



Estudio técnico-jurídico de las violaciones a los derechos reproductivos de mujeres con VIH en cuatro países de Mesoamérica

*por Jimena Avalos Capín¹
Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud A.C.*

Descripción:

El objetivo del presente trabajo es presentar los aspectos jurídicos de los resultados de la aplicación del cuestionario para documentar violaciones a los derechos reproductivos de mujeres con VIH en Mesoamérica. Dicho cuestionario fue desarrollado para detectar las principales violaciones a los derechos reproductivos que sufren las mujeres con VIH en cuatro países de Mesoamérica: El Salvador, Honduras, México y Nicaragua. Las organizaciones y redes que participaron en el diseño, adaptación y aplicación del cuestionario en los cuatro países a finales del 2012 y principios del 2013 se detallan a continuación.

De El Salvador: CEMUJER, ICW Capítulo El Salvador, Asociación Nacional de Personas Positivas Vida Nueva, PASMO, Orquídeas del Mar y Asociación COMCAVIS TRANS Comunicando y Capacitando a Mujeres Trans con VIH y sida

De Honduras: Centro de Derechos Humanos de Mujeres, ICW Capítulo Honduras, Colectivo Unidad Color Rosa, Fundación Llaves, Asociación Multicultural de Mujeres Positivas, Red de Mujeres Hondureñas Positivas, Feministas en Resistencia y Redtralsex.

De México: Balance, FUNDAR, ICW Capítulo México, Mexicanas en Acción Positiva, La Condomóvil, Centro Ser, Compartiendo Retos, Red Mexicana de Mujeres Trans, Diversidad

¹ Consultora independiente en Derechos Humanos. Licenciada en Derecho por la Universidad Iberoamericana, México, D.F., Maestra en Derecho (LL.M.) por la Universidad de Columbia en Nueva York, EUA, Maestra en Políticas Públicas en América Latina por la Universidad de Oxford, Reino Unido. Investigadora y litigante en materia de Derechos Humanos, particularmente enfocada en perspectiva de género, teoría legal feminista, derechos sexuales y reproductivos, violencia de género, etc.

Vihda Trans, Mujeres de Género, Mujer Libertad, Unidad de Atención Sicológica, Sexológica y Educativa para el Crecimiento Personal y Asociación Sinaloense de Universitarias

De Nicaragua: ICW Capítulo Nicaragua, la Red Nicaragüense Trans y Las Golondrinas.

En la primer parte de este documento, se define la ruta general para definir las estrategias nacionales con el objetivo de combatir las violaciones recurrentes que se detectaron a través del presente estudio. En la segunda y tercera partes, se presenta el análisis completo de las principales violaciones detectadas a través de la aplicación del cuestionario seguido de la argumentación jurídica de cada una de las violaciones detectadas desde el lenguaje del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

Índice:

- I. Posibles estrategias jurídicas para atacar violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con VIH a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario
- II. Perfil de las mujeres entrevistadas
- III. Violaciones recurrentes identificadas
 1. Violación al derecho de acceso a la información y al consentimiento informado en materia reproductiva
 - 1.1. Violaciones detectadas a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario en materia de acceso a la información en materia reproductiva
 - 1.2. Marco jurídico internacional aplicable
 - 1.3. Posibles casos de violaciones al derecho al acceso a la información en materia sexual y reproductiva
 2. Violación al deber de confidencialidad en el diagnóstico y en el manejo de la información
 - 2.1. Violaciones detectadas a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario en materia de confidencialidad
 - 2.2. Marco jurídico internacional aplicable
 - 2.3. Posibles casos de violaciones al derecho a la confidencialidad de la información de salud sexual y reproductiva
 3. Negación de servicios de salud que resulta violatoria del derecho de todas las mujeres al máximo nivel posible de salud reproductiva
 - 3.1. Violaciones al derecho a la salud sexual y reproductiva detectadas a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario
 - 3.2. Marco jurídico internacional aplicable
 - 3.3. Posibles casos de negación de servicios de salud que resulta violatoria del derecho de todas las mujeres al máximo nivel posible de salud reproductiva
 4. Violación al derecho de no-discriminación de las mujeres con VIH
 - 4.1. Violaciones al derecho a la no-discriminación detectadas a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario:
 - 4.2. Marco normativo internacional aplicable
 - 4.3. Posibles casos de violaciones al derecho a la no-discriminación
 5. Presión sobre las mujeres para esterilizarse/esterilización forzada por vivir con VIH
 - 5.1. Violaciones por presión sobre las mujeres para esterilizarse/esterilización forzada por vivir con VIH
 - 5.2. Marco jurídico internacional aplicable
 - 5.3. Posibles casos de violaciones a los derechos a la integridad física, salud, autodeterminación, etc. por esterilización forzada

I. Posibles estrategias jurídicas para atacar violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con VIH a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario:

En primer lugar, se identificó la necesidad de diseñar estrategias nacionales para abordar los temas que resaltan como prioritarios después del análisis:

- a) **Casos en que no se proporciona una cesárea cuando es lo médicamente indicado y deseado por la mujer.**
- b) **Esterilización forzada.**

Recordemos que las estrategias jurídicas nacionales son de litigio estratégico y deben estar acompañadas por una ruta jurídica y una ruta mediática y de redes. Es importante recordar que el objetivo no es necesariamente llegar a los mecanismos internacionales de Derechos Humanos que son subsidiarios sino reivindicar los derechos en cada uno de los países. Los mecanismos internacionales exigen además que se agoten los recursos internos.

Para la definición de la ruta al interior de los países, es necesario que las abogadas locales realicen:

- a. Definición de cada país de las vías para litigar estos dos perfiles de caso
- b. Definición de cada país sobre las características que tendría que cumplir un caso para ser susceptible de litigio a nivel interno
- c. Ruta a seguir para poner en marcha la estrategia jurídica interna
- d. Herramienta para definición y referencia de cada caso

En un segundo momento, o si es posible demostrar que no hay un recurso interno efectivo, podría resultar aconsejable presentar uno o varios casos ante los mecanismos cuasi-jurisdiccionales disponibles, específicamente la Comisión Interamericana de

Derechos Humanos o el Comité CEDAW. Es importante en este punto resaltar que de los países estudiados sólo México ha adoptado el Protocolo Facultativo de CEDAW que permite al Comité recibir comunicaciones sobre violaciones al tratado.² Otra opción viable para México es diseñar una estrategia con un frente amplio de organizaciones para instar al Comité CEDAW a iniciar un procedimiento de investigación conforme al artículo 8 del Protocolo Facultativo.

