

Análisis Independiente de la Discriminación Sistemática de Género en el Proceso Judicial de El Salvador contra las 17 Mujeres Acusadas del Homicidio Agravado de sus Recién Nacidos

(Español)

17 Noviembre 2014

Jocelyn Viterna, Ph.D, Sociólogo
Harvard University

Jose Santos Guardado Bautista, Abogado y Notarial
El Salvador

*Por favor dirige correspondencia a la Dra. Jocelyn Viterna, Department of
Sociology, 504 William James Hall, 33 Kirkland Street, Cambridge, MA 02138;
or by e-mail to jviterna@wjh.harvard.edu.

Tabla de Contenido

Resumen ejecutivo.....	1
Análisis al fondo de los tres casos.....	5
-María Teresa.....	5
-Carmen.....	11
-Mirna.....	17
La Extensión de la discriminación a través del proceso judicial.....	23
Conclusiones.....	27
Apéndices	

**Análisis independiente de la Discriminación Sistemática de Género en el
Proceso Judicial de El Salvador contra las 17 Mujeres Acusadas del Homicidio
Agravado de sus Recién Nacidos**

17 de Noviembre, 2014

**Jocelyn Viterna, Socióloga
Universidad de Harvard
Estados Unidos**

**José Santos Guardado, Abogado
El Salvador**

RESUMEN EJECUTIVO:

El Estado Salvadoreño garantiza tres derechos fundamentales a cada imputado en el sistema judicial. Primero, la Constitución de la Republica garantiza que “Toda persona a quien se impute un delito, se presumirá inocente mientras no se pruebe su culpabilidad conforme a la ley y en juicio público, en el que se le aseguren todas las garantías necesarias para su defensa.” Segundo, el Código Procesal Penal garantiza que “En caso de duda el juez considerará lo más favorable al imputado.” Y tercero, según la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la Republica, el mandato de la *fiscalía* es perseguir la verdad, no el enjuiciamiento, es por ello que debe ser imparcial y actuar con total objetividad velando únicamente por la correcta aplicación de la ley, y en los casos de “delitos y faltas deberán investigar no sólo los hechos y circunstancias en que se funde la responsabilidad del imputado o los que la agraven, sino también los que le eximan de ella, la extingan o la atenúen.”

En el caso de las 17 mujeres Salvadoreñas encarceladas por el “homicidio agravado” de sus hijos recién nacidos, estos tres derechos fueron sistemáticamente violados. En estos casos, las mujeres dijeron que sus hijos habían muerto debido a una emergencia obstétrica u otra complicación que rodea al parto. Y en cada uno de estos casos, en cada etapa del proceso judicial, el estado agresivamente persiguió el enjuiciamiento de la madre en lugar de perseguir la verdad real, comenzando en el momento de la detención y culminando en el momento de la condena. Este informe documenta la discriminación sistemática en contra de estas diecisiete mujeres en cada momento del proceso judicial. Lo cual ilustramos a continuación:

- Los policías que investigaron los presuntos delitos solo recopilaron pruebas que incriminaban a las mujeres, y consistentemente no reunieron pruebas que podrían corroborar las historias de la mujeres. Por otra parte, la policía regularmente permitió que los civiles—incluidos vecinos o patrones—hicieran el trabajo de recopilar evidencias, por consiguiente contaminar la escena del crimen, la evidencia forense y la credibilidad de las entrevistas.

- Los médicos que trataron a las mujeres después del parto rutinariamente no investigaron probables complicaciones del parto. En muchos casos, la información médica más básica, como el estimado de la pérdida de sangre o la presión arterial de las mujeres, simplemente no fue documentada. Incluso en los casos en los que existen estos datos, el personal médico regularmente no los *interpretó* en los tribunales (la fiscalía tampoco les solicitó una interpretación). Por ejemplo, los doctores no tomaron en cuenta que el sangrado excesivo de las mujeres habría dado lugar a su actuar aturdido, confuso e incoherente al momento del parto —una consecuencia fisiológica de no recibir suficiente oxígeno en el cerebro. Acciones de este tipo han sido utilizadas para incriminar a muchas de las 17 salvadoreñas, sin ningún análisis de las posibles causas médicas subyacentes. La suposición de parte del personal médico de la presunción de culpabilidad de las mujeres se encuentra de vez en cuando escrita literalmente en los expedientes clínicos de las imputadas, en los que han escrito notas como “paciente aparentemente asesinó a su recién nacido.” Tales supuestos, que fueron compartidos con todo el personal médico en los expedientes clínicos, influye claramente no solo en la atención que una paciente recibe, sino también en los datos médicos que los doctores recogen: si a una paciente se le considera culpable, entonces los datos que corroboran su experiencia de una emergencia obstétrica simplemente no se buscan.
- Los especialistas forenses de Medicina Legal hicieron regularmente declaraciones ante los tribunales que contradicen información encontrada en libros forenses básicos. Por ejemplo, los médicos forenses usaron con regularidad una “prueba de flotación pulmonar” para “probar” que los niños nacieron con vida, sin reconocer que esta prueba ha sido rechazado por los principales expertos forenses durante más de un siglo, debido a la posibilidad de generar falsos positivos. Los médicos especialistas forenses que realizaron las autopsias, hasta 30 horas después de la muerte del recién nacido, a menudo reportaron que los pequeños cuerpos no mostraban “ninguna putrefacción,” cuando los libros forenses señalan que la putrefacción comienza dentro de las cuatro horas después de la muerte. Los especialistas forenses reportaron con regularidad que los bebés nacieron “de término”, pero la información en la que basaban esta conclusión con frecuencia no se encuentra o es contradictoria. En algunos casos, incluso la información más básica—como el peso del feto— está simplemente ausente en la autopsia. Y en varios casos, las autopsias reportaban anomalías en los pequeños cuerpos, pero no se valuó si estas anomalías podrían dar lugar a complicaciones que conducen a la muerte.
- La función de la Fiscalía en El Salvador es investigar la verdad real, no buscar veredictos de culpabilidad. Sin embargo, la Fiscalía rutinariamente no buscó testimonios o informes médicos que pudieran evaluar la veracidad de las afirmaciones de las mujeres. Por el contrario, pareciera que solo recogió

pruebas incriminatorias. En algunos casos no presentó las pruebas que favorecían la inocencia de las acusadas, a pesar que las tenían en su poder. Al leer la teoría fáctica de la Fiscalía plasmada en la “relación de los hechos” que se encuentra al principio de cada caso, es sumamente fácil pensar en la culpabilidad de la mujer. Pero al leer los datos completos, pronto te das cuenta que la “relación de los hechos” escrita por la Fiscalía con frecuencia cuenta una historia que tiene poco fundamento en los hechos del caso.

- Los jueces que conocieron los casos de las mujeres mayoritariamente solo admitieron las pruebas que apoyaban un veredicto de “culpabilidad”, y sistemáticamente excluyeron la evidencia que fundamentaba los testimonios de las mujeres. Por ejemplo, los jueces admitieron testimonios de los vecinos que condenaban a las mujeres (aun cuando los datos en sus testimonios fueron muy sospechosos), pero se negaron a admitir el testimonio de vecinos que apoyaban la versión de las mujeres de como sucedieron los hechos. En varios casos, las autopsias concluyeron que la causa de muerte del recién nacido fue indeterminada y podía deberse a causas naturales; mientras tanto la Fiscalía fue incapaz de demostrar algún motivo de por qué la madre quería matar a su hijo. Sin embargo, a pesar de esta escasez de pruebas o motivos, los jueces aun condenaron a las mujeres por asesinato. En las declaraciones finales de los jueces son quizás donde mejor se ilustra la base de la discriminación sistemática de género en estos casos: las mujeres, que en la mayoría de los casos parecen no haber sido culpables de nada más que de sufrir una emergencia obstétrica, han sido acusadas de homicidio agravado simplemente porque, como madres, debieron haber hecho más para evitar la muerte de sus hijos.

“Tal es así que (la acusada) tiene otros dos hijos, por lo que sabe lo que implica un parto y conoce los cuidados que debe de tener ella y hacia el recién nacido...”

“(La acusada) lesionó el bien jurídico vida a un recién nacido el cual por el hecho de haber nacido vivo tenía el derecho a existir y a ser protegido desde su nacimiento, especialmente por su madre...”

“... La conducta y actitud mostrada por la imputada reviste características de una omisión la cual se manifiesta al momento del parto, pues la misma falta de asistencia oportuna y no querer colaborar en el sentido de hacerse presente a un centro asistencial, fueron los motivos que propiciaron la muerte del menor, ...”

La falta de una evaluación judicial cuidadosa de estos casos se evidencia además por la velocidad con la que fueron resueltos. Mientras en El Salvador muchos casos de homicidio quedan en el olvido por años en los tribunales¹

¹ Véase, por ejemplo, estas notas periodísticas de *El Diario de Hoy*:
http://www.elsalvador.com/mwedh/nota/nota_completa.asp?idCat=47859&idArt=

en estos casos se dictó sentencia en un periodo de 4 a 18 meses. Mas de la mitad de los casos fueron resueltos en siete meses o menos, y solo en tres casos los tribunales requirieron de mas de un año para sentenciar a las mujeres a décadas de prisión.

En contraste con los resultados de los tribunales, este informe concluye que los hechos jurídicos y médicos en la mayoría de estos casos corresponden a emergencias medicas—no con homicidios. Aun más importante, en ninguno de estos casos las pruebas presentadas en el juicio parecen demostrar la culpabilidad de las mujeres más allá de una duda razonable.

Nuestro análisis también concluye que el mayor desafío que enfrenta la Corte Suprema de Justicia de El Salvador en esta coyuntura es la falta de datos objetivos para determinar lo que realmente sucedió en los momentos que rodearon el nacimiento de estos niños. La policía, los especialistas forenses, y la Fiscalía rutinariamente fallaron a la hora de recolectar los datos que uno necesitaría para tomar una decisión fundamentada acerca de estos casos. Aun mas indignante, proporcionamos una amplia documentación que evidencia que los escasos datos recolectados han sido *sistemática y consistentemente sesgados a favor de la incriminación*. Basados en la falta de voluntad demostrada por el estado para investigar las evidencias o argumentaciones que hubiesen sustentado la absolución de las mujeres, y en las declaraciones de nuestros médicos expertos quienes sostienen que no solo es posible, sino también probable, que muchas de estas mujeres sufrieron emergencias obstétricas, concluimos que el estado Salvadoreño ha cometido una injusticia contra estas 17 mujeres. Esperamos que la Corte Suprema de Justicia Salvadoreña lea cuidadosamente este informe y repare las fallas de los tribunales inferiores mediante la concesión de los indultos a estas 17 mujeres, permitiéndoles regresar a sus hogares, a sus vidas y con sus hijos.

Las conclusiones de este informe se lograron luego de analizar los expedientes judiciales de estos 17 casos. Los expedientes fueron proporcionados por la representación legal de las mujeres y con el consentimiento firmado por las mismas. Cada uno de los 17 casos tiene aproximadamente 500 paginas. Los expedientes primeramente fueron revisados, analizados y resumidos por un equipo compuesto por los dos autores (una socióloga y un abogado), y tres salvadoreños adicionales, dos abogados y una doctora especialista. El resumen de los expedientes, más los documentos médicos y forenses de los casos fueron compartidos con médicos de los Estados Unidos expertos en medicina forense (Dr. Gregory Davis), obstetricia y ginecología (Dras Christine Curry y Jodi Abbott). Estos expertos proporcionaron sus dictámenes periciales de forma escrita a la Corte Suprema de Justicia y a la

7948887

http://www.elsalvador.com/mwedh/nota/nota_completa.asp?idCat=75014&idArt=8005309

Asamblea Legislativa de El Salvador, y están de acuerdo con que sus opiniones escritas puedan ser documentadas en este informe. Nuestros análisis se basan en los archivos judiciales, en el testimonio de nuestros expertos en medicina y en unas pocas entrevistas independientes realizada con los familiares de las 17.

Desarrollamos nuestros argumentos a través de los siguientes pasos. En primer lugar, revisamos detalladamente tres casos para demostrar lo que entendemos por una “tendencia consistente hacia la incriminación”. Posteriormente, revisamos los datos que demuestran como las tendencias de estos tres casos ejemplares se repiten en la mayoría de los 17 casos. Finalmente, concluimos que la practica judicial actual en El Salvador pone en riesgo a cualquier mujer que sufra una emergencia obstétrica fuera de un centro medico. Es importante destacar que las mujeres pobres, las mujeres de las zonas rurales, las mujeres que viven en situaciones de violencia y abuso, y las mujeres con discapacidad se encuentran entre las más vulnerables a la persecución, dadas las limitaciones en su capacidad para acceder a la ayuda en una situación de emergencia.

I. ANALISIS A FONDO DE LOS TRES CASOS

CASO #1: MARIA TERESA

En Noviembre de 2011, María Teresa, de 28 años de edad, vivía con su hijo de seis años y sus ex suegros en una champita de lamina en Mejicanos. Aunque el padre de su hijo los había abandonado muchos años antes, María Teresa siguió viviendo con los padres de su ex *compañero*. Sus sueldos de trabajar en una *maquila* y limpiando casas proporcionaban los ingresos regulares al hogar, a cambio su suegra le ayudaba con cuido de su hijo y con las tareas domesticas. La familia era pobre, pero María Teresa siempre se las arreglaba para asegurar que existiera comida en la mesa, medicina para el asma de su hijo y suficiente dinero extra para pagar la mensualidad de \$13 del colegio católico de su colonia al que asistía su hijo. Además de proporcionar una educación de alta calidad, la asistencia a ese colegio garantizaba que su hijo estuviera en un ambiente seguro, incluso teniendo en cuenta la violencia criminal que asecha a la zona. Cuando su suegra Ana, estaba enferma y postrada en una cama, María Teresa la cuidó por casi un año. “Yo la quería como mi propia hija,” dice Ana.

El día del incidente, María Teresa se había sentido bien. Trabajó todo el día en la fabrica; comió su cena, habló y se ríó con los vecinos después del trabajo; y había ayudado a su niño con las tareas antes de ir a la cama. Incluso le comentó a su suegra esa noche que su periodo le había venido bien fuerte ese mes. En realidad, María Teresa había estado sangrando regularmente (como si tuviera la menstruación) por meses; no tenia idea de que estaba embarazada.

Sin embargo, María Teresa se despertó a media noche con una gran sed. Cuando se levantó para tomar un vaso de agua, se sintió muy mareada y se desmayó. Tras recuperar la conciencia sintió unas grandes ganas de ir al baño. Se sentó en la letrina, sintió fuertes calambres y luego sintió como si una pequeña pelotita salio de su cuerpo. Trato de regresar a la casa pero nuevamente se desmayo y cayo al suelo. El sonido de la caída debe haber despertado a su suegra, Ana, quien la encontró a la deriva, sin conciencia y en un charco de sangre. Con la ayuda de un vecino, Ana llamo a una ambulancia de la Cruz Roja Salvadoreña. Ni María Teresa, Ana, los vecinos, o los paramédicos que llegaron nunca dijeron haber escuchado el llanto de un niño dentro de la letrina. La ambulancia llevó a María Teresa al hospital, donde los doctores le dijeron a una sorprendida María Teresa que había dado a luz a un bebe. La presión arterial de María Teresa cuando llegó al hospital fue de 60/40, y continuaba perdiendo la conciencia. Los registros médicos concluyen que María Teresa experimento un “shock hipovolémico” debido a la perdida extrema de sangre. Sin embargo, en los informes rendidos por los médicos en los juzgados nunca fue mencionado este shock. El medico solo respondió preguntas de la Fiscalía sobre si María Teresa había dado a luz.

La autopsia del feto reportó que el bebé era de termino, pero nunca se mencionó el peso del bebé, porque, tal como se escribió en el formulario, *“no había bascula.”* María Teresa dijo que su ultima relación intima con un hombre había sido en Mayo de 2011, por lo que el bebé hubiese tenido mas o menos 6 meses de gestación. Dado que nadie vio señales de embarazo en María Teresa—sus compañeros de trabajo, sus vecinos, la congregación de la iglesia, incluso, ni la familia que vivía con ella— un feto de seis meses es quizás mucho mas creíble que un feto de “termino”. En cualquier caso, cuando un especialista forense hace conclusiones sobre la edad gestacional sin ni siquiera buscar una bascula para pesar al bebé, entonces esas conclusiones generan sospechas.

La autopsia claramente indicó que no había ninguna evidencia externa ni interna de trauma en el recién nacido. Además, la autopsia concluyó que no había restos fecales ni en los pulmones ni en el estomago del bebé. Sin embargo, la autopsia concluyo que el bebe nació vivo “porque los pulmones flotaron.” Esta conclusión hace referencia a un examen forense altamente controvertido mediante el cual se presume que si los pulmones flotan en el agua es porque el bebé respiro antes de morir. Esta prueba no solo ha sido rechazada regularmente por la comunidad medica (se explica con mas detalles mas adelante), sino que también contradice directamente otros hallazgos de la autopsia. Específicamente, la misma autopsia concluye que el niño murió por “asfixia perinatal”, la cual según indicaciones de los médicos pudo haber ocurrido antes, durante o después del nacimiento. Por lo tanto, la misma autopsia concluye al mismo tiempo que el bebé definitivamente nació vivo y que respiro, y que también el bebé pudo haber muerto dentro del vientre de la madre.

Los médicos expertos de Estados Unidos que han revisado el caso de María Teresa concluyen que no hay ninguna razón para poner en duda el testimonio de María Teresa.

