). *Embarazo por violación: La crisis múltiple*. Investigadores e investigadoras: Londoño, M., Ortiz, B., Gil, A., Jaramillo, A., Castro, R., Pineda, N., Delgado, E., Labrada, A. y Pineda, M. Cali, Colombia: Talleres Gráficos.

Grupo de Información en Reproducción Elegida - GIRE. (2000). *Miradas sobre el aborto*. México.

IPAS. (2002) *El Rol de los Servicios de Salud en la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual*. Taller Nacional para Tomadores de Decisión del Estado para Enfrentar la Violencia Sexual. Jefferson Drezett y Eliana Del Pozo. Edición: Reynaldo Pérez Zambrana. Coordinador de Tecnología y Logística de Ipas Bolivia. Bolivia.

Izquierdo, M; Avellaneda, A. (2004). *Encefalocele*. *Instituto de Investigación de Enfermedades Raras*, párr. 1. Extraído de http://iier.isciii.es/er/prg/er_bus2.asp?cod_enf=890

Langman, Sadler. (2006). *Embriología Médica con orientación clínica*. 10ma edición, Madrid, España.

Medline Plus. (2008). *Gastroquiasis*. *Medline*, párr. 1, 2, 3, 4. Extraído de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000992.htm>

Monge, Ivannia y Castro, Adina. (2000). *Implicaciones de la Ley contra la Explotación Sexual de las Personas Menores de edad*. Instituto Nacional de las Mujeres. San José, Costa Rica.

Olalla, Alicia. [s.f.]. *Interrupción de embarazos incompatibles con la vida y el derecho*. En: *Bioética & Derecho*. Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires, Argentina. <http://www.bioetica.bioetica.org/doct18.htm>

Organización Internacional del Trabajo. (IPEC/OIT). (2002). *Explotación sexual comercial de personas menores de edad en Costa Rica*. San José, Costa Rica: IPEC/OIT.

Organización Internacional del Trabajo. (2005). *Explotación sexual comercial. Propuestas de trabajo para una atención integral a las personas menores de edad víctimas*. San José, Costa Rica, Oficina Internacional del Trabajo.

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Reporte Mundial en Violencia y Salud*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud e Instituto Allan Guttmacher. (2007). *Induced Abortion: Rates and Trends Worldwide*. Extraído de http://www.religiousconsultation.org/News_Tracker/induced_abortion_rates_and_trends_worldwide.htm

Planned Parenthood. (2001). *Las consecuencias emocionales del aborto inducido*. Subtítulo El llamado “síndrome postaborto” Extraído de www.plannedparenthood.org/sp/noticias-articulos/politica-y-cuestiones-normativas/acceso-al-aborto/aborto-inducido-6137.htm

Planned Parenthood. (2008). *Mitos sobre el aborto: hechos versus ficción*. Subtítulo: ¿Si me hago un aborto, sufriré del síndrome de estrés post-aborto? Extraído de: <http://www.teenwire.com/espanol/2006/es-20061201p180-aborto.php>

Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. *Resumen de recomendaciones provisionales*. Misión al Perú 7 – 15 junio 2004.

Rodríguez, Adriana. (2006). *Vivencia y construcción de la maternidad en niñas vinculadas a la explotación sexual comercial*. Tesis para optar por el Grado de Licenciatura. Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.

Sandoval, José. [s.f.]. *El aborto: análisis de la situación legal a propósito de la anencefalia*. Extraído de <http://www.spog.org.pe/articulos.php?articulo=48>

Sagot, Montserrat & Gumán, Laura. (2004). *Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres*. San José, Costa Rica: Centro de Investigación en Estudios de la Mujer (CIEM) de la Universidad de Costa Rica.

Stotland, Nada. (2007). *The Myth of Abortion Trauma Syndrome: Update, 2007*. American Psychiatric Association, *Psychiatr News*. July 20, 2007. Volume 42, Number 14, page 28

Távora, Luis. (2006). *Porqué la anencefalia debe justificar el aborto terapéutico*. PROMSEX, Lima, Perú.

Távora, Luis, Jacay, Sheilah, Dador, María, Chávez, Susana. (2007). *Apuntes para la acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal*. 1ra edición, PROMSEX, Lima, Perú.

University of Virginia Health System. (2007). *El Recién Nacido de Alto Riesgo: la Espina Bífida*. La Universidad, párr. 1. Extraído de http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_hrnewborn_sp/spinbif.cfm

University of Virginia Health System. (2006). *Los trastornos cardiovasculares: la transposición de los grandes vasos*. La Universidad, párr. 1, 2, 3. Extraído de http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_cardiac_sp/tga.cfm

University of Virginia Health System. (2006). *Los trastornos digestivos y hepáticos: la hernia diafragmática*. La Universidad, párr. 1. Extraído de http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_digest_sp/diaphrag.cfm

University of Virginia Health System. (2007). *Los trastornos digestivos y hepáticos: onfalocele*. La Universidad, párr. 1, 2. Extraído de http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_digest_sp/omphaloc.cfm