La vía del Sistema Interamericano de protección de los derechos humanos queda abierta para todos los países, desde su primera fase que es aquella en la que se pueden presentar casos ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Hay varios tipos de peticiones que pueden ser presentadas ante la Comisión: individuales, colectivas o generales. Una petición colectiva es elevada cuando hay víctimas numerosas de un incidente específico o de una práctica violatoria de los derechos humanos. Una petición general es presentada cuando ha ocurrido una forma generalizada de violaciones a los derechos humanos, es decir, que no está limitada sólo a un grupo de personas o a un incidente aislado. El cuestionario tiene la virtud de documentar violaciones que son sistemáticas y por lo tanto es plausible interponer una petición colectiva pero debe hacerse la planeación de los litigios en particular para decidir si deben ser uno o varios quejosos.

Otra posible estrategia es que, después de haber pasado por la CIDH, se lleve uno o varios casos ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos. La Corte tiene competencia para conocer de cualquier caso relativo a la interpretación y aplicación de las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos que le sea sometido, siempre que los Estados partes en el caso hayan reconocido o reconozcan dicha competencia, por declaración especial o por convención especial. Todos los países en los que fue aplicado el cuestionario han reconocido la competencia contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos humanos. La Corte conoce de los casos en que se alegue que uno de los Estados partes ha violado un derecho o libertad protegidos por la Convención, siendo necesario que se hayan agotados los procedimientos previstos en la misma, tales como el agotamiento de los recurso internos.

² El Salvador firmó el Protocolo Facultativo en abril de 2001 pero no lo ha ratificado. Nicaragua y Honduras no son parte.

Finalmente, es necesario señalar que el análisis cuantitativo y cualitativo que deriva de la aplicación del cuestionario es un insumo útil que debe de ser aprovechado y compartido a los mecanismos no-jurisdiccionales de protección de los Derechos Humanos. Tanto el Comité CEDAW, como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, como el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (encargado de vigilar el cumplimiento del PIDESC) cuentan con mecanismos a través de los cuales dichos organismos se allegan de información sobre el nivel de cumplimiento de los derechos en los Estados parte. Por lo anterior, hacemos un llamado sobre la necesidad de incluir los datos contenidos en este documento en informes sombra y otros espacios en los que se permita informar a dichos organismos sobre el estado de las cosas.

II. Perfil de las mujeres entrevistadas:

El cuestionario fue aplicado a mujeres (personas con identidad de género femenino, independientemente de su sexo, por lo que se incluyen mujeres trans) que tienen un diagnóstico positivo confirmado de VIH. En conjunto, se aplicó el cuestionario a 367 mujeres, de las cuales 13% (49) son mujeres trans.

- México:

En México se entrevistaron a 91 mujeres entre el segundo semestre del 2012 y el primero del 2013. Las mujeres entrevistadas tienen un rango de edad de los 17 a los 65 años y el promedio de edad es de aproximadamente 38 años.³ Todas las mujeres entrevistadas indicaron haber nacido en México.⁴ De las 91 mujeres entrevistadas, 8 son mujeres trans. En cuanto a su orientación sexual, el 75% de las mujeres (69) se identifica como heterosexual, mientras que 7 se identifican como homosexuales (de las cuales 5 son mujeres trans) y una se identifica como bisexual (también mujer trans).⁵

- Nicaragua:

En Nicaragua se entrevistaron a 77 mujeres entre agosto y diciembre de 2012. Las mujeres tienen un rango de edad de los 16 a los 54 años y el promedio de edad es de aproximadamente 31 años. Todas las mujeres entrevistadas indicaron haber nacido en Nicaragua. De las 77 mujeres entrevistadas, 16 son mujeres trans. En cuanto a su orientación sexual, 75% de las mujeres (58) se identifica como heterosexual, 5 de ellas se identifican como homosexuales (las 5 son mujeres trans), 5 de ellas se identifican como bisexuales (1 es mujer trans) y una de ellas marcó la opción de “otro”.

³ 4 mujeres no contestaron.

⁴ y tener su residencia actual en los estados de Yucatán (14), Sinaloa (12), Distrito Federal (10), Tamaulipas (9), Baja California (9), Estado de México (6), Aguascalientes (4), Chiapas(3), Quintana Roo (3), Michoacán (2), Nuevo León (2) y Veracruz (1).

⁵ Las 15 mujeres restantes no contestaron a la pregunta sobre la orientación sexual. Estos datos se suplementan por la pregunta “¿con quién tiene sexo?”, a la cual todas las mujeres entrevistadas menos 19 respondieron que tiene sexo con hombres. 3 mujeres respondieron que tienen sexo con mujeres (2 de ellas, tienen sexo también con hombres).

- Honduras:

En Honduras se entrevistaron a 100 mujeres entre agosto y diciembre de 2012. Las mujeres tienen un rango de edad de los 15 a los 60 años y el promedio de edad es de aproximadamente 41 años. Todas las mujeres entrevistadas indicaron haber nacido en Honduras. De las 100 mujeres entrevistadas, 13 son mujeres trans.⁶ En cuanto a su orientación sexual, 72% de las mujeres se identifica como heterosexual, mientras que 3 se identifican como bisexuales y 2 se identifican como homosexuales (ambas mujeres trans).