En primer lugar, las doctoras Christine Curry y Jodi Abbott toman en cuenta que, aunque es inusual, obstetras en los Estados Unidos regularmente encuentran a mujeres que no se dan cuenta que estaban embarazadas hasta que están en labor de parto (ir al apéndice A para ver las cartas de las expertas). Las mujeres que corren mas riesgos de no darse cuenta de que están embarazadas hasta finales de su embarazo son las mujeres que, como María Teresa, experimentan sangrado vaginal intermitente continuo durante su embarazo, las mujeres que tienen sobrepeso y las mujeres que viven en la pobreza. Según un estudio Alemán, uno de cada 475 embarazos en Berlín durante el periodo de un año fue reconocido por la madre hasta el final de la gestación, y se diagnosticó sólo cuando la mujer acudió al sistema de salud. Dos tercios de estas mujeres habían estado embarazadas anteriormente y sin embargo habían sido incapaces de detectar los síntomas del embarazo correctamente.² El fenómeno de las mujeres que no sabían que estaban embarazadas hasta que estaban en labor de parto de hecho es lo suficientemente común para que un canal de televisión de los Estados Unidos pasara cuatro temporadas de un reality show llamado “no sabia que estaba embarazada.”³ Basta con buscar en Internet “mujer no sabia que estaba embarazada” para que aparezca un sin fin de artículos periodísticos que documentan historias similares. Por ejemplo:

Trish Staine acababa de correr 10 millas mientras entrenaba para una media maratón cuando comenzó la labor de parto. La madre de tres hijos dijo que no había ganado ningún peso ni había sentido algún movimiento fetal en los meses anteriores y no sabia que estaba embarazada. (Teicher 2013, Slate.com)⁴

(Amanda) Burger, de Cedar Falls, Iowa, ya era madre de un niño de 11 años de edad, cuando, sin saberlo, quedo embarazada ... no sentía ningún indicio de que había quedado embarazada, excepto una sensación “rara” en general que la llevó a tomarse una serie de exámenes de embarazo... los tres salieron negativos.... No tenia nauseas, tenia el estomago plano y nunca sintió al bebe pateándola Aun tenia sangrados cada mes.... Tenia 36 semanas de embarazo cuando una mañana se despertó alrededor de las 4 de la madrugada con cólicos fuertes... fue al hospital en compañía de su esposo (donde descubrió que estaba embarazada y dio a luz a un bebe sano). (Landau 2012, CNN.com)⁵

² Jens Wessel and Ulrich Buscher. 2002. “Denial of Pregnancy: Population Based Study.” *British Medical Journal*, Volume 324.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC65667/>

³ Ver <http://www.discoveryfitandhealth.com/tv-shows/i-didnt-know-i-was-pregnant>

⁴http://www.slate.com/articles/health_and_science/explainer/2013/06/unexpected_birth_how_can_a_woman_not_know_she_s_pregnant_until_she_has_the.html

⁵ <http://www.cnn.com/2012/07/05/health/living-well/pregnant-no-symptoms/>

La sensación “rara” de Burger coincide bien con el reporte de María Teresa. María Teresa había ido al doctor a inicios del embarazo por un dolor en la parte baja de su abdomen, y sólo se le diagnosticó una infección en las vías urinarias. Posteriormente fue otra vez por un dolor en la espalda, pero los médicos le dijeron que los dolores eran causados por sus pechos grandes. Incluso los médicos de María Teresa no lograron diagnosticar correctamente su embarazo.

En Segundo lugar, nuestros médicos expertos afirman que existen varias explicaciones medicas que encajan bien con los datos médicos de María Teresa, con los síntomas reportados y con el testimonio. Señalan que los informes de sangrado durante el Segundo y tercer trimestre del embarazo de María Teresa es una señal clara de una complicación del embarazo. Por ejemplo, un desprendimiento de la placenta, donde la placenta se separa de la parte interior del útero, lo que explicaría los síntomas del sangrado intermitente, el dolor de espalda y el parto rápido de María Teresa. Según la clínica Mayo, un desprendimiento de la placenta también podría explicar por qué el estomago de María Teresa parecía no crecer, ya que un lento desprendimiento de la placenta podría desacelerar el crecimiento del bebé o generar bajos niveles de liquido amniótico.⁶ Es importante destacar que un desprendimiento de la placenta podría privar al bebé en el útero de oxígeno y de los nutrientes necesarios, y por lo tanto explica la sofocación del bebé dentro del útero de la madre—y no por culpa de la madre.

Otra condición que podría explicar la experiencia de María Teresa es la incompetencia cervical. Las mujeres con esta afección tienen un cuello uterino que se abre lo suficientemente grande como para que el bebé se caiga con escasas o ningunas contracciones. Según las medicas expertas Curry y Abbott, “Con cierta frecuencia, las mujeres con esta condición dan a luz en los baños debido a su sensación de presión extrema sin dolor y la rápida expulsión del bebé con pocas contracciones.” Una vez mas, si una mujer no sabia que estaba embarazada y no estaba bajo cuidado médico, no podía saber que padece esta condición.

En tercer lugar, nuestros médicos señalan que la condición medica de María Teresa al momento del parto fue critica. Los informes médicos señalan que perdió el conocimiento, tenía una presión arterial de 60/40, y estaba en un estado de “shock hipovolémico” a su llegada al hospital. El shock hipovolémico se produce cuando el cuerpo pierde mas de un quinto de su suministro de sangre, y es incapaz de obtener suficiente oxígeno para sus órganos, incluyendo el cerebro. La falta de sangre al cerebro causaría que María Teresa pareciera ansiosa, confundida o aletargada al momento del incidente. De hecho, nuestros médicos expertos concluyen que es sorprendente que María Teresa sobrevivió a su parto complicado.

⁶ <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/placental-abruption/basics/symptoms/con-20024292>

A pesar de las anteriores evidencias, el juez encontró culpable a María Teresa de homicidio agravado y la condeno a 40 años de prisión. El caso se resolvió en sólo ocho meses desde el momento de su detención hasta el momento de su sentencia. El juez admitió que no había evidencia que María Teresa hubiera hecho algo para herir a su bebé. El juez también admitió que no había evidencia de los motivos por los cuales quería matar a su recién nacido. Sin embargo, el juez decidió que María Teresa era culpable por las siguientes tres razones:

1. El juez argumentó que no era creíble que María Teresa, una madre de 28 años con educación secundaria, no supiera que estaba embarazada, sobretodo tomando en cuenta que el bebé era “de termino.”

Como se mencionó anteriormente, hay pocas razones para creer que el bebé era de termino, dado que el consultorio medico forense ni siquiera tenía una bascula para llevar acabo la autopsia. Y simplemente no hay razón para dudar de la declaración de María Teresa de que no sabia que estaba embarazada, dado que muchas mujeres con mejores recursos tampoco han podido darse cuenta que estaban embarazadas hasta que estaban en labor de parto; dado que ninguno de sus amigos, familiares o vecinos le habían notado señales de embarazo; y teniendo en cuenta que María Teresa fue a pasar consulta en varias ocasiones, e incluso los médicos no se dieron cuenta que estaba embarazada.

2. El juez afirma que el bebé inequívocamente nació vivo y luego murió debido a que los pulmones flotaron, y porque el cordón umbilical estaba desgarrado y luego fue “separado por una acción mecánica.”

El juez no pudo haber sabido que los médicos forenses estaban en un error en este punto en dos aspectos. En primer lugar, como veremos con mayor detalle a continuación, la prueba de flotación pulmonar es conocida por ser defectuosa. Y en segundo lugar, los expertos forenses de Estados Unidos han demostrado que es imposible saber si un cordón umbilical ha sido cortado o desgarrado, a veces los cortes dejan los bordes desgarrados, y a veces los desgarros dejan bordes limpios. Una conclusión forense que el cordón fue separado por “una acción mecánica” no nos dice nada acerca de lo que sucedió la noche del nacimiento del bebé (ver apéndices).

Sin embargo, el juez es en realidad culpable por no haberle pedido a los especialistas forenses que aclararan las contradicciones del reporte. ¿Como pueden afirmar que el bebé era de termino si ni siquiera tenían una bascula para pesarlo? ¿Como pueden afirmar que el feto nació vivo Y que el feto se pudo haber asfixiado en el útero al mismo tiempo?

3. El juez dio prioridad al testimonio de un testigo que afirma que María Teresa sabia que estaba embarazada, sobre el testimonio de varios vecinos que afirman que el embarazo fue una completa sorpresa.

El juez específicamente descartó, por considerarlos poco fiables, los testimonios de vecinos y amigos quienes aseguraron que nunca vieron ninguna señal de que María Teresa estuviera embarazada, y que María Teresa nunca les comentó nada al respecto del embarazo. El juez determinó que estos testimonios eran poco fiables porque eran amigos de la acusada. En su lugar el juez le dio prioridad al testimonio de la jefa de recursos humanos de la maquila donde trabajaba María Teresa. Quien aseguró que María Teresa le informó sobre el embarazo en enero de 2011, y tomó permisos personales a causa de ello. Si María Teresa verdaderamente había informado sobre el embarazo a su jefa en enero de 2011, habría tenido 11 meses de embarazo cuando se produjo el nacimiento en Noviembre. Considerando que los bebés sólo toman nueve meses para desarrollarse, este testimonio es absolutamente absurdo. Sin embargo, este es el único testimonio de los testigos que el juez considera “creíble” en la sentencia definitiva.

Al final, a pesar de la ausencia de cualquier evidencia confiable de que el bebé nació vivo; a pesar de la total falta de evidencias del delito cometido, a pesar de admitir que “los motivos que la impulsaron a la procesada no se han podido determinar,” y a pesar del hecho de que la causa de muerte fue clasificada como asfixia perinatal,—la cual es una condición médica, y no un acto criminal— el juez hizo su propia interpretación de los hechos de la siguiente manera:

“Lo anterior hace sostener que la imputada conocía perfectamente que estaba embarazada, ya que por esa experiencia de ser madre, su edad, y acervo cultural no ignoraba que a falta de su periodo menstrual, se encontraba en estado de gravidez y por consiguiente tenía la obligación de cuidar y proteger a ese menorcito que llevaba en su vientre y en ese sentido, el hecho de haberse apersonado a la mencionada fosa séptica, lo hizo con intención de expulsarlo violentamente para que en su interior no tuviera la oportunidad de respirar y así causarle la muerte, para luego decir que tuvo un aborto; sin prever que ello se complicaría y que obligadamente acudiría a un centro hospitalario, auxiliado por miembros de la Cruz Roja; de ahí la causa de su fallecimiento, que según autopsia de debió a asfixia perinatal.”

En un solo lugar de su sentencia el juez afirmó que María Teresa “decidió llevar a cabo su plan criminal dentro del área de su vivienda, buscando que no hubieran personas en el momento que llevaba acabo ese homicidio.” -- como si la mujer tiene un completo control sobre cuando, donde y como su cuerpo va a dar a luz.

Tal vez merezca la pena recordar que María Teresa había experimentado sangrado vaginal intermitente durante su embarazo el que interpretó como su período menstrual, y que incluso los médicos que había visitado no se dieron cuenta que estaba embarazada. Tal vez merezca la pena recordar que no había ninguna evidencia externa ni interna de trauma en el recién nacido. Tal vez merezca la pena recordar que, a pesar de la conclusión del juez de que el bebé murió por asfixia dentro de la letrina, los pulmones del feto estaban limpios y no habían indicios de material fecal u otros materiales en su interior. Mas bien, la autopsia *concluyó que el recién nacido murió por una complicación médica –asfixia perinatal – que podría*

haber ocurrido antes, durante o después del nacimiento. Claramente, no existen evidencias en estos documentos que prueben el homicidio.

María Teresa ha cumplido tres años de su condena de cuarenta años. Su hijo, Oscar, ahora de nueve años, ha sufrido mucho desde que perdió a su madre. Cuando María Teresa fue enviada a la cárcel, no solo perdió el amor de su madre, sino también la única fuente de ingreso en su hogar que lo mantenía bien alimentado, bien vestido, y en un colegio de la misión católica. Es difícil imaginar lo que le sucederá a Oscar, viviendo con su abuela en una empobrecida champita de lamina, sin su madre que le ayude a salir adelante.

Caso #2: Carmen

Originaria de una zona rural, Carmen, de 18 años de edad, en octubre de de 2007 trabajaba como empleada doméstica en un área urbana de El Salvador. Nunca había tenido novio, y nunca antes había estado embarazada. Sólo ganaba \$80 al mes.

Nueve meses antes, Carmen había sido violada por un hombre que, según ella, también abusó sexualmente de su hermana. No obstante, no se había dado cuenta que producto de la violación había quedado embarazada, quizás en parte porque su vientre nunca creció (lo que fue confirmado por su patrona), y quizás en parte porque el trauma de la violación hizo psicológicamente difícil, si no imposible, aceptar el embarazo.

Carmen comenzó a experimentar dolores de espalda y pelvis aproximadamente a las 5:00 a.m. de un domingo. Sigue estando poco claro cuánto tiempo le tomó darse cuenta que éstos eran dolores de parto, pero a las 6:00 p.m. de esa misma tarde, Carmen dio a luz a un pequeño bebé con la ayuda de su amiga Kayla⁷. El bebé no se movió ni lloró. Carmen entró en pánico cuando se dio cuenta de que el bebé estaba muerto. Escondió su pequeño cuerpo en una bolsa de plástico debajo de la esquina de su cama, y luego se acostó en la misma cama, sangrando, por el resto de la noche.

A la mañana siguiente, la patrona de Carmen, Karla, la encontró todavía acostada en la cama, temblando violentamente, con sangre en sus piernas. Carmen le dijo a Karla que su período le había llegado más fuerte que de costumbre ese mes. Karla, le preguntó si estaba en condiciones de cuidar a su bebé mientras ella estuviera en el trabajo, Carmen respondió afirmativamente. Luego de que Karla se fue, Carmen se levantó, se bañó y se cambió, atendió al niño de Karla, e incluso salió de la casa a comprar tortillas, todo mientras continuaba sufriendo una fuerte hemorragia vaginal.

⁷ Los nombres de los testigos han sido cambiados a lo largo de este informe para proteger su identidad.

Más tarde ese día, Karla regresó a la casa para encontrar a Carmen todavía sangrando profusamente, y decidió llevarla al hospital. Los documentos del tribunal están en desacuerdo sobre el momento en el que Carmen llegó al hospital: Karla reportó que llevó a Carmen al hospital aproximadamente a la 1:00 de la tarde; documentos del hospital registran el arribo de Carmen a las 4:45 p.m.; y el médico que la examinó reportó que Carmen entró al hospital aproximadamente a las 8:20 de la noche. A pesar de esta discrepancia, podemos afirmar con relativa confianza que Carmen había tenido una hemorragia por cerca de 24 horas para cuando finalmente recibió asistencia médica. Karla declaró haber proporcionado los datos de Carmen en el archivo, y haberse sentado con ella en la sala de espera, debido a que Carmen estaba tan enferma que ya no podía hablar coherentemente y continuamente perdía la consciencia.

El médico que finalmente atendió a Carmen reportó que estaba sufriendo “una severa hemorragia vaginal.” Aunque no documentó la estimación de la cantidad de sangre perdida, el hecho de que Carmen estuviera incoherente y perdiendo la consciencia en la sala de espera sugiere que estaba experimentando un choque hipovolémico. Los análisis de sangre que le practicaron también muestran que padecía anemia extrema.

Carmen le dijo al doctor que su fuerte sangrado se debía a un acto sexual, pero al examinarla, el médico notó que Carmen en realidad había dado a luz. El médico (o la enfermera, dependiendo de qué documento del tribunal uno lea) le reportó esta información a la patrona de Carmen, en una violación directa tanto a la ética como al secreto profesional. Al darse cuenta que Carmen había dado a luz, Karla llamó a su ex-compañero y le pidió que buscara el feto en su casa. Mientras tanto, el médico reportó a Carmen con la policía por sospecha de aborto. En el curso de la investigación, la acusación de aborto fue cambiada a homicidio agravado.

Más tarde ese día, después de que Carmen aparentemente le dijera a su patrona específicamente dónde buscar, alguien finalmente encontró el pequeño cadáver debajo de la cama de Carmen. De nuevo, los documentos del tribunal proveen reportes totalmente contradictorios sobre cómo se descubrió el cuerpo. Algunos documentos dicen que fue la misma Karla quien lo encontró; otros dicen que fue el ex-compañero de Karla; otros más dicen que la policía acompañó al ex-compañero a la casa donde juntos encontraron el cuerpo. Es imposible sopesar la validez de estas distintas versiones, pues ni la Fiscalía ni el Juez creyeron adecuado llamar al ex-compañero a testificar, ni procuraron el testimonio de los dos oficiales de policía que eventualmente transportaron el cuerpo a Medicina Legal (en efecto, un juez dijo que el testimonio de estos oficiales sería “irrelevante”). La única certeza que podemos sustraer de estos reportes es que (1) al menos dos o tres civiles estuvieron un tiempo considerable en el cuarto de Carmen buscando al bebé, contaminando cualquier evidencia en la escena, y (2) que encontrar el feto tomó varias búsquedas porque no había luz en el cuarto de Carmen, lo que de acuerdo con todos los testimonios hacía muy difícil ver.

A pesar de la extensa contaminación de la escena, la autopsia encontró “no evidencia externa ni interna de traumas”. El médico forense estableció la causa de la muerte fetal como “Indeterminada”, y concluyó “con los estudios disponible realizadas no es posible determinar la causada de la muerte.”