- El Salvador:

En El Salvador se entrevistaron a 69 mujeres entre agosto y diciembre de 2012. Las mujeres tienen un rango de edad de los 18 a los 69 años y el promedio de edad es de aproximadamente 37 años. Todas las mujeres entrevistadas indicaron haber nacido en El Salvador. De las 69 mujeres entrevistadas, 12 son mujeres trans.⁷ En cuanto a su orientación sexual, 65% de las mujeres (45) se identifica como heterosexual, mientras que 3 se identifican como bisexuales (1 de las cuales es mujer trans), 3 se identifican como homosexuales (1 de las cuales es mujeres trans) y 2 se identifican como lesbianas.

⁶ 12 se identifican como mujeres trans y una señaló ser hombre en la pregunta sobre su sexo y “femenino” como identidad de género.

⁷ 8 se identifican como mujeres trans y 4 señalaron ser hombre en la pregunta sobre su sexo y “femenino” como identidad de género.

III. Violaciones recurrentes identificadas:

1. Violación al derecho de acceso a la información y al consentimiento informado en materia reproductiva:

1.1. Violaciones detectadas a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario en materia de acceso a la información en materia reproductiva:

La aplicación del cuestionario en los países estudiados revela que se viola de manera sistemática el derecho al acceso a la información en materia reproductiva, pues hay falta de información desde el momento de la prueba de diagnóstico, hasta las opciones de tratamiento, las opciones para ejercer sexo seguro y las opciones para elegir tener hijos.

En primer lugar, la herramienta revela violaciones **al derecho al acceso a la información al momento de realizar la prueba de detección de VIH.**

En México, alrededor del 40% de las mujeres entrevistadas no fue informado sobre el procedimiento para la prueba de VIH. Resulta aún más preocupante que 23% de las mujeres entrevistadas (21) no sabía de antemano que el personal de salud iba a realizar la prueba. En Nicaragua, 22% de las mujeres entrevistadas (17) no fue informado sobre el procedimiento para la prueba de VIH y 11% de las mujeres entrevistadas (9) no sabía de antemano que se les iba a realizar la prueba. En Honduras 58% de las mujeres entrevistadas (58) no fue informado sobre el procedimiento para la prueba de VIH y 35% de las mujeres entrevistadas (35) no sabían de antemano que se les realizaría la prueba. En El Salvador, 40% de las mujeres entrevistadas (28) no fue informado sobre el procedimiento para la prueba y 36% de las mujeres entrevistadas (25) no sabían de antemano que se les realizaría la prueba.

En cuanto al consentimiento informado, en México más del 40% de las mujeres reportaron no haber sido consultadas sobre si querían realizarse la prueba y no tener conocimiento sobre el

hecho de que dicha prueba era voluntaria. Casi el 60% de las mujeres no recibió pre-consejería y más del 35% no recibió post-consejería. Más del 60% de las mujeres no tuvo a su disposición un documento de consentimiento informado a firmar antes de realizarse la prueba de detección.⁸ En Nicaragua, 23% de las mujeres reportaron no haber sido consultadas sobre si querían realizarse la prueba ni tener conocimiento sobre el hecho que dicha prueba era voluntaria. Casi el 40% de las mujeres entrevistadas (29) no recibió pre-consejería y cerca del 25% no recibió post-consejería. Cerca del 30% de las mujeres no firmó un documento de consentimiento informado al momento de realizarse la prueba de detección (21). En Honduras, 63% de las mujeres reportó no haber sido consultado sobre si quería realizarse la prueba antes de practicarla (63). El 41% no recibió pre-consejería (41) y el 36% no recibió post-consejería (36). El 71% no firmó un documento de consentimiento informado. En El Salvador, 43% de las mujeres (30) no fue consultado sobre si quería realizarse la prueba antes de practicarla. El 58% no recibió pre-consejería (40) y el 43% no recibió post-consejería (30). EL 69% no firmó un documento de consentimiento informado (48).

Otro aspecto es la **violación del derecho al derecho de acceso a la información sobre el tratamiento antirretroviral**. En México, 27% de las mujeres entrevistadas (25) indicó que no se le ha proporcionado información suficiente sobre su tratamiento antirretroviral. En Nicaragua, 22% de las mujeres entrevistadas (18) indicaron esto. En Honduras, 33% de las mujeres entrevistadas (33) está en esta situación. Contrario a la tendencia que presentan los demás países, en El Salvador sólo 7% de las mujeres (10) declaró no haber recibido información suficiente sobre su tratamiento antirretroviral.

Otro problema detectado es la **violación al derecho al acceso a la información sobre la práctica del sexo seguro** que afecta el derecho de las mujeres con VIH a vivir una vida sexual plena. En México, 17% de las mujeres entrevistadas (16) indicó que no se le ha proporcionado información suficiente sobre cómo protegerse en las relaciones sexuales. Cuando esta información es proporcionada, tiende a enfocarse en el uso del condón masculino. Sólo la mitad de las mujeres entrevistadas (45) indicó haber recibido información sobre el uso del

⁸ 38 mujeres no fueron informadas sobre procedimiento para prueba de detección de VIH, 36 mujeres no fueron informadas que prueba es voluntaria y que al someterse a ella se debe de respetar derecho a la privacidad, 21 sobre si querían realizarse la prueba antes de practicarla, 40 mujeres no fueron informadas que era una prueba voluntaria, 53 mujeres no recibieron pre-consejería, 33 mujeres no recibieron post-consejería, 58 mujeres no firmaron consentimiento informado.

condón femenino y ese mismo número indicó haber recibido información suficiente sobre otras prácticas de sexo seguro

En Nicaragua, la inmensa mayoría (todas menos 3) de las mujeres indicaron que sí se le ha proporcionado información sobre cómo protegerse en las relaciones sexuales y sí se les ha proporcionado información suficiente sobre el uso de condones. En contraste, sólo 15 de las 77 mujeres entrevistadas considera haber recibido información suficiente sobre el uso del condón femenino.

En Honduras, 20% de las mujeres entrevistadas (20) indicó que no se le ha proporcionado información sobre cómo protegerse en las relaciones sexuales. El 22% indicó que no ha recibido información suficiente sobre el uso de condones pero el 56% indicó que no ha recibido información suficiente sobre el uso del condón femenino.

En El Salvador, todas menos 6 de las mujeres indican haber recibido información sobre condones pero el 24% (17 mujeres) indica haber recibido información sobre el uso del condón femenino.⁹

Por otra parte, el cuestionario revela la **falta de información sobre métodos anticonceptivos**. En México, 63% de las mujeres entrevistadas (58) indicó que no se le ha proporcionado información sobre métodos anticonceptivos diferentes o adicionales al condón. En Nicaragua, este porcentaje es de 58% (45). En Honduras, este porcentaje es de 62% (62) y en El Salvador es de 58% (40).

En cuanto a **la información sobre la interrupción de embarazos no deseados**. En México, 46% de las mujeres entrevistadas (42) indicaron no haber recibido información suficiente sobre sus opciones para interrumpir el embarazo por causas de salud física o mental. En Nicaragua, 53% de las mujeres entrevistadas (41) indicaron no haber recibido dicha información. En Honduras, 48% de las mujeres entrevistadas (48) indicaron no haber recibido dicha información y en El Salvador, 47% reportan esta situación. Esto es de esperarse en países en

⁹ No hay información sobre la pregunta que se refiere de manera general a la información sobre cómo protegerse en las relaciones sexuales (B22).

los que no existe la causal de salud para la interrupción del embarazo, sin embargo, no significa que no deba formar parte de una estrategia jurídica.

Se detecta un problema de falta de información o bien, de información errónea, **sobre las posibilidades de embarazarse de manera segura y evitar la transmisión vertical o sexual en caso de pareja serodiscordante**. En México, 38% de las mujeres entrevistadas (35) indicaron no haber recibido información suficiente para tener un embarazo de forma segura. En Nicaragua, 31% de las mujeres entrevistadas (24) indicaron no haber recibido esta información. En Honduras este porcentaje es del 50% (50) y en El Salvador es de 39% (27).

Por otra parte, en México, 35% de las mujeres entrevistadas (32), indicaron no haber recibido información sobre métodos para evitar la transmisión del VIH a su bebé. En Nicaragua, esta cifra es de 22% (17 mujeres), en Honduras es de 35% (35) y en El Salvador es de 33% (23).

Adicionalmente, el cuestionario revela un **problema de falta de información sobre opciones para tener un parto seguro**. En México, 10 mujeres que han tenido un embarazo desde su diagnóstico no recibieron información sobre la opción de tener una cesárea y 27 indicaron no haber recibido consejería sobre la opción de parto vaginal cuando se tiene una carga viral debajo de las 1,000 copias. En Nicaragua, 11 mujeres no recibieron consejería sobre la opción de cesárea y 16 mujeres no recibieron consejería sobre la opción de parto. En Honduras 8 mujeres no recibieron consejería sobre la opción de cesárea y 15 mujeres no recibieron consejería sobre la opción de parto. En El Salvador, 9 mujeres no recibieron consejería sobre la opción de cesárea y 10 mujeres no recibieron consejería sobre la opción de parto.

En cuanto a la **información sobre lactancia**, en México 8 mujeres indicaron no haber recibido consejería sobre la sustitución de la lactancia materna. En Nicaragua 4 mujeres indicaron no haber recibido esta consejería. En Honduras esta situación se dio para 5 mujeres y en El Salvador para 4 mujeres.

Esto nos indica que en las diferentes etapas y dimensiones que cubren los servicios de salud, existen deficiencias importantes en cuanto al acceso a la información y que, aun cuando se da,

dicha información no cumple con los estándares exigidos por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, tal y como se describen a continuación.

1.2.Marco jurídico internacional aplicable:

Diversos tratados internacionales firmados por los países participantes contemplan el derecho al acceso a la información, y específicamente el derecho al acceso a la información en materia reproductiva. El derecho al acceso a la información está consagrado en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (artículo 13) y es especialmente relevante en ámbito de la salud y en el área de la sexualidad y la reproducción, pues de ello depende que las personas puedan tomar decisiones libres e informadas respecto de su vida íntima. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (“CIDH”) ha reiterado la obligación de entregar información en materia reproductiva que sea oportuna, completa, accesible, fidedigna y oficiosa.¹⁰ Asimismo, ha establecido expresamente que para que los Estados miembros de la OEA garanticen el derecho de las mujeres al acceso a la información en materia reproductiva, deben brindar toda la información disponible respecto de los métodos de planificación familiar, lo cual comprende por lo menos facilitar toda la información sobre los métodos de planificación familiar permitidos por ley, su alcance, riesgos y beneficios y efectos colaterales. Ello incluye además expresamente la información sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo específicamente el VIH/SIDA.¹¹

La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (“CEDAW”) establece el derecho reproductivo básico al cual corresponde la obligación de los Estados parte de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, educación y medios que les permitan ejercer estos derechos (art. 13). La recomendación general No. 21 del Comité CEDAW indica que las mujeres deben tener información acerca de las medidas anticonceptivas y su uso, así como garantías de recibir educación sexual. Asimismo, en el caso *A.S. v Hungría*, el Comité de la

¹⁰ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Acceso a la Información en Materia Reproductiva desde una Perspectiva de Derechos Humanos”, OEA/Ser.L/V/II, Doc. 61, 22 noviembre 2011, disponible en <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/mujeresaccesoinformacionmateriareproductiva.pdf>

¹¹ CIDH, op. cit.

CEDAW afirmó que el artículo 10 de la CEDAW contiene un derecho a recibir información específica sobre métodos de planificación familiar.

El derecho a la salud en sí mismo comprende el derecho de acceso a la información. Así lo estableció el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General No. 14 la cual interpreta el derecho a la salud contemplado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). La Observación General 14 expresamente señala: “El Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también (...) acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva”. Asimismo, la Observación General 14 establece que uno de los elementos esenciales del derecho a la salud es el “acceso a la información: este acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.” Dicha información debe ser comprensible, actualizada y en un lenguaje accesible.