La autopsia también reportó varias inconsistencias que el médico forense nunca explicó. Primero, las medidas del bebé eran incongruentes, pues medía 52 centímetros de alto, pesaba 2500 gramos, y su pie tenía un largo plantar de solamente 5 centímetros. En general, estas medidas corresponden con la altura de un bebé de 9 meses de gestación, el peso de un bebé de 7 u 8 meses de edad, y la longitud del pie de un bebé de 5 meses de gestación. El reporte forense no toma nota sobre lo inusual de estas medidas, por lo que no se puede establecer con certeza si reflejan anormalidades médicas en el feto, o errores de medición de parte del especialista forense.

Segundo, la autopsia fetal establece en el Reporte Histopatológico que el corazón del recién nacido tenía una “congestión vascular”. No obstante, el reporte no ofreció explicación alguna sobre lo que pudo haber causado dicha congestión vascular, o si este registro, como el de las medidas fetales asimétricas, puede ser indicativo de un problema de salud que pudiera resultar en el alumbramiento de un bebé muerto.

Tercero, la autopsia determinó que el tiempo de fallecimiento era aproximadamente de entre 18 a 24 horas, no obstante que otros documentos del tribunal regularmente establecen que el tiempo de muerte era aproximadamente de 40 horas. Independientemente de cuál es el tiempo correcto, la autopsia establece que el cuerpo no tenía putrefacción, una declaración que parece poco probable tomando en cuenta las cantidad de horas que pasaron entre la muerte y la autopsia.

Finalmente, pese a que la autopsia claramente establece que la causa de muerte fue *indeterminada*; y pese a que la autopsia claramente establece que *no hubieron señales de trauma en el cuerpo del bebé*, ya sea externas o internas; la autopsia no obstante clasificó el “tipo de muerte” como “violenta”. Medicina Legal nunca proveyó razonamiento alguno para esta clasificación en el juicio.

Quizás resulta lógico concluir que el sufrimiento de Carmen debió haber terminado al concluir la autopsia fetal. La causa de la muerte del bebé fue “indeterminada”, y la autopsia incluso reportó anormalidades médicas en el feto que potencialmente pueden estar relacionadas con el alumbramiento de un bebé muerto. ¿Cómo el tribunal pudo razonablemente haber procedido con un juicio de homicidio cuando había literalmente cero evidencia de que hubiera ocurrido homicidio alguno?

Sin embargo, el juicio de Carmen continuó. Y a través del mismo, la Fiscalía rutinariamente estableció, según los documentos del tribunal, que el recién nacido había sido “violentamente asesinado de manera intencional por la joven mujer, Carmen” –una afirmación que, no obstante su repetición frecuente, nunca fue apoyada por evidencia alguna.

Nuestra revisión cuidadosa del expediente judicial revela numerosas violaciones al debido proceso durante el juicio de Carmen. Lo cual ilustramos: en algún momento, un Juez notó que no se había incluido en los documentos del tribunal una evaluación psiquiátrica de la acusada, pese a que la Fiscalía había señalado por escrito que tal evaluación había sido presentada. El juez ordenó a la Fiscalía que presentara el reporte faltante, pero la Fiscalía nunca lo hizo. El juez también le dijo a la Fiscalía que debía recoger el testimonio de la amiga de Carmen, Kayla, quien supuestamente estaba presente cuando Carmen dio a luz. Pero en lugar de entrevistar a la amiga de Carmen, *Kayla*, la Fiscalía en su lugar volvió a entrevistar a la patrona de Carmen, *Karla*. Karla pasó buena parte de esta segunda entrevista negando categóricamente haber estado presente cuando Carmen dio a luz. Parece entonces que la Fiscalía fue tan descuidada al leer las instrucciones del juez que confundió su petición de entrevistar a Kayla por una petición de entrevistar a Karla, simplemente porque los nombres de pila de las dos mujeres son similares.

Descuidos, equivocaciones y omisiones de este tipo fueron consistentes a través de todo el juicio de Carmen. La Fiscalía nunca le presentó al tribunal una evaluación psiquiátrica, no obstante que Carmen había sufrido el trauma de una violación, que pudo haber afectado su capacidad para reconocer su embarazo. La Fiscalía no hizo intento alguno por obtener el testimonio de la amiga de Carmen, Kayla, quien había estado presente en el alumbramiento y pudo haber esclarecido si el bebé nació muerto o no. La Fiscalía no intentó obtener el testimonio de la hermana de Carmen, quien presumiblemente presencié su violación. La Fiscalía no hizo intento alguno por obtener la declaración del ex-compañero de Karla, quien de acuerdo con Karla entró en repetidas ocasiones al cuarto de Carmen buscando el feto. Y tampoco hubo testimonio alguno de los dos oficiales de policía que pudieron o no haber estado presentes cuando el feto fue descubierto, debido a que el juez argumentó que dicho testimonio sería irrelevante. Al final de cuentas, los únicos testigos que declararon en todo el juicio fueron Karla, la patrona de Carmen durante 7 meses, y el obstetra que atendió a Carmen en el hospital (y que por cierto declaró que no recordaba el nombre de la acusada).

Los documentos del tribunal reflejan un desorden similar. Como se mencionó anteriormente, las declaraciones escritas rutinariamente proveyeron evidencia contradictoria sobre aspectos fundamentales del juicio, por ejemplo, sobre el tiempo de llegada de Carmen al hospital, sobre quién le contó a la patrona de Carmen lo del bebé, e incluso sobre quién descubrió el cuerpo del feto. En efecto, los documentos del tribunal son discordantes incluso sobre si la bolsa de plástico en la que el bebé fue encontrado era de la "Despensa de Don Juan" o de "Super Selectos". En algún momento, en una resolución del tribunal se confundió el caso de Carmen con otro, estableciendo que "Ademas existen suficientes elementos de juicio para estimar que los imputados ANTONIO ROLANDO y SAMUEL RAFAEL son con probabilidad el autores del ilícito que se le atribuye", lo que sugiere que el juez estaba literalmente cortando y copiando su decisión sobre Carmen de lo que había escrito sobre un caso de homicidio previo, en lugar de proveer un análisis razonado del caso concreto. Y

es importante repetir que la Fiscalía continuó apuntando en sus escritos a través de todo el juicio que Carmen había matado violentamente a su recién nacido, pese a la completa ausencia de evidencia de que algún delito hubiera sido cometido en contra del bebé.

El juicio de Carmen duró solamente cuatro meses desde el día de su arresto hasta el día de su sentencia. El juez admitió en la sentencia que no había evidencia directa de la culpabilidad de Carmen, y sin embargo argumentó que había suficientes “indicios” que, al considerarse en conjunto, le permitían comprobar la culpabilidad de Carmen más allá de toda duda razonable. Declaró a Carmen culpable de homicidio agravado, y la sentenció a 30 años de prisión.

Al final de cuentas, el juez de sentencia presentó sólo una razón para fundamentar el veredicto de culpabilidad: argumento que Carmen tuvo que ser culpable de homicidio porque escondió su embarazo y mintió sobre el nacimiento tanto a su patrona como al médico. En una declaración anterior, un juez distinto también le había atribuido responsabilidad a Carmen porque no buscó atención médica durante el nacimiento de su hijo. Estos jueces justificaron sus veredictos de culpabilidad únicamente en el hecho de que Carmen no actuó apropiadamente en el momento del alumbramiento. Tomando en cuenta que Carmen sólo tenía 18 años de edad, que había sido víctima de una violación, que no le había permitido darse cuenta de su embarazo, que no tenía dinero ni familia cerca, que ni siquiera tenía luz en su cuarto, que repentinamente se encontró dando a luz en la casa de su patrona, que se trauma aun más al dar a luz a un feto muerto, y que perdió tanta sangre que ni siquiera podía hablar o mantener la consciencia cuando fue cuestionada por el médico al día siguiente, nosotros argumentamos que las expectativas de los jueces sobre su comportamiento apropiado reflejan una notable insensibilidad con respecto a la realidad de la situación de Carmen.

Más importante aún, reiteramos que si Carmen se comportó apropiadamente ante los ojos de los jueces o no es irrelevante para establecer si algún crimen se cometió. Incluso si creemos que Carmen escondió su embarazo, el hecho es que esconder un embarazo no es un delito en El Salvador. Incluso si creemos que Carmen le mintió a su médico, el hecho de mentir no es un delito en El Salvador. E incluso si deseáramos que Carmen hubiera procurado atención médica cuando dio a luz, por sobre su estado de salud precario y su falta de posibilidades económicas, el hecho es que dar a luz en una casa no es un delito en El Salvador. No obstante, el juez argumentó que estas acciones totalmente legales se suman para configurar uno de los delitos más crueles –homicidio agravado– y merecen una sentencia de prisión de 30 años.

Citamos al juez extensamente para ilustrar con claridad las razones en las que fundamenta su veredicto:

“Por lo expuesto, considera el Tribunal que ante el ocultamiento por parte de la imputada que se encontraba en periodo de gestación; ante el ocultamiento de haber

tenido un parto tanto a su patrona como en el hospital donde fue atendida en emergencia; ante las diferentes versiones que externo respecto a la hemorragia o sangrado que presentaba y la forma y lugar en que fue encontrado el recién nacido; se considera que en el presente caso, se determina que la imputada si actuó con el conocimiento y la intención de cometer el hecho investigado, todo lo cual se desprende de los elementos probatorios ya relacionados (declaración de la patrona y del ginecólogo que la atendió en el hospital, acta de reconocimiento de cadáver, autopsia, prueba de ADN), los cuales constituyen INDICIOS sobre la participación delictual de la imputada. Y tomando en cuenta que el indicio se refiere a hechos o actos pasados que una vez conocidos y probados pueden servir para inferir, la verdad o falsedad de otros sucesos; consecuentemente el indicio es un hecho probado que sirve de medio de prueba, ya que no para probar, sino para presumir la existencia de otro hecho, es útil para apoyar a la mente en su tarea de razonar silogísticamente. En otras palabras existen hechos que no se pueden demostrar de manera directa a través de los medios de prueba conocidos, sino solo a través del esfuerzo de la razón que parte de datos aislados, de cabos sueltos, que une con la mente para llegar a una conclusión. Estos datos aislados o cabos sueltos cuyo requisito es que se encuentren probados antes del silogismo son los indicios...”

“Este Tribunal habiendo examinado críticamente la conexión de los indicios en forma global, dicha conexión conduce unívocamente a una conclusión cierta de participación en el ilícito, arribando a un juicio de certeza, legitimado por el método de examen crítico seguido, que la imputada Carmen es responsable y consecuentemente culpable del delito de HOMICIDIO AGRAVADO en perjuicio del RECIEN NACIDO...por lo anterior se califica el presente hecho como un delito DOLOSO....”

Notablemente, en el lugar de la sentencia en el que se espera que el juez discuta la “acción” por la que Carmen fue condenada, simplemente escribió que Carmen cometió una “acción” no especificada, lo que revela claramente que el mismo juez no tiene idea de lo que Carmen supuestamente hizo para justificar un veredicto de homicidio:

“ACCION: De acuerdo a la prueba obtenida en el presente caso se determina que la imputada CARMEN realizó una acción afectando el bien jurídico tutelado como es la vida, ya que el sujeto activo produjo la muerte de un RECIEN NACIDO, siendo este su hijo, ocasionando con ello un daño irreparable. ...”

El juez también reconoció en varios puntos de la sentencia que el tribunal nunca pudo establecer el motivo del delito:

“DOLO: Es obvio el aspecto cognoscitivo que tuvo la imputada de la ilicitud de sus acciones y la decisión de ejecutar las mismas; por lo que es evidente el dolo directo. En cuanto a los motivos que impulsaron el hecho: en audiencia no se pudo determinar fehacientemente el móvil que llevo a la imputada a ocasionarle la muerte al recién nacido...”

En fin, Carmen fue sentenciada a 30 años de prisión por supuestamente haber cometido una acción no especificada, desconocida y sin motivo, la cual de alguna manera resultó en la muerte violenta de su hijo recién nacido, sin haberle dejado marca alguna en su cuerpo diminuto. En el curso del juicio, cualquier evidencia que hubiera soportado la versión de los hechos de Carmen –las anomalías sin explicación en el cuerpo del feto, los efectos probables de la hemorragia severa en su estado mental, el testimonio de su amiga que presencié el parto, una evaluación psicológica de su afectación por el trauma de la violación, y algunas otras – simplemente no fueron presentadas-. La única posible explicación en la que podemos pensar para entender esta falta de respeto al debido proceso es que las partes involucradas –el médico, el especialista forense, la Fiscalía, y los jueces– estaban empeñados en encontrar a Carmen culpable, sin tomar en cuenta la evidencia. Carmen, ahora de 25 años, ya ha cumplido 7 años de su sentencia de 30.

Caso #3: Mirna

Mirna tenía 34 años de edad en mayo del 2002. Vivía en un área relativamente rural en las afueras de San Salvador. Su familia era muy pobre, muy religiosa y muy amorosa, según los reportes de sus vecinos y el análisis de la trabajadora social. Siempre una trabajadora afanosa, Mirna dejó la escuela en el cuarto grado para tomar un trabajo como operaria de una máquina de bordado en una fábrica. Más recientemente, había estado administrando una pequeña tienda en su comunidad.

Mirna se casó con Miguel a los 19 años de edad. Miguel trabajaba en una fábrica de zapatos. Ambos declararon de forma independiente tener una relación feliz y estable de 15 años, y el análisis de la trabajadora social fue concurrente. Sin embargo, Mirna y Miguel no tuvieron hijos durante los primeros 11 años de su relación. Finalmente, a los 30 años de edad, Mirna dio a luz a un niño. El bebé nació prematuro por cesárea porque tenía un defecto de nacimiento llamado hidrocefalia, y falleció a los 4 meses después de su nacimiento.

Cuando Mirna se embarazó de nuevo a los 34 años de edad, sólo le dijo a su esposo y su madre. Uno se puede imaginar, que después de su historial de dificultades para concebir y defectos de nacimiento, que estaban inquietos ante la posibilidad de que las cosas salieran mal de nuevo, y por lo tanto estaban renuentes a compartir la noticia del embarazo con la comunidad. Todos los integrantes de su familia atestiguaron que la pareja estaba expectante ante el nacimiento de su bebé, pero también reportaron la existencia de importantes complicaciones en el embarazo. A través de todo el embarazo, Mirna tuvo dolores de espalda y sangrado vaginal considerable. Mirna y su esposo dijeron que no se pusieron en control prenatal porque decidieron dejarlo en manos de Dios, y porque creían que no tenían suficiente dinero para pagar los exámenes que el médico probablemente ordenaría.

En mayo del 2002, Mirna empezó a sentir dolores de estómago. Pensó que necesitaba defecar, así que fue a usar la letrina en la casa de un vecino. Para su horror, accidentalmente expulsó a su bebé en la letrina. La bebé fue prematura –

Mirna pensaba que tenía 7 meses de embarazo-; los doctores reportaron que la bebé tenía 36 semanas, u 8 meses, de gestación, aunque no proveyeron las bases sobre las que la edad gestacional fue determinada. Tres vecinos rápidamente la rescataron de la letrina y sobrevivió.

Estos son los hechos sobre los que todos los involucrados coinciden. Sin embargo, hay importantes desacuerdos sobre lo que sucedió una vez que la bebé nació.

De acuerdo con la madre de Mirna, después de que Mirna sintió a la bebé caer en la letrina, regresó a la casa profundamente traumatizada, pálida, sangrando, sudando, y febril.

Le contó a su madre lo que había ocurrido, y ésta inmediatamente le dijo a su hija más pequeña, Meybel, que corriera a la casa de la vecina a buscar ayuda. La vecina, Andrea, llamó a la promotora de salud, Lucinda. Andrea y Lucinda entonces detuvieron en la calle a otro vecino, Juan José. Juntos, con la ayuda del lazo de Juan José, lograron sacar a la bebé de la letrina. La bebé estaba cubierta con heces fecales, pero todos reportaron haber escuchado su llanto desde la letrina. Lucinda dijo que la bebé no estaba respirando normalmente al sacarla de la letrina y que le dio primeros auxilios para ayudarla a sobrevivir. Sin embargo, para el momento en que llegó la autoridad, la bebé estaba llorando fuertemente, lo que sugiere que estaba respirando normalmente.

Las narraciones de los hechos de Andrea y Juan José corresponden con la de la madre de Mirna. Andrea dijo que se enteró de que la bebé había caído en la letrina cuando la hermana menor de Mirna, Meybel, llegó a su casa y le contó lo que había sucedido. Andrea dijo que entonces buscó ayuda, encontrando a Lucinda y Juan José. Juan José coincide en que Andrea y Lucinda lo abordaron y le dijeron sobre la niña que estaba llorando en la letrina.

Sin embargo, la narración de los hechos difiere significativamente con el testimonio de Lucinda. En su testimonio inicial, Lucinda es la héroe de la historia de principio a fin. Lucinda le dijo a la policía que ella personalmente escuchó los llantos de la bebé en la letrina, y que ella personalmente buscó ayuda. A pesar de que relató haber escuchado llorar a la bebé sólo unos minutos antes, Lucinda reportó que la bebé había dejado de respirar para cuando la extrajeron de la letrina, y que le dio primeros auxilios (presumiblemente respiración de boca a boca) para salvarle la vida. Lucinda entonces reportó haber ido a 'interrogar' personalmente a Mirna. Dijo que inicialmente Mirna negó que la bebé fuera suya. Entonces le recordó que el personal del laboratorio de la policía no tardaría en llegar, que probablemente podrían probar que la bebé era suya mediante exámenes de sangre, y que lo mejor era que confesara. En ese momento Lucinda asegura que Mirna confesó que la bebé era suya, pero que quería que Lucinda le ayudara a mantenerlo en secreto. De acuerdo con Lucinda, Mirna dijo que su esposo era estéril, por lo que no quería que se enterara del embarazo porque se enojaría con ella, y que se quedaría con la bebé para criarla como hija adoptiva.