Por su parte, el consentimiento informado constituye un principio de la autonomía de las personas que requiere que éstas comprendan las diferentes opciones de tratamiento entre las cuales se puede elegir. La CIDH ha destacado que todo proceso de consentimiento informado debe cumplir con los siguientes elementos: (i) informar sobre la naturaleza del procedimiento, opciones de tratamiento y alternativas razonables, que incluye los posibles beneficios y riesgos de los procedimientos propuestos, (ii) tomar en cuenta las necesidades de las personas así como asegurar que la persona comprenda la información brindada; y (iii) asegurar que el consentimiento que se brinde sea plenamente libre e informado.¹²

A la luz de los resultados que arroja el cuestionario, resulta evidente que el derecho al acceso a la información en materia reproductiva no es respetado en los países evaluados. Una estrategia jurídica útil al respecto tendrá que brindar atención sobre la importancia del derecho al acceso a la información por sí mismo y dentro de un ejercicio de ampliar el reconocimiento de los alcances del derecho a la salud.

¹² CIDH, *op.cit.*, p.15.

1.3.Posibles casos de violaciones al derecho al acceso a la información en materia sexual y reproductiva:

Como se dijo con anterioridad, la herramienta revela violaciones del derecho al acceso a la información en materia sexual y reproductiva. Estas violaciones se dan en distintos momentos y circunstancias y sus posibilidades de litigio dependerán de factores diversos, incluyendo los recursos internos disponibles en cada país. Resulta complicado impugnar las violaciones al derecho de acceso a la información en sí mismas por la necesidad que existe a nivel interno de acreditar que hubo algún perjuicio o afectación. Sin embargo, no por ello debe descartarse.

Por otra parte, es importante señalar que otras violaciones que son más viables para impugnar vía litigio tienen un componente del derecho de acceso a la información en materia reproductiva. Pensemos, por ejemplo, en una mujer a quien no le fue brindada consejería para cesárea, ni por supuesto le fue procurada la cesárea en sí y por ello experimentó la angustia de un parto que posiblemente no era seguro para ella y para su bebé. En este caso, se puede y debe impugnar la violación al derecho de acceso a la información y consentimiento informado para avanzar en el reconocimiento de los estándares descritos.

2. Violación al deber de confidencialidad en el diagnóstico y en el manejo de la información:

2.1.Violaciones detectadas a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario en materia de confidencialidad:

La herramienta revela que un gran número de mujeres no consideran que fue respetada la confidencialidad en su diagnóstico. En México, un tercio de las mujeres entrevistadas considera que no fue respetada la confidencialidad en su diagnóstico. En Nicaragua, también se reporta esta situación por cerca de un tercio de las mujeres entrevistadas (22 de ellas). En Honduras, 26% de las mujeres no considera que fue respetada la confidencialidad de su diagnóstico (26) y en El Salvador esta cifra es de 36% (25).

Las mujeres reportan que la noticia de su diagnóstico no se da en privado, sino frente a familiares, colegas, otros pacientes, etc. o bien, posteriormente se comparte el diagnóstico con familiares, colegas u otros pacientes sin el consentimiento de las mujeres afectadas. Si bien es médicamente comprensible la necesidad de marcar el diagnóstico de manera visible al interior del expediente médico para brindar al paciente los cuidados necesarios, se reportan prácticas que van más allá de lo médicamente necesario y que violan la confidencialidad del diagnóstico de las mujeres, haciéndolas vulnerables a discriminación y estigma. Como ejemplos de esto tenemos la colocación de letreros en la cama de hospital, letras muy visibles por fuera del expediente. Incluso se identifican casos en México y Nicaragua de brigadas de salud que visitan a las pacientes, revelando su diagnóstico al público, ocasionando estragos en su vida privada. En Nicaragua se reporta que dentro del INSS se realiza la prueba en estudio comunitario, lo cual imposibilita la confidencialidad en el diagnóstico.

Los cuestionarios identifican que esta violación se da por parte de médicos, enfermeras y otro personal médico, laboratoristas, etc. Estas prácticas contravienen las obligaciones de los profesionales de salud de mantener confidencialidad sobre esta información privilegiada. Además, son violatorias del derecho a la no-discriminación.

2.2. Marco jurídico internacional aplicable:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el deber de confidencialidad como el deber de los proveedores de servicios de salud de “proteger la información del paciente y no divulgarla sin autorización”.¹³ La confidencialidad es una obligación de los profesionales de la salud que reciben información privada en el ámbito de su profesión, por lo que es un interés crítico de la salud sexual y reproductiva mantener en secreto esta información.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos abordó el tema de confidencialidad en el caso *De La Cruz Flores v. Perú*, en el cual estableció que la información que el médico obtiene en ejercicio de su profesión se encuentra privilegiada. Para ello, la CorteIDH se sirvió del Código

¹³ Organización Mundial de la Salud, *Aborto sin Riesgos: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud*, Ginebra, 2003, p. 68.

Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial que establece que “el médico debe guardar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente”.¹⁴

Por otra parte, el Comité CEDAW ha reconocido la importancia de respetar la confidencialidad de la información obtenida en el ámbito médico, particularmente para que no limite la motivación de la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar.¹⁵

Los cuestionarios revelan que la confidencialidad de la información médica es un tema particularmente agudo para muchas de las mujeres entrevistadas. Una estrategia jurídica tendrá que enfocarse en la confidencialidad en el ámbito reproductivo de las mujeres con VIH como derecho en sí mismo pero también como componente del derecho a la salud, el derecho a la vida privada, etc.

2.3. Posibles casos de violaciones al derecho a la confidencialidad de la información de salud sexual y reproductiva:

El instrumento revela que las violaciones a la confidencialidad son sistemáticas y provocan daños irreparables en las vidas de las mujeres. Sería viable litigar los casos detectados en los que se pone un letrero en la cama de hospital, desde el punto de vista del derecho a la confidencialidad pero también desde el derecho a la no-discriminación. La revelación del diagnóstico a familiares o colegas que tenga consecuencia un despido, puede ser impugnada a nivel interno por la vía civil o incluso penal.

3. Negación de servicios de salud que resulta violatoria del derecho de todas las mujeres al máximo nivel posible de salud reproductiva:

¹⁴ Corte IDH, Caso De la Cruz Flores Vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de noviembre de 2004, Serie C No. 115.

¹⁵ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación en contra de la Mujer, Recomendación General 24, La Mujer y la Salud, párr. 12.

3.1. Violaciones al derecho a la salud sexual y reproductiva detectadas a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario:

El primer problema detectado es **la falta de servicios médicos para diagnosticar infecciones de transmisión sexual**. En México, 38% de las mujeres entrevistadas (35) indicó no haber recibido los servicios médicos necesarios para diagnosticar infecciones de transmisión sexual. En Nicaragua, 19% de las mujeres entrevistadas (15) no ha recibido los servicios médicos necesarios para diagnosticar infecciones de transmisión sexual. En Honduras, 50% de las mujeres entrevistadas (50) indicó no haber recibido dichos servicios médicos. En El Salvador este porcentaje es de 31% (22 mujeres)

Un segundo aspecto es la **falta de servicios médicos para atender infecciones de transmisión sexual**: En México, 43% de las mujeres entrevistadas (40) reporta que no se le han proporcionado dichos servicios médicos. En Nicaragua, 33% de las mujeres entrevistadas (26) también reporta esto. En Honduras, este porcentaje asciende al 57% de las mujeres entrevistadas (57). En El Salvador, esta cifra es de 31% de las mujeres entrevistadas (22).

Esto resulta violatorio del derecho a la salud sexual y reproductiva, el cual comprende el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas, así como la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (Art. 12 PIDESC), así como el acceso a servicios de atención médica en salud reproductiva (Art. 12 CEDAW).

Otra violación detectada es **la escasez o falta en el suministro de métodos que permiten a las mujeres con VIH ejercer sexo seguro**. En cuanto al suministro de condones, en México 19% de las mujeres (18) indicó que no se le ha proporcionado condones masculinos, mientras que 69% de las mujeres (63) indicó que no se le ha proporcionado condones femeninos. En Nicaragua se han proporcionado condones masculinos a todas menos 9 de las mujeres entrevistadas (68), mientras que el condón femenino se le ha proporcionado a menos del 10% (7). En Honduras, 34% de las mujeres indicó que no se le ha proporcionado condones masculinos (34) y 80% indicó que no se le ha proporcionado condones femeninos (80).

Finalmente, en El Salvador, mientras que sólo el 15% de las mujeres indica que no se le ha proporcionado condones masculinos (11), 45% de las mujeres indica que no se le ha proporcionado condones femeninos (31). Esto nuevamente nos habla de una política de prevención versada en el condón masculino, en detrimento del condón femenino u otras formas de ejercer sexo seguro.

Además de los métodos para tener sexo seguro, un derecho reproductivo básico es contar con **métodos anticonceptivos**, los cuales deben ser proporcionados por el Estado de manera gratuita. En México, 25% de las mujeres entrevistadas (23) indicó que no se le han proporcionado métodos anticonceptivos. En Nicaragua, 22% de las mujeres entrevistadas (17) indicó que no recibió dichos métodos. En Honduras, 40% de las mujeres entrevistadas (40) también indicó que no se le ha proporcionado métodos anticonceptivos. Esta cifra de 40% se repite en el caso de El Salvador (28).

La poca disponibilidad de condones ha llevado a algunas mujeres a no tener una vida sexual activa o a tener embarazos no deseados. Esto viola el derecho a la salud reproductiva el cual específicamente exige garantizar el acceso a servicios de atención médica, **inclusive los que se refieren a la planificación de la familia** (Art. 12, CEDAW). Además, esto resulta violatorio del derecho reproductivo básico de las mujeres consistente en “decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos” en igualdad de condiciones (Art. 16 CEDAW). Por otra parte, esto viola el derecho a una vida sexual plena.

En cuanto a la **atención médica en salud reproductiva**, el instrumento revela que las mujeres con VIH **no reciben atención integral en salud reproductiva**. En México, el 50% de las mujeres entrevistadas (46) considera que no recibe una atención integral en salud reproductiva. En Nicaragua, este porcentaje es del 48% de las mujeres entrevistadas (37). En Honduras, 53% de las mujeres (53) no considera recibir atención integral. En El Salvador, el porcentaje es de 45% (31). Aunque esta información es un tanto vaga, nos proporciona otro indicador de que los servicios en salud reproductiva no están a la altura de lo que exige el derecho a la salud reproductiva tal y como se ha descrito.

Otro problema es la no disponibilidad de **servicios para interrumpir un embarazo no deseado**. En México se reporta un caso en el que se le negó a la mujer la opción de terminar un embarazo no deseado cuando así lo solicitó (cuestionario 60). La persona es de Mazatlán, Sinaloa y fue informada que no era posible tener un aborto legal en dicho Estado, lo cual es cierto, pero no fue informada de las excepciones a dicha norma ni de la posibilidad de procurar un aborto legal en otras entidades. En Nicaragua, 2 mujeres respondieron que se les negó la opción de interrumpir un embarazo no deseado (ambos casos son de 2009). En Honduras, una mujer respondió que se le había negado esta opción (cuestionario 38, no marca fecha). En El Salvador también existe un caso (cuestionario 35, no marca fecha).

Otro tema importante es la **falta de aplicación de la prueba de VIH a las mujeres al conocer que están embarazadas**. Vemos que la prueba está lejos de ser ofrecida de manera sistemática para las mujeres embarazadas, lo cual resulta violatorio de las obligaciones del Estado en materia de derecho a la salud. En México, 28 mujeres reportaron que no se les ofreció la prueba de detección de VIH al conocer que estaban embarazadas. En Nicaragua, 45 mujeres reportaron que no se les ofreció la prueba. En Honduras, 13 mujeres reportaron esta situación y en El Salvador el número es de 22 mujeres. Si esta es la situación con mujeres que conocen su diagnóstico, esto nos habla de que la cobertura de la prueba para mujeres embarazadas en general es muy baja.