La citada interrogación de Lucinda continuó. La policía registró el testimonio de Lucinda de la siguiente manera:

“(Lucinda) le observo los pechos a la señora (Mirna) y observó un pezón negro, los cuales se encontraban duros y le salía un liquido blanco, síntomas típicos de una lactante. (Lucinda) le tocó el abdomen a (Mirna) y le dolió, y (Lucinda) expresó que (Mirna) tenía hemorragia y presentaba una gran temperatura y estaba pálida de su rostro.”

El testimonio de Lucinda está lleno de contradicciones. Primero, el resto de los testimonios concluyen que fue la hermana menor de Mirna, Meybel, quien buscó ayuda en primer lugar, y que Lucinda fue llamada para ayudar después de que Meybel le pidiera ayuda a Andrea, la vecina. Y sin embargo, Lucinda declaró que ella personalmente escuchó los llantos de la bebé y empezó a buscar ayuda. Lucinda también aseguró que Mirna confesó que su esposo era estéril, cuando existen numerosos registros médicos y sociales que demuestran que Mirna y su esposo habían concebido a un niño apenas cuatro años antes –aunque fue un bebé con un defecto de nacimiento que falleció poco después. Y, curiosamente, Lucinda proporcionó una descripción detallada de los pechos de Mirna, como si Mirna hubiera estado parada y desnuda enfrente de ella. Todos los demás testimonios mencionan que Mirna estuvo observando el rescate, pero ninguno menciona que sus pechos estuvieran al descubierto.

A pesar de los claros embellecimientos en el testimonio de Lucinda, la policía lo usó como el único fundamento para el arresto de Mirna. La policía escribe que Mirna *“le había dicho (a Lucinda) que tiro a la niña en la fosa séptica por no tener problemas con su esposo, ya que este es estéril, versión que fue confirmada por la madre de la detenida señora..., siendo las razones por las que procedieron a su detención.”* No obstante, la policía nunca entrevistó a Mirna o a su madre, y ésta nunca hizo mención alguna que corroborara esta información en su testimonio posterior. El único motivo reportado sobre el “crimen” fue que Lucinda dijo que Mirna se lo confesó –una confesión que los policías nunca escucharon por ellos mismos. Pese a que este motivo estaba basado en puros rumores, la policía no se sintió obligada a investigar más allá los hechos. Específicamente, no fueron al lugar de trabajo del esposo a preguntarle si sabía que su esposa estaba embarazada, o si creía que era estéril. Si la policía hubiera entrevistado al esposo inmediatamente después de los hechos, hubiera terminado con las suposiciones sobre el motivo –suposiciones que dependían exclusivamente del testimonio sospechoso de una mujer a la policía.

También hay desacuerdos en cuanto a lo que estaba haciendo Mirna mientras el rescate acontecía. Los tres rescatistas reportan que Mirna sólo observó desde la distancia, lo que les pareció extraño. Mirna siempre había sido “muy colaboradora”, así que no podían entender por qué no se ofreció a ayudarles. También todos notan que Mirna se veía muy pálida. En contraste, la madre de Mirna reportó que tanto ella como Mirna ayudaron –ellas trajeron agua tibia para limpiar a la bebé y una frazada

para cobijarla. La madre de Mirna también dijo que Mirna intentó ir al hospital con la bebé, pero que alguien la había detenido, y no la había dejado ir.

Para el momento en el que la bebé llegó al hospital, la narración se había establecido. El archivo de la bebé se refirió a ella como víctima de “maltrato infantil” porque había sido “lanzada” a una letrina. Un documento médico incluso nota que la niña fue víctima de “abandono familiar”, a pesar de que ambos Mirna y Miguel pusieron sus nombres en la partida de nacimiento de la bebé.

En el hospital, la bebé fue diagnosticada con sepsis (infección) por tragar demasiadas heces fecales. También se confirmó que había nacido prematuramente (36 semanas), y que había sufrido una condición llamada “retardo de crecimiento intrauterino”, que generalmente significa que el feto es más pequeño que lo esperado dada su edad gestacional. De acuerdo con numerosas fuentes médicas, el retardo de crecimiento intrauterino puede ser causado por distintos factores médicos, incluyendo defectos cromosómicos en el mismo bebé, varias condiciones médicas (como infecciones, anemia, o enfermedades del corazón) en la madre, o algún tipo de insuficiencia placentaria. De manera importante, los factores médicos que causan el retardo de crecimiento intrauterino también son factores comúnmente asociados con nacimientos prematuros o precipitados.

Mirna también fue llevada al hospital, en donde le hicieron un examen genital para probar que en efecto había dado a luz recientemente –un hecho que, en nuestra lectura de los documentos del tribunal, ella nunca negó (excepto si uno le cree al testimonio de Lucinda). Sin embargo, pese a que muchas de las declaraciones de los testigos coincidieron en que Mirna estaba pálida, febril, sudando y sangrando en el momento del incidente, no hay reporte alguno en los documentos del tribunal de su condición médica al llegar al hospital. Incluso la información médica más básica está ausente, incluida la presión arterial de Mirna, su estimado de pérdida de sangre, o su probable anemia causada por el frecuente sangrado durante el embarazo. Si Mirna sufrió un shock hipovolémico debido a la pérdida de sangre, médicamente se esperaría que actuara de forma aturdida y confundida por la falta de oxígeno en su cerebro. El hecho de que Mirna haya parecido estar en shock al momento del rescate fue regularmente utilizado en el juicio como evidencia de su culpabilidad, y sin embargo nadie discutió los factores fisiológicos que eran potencialmente subyacentes a su comportamiento aturdido.

A pesar de que la policía no entrevistó a Mirna previamente a su arresto, la trabajadora social y el psicólogo que hablo con ella en los meses subsecuentes reportaron que Mirna claramente declaró que dar a luz a su bebé en la letrina fue un trágico accidente, y que no lo había hecho a propósito. Mirna reiteró que sólo tenía 7 meses de embarazo, que quería a la bebé, y que sintió un apuro por defecar; ella nunca hubiera ido a la letrina si hubiera sabido que la bebé iba a salir de forma tan intempestiva.

Médicos independientes que han revisado los documentos del caso de Mirna confirman que potencialmente hay bastantes explicaciones médicas para la tragedia, incluidas el desprendimiento de la placenta o insuficiencia cervical. Ellos señalan que,

“La incompetencia cervical es una condición en la cual las mujeres dilatan el cuello uterino con pocas, o ninguna contracción dolorosa. Es más común en los partos prematuros... No es raro que las mujeres den luz en los baños debido a su sensación de presión extrema sin dolor”.

Estos médicos también notan que los alumbramientos accidentales en inodoros pueden suceder incluso en embarazos sin complicaciones. Señalan que:

“Incluso en hospitales en los Estados Unidos, donde las mujeres embarazadas saben que están embarazadas y esperan el nacimiento de su niño en un cuarto del hospital, los bebés bastante comúnmente nacen en inodoros de cerámica”.

Sin embargo, el departamento de Medicina Legal de El Salvador argumentó vehementemente contra la posibilidad de un alumbramiento accidental en sus declaraciones al tribunal. Primero, en lugar de investigar si el retardo de crecimiento intrauterino de la bebé pudo haber sido indicativo de una condición médica que también causara el parto prematuro, la médico de Medicina Legal catalogó el retardo de crecimiento intrauterino como “maltrato infantil”, el cual ella argumentó podría ser causado por infecciones, enfermedades, o porque “eso puede ser por infecciones o enfermedades de la madre en el periodo de la gestación, o porque las madres tratan de ocultar el producto y no hay mucha oxigenación;”.

Segundo, la médico de Medicina Legal declaró que “a esa edad gestacional... una mujer no puede expulsar el producto sin darse cuenta, ya que dan contracciones, de un dolor severo, ya que el proceso del parto lleva un tiempo para poder producirse, es decir trabajo de parto, no puede pasar desapercibido, son dolores lumbo pélvicos que son obvios. No es posible que una mujer en una posición sentada pueda expulsar el producto sin darse cuenta.”

Después de un juicio de 18 meses, los jueces declararon a Mirna culpable por intento de homicidio agravado en contra de su hija, y la sentenciaron a 12 años y medio de prisión. Basaron el veredicto de culpabilidad en dos argumentos.

Primero, citaron la declaración de la médico de Medicina Legal referente a que era *imposible* que Mirna no hubiera notado que estaba en labor de parto cuando la bebé cayó en la letrina, como evidencia de que intencionadamente tiró a la bebé a la letrina:

“El reporte de (medicina Legal) llama mucho la atención a estos juzgadores que la ampliación del reconocimiento en comento, también establece que un producto ya sea femenino o masculino no puede nacer súbitamente sin que su progenitora presente

dolores ya que previo al nacimiento la mujer presenta labor del trabajo de parto, circunstancia esta ultima que fue confirmada por la doctora, cuando declaro en vista publica, lo cual permite afirmar a estos juzgadores que la persona que lanzo a la fosa séptica, a la recién nacida estaba consiente de sus actos y no fue accidental”,

Segundo, los jueces argumentaron que el “hecho” de que Mirna no ayudó en el rescate de la bebé proveía evidencia de que estaba tratando de deshacerse de la niña:

“se ha determinado que era ella la madre de a recién nacida a quien en ese momento se trataba de sacar de la fosa séptica, y la imputada no hizo nada por tratar de ayudar a su hija, lo cual no es lógico en una madre que desea salvar a un hijo, circunstancia esta que hace pensar a los suscritos juzgadores que la imputada no deseaba tener a su bebé, sino mas bien deshacerse de él, por lo que ellos nos lleva a pensar que la imputada es la autora del hecho cometido en perjuicio de su hija recién nacida.”

Quizás valga la pena reiterar que Mirna no sólo había experimentado el choque psicológico de accidentalmente dar a luz a su bebé en la letrina, sino que también estaba, según las declaraciones de varios testigos, experimentando numerosos síntomas físicos, incluidos sangrado vaginal profuso, sudoración, piel pálida, y fiebre –todos síntomas asociados con pérdida de sangre hipovolémica. Si Mirna estuvo en un shock hipovolémico, médicamente se hubiera esperado que actuara de forma aturrida y confundida debido a la falta de oxígeno en su cerebro. Sin embargo, ningún dato médico sobre la salud de Mirna fue reportado a los tribunales.

Hay que decir a favor de los jueces que excluyeron formalmente el testimonio sospechoso de Lucinda de sus deliberaciones finales. Sin embargo, fallaron al no reconocer que este testimonio poco confiable fue la única razón por la que Mirna fue inicialmente arrestada. Los jueces también desestimaron por ser poco confiables el testimonio de la madre de Mirna y del esposo de esta última debido a su relación personal con la acusada, lo que de hecho significa que eliminaron el testimonio que argumentaba que Mirna intentó ayudar en el rescate y acompañar a su bebé al hospital. Y todavía más grave, los jueces nunca cuestionaron la forzada lógica detrás de su propia decisión judicial, al concluir que, debido a que Mirna (de acuerdo con algunas declaraciones) no ayudó a rescatar a su bebé, entonces es culpable más allá de toda duda razonable de intentar matar a su hija, de forma violenta e intencionada.

Al final, los jueces resumieron su decisión de la siguiente manera:

“Este Tribunal no tiene duda que el comportamiento de la imputada ha sido doloso pues quien no sabe que lanzar a una bebe recién nacida a una fosa séptica le puede producir la muerte.”

Al momento de escribir este informe, Mirna ha cumplido casi la totalidad de su sentencia de 12 años y medio por el intento de homicidio de su hija –una hija que ha

sido criada por su padre y abuela mientras su madre ha estado olvidada en la prisión. Su único crimen parece ser que no fue capaz de prevenir que su cuerpo sufriera una emergencia obstétrica, y que de alguna manera no actuó apropiadamente en un momento de crisis.

II. LA EXTENSIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN A TRAVÉS DEL PROCESO JUDICIAL

Los tres casos presentados anteriormente fueron seleccionados porque son particularmente ilustradores de la discriminación sistemática de género a la que estuvieron sujetas las 17 mujeres. Por discriminación, nos referimos a que los jueces regularmente citan la violación por parte de las mujeres a las expectativas sociales sobre la maternidad para justificar los veredictos de culpabilidad (esto es, las madres deberían saber que están embarazadas; las madres deberían saber que están en labor de parto; las madres deberían saber cuando es necesario procurar atención médica; las madres deberían actuar para salvar a sus niños incluso cuando están sufriendo una crisis médica; las madres no deberían lastimar a sus bebés accidentalmente, etc.). En todos los casos, dichos prejuicios sobre cómo deberían actuar las madres parecen haber sesgado la recolección de evidencia hacia la incriminación. Y en muchos casos, dichos prejuicios sobre cómo deberían actuar las madres fueron usados para justificar una sentencia condenatoria incluso sin que hubiera evidencia de que existió un delito. En esta sección, resumimos brevemente la forma en que los casos restantes respaldan estas conclusiones generales.

RESUMIENDO LOS CASOS: Resulta quizá útil primeramente dar al lector una idea de la variedad en los 17 casos. Siete de los 17 casos fueron extraordinariamente parecidos a los seleccionados anteriormente. Como María Teresa y Mirna, otras tres mujeres fueron arrestadas después de que sus bebés nacieron en un inodoro o una letrina. En dos de estos tres casos, los bebés sobrevivieron. Y como en el caso de Carmen, hay otro caso en el que una mujer que declaró que sus hijo nació muerto fue condenada de homicidio no obstante el hecho de que la autopsia estableció que la causa de muerte era “indeterminada”.

En otros tres casos, las mujeres declararon que sus bebés fueron fatalmente lesionados durante el proceso de alumbramiento. Por ejemplo, una trabajadora doméstica de 19 años de edad tenía solamente seis meses de embarazo cuando hizo esfuerzo para levantar un huacal grande con ropa sucia mojada y sintió al bebé salir disparado de su cuerpo, el cual se golpeó la cabeza contra el piso –una historia que parece indicar la existencia de incompetencia cervical, y a la que le añaden credibilidad las descripciones de casos similares en libros de texto forenses (Ver el texto de Knight *Forensic Pathology*, tercera edición, p. 444). Sin embargo, la autopsia de este caso concluyó que la lesión en la cabeza que sufrió el bebé *no* fue causada por una caída, sino que probablemente fue causada por la acción de una tercera persona blandiendo un objeto romo. No hubo discusión alguna sobre qué objeto pudo haber sido utilizado, dónde podría ser encontrado, o por qué una caída fue descartada. Como en otros casos, no se investigaron las potenciales causas médicas

que pudieran explicar el alumbramiento abrupto y prematuro, ni existió una discusión sobre si un feto tan pequeño era viable en primer término.

Los siete casos restantes son significativamente más difíciles de clasificar, principalmente porque los datos de los documentos del tribunal a menudo están incompletos y son contradictorios. Típicamente, las mujeres reportaron que sus bebés habían nacido sin vida, pero las autopsias atribuyeron las muertes a una causa criminal específica, la más común de las cuales fue estrangulación.

No obstante las diferencias en los detalles de los casos, existieron violaciones consistentes al debido proceso de las mujeres.

POLICÍA: La policía regularmente falló en recolectar evidencia potencialmente exculpatória en el momento del arresto, como se ilustra en el caso de Mirna, antes indicado. En el caso de María Teresa, los vecinos reportaron que después del incidente había policías caminando a través del vecindario contando historias sobre la mujer “que tiró a su bebé,” en lugar de entrevistando a vecinos para determinar los hechos del caso. Por lo menos en cuatro casos, cuando el personal del hospital se dio cuenta de que una mujer había dado a luz, le pidieron a alguien que fuera a buscar al bebé, en lugar de llamar a las autoridades. Típicamente, fue el patrón de las mujeres jóvenes quien encontró al bebé, sin que hubiera testigos que declarara sobre lo que encontraron, o sin ninguna indicación sobre cómo manejaron el cuerpo.

CONTAMINACIÓN DE LA ESCENA: En al menos nueve de los 17 casos, la escena del supuesto delito fue evidentemente contaminada por múltiples personas antes de la llegada de la policía. En un caso, el cuerpo del infante fue limpiado, vestido y después velado toda la noche por la comunidad, siendo manipulado por un incalculable número de manos, antes de que un vecino decidiera que sospechaba un acto ilícito y llamara a la policía a la mañana siguiente.

HOSPITALES: De los 17 casos, únicamente 9 contienen, incluso la más básica información sobre la condición médica de las mujeres acusadas. En ningún caso pareció que el personal del hospital hubiera investigado si una emergencia médica pudo haber ocurrido. Los médicos no analizaron las condiciones médicas pasadas o presentes de las mujeres, evaluaron sus placentas, o realizaron exámenes para diagnosticar infecciones maternas, enfermedades, o anormalidades cromosómicas. Incluso en los casos en los que testigos reportaron que una mujer había perdido la consciencia, los médicos rutinariamente fallaron en proveer estimaciones de la pérdida de sangre u otras posibles explicaciones del estado de inconsciencia, a pesar de que estas explicaciones serían fundamentales para entender la capacidad de una mujer para actuar en un momento de un nacimiento inesperado, precipitado y fuera del hospital. De las nueve mujeres para quienes hay datos incompletos, todas parecían ser anémicas, y algunas de manera severa. Además, bastantes tenían presión sanguínea alarmantemente baja, complicaciones que pudieran, con más evidencia, ser indicativas de emergencias obstétricas.

MEDICINA LEGAL: De acuerdo con libros de texto forenses, probar un infanticidio requiere que la evidencia forense alcance el grado de certeza en dos aspectos esenciales: primero, que el bebé haya nacido con vida, y segundo, que alguien haya tomado una acción específica para causarle la muerte.

En 8 de estos 17 casos, los médicos forenses “probaron” el nacimiento con vida mediante un examen de flotación pulmonar. Más aún, los jueces regularmente hicieron referencia al examen de flotación pulmonar como un factor central en su decisión de emitir una sentencia condenatoria. Sin embargo, este examen es ampliamente considerado como poco fidedigno por expertos forenses y libros de texto forenses porque es sabido que genera falsos positivos (Ver el testimonio del experto, en el apéndice A). Un pulmón puede “flotar”, supuestamente indicando un nacimiento con vida, incluso cuando es sabido que el niño nació sin vida. El texto de *Knight Forensic Pathology* establece además que el examen de flotación pulmonar se vuelve cada vez menos fidedigno conforme más pasa el tiempo desde la muerte. Los cuerpos sin vida comienzan un proceso de putrefacción aproximadamente a las 4 horas después de la muerte. Como parte de este proceso de putrefacción, es posible que gases comiencen a inflar los pulmones, lo que ocasionaría que floten pulmones que en realidad nunca respiraron. Ninguno de los exámenes de flotación pulmonar utilizados para incriminar a estas 8 mujeres fue administrado en un lapso de cuatro horas después de la muerte, lo que sugiere que estos exámenes fueron especialmente susceptibles de generar falsos positivos. En bastantes casos, los exámenes fueron administrados hasta 20 ó 30 horas después de la muerte.

En términos generales, las autopsias fetales rutinariamente contenían información que era contradictoria e incompleta, como se demostró en los casos anteriores. En bastantes casos, las madres reportaron que se encontraban en el segundo trimestre de embarazo, pero las autopsias aseguraron que los fetos eran “de término”, algunas veces ni siquiera proveer medidas fundamentales como el peso del niño. En un caso, una autopsia concluyó que el bebé era “de término” luego de registrar su longitud como de 51 centímetros, y su peso de únicamente 700 gramos, dos medidas que son prácticamente imposibles de hallar en el mismo feto. En otro caso, el médico forense describió la placenta de la acusada como intacta y normal, mientras que los registros médicos dejan en claro que partes de la placenta supuestamente “intacta” fueron retenidas dentro del útero de la mujer y removidas mediante un legrado. Nosotros sugerimos que contradicciones tan frecuentes en el reporte de los datos ponen en duda el cuidado con el que muchas de las autopsias fueron conducidas.

FISCALÍA: El trabajo de la Fiscalía es encontrar la verdad, no perseguir incriminaciones. No obstante, como se ilustró en los casos anteriores, la Fiscalía rutinariamente pareció recolectar los testimonios y la evidencia que respaldaran una condena, y regularmente falló en recoger evidencia potencialmente exculpatoria. Más todavía, las declaraciones escritas de la Fiscalía frecuentemente contradecían los hechos del caso. Es importante recordar que en el caso de Carmen la Fiscalía falló en obtener el testimonio de varios testigos fundamentales, incluido el de la única persona que presenció el parto. Más aún, buscó una condena

argumentando que Carmen había matado a su bebé “violentamente”, a pesar de que la autopsia reportó que la causa de muerte era indeterminada, y que no había marcas en el diminuto cuerpo. Estos dos patrones continuaron a lo largo de los casos revisados. María, por ejemplo, era una joven trabajadora doméstica que manifestó estar emocionada por su embarazo, y desconsolada cuando dio a luz a su bebé sin vida. La autopsia determinó que el bebé había muerto por asfixia. Ni la Fiscalía ni el defensor público buscaron entrevistar a familiares o amigos de María, quienes pudieron haber comprobado la emoción de María por su embarazo. Por el contrario, los únicos testimonios presentados en todo el juicio fueron los de los patrones de María, para quienes había trabajado únicamente por unas pocas semanas.

JUECES: La discriminación de género subyacente en estos 17 casos es quizá evidenciada de manera más clara en las declaraciones de los jueces. Por ejemplo, en el caso señalamos a continuación, una mujer joven con deficiencias mentales que ya había parido un bebé sin vida algunos años antes, le dijo al tribunal que su embarazo más reciente también había terminado dando a luz a un bebé muerto. Tuvo al bebé sola en su casa, después de sufrir fiebre alta por tres días. La autopsia no pudo confirmar el nacimiento con vida, y estableció específicamente que la causa de la muerte era “indeterminada”. No obstante, el juez redactó la sentencia como si estuviera leyendo la evidencia de otro caso. En lugar de proporcionar sus razones para declarar culpable a la acusada, redactó como si la culpabilidad ya se hubiera establecido fehacientemente:

“...(La defendida) lesionó el bien jurídico vida a un recién nacido el cual por el hecho de haber nacido vivo tenía el derecho a existir y a ser protegido desde su nacimiento, especialmente por su madre”.

Para reiterar, el juez hizo esta declaración luego de revisar los documentos del juicio que no aportan evidencia alguna de que el niño haya nacido con vida, ninguna determinación sobre cómo murió, y ninguna teoría sobre cómo la acusada supuestamente lo mató.

En su lugar, el juez parece argumentar que la joven es culpable sólo porque escondió su embarazo:

“...No existe motivo alguno legal que justifique a una madre darle muerte a un hijo y menos a un recién nacido, que se encuentra indefenso, quedando evidenciado en el proceso que el único motivo que tenía la imputada era evitar la crítica pública o el rechazo de sus padres.”

“...Se estableció en el examen psiquiátrico practicado a la imputada, que no obstante experimentar un retardo mental leve no existe menoscabo de su capacidad de discernir lo lícito de lo ilícito de sus actos por lo que se considera que comprendía perfectamente el carácter lícito de su acción y de tal forma trato de ocultar su embarazo para impunemente deshacerse del fruto de su concepción.”

Los jueces también frecuentemente declararon culpables a las mujeres mientras admitían que no había evidencia directa de su culpabilidad. En su lugar, como en los tres casos desarrollados arriba, los jueces argumentaron que la evidencia circunstancial se combinaba para probar el homicidio más allá de toda duda razonable:

“No obstante que no existen testigos presenciales del momento de cómo ocurrieron los hechos se colige fehacientemente, que por las circunstancias en que fue encontrada la indiciaria y los restos del recién nacido...”

“A este tribunal no se le presenta prueba directa que determine de forma irrefutable que la (imputada) sea la responsable ...pero existen, a criterio mayoritario de este tribunal, suficientes indicios probatorios para deducir dicha responsabilidad.”

De manera importante, las expectativas sociales sobre la maternidad son un tema central en muchas de las decisiones de los jueces:

“... no podría arribarse a otra conclusión que no sea de que si la menor estaba muerta y su muerte había sido producida violentamente, no podría ser ninguna otra persona mas que la madre la autora de tal conducta...;”

“...obviamente que si, dado que la primer persona llamada a proteger la vida de un recién nacido es la madre, por ser la persona en quien por naturaleza se ha depositado la procreación de la vida, luego el cuidado para conservar es vida y por ultimo asegurarse que esa vida florezca, todo lo contrario ocurre en el presente caso, dado que fue la propia madre quien a pesar de ser la primera obligada a proteger esa vida, fue quien la destruyo con sus acciones...”

CONCLUSIONES:

El primero de abril de 2014, la Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto presentó 17 solicitudes de Indulto al Estado Salvadoreño en representación de 17 mujeres que están en prisión por el presunto homicidio agravado, o intento de homicidio agravado, de sus recién nacidos. La Agrupación argumenta que estas mujeres son culpables sólo de haber sufrido una emergencia obstétrica. Sus oponentes, muchos de los cuales están afiliados al movimiento Pro-vida, han respondido que estas 17 mujeres son homicidas convictas que merecen sentencias de 30 y 40 años de prisión.

Dado este ambiente politizado, resulta importante clarificar de entrada que ninguna de estas diecisiete mujeres parecen haber tenido un aborto. En todos los casos, las mujeres estaban en el segundo o tercer trimestres de sus embarazos, y parecen haber dado a luz naturalmente, sin provocación artificial. Mientras que algunas fueron originalmente acusadas de aborto, los cargos por aborto fueron convertidos en Homicidio Agravado cuando sus casos avanzaron en el proceso judicial.

El objetivo final de este reporte es proveer una evaluación independiente y basada en los datos de la siguiente interrogante: ¿Han sido las mujeres Salvadoreñas enviadas a prisión porque sufrieron emergencias obstétricas?

La evidencia anteriormente revisada sugiere que sí; es muy probable que estas mujeres Salvadoreñas hayan sido enviadas a prisión debido a emergencias obstétricas. María Teresa ha sido sentenciada a 40 años de prisión porque el juez creyó que mintió al alegar que no sabía que estaba embarazada, pese a la abundante documentación que confirma que estaba diciendo la verdad. Carmen fue sentenciada a 30 años de prisión porque el juez interpretó sus intentos para esconder su bebé que nació sin vida de sus patrones como “prueba” de que lo mató. Mirna fue sentenciada a 12 años y medio por intento de homicidio porque algunos (no todos) de los testigos declararon que no ayudó en los esfuerzos de rescate de su hija, pese a que claramente se encontraba en medio de una crisis emocional y médica. En ninguno de estos tres casos hubo evidencia física o testimonial que indicara que se cometió un homicidio. De hecho, en el caso de Carmen, el juez recurrió a la simple y genérica declaración de que Carmen tomó una “acción” que resultó en la muerte de su bebé porque fue literalmente incapaz de señalar qué acción específica pudo haber cometido, dado que no hubo señales de lesiones en el cuerpo del niño (y, sí, señales potenciales de enfermedad natural dentro del cuerpo). En ninguno de estos casos los jueces ofrecen motivo alguno por el cual las mujeres querrían matar a sus bebés. Y en ninguno de estos tres casos hay evidencia física o testimonial que pudiera contradecir las narraciones de emergencia obstétrica proporcionadas por las mujeres. Aunque únicamente revisamos 3 casos a detalle, creemos que la mayoría de los 17 casos representan situaciones en las que las mujeres sufrieron emergencias obstétricas.

Nuestro análisis sugiere además que el mayor reto que enfrenta el Estado Salvadoreño en esta coyuntura es la falta de suficiente información para determinar lo que en realidad sucedió en los momentos circundantes al nacimiento de estos niños. Como se demostró anteriormente, los documentos del tribunal que revisamos frecuentemente están llenos de contradicciones y equivocaciones. La falta de información médica sobre la salud de las mujeres y su historia reproductiva es especialmente notable, pero también encontramos fallas en los datos forenses y testimoniales (por ejemplo, no se registraron pesos fetales porque “no había báscula,” no se intentó entrevistar a testigos esenciales, etc.).

Lo que es quizá más preocupante es que la limitada evidencia presentada en los juicios de estas mujeres rutinariamente parece estar sesgada hacia la incriminación. Los jueces priorizan testimonios incriminatorios y rechazan testimonios que favorecen a las mujeres. Los análisis forenses regularmente descartan las narraciones de emergencia obstétrica de las mujeres, y proporcionan poca o nula información sobre por qué son descartadas. El personal médico regularmente falla en recolectar incluso la información más básica sobre la salud de las mujeres y potenciales complicaciones médicas. De manera importante, los jueces

frecuentemente parecen determinar la culpabilidad de las mujeres con base en que no actuaron de acuerdo con los ideales sobre la maternidad (por ejemplo, ocultando su embarazo, o lastimando accidentalmente al bebé), más que en si violaron la ley o no.

Un estudio reciente en los Estados Unidos sobre niños que nacieron sin vida en 59 instalaciones médicas encontró que entre las causas comunes de este tipo de nacimientos están la insuficiencia cervical, el desprendimiento placentario, los partos precipitados, las anomalías de la placenta, infecciones, desordenes de presión sanguínea, y otras condiciones médicas maternas.⁸ No detectamos evidencia en los archivos de estos casos que sugiriera que alguno de estos factores potenciales haya sido considerado en el análisis de los 17 casos. Más importante aún, incluso en el estudio de los Estados Unidos mencionado, en donde la atención completa de un equipo de investigación con personal suficiente y entrenado en un ambiente abundante en recursos se dedicó exclusivamente a identificar las causas de los nacimientos sin vida, la causa de la muerte del bebé permaneció indeterminada en el 40% de los casos. La desafortunada realidad es que muchos nacimientos sin vida quedan sin explicación, incluso cuando acontecen en ambientes con abundantes recursos y bajo la atenta mirada del personal médico.

En El Salvador, el Ministro de Salud reporta que 19 de cada 1,000 alumbramientos clínicos terminan en muerte perinatal, definida como la muerte fetal que ocurre después del quinto mes de embarazo o antes de los primeros siete días después del nacimiento.⁹ Esto se traduce en más de 700 muertes perinatales cada año. Nuestra revisión de los 17 casos levanta preocupaciones de que cualquier mujer Salvadoreña que sufra un nacimiento sin vida u otra emergencia obstétrica fuera de una instalación médica pueda estar en riesgo de ser arrestada y enviada a prisión. Incluso en casos donde la causa de la muerte del recién nacido haya sido "indeterminada", o pareciera directamente relacionada a una emergencia obstétrica, los jueces de todas formas han declarado a mujeres culpables, sugiriendo que ellas han fallado como madres al permitir que sus niños sean lastimados.

De forma importante, las mujeres privilegiadas o con recursos tienen mayor capacidad para buscar atención médica, y por lo tanto son significativamente menos propensas a ser acusadas de homicidio debido a una emergencia obstétrica, que las mujeres menos privilegiadas. Las mujeres que están en mayor riesgo de ser enviadas a prisión por no lograr terminar exitosamente un embarazo son, por lo tanto, mujeres pobres que no puedan darse el lujo de tomarse unos días de su trabajo, o que no pueden pagar los exámenes médicos o los medicamentos sugeridos

⁸ (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22166605>).

⁹ <http://www.salud.gob.sv/novedades/noticias/noticias-ciudadanas/138-febrero-2011/816--11-02-2011-ministra-de-salud-oficializa-plan-de-reduccion-de-la-mortalidad-materna-perinatal-y-neonatal.html>

por los hospitales; mujeres de campo que no tienen fácil acceso a atención médica; mujeres cuyas acciones y opciones están limitadas por la violencia de un miembro del hogar abusivo o por la violencia de las pandillas en sus comunidades; y mujeres que sufren de incapacidades físicas o mentales. No es sorprendente que estas características describan particularmente bien a las 17 mujeres cuyos casos fueron revisados. La gran mayoría son mujeres de campo, pobres, y con educación limitada. Tres mujeres reportaron altos niveles de abuso y frecuentes amenazas de muerte a manos de hombres en sus vidas (2 de sus compañeros, 1 de un miembro de una pandilla local). Por lo menos dos de las 17 mujeres tienen discapacidades físicas o mentales documentadas. Otras cuatro eran empleadas domésticas, cuyas acciones eran monitoreadas por sus patrones.

En resumen, nuestra revisión de los expedientes judiciales en el caso de las 17 Salvadoreñas ha proporcionado abundante evidencia que sugiere que mujeres Salvadoreñas han sido enviadas a prisión por emergencias obstétricas. Reconociendo que la información contenida en muchos de estos casos es inadecuada para determinar “qué pasó”, también hacemos notar un patrón evidente en los tipos de datos que fueron sistemáticamente recogidos por los tribunales. Específicamente, encontramos que los tribunales rutinariamente priorizaron la recolección de información incriminatoria, a expensas de posible evidencia exculpatoria. Además sugerimos que ciertas narrativas de maternidad son frecuentemente centrales en los razonamientos de los jueces para condenar. Dadas estas prácticas sistemáticas y discriminatorias, concluimos que el Estado Salvadoreño tiene una deuda pendiente con las 17 mujeres que están actualmente cumpliendo sentencias de prisión por el homicidio agravado de sus recién nacidos. El Estado además tiene una deuda pendiente con los hijos de estas mujeres, muchos de los cuales se han quedado huérfanos, sin el amor de su madre o los recursos financieros que el trabajo de ésta pudo proporcionar al hogar antes de su encarcelamiento. Finalmente, concluimos que el Estado Salvadoreño tiene la responsabilidad urgente de desarrollar protocolos para la policía, el personal médico, los especialistas forenses, y la Fiscalía para ayudarlos a entender el tipo de datos que son necesarios para probar objetiva y científicamente el nacimiento con vida de un niño y su homicidio intencional más allá de toda duda razonable, y así proteger de acusaciones a las más de 700 mujeres Salvadoreñas que cada año sufren la muerte de sus bebés durante o poco después del nacimiento debido a complicaciones obstétricas.

APPENDIX

- Redacted testimony from Dr. Gregory Davis, expert in forensic medicine and pathology
- Redacted testimony from Drs. Christine Curry and Jodi Abbott, experts in Obstetrics, Gynecology, and Fetal Medicine



Pathology & Laboratory Medicine
College of Medicine
800 Rose Street / MS117
Lexington, KY 40536-0298
Phone: 859-257-5175
gjddavis@uky.edu

02 de septiembre 2014

Honorables diputados y diputadas de la Asamblea Legislativa de El Salvador

Ref: Determinación de nacido vivo versus mortinato y consideraciones acerca de lesiones relacionadas al nacimiento

Honorables Diputados y Diputadas:

He tenido la oportunidad de revisar los siguientes materiales:

Informes de los casos de:

- María Teresa [REDACTED]
- Carmen [REDACTED]
- Cinthia [REDACTED]
- Alba [REDACTED]

Soy médico, con licencia para practicar la medicina en los estados de Kentucky, Indiana y Carolina del Norte. He practicado patología y medicina forense por más de 28 años; soy Profesor de Patología y Laboratorio Médico; Profesor en el Centro de Estudios de Toxicología de la Universidad de Kentucky Facultad de Medicina y Forense Asistente del Estado del Estado de Kentucky; anteriormente, me desempeñé como Jefe Asistente de Medicina Forense del Estado de Kentucky de 1998 – 2005. Actualmente, soy el Director del Departamento del Servicio de Consulta Forense y Co-director del Servicio de Autopsia. Estoy certificado por la Junta Norteamericana de Patología, en Anatomía Patológica, Patología Clínica y Patología Forense, y se me ha calificado como un experto en medicina forense, patología y toxicología en numerosos Tribunales de los Estados de Kentucky, Tennessee, Ohio, Indiana, Virginia, West Virginia, Carolina del Norte, Alabama, Florida y otros estados, así como en la Corte Federal de los Estados Unidos.