Por otra parte, se detectan serias violaciones a la obligación de los Estados de proveer a las mujeres con los **servicios médicos necesarios para tener un embarazo seguro**. En México 132 de las mujeres entrevistadas indicaron no sentirse apoyadas por el servicio público de salud para tener un embarazo y parto seguros. 9 mujeres indicaron que no recibieron antirretrovirales para prevenir la transmisión vertical una vez confirmado su diagnóstico. 11 mujeres indicaron no haber recibido sucedáneos de leche materna y quienes sí los recibieron, los recibieron por periodos de 1 a 5 meses solamente.

En Nicaragua, el número de mujeres que indicó no sentirse apoyada por el servicio público de salud para tener un embarazo y parto seguros es más bajo: 10 de las mujeres entrevistadas. Sin embargo, no puede soslayarse que 7 mujeres no recibieron antirretrovirales para prevenir la

transmisión vertical una vez confirmado su diagnóstico. 5 mujeres indicaron no haber recibido sucedáneos de leche materna y quienes sí lo recibieron fue por un máximo de 4 meses.

En Honduras, 19 de las mujeres entrevistadas indicaron no sentirse apoyadas por el sistema de salud para tener un embarazo y parto seguros. Sin embargo, 10 mujeres no recibieron antiretrovirales para prevenir la transmisión vertical una vez confirmado su diagnóstico. 8 mujeres indicaron no haber recibido sucedáneos de leche materna y quienes sí lo recibieron fue por un máximo de 1 a 3 meses solamente.

En El Salvador, 20 de las mujeres entrevistadas indicaron no sentirse apoyadas por el sistema de salud para tener un embarazo y parto seguros. Sin embargo, 7 mujeres no recibieron antiretrovirales para prevenir la transmisión vertical una vez confirmado su diagnóstico. 2 mujeres indicaron no haber recibido sucedáneos de leche materna y quienes sí lo recibieron fue por un máximo de 5 meses.

3.2. Marco jurídico internacional aplicable:

La salud sexual y reproductiva forma parte integral del derecho a la salud: el Artículo 12 apartado 1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece el derecho de toda persona al disfrute del **más alto nivel posible de salud física y mental**. Entre las medidas que deben adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho figuran las necesarias para la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas (Artículo 12, apartado 2, fracción c), así como la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (Artículo 12, apartado 2, fracción d).

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o "Protocolo de San Salvador", establece en su artículo 10 apartado 1 que "toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social". Esto incluye la atención primaria de la

salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad, la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado, la prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole, la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables (artículo 10 del Protocolo de San Salvador, apartado 1, incisos a, b, d y f).

El contenido del derecho a la salud ha sido desarrollado en la Observación General No. 14 relativa al derecho a la salud. En la Observación General No. 14, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales estableció que el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: disponibilidad, accesibilidad (accesibilidad física, la accesibilidad económica consistente en que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos, y el acceso a la información), aceptabilidad y calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado.

Específicamente para salud reproductiva: el artículo 12 de CEDAW establece protecciones concretas a los derechos reproductivos al señalar que los Estados parte adoptaran medidas para “garantizar el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia” y “garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

Los resultados que arroja el cuestionario demuestran que no se cumple con el derecho a la salud reproductiva tal y como ha sido desarrollado por la jurisprudencia internacional. Una estrategia jurídica sobre este tema tendrá que estar orientada a resaltar los alcances del derecho a la salud dentro del ámbito sexual y reproductivo y a enfatizar que las obligaciones de los Estados tendrían que ir mucho más allá de lo que revela la encuesta.

3.3. Posibles casos de negación de servicios de salud que resulta violatoria del derecho de todas las mujeres al máximo nivel posible de salud reproductiva:

- El primer tema que resalta es la **falta de suministro de la prueba de VIH a mujeres embarazadas**.
- El segundo tema que resalta es la falta de suministro de **métodos que permiten a las mujeres ejercer sexo seguro**. Sería interesante una estrategia jurídica que litigara la falta de disponibilidad del condón femenino que revela el cuestionario. Un posible caso sería el de una trabajadora sexual que exige a su centro de salud que se le proporcione el condón femenino pues es un medio de protección sobre el cual tiene mayor control. La idea sería formular esta petición en lenguaje de derechos sabiendo que va a ser negada (por ejemplo, en un centro de salud en el que se sabe que no dan el condón femenino). La negativa (idealmente por escrito) del centro de salud, puede ser litigable a nivel interno (al menos en México).

El objetivo de un litigio de este perfil sería el de traer a la luz pública la falta de alternativas al uso del condón pero también de contribuir a la creación de jurisprudencia sobre lo que realmente significa el derecho a la salud sexual y reproductiva. La argumentación se construiría en torno a la obligación del Estado en proveer a las mujeres, particularmente a las mujeres con VIH, de los métodos más adecuados para ejercer sexo seguro como parte de los medios necesarios para tener el máximo nivel posible de salud reproductiva. Además, resaltaría las obligaciones del Estado en materia de atención y prevención del VIH y en general, de proveer ciertos servicios de salud de manera gratuita, por lo cual podría atraer a organizaciones y académicos más allá del ámbito de la población de mujeres con VIH.

- Otra clara violación es la **falta de suministro de métodos anticonceptivos**. Aquí nuevamente puede impugnarse en sí misma la negativa de proporcionarlos y se seguiría la ruta planteada en el caso anterior: exigir de un centro de salud que proporcione determinado método anticonceptivo sabiendo de antemano que dicho método no está

disponible. Esta negativa funciona (al menos en México) como acto reclamado y puede ser impugnado a nivel interno vía amparo.

La estrategia jurídica tendría como objetivo impugnar la violación al derecho reproductivo básico que es aquel que se refiere a la información y métodos para planificar la familia conforme se detalla más arriba. Otro objetivo es nuevamente robustecer el reconocimiento de los alcances del derecho a la salud reproductiva y las obligaciones del Estado en cuanto al suministro de servicios de salud, específicamente para mujeres con VIH.