He sido catedrático invitado en las Facultades de Medicina de la Universidad Estatal de Ohio, la Universidad de Michigan, la Universidad de Indiana, la Universidad de Washington en St. Louis, Universidad de Debrecen (Debrecen, Hungría), la Universidad de Otago (Christchurch, Nueva Zelanda), y el Instituto

Victoriano de Medicina Legal (Melbourne Australia). Actualmente, soy el Presidente de la Sociedad de Patólogos de Kentucky, ex Presidente de la Sección de Patología de la Asociación Médica del Sur, y ex presidente de la Comisión de Patología Forense del Colegio Americano de Patólogos, la principal organización de patólogos certificados por la Junta, sirviendo a los pacientes, patólogos, y el público mediante el fomento y la promoción de la excelencia en la práctica de la patología y medicina de laboratorio en todo el mundo. He participado como invitado en programas de televisión nacional en los Estados Unidos: en la CNN, NBC Dateline, CBS 48 Hours, y la NBC Today Show, como experto con respecto a temas de medicina forense y patología, y soy el anfitrión de un programa semanal en la radio pública nacional: "El Dr. Greg Davis en Medicina," en WUKY 91.3 FM, de la Universidad de Kentucky.

El patólogo que realizó la autopsia del bebé de María Teresa [REDACTED] ofrece la opinión de que la causa de la muerte fue "asfixia perinatal." Tal diagnóstico puede ser exacto; sin embargo, hay que tener en cuenta que: este tipo de asfixia puede ocurrir de forma natural, espontánea durante el proceso de parto, por causas que no tienen nada que ver con la voluntad de la madre. Las muertes por asfixia neonatal pueden ocurrir incluso en partos atendidos en un hospital.

El hecho de que los pulmones flotaban en la autopsia ni prueba ni refuta la hipótesis de que el bebé hubiera nacido con vida. Una "prueba hidrostática" o "prueba de flotación" no es válida en los partos no atendidos por un personal de salud. Desde hace más de un siglo, esta prueba, se considera no confiable. Saukko y Knight lo corroboran en las páginas 445-446 de su libro de texto, *Patología Forense de Knight*, 3ª edición (Londres, Arnold, 2004):

"Hay demasiados casos registrados en las pruebas de control en los que se ha demostrado que los pulmones de un recién nacido pueden flotar en casos de nacidos-muertos [mortinatos] y los pulmones de los bebés, que se sabe con certeza que han nacido vivos, se han hundido; como para que dicha prueba pueda ser utilizada en un testimonio en un juicio penal. Incluso, un solo de esos fallos es suficiente para negar niega históricamente la validez de esta prueba. Los autores se entristecen al contemplar el número de mujeres inocentes que fueron enviados a la horca, en los siglos anteriores, basándose en el testimonio de médicos que tenían una fe acrítica en esta simple prueba. Como se trata de una cuestión importante, y algo que todavía se discute hoy en día, las palabras del difunto profesor Polson se pueden recuperar de su notable libro de texto [Polson C, D Gee, Caballero B. 1985 *Fundamentos de la Medicina Forense*, 3ª ed. Pergamon Press, London]:

"La prueba era sospechosa de invalidez, incluso desde 1900; no requiere discusión detallada, porque ahora se sabe, con certeza, que no tiene ningún valor. Los pulmones de un nacido vivo, incluso los de los recién nacidos que se

han conocido por vivir durante días, se pueden hundir [Dilworth 1900; Randolph 1901] y los que flotan no son necesariamente los de los recién nacidos vivos Por tanto, es inútil aplicar la prueba hidrostática [prueba de flotación pulmonar], pues perjudicará el material para otras investigaciones más importantes."

Keeling señala en *Medicina Forense y Patología Pediátrica* (Londres, Hodder Arnold, 2009), p 185:

"El uso de la propiedad de los pulmones para flotar en el agua (o formaldehído tamponado) como determinante del nacimiento con vida es difícil de sostener. Es poco inteligente confiar en este signo, como el concluyente de que un recién nacido se encontraba con vida posterior al parto, incluso cuando algunas o ninguna de las modificaciones publicadas, que supuestamente mejoran la fiabilidad, se introducen. Pueden ser falsamente positivas debido a putrefacción, incluso, si la putrefacción está presente en un grado mínimo. [...] El valor de la prueba de flotación es anulado por ventilación de boca a boca e incluso por cualquier ventilación con presión positiva."

En el contexto de una autopsia tal, aún la presencia de aire en los pulmones no es un indicador de un nacido vivo. La mezcla de aire y líquido que puede dar lugar a burbujas de aire puede ocurrir incluso con una ligera descomposición, o simplemente, por el intervalo de tiempo transcurrido entre la entrega del recién nacido y la autopsia. Otra posible causa para que el aire esté presente en el sistema respiratorio es citado por Saukko y Knight, p 448:

"El manejo que se da a un cadáver ha sido incriminado también como causa de entrada de aire en los pulmones fetales. Alvéolos aparentemente respirados se han encontrado en las secciones de pulmón de un niño muerto tomados desde el útero de una madre muerta."

Janssen afirma en su *Histología forense*, (Berlín, Springer-Verlag, 1984), pag. 201 203:

"Incluso en casos de niños nacidos muertos, muestras tomadas desde el útero de la madre muerta, se pudo detectar infiltración parcial de aire en los pulmones (Meixner 1926). La causa de esta aireación parcial, se explica por la entrada postmortem de aire a los pulmones, como resultado de manipulaciones del cadáver del niño durante la autopsia. [...] Según los actuales niveles de conocimiento y las actuales posibilidades de la prueba, la ventilación de los pulmones, por sí solas, no puede sustentar un diagnóstico infalible de que el recién nacido se encontraba con vida. Por otro lado, bajo diferentes circunstancias, los pulmones aireados originalmente pueden quedarse sin aire y, por el contrario, los pulmones de los recién nacidos que nacen muertos pueden aparecer aireados. [...] La influencia de los cambios celulares y la putrefacción pueden conducir a la desaparición de aire o regeneración de gas dentro del tejido pulmonar."

El médico, en este caso, describe que el cordón umbilical se encontró cortado. En una aclaración posterior indica que "el desgarro a nivel distal en el cordón umbilical es producto de la acción mecánica por la separación del recién nacido de la madre y que el cordón no estaba amarrado por falta de conocimiento en esta habilidad." Sin duda, un parto precipitado e inesperado puede causar pérdida del conocimiento y desgarros en el cordón umbilical. Bordes afilados en un cordón umbilical seccionado pueden presentarse espontáneamente a causa del rompimiento debido al parto precipitado. Saukko y Knight notan en la pág 443:

"Morris y Hunt (1966) llevaron a cabo experimentos en cordones umbilicales y determinaron que éstos pueden ser rompidos fácilmente por tracción manual. Un cordón roto puede mostrar una terminación transversal limpia, pero por lo general es desigual. Si se corta con un instrumento afilado como un cuchillo o unas tijeras, el corte puede ser limpio, pero también puede ser desigual, si el instrumento es contundente."

En resumen, no hay manera de sustentar la afirmación que el bebé de María Teresa [REDACTED] nació vivo. Fácilmente, podría haber nacido muerto (mortinato). Como Adelson afirma en su libro *"La Patología de Homicidio: Un vademécum para el patólogo, el fiscal y el abogado defensor"* (Springfield, IL, Thomas, 1974), p 628

"Estudios de autopsia completa, en bruto y estudios microscópicos esmerados no siempre dan respuestas satisfactorias a la causa o el mecanismo de muerte en muchos recién nacidos muertos y en casos de muertes neonatales ocurridas con una atención médica competente. Aún más insuperables son los problemas que enfrenta el patólogo que examina al cadáver de un niño cuyas etapas prenatal, intraparto y neonatal no fueron presenciados por alguna persona capaz de decir qué es lo que sucedió."

La autopsia del niño varón de Carmen [REDACTED] mostró una descarga de espuma de parénquima (tejido) pulmonar. Por las mismas razones citadas anteriormente, esto no puede ser tomado como un indicador de nacido vivo. La frase, "los rayos X, la óptica pulmonar, gastrointestinales e histología son positivos para la vida extrauterina" no es útil para determinar efectivamente si se trataba de un nacido vivo por las mismas razones citadas en el primer caso anterior. Incluso la presencia de líquido (no alimentos) en el estómago, no es una prueba de haber nacido vivo. Dicho fluido puede ser fluido autolítico, líquido amniótico, o debido a la aerofagia durante el tránsito a través del canal de parto, como se ha señalado hace 40 años por Adelson en su texto antes citado, p 628:

"El gas puede estar presente en el estómago de un recién nacido, cuyo cadáver no está todavía putrefacto, como consecuencia de aerofagia incidental por laboriosos esfuerzos respiratorios mientras el bebé estaba transitando por el canal de parto."

La autopsia reveló una anomalía congénita de una arteria umbilical y dos venas umbilicales, una anomalía asociada a veces con muerte fetal espontánea. Aunque el patólogo indicó que la muerte fue violenta, no hay evidencia de la violencia en el informe.

En resumen, por las razones indicadas anteriormente, no hay manera de decir que el bebé de Carmen [REDACTED] nació vivo. Él podría fácilmente haber nacido muerto (mortinato).

Los hallazgos en la autopsia del bebé de Cinthia [REDACTED] son coherentes con el informe de los acontecimientos que rodearon el nacimiento del bebé, proporcionado por ella misma. Una persona joven, en pánico, experimentando su primer embarazo y el parto, podría fácilmente dar a luz de manera rápida, en la forma por ella descrita. Aunque inusual, esta rapidez no es rara. En medio del pánico, dependiendo del tipo de tijeras utilizado, podría ocurrir fácilmente la lesión aguda que se presentaba en el cuello del bebé. Incluso en el ambiente controlado de una sala de partos de un hospital, con las mejores condiciones, durante el corte del cordón umbilical, no es raro encontrar reportes de lesiones sufridas por los bebés.

El médico en el lugar, estimó que la muerte había sucedido entre 12-14 horas previas al hallazgo del cuerpo de la bebé; dada tal estimación, es probable que -si así hubiese sido-, la putrefacción para ese momento era suficiente para hacer que cualquier determinación de nacida viva por métodos tales como la "prueba de flotación" fuese poco fiable por las razones ya indicadas anteriormente.

Las lesiones observadas en el bebé de Alba [REDACTED] son complejas y, aunque podrían considerarse sospechosas de que hubo intencionalidad, son igualmente coherentes con lesiones debido al parto sin atención médica y a intentos de resucitación (RCP) por parte de personas bien intencionadas pero no profesionales. Como Caballero señala en su texto antes citado, p 444:

"Los traumatismos craneales son relativamente comunes [...] Se puede basar la defensa en que el niño cayó al suelo, ya sea desde los brazos de la madre, pero especialmente durante un parto precipitado en la posición de pie o en

cuchillas. Aunque esta defensa puede sonar como una excusa desesperada, el autor puede afirmar -- sin duda en consenso con todos los médicos que tienen experiencia práctica en atención de partos -- que algunos partos, especialmente en las mujeres multíparas, pueden ocurrir con una velocidad y fuerza considerable."

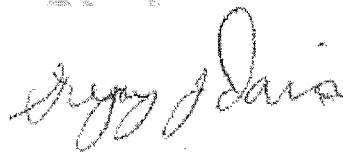
En sí, el acto físico de un parto rápido (precipitado), tal vez asociado con la forma de agarrar al bebé mientras es expulsado por el canal vaginal, puede causar múltiples lesiones en el parto, como las sufridas por el bebé de la señora [REDACTED] por lo que no son diagnósticas de infanticidio. Estas lesiones no son raras en una mujer que parió sola y que perdió el conocimiento durante el parto. Algunas lesiones en el bebé podrían fácilmente ser causadas durante este proceso. Es bien conocido que los intentos de resucitación contribuyen a crear artefactos en las lesiones.

En resumen, no hay manera de determinar a partir de la evidencia revisada que las lesiones sufridas por el bebé de Alba [REDACTED] fueron infligidas deliberadamente.

Los dictámenes mencionados anteriormente se ofrecen con un grado razonable de certeza médica.

Me reservo el derecho de ampliar o modificar estas opiniones a la recepción de nuevos materiales pertinentes a estas cuestiones o al considerar las preguntas formuladas por la Fiscalía, el abogado defensor, o sus Señorías.

Respetuosamente me suscribo,



Gregory J. Davis, MD, Profesor FCAP Director, Servicio de Consulta Forense, Co-Director del Servicio de Autopsia Profesor de Postgrado Centro de Toxicología Asistente al Médico Forense, del Estado de Kentucky Anteriormente Asociado Médico Forense Jefe, Estado de Kentucky

**EXPERT REPORT OF
CHRISTINE CURRY, MD, PHD and JODI ABBOTT, MD
IN SUPPORT OF 17 WOMEN'S REQUESTS FOR PARDONS IN EL SALVADOR
October 5, 2014**

To the Honorable Judges of the Salvadoran Supreme Court of Justice:

We, Dr. Christine Curry and Dr. Jodi Abbott, under penalty of perjury, do hereby swear and affirm the following:

We have recently reviewed summarized case materials and medical evidence for the 17 Salvadoran women for whom you are currently considering pardons.

In the majority of these cases, the accused women argue that their fetus was stillborn or died shortly after birth due to pregnancy complications.

We have reviewed these cases with the specific objective of evaluating whether the medical evidence provided is congruent with the women's account of the fetal death.

We find that, in the large majority of the cases, the women's testimonies are indeed medically defensible. There are several potential medical explanations that correspond well with most women's testimonies, reported health, and the facts of the case. Such plausible medical explanations call into question findings of aggravated homicide.

We present our medical analysis of the 17 cases in general, and of four cases in particular, below. Our analysis of these cases is based on objective skepticism, intellectual honesty, knowledge of the latest research in obstetrics and gynecology, 33+ years of combined medical experience, and a careful review of the evidence. Our contribution to this case is not as an advocate for the Accused, but rather as an advocate for the truth.

Neither we, nor any member of our family, know, are related to, have ever met with, and prior to this review, have ever heard of, any of the Accused or any other individual referenced in the court documents.

EXPERTISE

CHRISTINE CURRY, MD, PHD

I, Dr. Christine Curry, am a resident of the State of Florida, and a citizen of the United States.

1

I am currently employed as an Assistant Professor at the University of Miami and Jackson Memorial Hospital, both in Miami, Florida, USA, a position I began this year. Prior to this, I worked for one year as a Clinical Instructor at Boston University Medical Center, in Boston, Massachusetts, USA, preceded by four years of Obstetrics and Gynecology specialty training at Boston University Medical Center.

I received my BS with Honors in Biology from the University of Iowa in 2001. I completed my PhD training at Loyola University Chicago, where I graduated from the Microbiology and Immunology Department with Distinction. My MD was granted from Loyola University Chicago in 2009.

My expertise in obstetrics and gynecology is evidenced as follows. I have presented research relevant to obstetrics and gynecology at local, national and international conferences. I have been an invited speaker at dozens of institutions across the country on a variety of medical topics related to women's health, maternal health and reproduction. My publications are broad in scope, and have been published in well-respected journals such as Nature. I have held teaching responsibilities including as Course Director for a language course in Boston, USA. I served as the Associate Clerkship Director for the Obstetrics and Gynecology medical students during their clerkship at Boston University Medical Center, winning resident and faculty teaching awards each year. Additionally, I have both lived and practiced medicine in low resource settings in the United States, Haiti and Guatemala, giving me perspective and clinical experience related to women's health in impoverished settings.

JODI ABBOTT, MD

I, Dr. Jodi Abbott, am a resident of the State of Massachusetts and a citizen of the United States.

I am currently employed as the Director of the Maternal Fetal Medicine division at Boston University School of Medicine in Boston Massachusetts where I have been for 10 years. I have previously held appointments at Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, and Thomas Jefferson University School of Medicine.

I received my BA from Lehigh University in Biology in 1983. My medical degree was granted in 1986 from Drexel University School of Medicine. I completed residency training in Obstetrics and Gynecology from Tufts University Affiliated Hospitals in 1990. I then further specialized in Maternal and Fetal Medicine, which is the study of complicated pregnancy and births, at Thomas Jefferson University Hospital with completion in 1992.

My expertise in obstetrics and gynecology is evidenced in the following manner:

I have cared for 1200 women in the past 28 years who have experienced pregnancy loss, stillbirth, and preterm delivery before infant survival. I have consulted with families and their physicians across the United States and internationally. Practicing at

2

Boston Medical Center for the past ten years. I have seen hundreds of women who delivered preterm liveborn and stillborn fetuses in low resource settings, many of them at home in Africa, Eastern Europe, and Middle Eastern countries as well as Central and South America. These women come to me to help them have healthy pregnancies in a setting with many resources. Many are able to have healthy pregnancies after their losses, some are not. If you had a family member who lost a premature baby and wanted a child, you would bring her to me because I have the expertise to give her the best chance for a healthy child.

I have developed protocols for evaluation and prevention of pregnancy loss in three hospital systems, and have been invited to speak nationally and internationally on this topic. I have been an advisor to the March of Dimes (a US nonprofit advocacy group devoted to prevention of birth defects and preterm delivery) and the Lupus Foundation of New England as a perinatal expert in pregnancy loss due to the disease of Systemic Lupus Erythematosus. I have received awards for excellence in my expertise in each of the last four decades including listings in "Best Doctors in Boston" and "US News and World Report Best Doctors" from 2012 through 2014. I have been active in patient safety and quality improvement initiatives beginning in 1992, and teach and lecture nationally on the topic of patient safety. I am a representative to the American Association of Medical Colleges (AAMC) for "Best Practice for Better Care". I am part of a team that successfully decreased the Infant Mortality Rate in Boston, and decreased the health disparity between Black, Latina and White women.

ASSESSMENT OF CENTRAL THEMES IN THE 17 CASES

Theme 1: Several of the Accused claim that they did not know they were pregnant, the court concludes that the Accused must be lying.

As obstetrical specialists with over 33 years combined experience, we have both regularly encountered women who did not realize they were pregnant until they were in labor or had delivered. Women most at risk for not realizing they are pregnant until late in the pregnancy are women who experience continued intermittent vaginal bleeding during their pregnancy, who are overweight, or who are experiencing their first pregnancy. Women with a history of irregular menstrual bleeding often do not recognize that they are pregnant until the second or even third trimester.

Women who live in poverty are also especially likely to delay realization or miss a pregnancy altogether due to their inconsistent interface with the health care system and missed opportunities for diagnosis.

According to a German study, one of every 4/75 pregnancies in Berlin during a one-year period was unrecognized by the mother and was diagnosed only when the woman interfaced with the health care system. The women either did not experience pregnancy symptoms, did not relate their symptoms to possible pregnancy or were in denial and did not consciously acknowledge the pregnancy. Two-thirds of the women had been

pregnant previously and yet remained unable to detect their pregnancy symptoms correctly. Several of the pregnancies were diagnosed only when the women had a precipitous birth at home. The study demonstrated that even in a well resourced setting with a high background education and health literacy, undiagnosed pregnancy occurs frequently.

Importantly, when a woman does not realize she is pregnant, she is predisposed to have pregnancy complications due both the underlying cause of the bleeding (likely placental separation) and the lack of medical care in the prenatal period due to the undiagnosed pregnancy. If a woman does not realize she is pregnant because she is still experiencing regular vaginal bleeding, she and her pregnancy are particularly at risk, as bleeding in the second and third trimester is universally a sign of serious pregnancy complications.

Among the 17 women, five reported not knowing they were pregnant. Most of these women reported regular vaginal bleeding which they interpreted as menstrual bleeding during the pregnancy period, which meant they were ALREADY having an early pregnancy complication. Vaginal bleeding put them at risk of both not realizing they were pregnant, and of suffering pregnancy complications, specifically stillbirth and preterm delivery. Complicating factors in these cases included women's poverty, youth, and lack of access to routine medical care. Non-identification of one's pregnancy should not be interpreted as an intent to mislead but should prompt diagnosis of a concurrent pregnancy complication requiring treatment of the mother in a medical context with full physical and mental evaluation.

Theme 2: At least four of the Accused claim that they had regular bleeding prior to giving birth. Others report additional complications, like bladder infections or a fall.

If the Accused reported vaginal bleeding during the months prior to delivery, it is plausible and likely that bleeding represented an abnormal placenta. This bleeding can be misinterpreted as menstrual bleeding and can obscure the diagnosis of pregnancy, while at the same time signaling a pregnancy at very high risk for preterm delivery and/or stillbirth. While light bleeding is very common in the first trimester, bleeding during the 2nd or 3rd trimester is universally a sign of pregnancy complications. Late-term bleeding can be caused by such serious pregnancy complications as abnormal placenta location due to placental abruption (or separation), or abnormal placental location (placenta previa, low-lying placenta), or cervical incompetence. Additionally, when a woman has irregular menses at baseline, it is very difficult to determine she is pregnant if she is having intermittent bleeding from a complicated pregnancy.

The placenta is an organ that is attached to the inside of the uterus and transfers oxygen and nutrition between the fetus and mother. Cramps and vaginal bleeding experienced by the mother are a pregnancy complication that can be caused by abnormal placental attachment to the uterine wall or abnormal positioning, where the placenta is attached very low down in the uterus, either just next to or covering the cervix.

When the placenta is partially detached from the uterine wall (or abruping) there may be painless bleeding or bleeding and cramping. Abnormal placenta attachment can also account for stillborn babies; as the placenta separates during birth before the fetus is expelled, there is diminished or obstructed blood flow and thus no oxygen flow to the fetus. Additionally, bleeding from the placenta constitutes fetal blood loss, and can contribute to stillbirth. Placental abruption can happen without any risk factors or, for example, after abdominal trauma or in the setting of dangerously high blood pressure, and complicates about 1% of all pregnancies. Some abruptions are chronic, meaning that the woman experiences some vaginal bleeding from time to time, but the placenta does not completely detach from the uterine wall. Approximately a quarter of all women who have placental abruptions will have the most severe kind of abruption, called Class 3, which is the total separation of the placenta from the uterus, which leads to fetal death and maternal hemorrhagic shock and possible death. When the placenta separates from the uterine wall, the baby is no longer able to get sufficient oxygen from its mother, and it can die while still in the womb from lack of oxygen or asphyxiation. This death may be minutes, hours or days before the delivery. This diagnosis is made by the clinical scenario and observations of the physician or attendant at the time of delivery, as well as by complete pathologic evaluation of the placenta by a trained pathologist.

In settings where the Accused had heavy bleeding proximate to the delivery, with sudden onset of hemorrhage at the time of delivery, it is possible that she was suffering from a placental abruption. This could have been life threatening to the mother and fetus, could have caused a stillbirth or contributed to an infant that was unable to survive without immediate medical attention.

When the placenta is covering the cervix this is called a placenta previa. These women often feel no pain, but have bleeding that can be very light to dangerously heavy. This condition is extremely dangerous because it is not possible for the fetus to be safely delivered by vaginal birth because the placenta is blocking the cervix. When detected during prenatal care, a cesarean delivery is the only safe option for delivery of the fetus. When not detected, the fetus and mother risk life threatening bleeding during delivery, often with fetal death. Abnormal placenta positioning could easily account for cases where the women were having painless bleeding at irregular intervals, which they may have perceived to be menstrual bleeding. This diagnosis is made while the woman is pregnant and requires an ultrasound to determine the location of the placenta.

Cervical incompetence is another pregnancy complication that explains particularly well the experiences of several women in the cases we reviewed. The cervix is the name for the lower part of the uterus. In a normal pregnancy, the cervix does not open (or dilate) until the fetus is full term. The strong and painful labor pains or contractions of a normal birth cause the cervix to open. In a normal pregnancy, the strength of the cervix keeps the fetus inside the uterus.

Cervical incompetence is a condition in which the cervix opens (dilates) *without* painful contractions. Not uncommonly, women with this condition deliver into toilets due to their feeling of extreme pressure without pain, and the rapid expulsion of the baby with

few contractions. They often perceive the need to have a bowel movement and the act of bearing down can precipitate delivery of the fetus. This condition cannot be diagnosed unless a woman knows she is pregnant, and it is much more common in women who have bleeding in pregnancy.

If a woman has cervical incompetence, she cannot proceed to full term without a cerclage or "stitch" to close the cervix and keep the fetus inside. Many women with cervical incompetence have previously had normal and full term pregnancies. It's not clear why they develop cervical incompetence in one pregnancy but not another. Women with cervical incompetence have premature deliveries, putting the fetus at high risk of neonatal death without immediate neonatal resuscitation.

If the Accused suffered from cervical incompetence, it would verify her accounts of how quickly and easily the baby was expelled, and it would explain why the babies were born into latrines or toilets. It would also explain her continued bleeding during pregnancy.

Theme 3: The Accused frequently claim that they felt a strong urge to defecate prior to delivery, and that is why they delivered into a latrine. The Court argues that women should be able to tell the difference.

In the United States, one of the first things obstetricians are taught during training is that a woman's urge to defecate is the number one cue that a baby is arriving. The urge to defecate is physiologically triggered as the baby's head moves lower in the birth canal because it presses upon the rectum. This triggers a reflex urge to bear down and defecate. Even in hospitals in the US, where pregnant women know they are pregnant and are awaiting their child's birth in a hospital room, babies are not uncommonly born into ceramic toilet bowls. This scenario is so frequent that when a woman reports the urge to have a bowel movement and is known to be pregnant, we often do a vaginal examination to assess the location of the baby before giving the patient permission to bear down for the bowel movement in an attempt to reduce the risk of delivering the infant in the toilet.

If a woman did not know she was pregnant, and if she did not have the benefit of medical care at the moment of labor, it is absolutely to be expected that the baby's arrival would be interpreted as a need to defecate.

Theme 4: Pre-term Birth

In nearly all of the 17 cases, we found discrepancies between the patient's reported gestational age and the gestational age concluded by the autopsy, or we found that the data reported in the autopsy to determine gestational age was inconsistent or incomplete. For example, in some cases, the length of the fetus and the weight do not correlate, or the weight is much less than would be expected for the gestational age derived by the pathologist evaluation. This may be manifest of a fetus affected by intrauterine growth restriction (which is a complication of an abnormal placenta) or by

a fetus delivered prematurely. The low birth weights are confirmatory of the Accused's description of bleeding during pregnancy, and should be considered independent evidence that corroborates her claims.

Pre-term pregnancies, by definition abnormal, are often caused by infection in the mother, and indicate a high risk for a number of emergency obstetrical complications, including:

- precipitous birth—a birth that happens quickly, and with little warning.
- extensive vaginal hemorrhaging
- infection of maternal and fetal tissues
- neonatal sepsis (an infected baby)
- retained placenta
- neonatal hypoxia (baby born with too low oxygen due to rapid and abnormal labor)

Many of these 17 women report precipitous births (deliveries that happen quickly and with little warning). The majority of these women were documented as “hemorrhaging” by the medical personnel who treated them. Many of these women had retained placentas that had to be removed by the medical personnel who treated them. These factors are consistent with abnormal pregnancy and preterm delivery.

When infants are born prematurely, there is extensive evidence that without immediate and trained medical attention there is high risk of neonatal death from respiratory failure, sepsis or acidosis.

If the Accused delivered an infant that was premature without someone present who had training in neonatal resuscitation and immediate access to a hospital, it is unlikely that the infant would have survived. Similarly, full-term fetuses with intrauterine growth restriction or other medical complications would be expected to require prompt medical attention. Newborn infants of any age who are already seriously compromised by blood loss, infection or low oxygen may already have suffered injury in labor and are more likely to die at or shortly following birth even with, and certainly without, trained expert newborn specialists.

Theme 5: Hemorrhage and infections related to childbirth can result in altered mental status. Women experiencing extensive blood loss are physically unable to get sufficient oxygen to their brains. This results in medically-induced behavior that may appear confused, dazed, anxious, or unusual.

Doctors treating the Accused regularly report that the women were hemorrhaging profusely when found by medical personnel, with several doctors reporting that women lost consciousness or required IV fluids. Many of the accused were treated for a retained placenta, which is associated with postpartum hemorrhage.

Hemorrhage has four stages, which depend on how much blood a person loses. This is also dependent on what the patient's blood level (hematocrit, hemoglobin) was before

birth. When someone is unaware of their pregnancy or is not accessing prenatal care, one would expect baseline malnutrition and thus baseline anemia. When the blood loss is stage 2 (loss of 15-30% of blood volume) there begin to be central nervous system changes, which manifest initially as a patient who is behaving erratically or appears anxious or confused. As the degree of blood loss progresses there is less blood going to the brain, and the patient will be progressively more confused, and may subsequently become lethargic, appearing to not respond appropriately, will not speak appropriately or at all, and can subsequently lose consciousness or die if the blood loss is not stopped. One expects that if the Accused has significant blood loss that they would be perceived as displaying odd or strange behavior, that they may be non-responsive or respond inappropriately or that they may lose consciousness.

With the information provided, it seems that many of the Accused had signs of postpartum hemorrhage and subsequent signs of hemorrhagic shock. However, the documentation of mother's health is often lacking description of her physical examination, mental status evaluation, vital signs, and blood level measurement (hemoglobin or hematocrit). When such data are provided, the women are universally anemic, sometimes with severe anemia and often have very abnormal vital signs

Preterm birth, retained placentas and other obstetrical complications can also be related to maternal or neonatal infections. Infections around the time of delivery are common. The documents provided did not routinely demonstrate evaluation of maternal temperature or evaluation of systemic infection with blood testing (white blood cell count). Similarly, without a complete maternal evaluation it is difficult to know if the fetus was also infected. If an infant is born in the setting of infection, it requires intensive care and antibiotic administration. Without prompt resuscitation it would not be expected to survive. Histological evaluation of the placenta by a trained pathologist can often help determine if there was an intrauterine infection near the time of delivery. However, the case summaries often include only a gross description of the placenta, or simply state that it is or is not intact.

Theme 6: Poverty

Even in a resource-rich nation like the United States, poverty is highly correlated with premature delivery, fetal birth defects, malnutrition, anemia, and poor fetal growth. Poor women, especially those who may be malnourished or anemic, have high-risk pregnancies by definition, and are especially likely to suffer from preterm labor, intrauterine growth restriction or fetal complications.

The social histories provided for many of the Accused demonstrates that they lived in poverty, were of a low socioeconomic status and had low levels of education. In addition, without access to routine primary health care, they did not interface with the health care system with enough frequency for their pregnancies to be detected. All of these factors are correlated with poor pregnancy outcomes for the mother and the fetus. Even in the United States, the reported social histories for many of the accused

would place them in the highest risk group of women whose babies would not survive the pregnancy.

Theme 7: Insufficient medical evaluation to determine potential alternative explanations for fetal demise

In our medical practice, it is routine and expected that all possible scenarios be evaluated before coming to a conclusion about a cause of illness or cause of death. This process in medicine is the process of creating a differential diagnosis. To do this we begin by gathering all of the appropriate and relevant information and then hypothesize about what the possible disease process might be.

In the case summaries provided, there is a chronic lack of complete medical information about the maternal health status. Often there are not complete vital signs, or if they are provided, they are abnormal, often with dangerously low blood pressures. Height and weight are often absent, precluding our ability to make estimates of the maternal nutritional status or overall health. The blood loss is largely described simply as 'hemorrhage' without attempt to quantify the estimated blood loss. When vital signs are taken or measurement of anemia is evaluated, they almost always demonstrate medical concerns (like anemia), and yet we were surprised to find that these medical concerns were not discussed in the doctors' reports to the courts. Many of the women had dangerously low blood pressures, which can be associated with decreased brain perfusion (ability of the brain to get oxygen) and confusion. In addition, their blood levels (hematocrit or hemoglobin) levels are also very low, indicating either chronic malnutrition, acute hemorrhage or both. Our ability to carefully evaluate and diagnose the mother's illness or fetal complications is significantly limited by the lack of complete medical information provided.

Our ability to refine the differential diagnosis of the mother's illness and the fetal complications is also limited by lack of placental pathologic and histologic evaluation. These data are required to differentiate an infection from a placental abruption, which has grave implications on the ability to predict the fetal survival.

In the situation where one is not able to gather complete and appropriate data, one cannot safely and reliably narrow down the differential diagnosis to give a cause for an illness, complication or death. In the cases presented to us, there remain considerable unanswered medical questions about each woman's case leaving many alternatives possible for the etiology of the fetal demise, and leaving the distinct possibility of intrauterine fetal demise or death due to prematurity, lack of professional medical care or fetal illness as alternative causes for the death of the infants

SPECIFIC CASE EVALUATIONS

Understanding the import of these seven themes for the eventual judicial outcomes of the cases is best illustrated through a few actual illustrations:

MARIA TERESA

Maria Teresa reports not knowing she was pregnant. She had gone to the doctor to complain of lower abdominal pains, but she reports that the doctor diagnosed her with a bladder infection, and the doctor did not realize she was pregnant either. Maria Teresa had been bleeding regularly throughout the pregnancy, and reports that her stomach never grew. On the day of the birth, Maria Teresa reports experiencing heavy vaginal bleeding, but did not feel anything resembling labor pains. She awoke in the middle of the night feeling dizzy and a strong urge to defecate. She made her way to the outside latrine. There, she experienced cramps and felt as if a ball fell out of her. She tried to call out for help, but lost consciousness. Her mother-in-law found her bleeding and unconscious on the ground, and called an ambulance. Maria Teresa reports that she did not understand what had happened until the doctors at the hospital told her she had given birth, and that a dead fetus had been found in the latrine. The autopsy concluded that the baby was "full term," but key measurements, like fetal weight, were missing. The autopsy concluded that the fetus had died of perinatal asphyxiation, which could have occurred before, during, or after birth.

The medical documentation accompanying Maria Teresa's case is consistent with an obstetrical emergency that may have resulted in stillbirth or neonatal death.

First, Maria Teresa states she was unaware of her pregnancy. Patients with bleeding during pregnancy are at risk for not being aware of their pregnancies. Inaccurate gestational age estimation due to uncertainty of the last normal menstrual period, miscarriages, and premature deliveries.

Up to one third of pregnancies are complicated by bleeding in the first trimester. Bleeding in the second and third trimester, however, defines a complication such as placental abruption, abnormal placenta implantation or cervical incompetence.

Maria Teresa's description of irregular bleeding in pregnancy would have made the patient's detection of pregnancy difficult, and may have contributed to the physician not diagnosing pregnancy at the time of the diagnosis of a bladder infection. It is notable that this patient did have an interaction with a health care provider, and even then the pregnancy was undetected, though details of the physical examination and laboratory testing were not provided.

Maria Teresa medical history includes several features that could have led to the precipitous (rapid) delivery. First, the case states she had irregular bleeding during the time she was pregnant, including heavy vaginal bleeding on the day of the incident. This could have been caused by a placental abruption, where the placenta separates from the inside of the uterus, which is often a complication of cervical incompetence or weakness.

Cervical incompetence is a condition in which women dilate their cervix with few, if any, painful contractions. It is more common with premature deliveries, and can be

associated with pelvic infections, such as bladder infections. Not uncommonly women deliver into toilets due to their feeling of extreme pressure without pain. Cervical incompetence cannot be diagnosed unless a woman is pregnant and is more common in women who have bleeding in pregnancy. Placental abruption can be either a cause or a complication of a dilated cervix. When the cervix is dilated the vaginal bacteria can gain access to the placenta and uterus, causing placental infection. The infection can cause vaginal bleeding and can impair oxygen and nutrient exchange with the fetus, leading to intrauterine growth restriction or fetal death. This condition can result in stillbirth of the fetus. The bleeding can be heavy and life-threatening to the mother. The points in the story consistent with a placental abruption, (with or without chorioamnionitis/uterine infection and cervical incompetence) are her intermittent and often heavy bleeding during the time she was pregnant and hemorrhage with loss of consciousness at the delivery.

In the case of Maria Teresa, there is also another description of a risk factor for obstetric complications: the diagnosis of a bladder infection. A bladder infection is a known risk factor for premature birth and obstetric complications including placental infection. Alternatively, her symptoms of lower abdominal discomfort and cramping could have been misinterpreted by the physician as a bladder infection. If the diagnosis was made without laboratory testing, it is possible to confuse the symptoms because the bladder and uterus are in close proximity. In that case, the patient may have had early symptoms of pregnancy and labor that were missed by the physician.

Almost uniformly, the sensation that precedes childbirth is a sensation of needing to defecate. This is caused by the fetus pressing against the rectum and triggering a sensation of pressure. It is very common for a woman to have a strong urge to have a bowel movement prior to childbirth, and the feeling is often misinterpreted by the woman, leading her to push or bear down in order to defecate.

The case report provided for Maria Teresa [REDACTED] denotes a loss of consciousness at the time of delivery, most suggestive of hypovolemic shock from blood loss or hemorrhage. The blood loss may have been both chronic from the bleeding during pregnancy and acute from the bleeding at the time of delivery. No data on her baseline health status is provided to know her risk for preexisting anemia. However, the description of dizziness proceeding the event would be most consistent acute anemia, putting her at risk for hypovolemic shock with the abrupt blood loss at the time of delivery. The data provided in the medical case summary denotes a blood pressure of 60/40 and 60/50 millimeters of mercury, which is a dangerously low blood pressure, consistent with extensive hemorrhage. The medical record also describes her as 'bleeding abundantly.' When women have a birth complicated by a retained placenta, which seems to have been the case with Maria [REDACTED] as the placenta remained in the uterus on arrival to the hospital, they are also at extreme risk for heavy bleeding and hemorrhage. This condition can be associated with heavy blood loss, also consistent with her description of losing consciousness at the time of delivery.

In summary, based on the information provided in the case summary for Maria Teresa [REDACTED] she had several risk factors for obstetric complications, including abnormal bleeding during pregnancy and a bladder infection. It is not uncommon for women with persistent, abnormal bleeding in pregnancy to interpret the bleeding as menstruation. Undiagnosed pregnancy should not be taken as an intent to lie, but as a medical complication of pregnancy. Both she and a physician were unable to correctly diagnose her pregnancy. Her symptoms of persistent and heavy bleeding in pregnancy could have contributed to anemia, with the subsequent blood loss from the delivery and the retained placenta resulting in loss of consciousness from hemorrhagic shock (loss of too much blood). Her records indicate she was suffering from anemia at the time of hospitalization with a hematocrit level of 29%, which is grossly abnormal. In the setting of hemorrhagic shock, there are expected mental status changes, including confusion, lethargy and loss of consciousness. Her report and the report of the Red Cross describing her as unconscious are consistent with life-threatening blood loss. In this setting, it is surprising she survived her complicated delivery. Given the multitude of potential obstetric complications provided in this patient's case, there remain a myriad of possible fetal complications that could have contributed to the fetal demise.

CARMEN [REDACTED]

Carmen [REDACTED] states she was unaware of her pregnancy. Additionally, her employers provide testimony that they were unaware of her pregnancy though she was working as a domestic employee in their home, and caring for their child, for the previous 7 months. Carmen earned \$80 per month. No medical information about Carmen's previous medical history, menstrual cycle or health status is provided. The case summary does describe that the Accused, a teenager, was pregnant as the result of rape. Both her young age and the trauma associated with sexual assault put this patient at risk for not recognizing the signs of pregnancy. Her report of the date of the rape and the pathologist's impression of the estimated gestational age correlate. There is no documentation of a psychosocial or psychiatric evaluation for a teenager presenting to the hospital after an out of hospital birth and history of rape. This information would be considered medically critical to evaluation of her mental health and decision making capacity. Traumatic experiences, including sexual assault and rape, can lead to depression, anxiety and post-traumatic stress disorders, all of which require psychiatric evaluation, management and treatment.

Carmen [REDACTED] reports that labor pains started in the early morning on a Sunday, and that she gave birth approximately 6:00 p.m. Sunday night. She reports that the baby was born dead, with no movement and no breathing. Carmen's employer reports seeing her lying in bed in the early hours of the following morning, trembling, with blood stained legs. The employer left her child in Carmen's care, then returned at midday to see that Carmen was up and working, but still bleeding profusely, at which point she took Carmen to the hospital.

The patient was described as having persistent and heavy vaginal bleeding after the delivery - so heavy that it was detected at least twice by her employer. Her blood level

measured by hematocrit was 26% on arrival to the hospital, consistent with severe anemia and most likely due to the hemorrhage she experienced at the time and after delivery.

The fetal autopsy concluded that the baby was full term, but the measurements were incongruous (i.e., the length suggested an older fetus than the weight, the weight suggested a significantly older fetus than the foot length, etc.). The autopsy also reports "vascular congestion." These factors require explanation, yet the forensic pathologist offers no explanation of these factors, so we cannot know if they reflect measurement error or fetal abnormalities. If we take the fetal height/length as the best approximation of gestational age, then this infant would be suspected to have intrauterine growth restriction based on the weight at the time of birth. Intrauterine growth restriction could be caused by any number of medical situations including maternal health conditions, fetal infection, problems with the placenta, or a birth defect. Yet the autopsy does not offer any explanation for these abnormalities. The autopsy concludes that cause of death is unknown.

In summary, undiagnosed pregnancy should not be taken as an intent to lie, but as a medical complication of pregnancy. In particular, this patient has a significant past medical history of rape, which must be taken seriously because sexual assault and trauma can have serious mental health repercussions. In addition, her degree of blood loss at the time and after the delivery appear to have been heavy and this may have contributed to symptoms of shock such as altered consciousness or appearing confused or anxious. Appearing dazed, confused or anxious is a result of the medical condition of not getting sufficient blood to the brain.

_____ reports not knowing that she was pregnant. Both she and her mother testified to the fact that she only got her period about once every three months, and that she had continued to bleed about every three months during the time when she was pregnant. She was working as a domestic laborer. On the morning of the events in question, _____ awoke with stomach pains at 4:30 a.m., but was able to return to sleep. When she arrived to work in the kitchen at 6:30 a.m., she felt a sudden urge to defecate. Upon arriving to the bathroom, she reports feeling stomach pains and feeling very, very dizzy. She sat on the toilet and felt as if something fell out. She grabbed the baby, wrapped it in her apron, and lost consciousness.

_____ has a history notable for oligomenorrhea, or infrequent menstruation. Oligomenorrhea can present with irregular or infrequent menses, but by definition means that menstrual cycles are less frequent than every six weeks. The presence of oligomenorrhea can signal underlying metabolic disorders, but there is insufficient data in the case summary to comment on the patient's medical status. Oligomenorrhea can complicate the accurate estimation of gestational age in pregnancy, and can complicate the diagnosis of pregnancy by a patient. The description

of irregular bleeding in pregnancy could have made the patient's detection of pregnancy difficult, especially with the history of oligomenorrhea.

The patient notes that bleeding continued throughout her pregnancy. Up to one third of pregnancies are complicated by bleeding in the first trimester. Bleeding during the second and third trimester is almost universally a sign of a complication such as placental abruption, abnormal placenta implantation or cervical incompetence. The autopsy suggests that the fetus may have been pre-term (36 weeks, 2450 grams in weight), which is further indication of pregnancy complications. And _____ description of the fetus coming out quickly with few labor pains is also consistent with medical conditions like placental abruption or cervical incompetence. In short, there are several medical indications that _____ had a high-risk pregnancy and suffered an obstetrical emergency that led to a pre-term birth. As noted above, infants born prematurely are at high risk for neonatal death, especially when they lack immediate medical interventions.

This patient experienced another obstetrical complication at the time of birth, which is a retained placenta. Description from the case summary describes that the placenta was retained and required removal by a physician. This condition is commonly associated with maternal hemorrhage, which can lead to hemorrhagic shock and loss of consciousness as described. If she was bleeding heavily, as is described in the case summary, then in class 3 and class 4 hemorrhage one would expect altered mental status or loss of consciousness. The patient's recorded description of feeling 'dizzy' could be attributed to blood loss from delivery and subsequent hemorrhagic shock. Given that she had abnormal bleeding during her pregnancy from an unknown etiology, it is also likely that she had a baseline anemia, putting her at higher risk of maternal complications in the setting of a hemorrhage. In addition, her inability to recall information from the time when she was hemorrhaging would not be a surprise because the decreased blood flow to the brain can cause confusion and loss of consciousness. One expects that if the Accused has significant blood loss that they would be perceived as displaying odd or strange behavior, that they may be non-responsive or respond inappropriately or that they may lose consciousness.

The medical record denotes that she is bleeding abundantly, and her blood level as measured by hematocrit of 30% demonstrates anemia. It is medically appropriate to assume significant blood loss with these symptoms. Also, the physician who arrived at the home to care for her started intravenous fluids to resuscitate the patient, again suggesting significant blood loss that would be associated with confusion.

Almost uniformly, the sensation that precedes childbirth is a sensation of needing to defecate and thus the patient's description of abdominal pain followed by the urge to have a bowel movement is expected and normal. This is caused by the fetus pressing against the rectum and triggering a sensation of pressure.

In summary, undiagnosed pregnancy should not be taken as an intent to lie, but as a medical complication of pregnancy. This is a recurring theme, and it should be noted

that the patient, her family and her employers with whom she lived reported not knowing she was pregnant, reinforcing the fact that the diagnosis is often not obvious. Her behavior and unusual answers to questions as reported by the testimonial of her employer could have been the result of hemorrhagic shock, though the documents provided are lacking in proper medical evaluation of the Accused. Given the facts as reported in the case summaries provided to us, we cannot conclude that the Accused was medically or mentally stable at the time of the birth.

MIRNA [REDACTED]

[REDACTED] reports struggling to conceive during her 15 years of marriage. She only had one prior pregnancy, and that child died shortly after birth due to a birth defect. When she became pregnant at age 34, she and her husband chose not to tell anyone. Mirna reports feeling the baby move, but that she also had bleeding throughout the entire pregnancy, in addition to headaches and backaches. Her husband confirms these pregnancy complications. When the fetus was an estimated 36 weeks in gestation, Mirna felt the need to defecate. She went to use the latrine, and reports accidentally delivering the fetus into the latrine. Her sister called for help from her neighbors, and the baby was rescued and survived.

The history of Mirna [REDACTED] is notable for a first child with a severe birth defect, which resulted in a premature delivery via cesarean section and subsequent neonatal death. The birth in question was also a premature birth. Premature birth is the birth of an infant before 37 weeks gestational age. Premature birth is often preceded by premature labor. Premature labor can be precipitated by a number of factors, all of them abnormal events in pregnancy. In the case of Mirna [REDACTED], there are several features described that could have led to a premature delivery. First is her statement that she had bleeding throughout the entire pregnancy. Given this patient's history of a previous cesarean section, she was at risk for abnormal placenta location, where the placenta is attached very low down in the uterus, either just next to or covering the cervix. This diagnosis is made by ultrasound evaluation. Women with cesarean section scars on their uterus are at higher risk of this abnormality in pregnancy. Patients with this problem often have painless vaginal bleeding in pregnancy. Sometimes the bleeding can become very heavy and life-threatening to the mother or the fetus and the bleeding can trigger premature labor or birth.

It is also possible that this patient had a chronic placental abruption, where the placenta separates from the inside of the uterus. This both causes vaginal bleeding and can impair oxygen and nutrient exchange with the fetus, leading to intrauterine fetal demise or growth restriction. The bleeding can be heavy and life-threatening to the mother.

The cervix is the name for the lower part of the uterus, which in a normal pregnancy provides strength to keep the pregnancy inside. Cervical incompetence is a condition in which the cervix opens (dilates) without painful contractions. Not uncommonly women with this condition deliver into toilets due to their feeling of extreme pressure without

pain, and the rapid expulsion of the baby with few contractions. They often perceive the need to have a bowel movement and the act of bearing down can precipitate delivery of the fetus. This condition cannot be diagnosed unless a woman knows she is pregnant and has had a medical evaluation. It is much more common in women who have bleeding in pregnancy. If the Accused suffered from cervical incompetence, it would explain her continued bleeding during pregnancy, and it would account for how quickly and easily the baby was expelled.

Almost uniformly, the sensation that precedes childbirth is a sensation of needing to defecate. This is caused by the fetus pressing against the rectum and triggering a sensation of pressure. It would not be uncommon for a woman to have a strong urge to have a bowel movement prior to childbirth, and the feeling is often misinterpreted by the woman, leading her to push or bear down in order to defecate.

The psychosocial evaluation highlights the poverty experienced by Mirna [REDACTED] and her husband. Poverty is often associated with malnutrition, which is exacerbated by pregnancy. No information about the patient's health status (height, weight, hematocrit, hemoglobin) is provided and it is unclear if the patient had financial means to access health care; therefore her risk of a complicated pregnancy must be presumed on her impoverished status.

After a long time of infertility, this pregnancy is described as being desired by the patient, her husband and the patient's mother. It is not uncommon in women who have either a history of a previous neonatal death or a long time of infertility to have intense anxiety and stress related to their current pregnancy. Even when they have financial means to access health care, they may be fearful of finding a problem or illness in their current pregnancy. Therefore, it is difficult to determine if fear and anxiety or if poverty or a combination prevented the Accused from accessing prenatal care.

The Accused appears to have been convicted largely on the account that she did not help her neighbors extract the infant from the latrine, but rather stood to the side during the rescue efforts. The courts have not been provided with any data regarding Mirna's medical condition at this time, but as noted above, were Mirna experiencing heavy blood loss related to the birth, in addition to anemia from the regular bleeding she reported during the pregnancy, then we would medically expect her to act dazed, confused, and in shock. This shock would be generated from the traumatic situation in which the patient found herself, and also because confusion is itself a medically expected outcome caused by heavy bleeding due to a lack of sufficient oxygen to the brain.

In summary, there are a number of unique factors to this patient's medical history that make her at high risk for obstetrical complications. Her status as having a previous cesarean delivery automatically puts her in a high-risk category; in the United States she would require specialized access to care if she were to attempt a vaginal delivery. She had a previous preterm delivery, giving birth to an infant that subsequently died of a malformation; this can cause anxiety and stress around the current pregnancy. She

had a previous preterm delivery, which may put her at risk for a repeat preterm birth. Lastly, the Accused's behavior at the time of the premature delivery – namely feeling the urge to defecate and then seeking to use a latrine – is normal and natural and expected behavior for a woman who is giving birth.

CONCLUSIONS:

The majority of these women had pregnancies that would be considered high-risk pregnancies. This means the woman was at high risk for complications such as malnutrition, anemia, preterm birth, infection and hemorrhage. This often leads to dangerous complications at the time of birth for the mother. Because of the high-risk pregnancies, the fetus would require more in depth surveillance during the pregnancy, and would be more likely to require prompt medical attention at birth to survive.

Many of the women had plausible and possible medical explanations for the events described preceding, during and after the birth of their infants. This medical context also raises the distinct possibility that the maternal medical complications could have explained the fetal deaths.

The experience of unattended childbirth, especially in the setting of an unrecognized pregnancy, is an extremely traumatic and high-risk situation. When compounded with obstetrical and possibly fetal medical complications, it would not be surprising to find many stillbirths or neonatal deaths.

The most striking difficulty before the courts is the consistent lack of objective data on the maternal medical condition before and after birth, and the striking impoverishment of the Accused women, which may account for their irregular interface with the health care system.

In our expert opinion, the medical scenarios outlined above warrant careful, case-by-case review. There are often numerous possible medical scenarios that point to a stillbirth or neonatal demise without homicide.

SIGNATURES:

The above statement is true and correct, to the best of our knowledge, and is submitted to the court for review and consideration. We would be willing to testify under oath by telephone regarding its accuracy.



Dr. Christine Curry, MD, PhD
October 5, 2014



Dr. Jodi Abbot, MD
October 5, 2014