- Otro tema que presenta claras posibilidades de litigio estratégico es el de **la falta de servicios para evitar la transmisión vertical**. Es posible a partir de este instrumento, identificar casos en los que no se proporcionaron los antirretrovirales necesarios y, de manera aún más clara, que **no se le proporcionó a la mujer un parto por cesárea** cuando esa era su opción más segura. El acto impugnado en estos casos sería la negativa de cesárea la cual puede o no haber causado transmisión vertical del virus. En un caso de una mujer con una carga viral superior a las 1000 copias, la recomendación médica debe ser la cesárea, por lo que puede ser litigable un caso de este perfil en el que a la mujer le fue negada la cesárea, o que por una demora injustificada, tuvo un parto vaginal. A pesar de que las autoridades pueden argumentar que la demora se debe a que priorizaron otras emergencias obstétricas, este argumento es refutable si se considera que el VIH es un tema prioritario. Aún si el caso no se gana en sede judicial, puede ser materia de un litigio estratégico exitoso.

A pesar de que un caso de este perfil presenta altas posibilidades de litigio, también debe cuidarse la estrategia y el manejo mediático para no arriesgar entrar en el terreno de un discurso que ve a la mujer como madre y a la mujer embarazada como mero vehículo. Para esto, la violación debe centrarse, desde lo jurídico y desde lo mediático, en la mujer y su salud reproductiva con todo lo que ello entraña. El enfoque central de la estrategia debe ser la salud sexual y reproductiva de las mujeres con VIH.

En México se reporta un caso en el que la mujer reporta que el hospital sugirió cesárea y le hicieron parto natural (cuestionario 1064). Este puede ser también el caso de una mujer en Honduras que describe que puso en riesgo a su última hija pues no había cesárea (cuestionario 3041).

Inclusive, vale la pena discutir si es más recomendable litigar un caso en el que no se dio la transmisión vertical pero podría haberse dado (impugnar el riesgo). En esta estrategia, por lo menos en México, existen menos posibilidades de “ganar” el caso, pero tiene la ventaja de enfocarse en la madre y su salud física y mental. Un caso en el que sí se dio la transmisión vertical es más contundente pero presenta este riesgo discursivo de que se vuelva una discusión sobre la protección del bebé. En todo caso, en la argumentación jurídica será quizás deseable dejar fuera los argumentos en torno a la salud y la vida del producto.

Nuevamente aquí estaríamos en presencia de un litigio que tiene un doble objetivo: por un lado, se trata de impugnar la falta de información que hizo que la mujer no exigiera ciertos servicios necesarios para evitar la transmisión y por otro lado se trata de impugnar propiamente que no se hayan proporcionado dichos servicios. Incluso debe argumentarse que el no dar a una mujer la cesárea que requiere le genera tal sufrimiento que puede ser equivalente a tratos crueles, inhumanos y degradantes.

- Un tema preocupante en la región es la **no disponibilidad del aborto** para mujeres con VIH. Este tema no depende exclusivamente del sistema de salud público, pues las legislaciones regionales son muy restrictivas en cuanto a las posibilidades de obtener un aborto legal. Este es un tema que tiene potencial de litigio en las siguientes aristas:
 - En las pocas localidades en las que el aborto es permitido, litigar un caso en el que el personal médico no haya ofrecido este servicio, tras haber informado plenamente a la mujer en cuestión.
 - En aquellas localidades en las que el aborto no es permitido pero hay un sistema de excepciones, puede haber una excepción para cuando se ponga en peligro la vida o la salud de la madre. Dependiendo de la redacción de la norma, podríamos

construir una estrategia de litigio para empujar por una interpretación más amplia del concepto de salud. El objetivo sería lograr que una corte nacional o internacional reconociera que para una mujer con VIH llevar un embarazo a término puede poner en riesgo su salud física y mental de tal suerte que cabe dentro de la excluyente de responsabilidad.

- En aquellas localidades en las que el aborto no es permitido bajo ninguna circunstancia, buscar que se reconozca que el obligar a una mujer con VIH a llevar a término un embarazo no deseado puede ser equivalente a tratos crueles, inhumanos y degradantes.

4. Violación al derecho de no-discriminación de las mujeres con VIH:

4.1. Violaciones al derecho a la no-discriminación detectadas a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario:

La herramienta revela diferentes instancias de discriminación motivada por ser mujeres con VIH. En México, 41% de las mujeres entrevistadas (38) ha percibido alguna actitud discriminatoria por parte del personal de salud. En Nicaragua, 35% de las mujeres entrevistadas (27) ha percibido alguna actitud discriminatoria por parte del personal de salud. En Honduras, 54% han percibido esto y en El Salvador, 46% lo han percibido.

Algunos ejemplos de esto son: se les recrimina o “echa en cara” que vivan con la enfermedad, se les culpabiliza por haber transmitido el virus verticalmente antes de conocer el diagnóstico, se asocia su padecimiento con su identidad, (i.e. Ser “sidoso”), despido injustificado (como en un caso en México de una dependencia del gobierno federal). **Se reporta que en ocasiones se niega a las mujeres la realización de procedimientos médicos/quirúrgicos (ej. no revisión ginecológica a mujeres con VIH, no se realizó una cirugía en columna, no querían atender su parto).** Finalmente, hay una clara afectación en la calidad de los servicios médicos por vivir con VIH, por ejemplo, obligando a las mujeres a pasar al último o hablándoles desde la puerta del cuarto.

4.2. Marco normativo internacional aplicable:

La prohibición general de la discriminación se encuentra contemplada en diversos tratados internacionales firmados por los países participantes. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece que “todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley. A este respecto, la ley prohibirá toda discriminación y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social” (art.26). El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece a su vez que los Estados Partes “se comprometen a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales” (art. 3). La Convención Americana sobre Derechos Humanos también indica que los Estados “se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.” (art. 1).

Por su parte, la CEDAW establece en su artículo 12 la obligación específica de los Estados Partes para “eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.” Adicionalmente, la Recomendación General 15 del Comité CEDAW habla sobre la necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el SIDA. Particularmente indica que los Estados deben prestar especial atención a los derechos y necesidades de las mujeres y a los factores que se relacionan con la función de reproducción de la mujer y su posición subordinada en algunas sociedades, lo que la hace especialmente vulnerable al contagio del VIH.

4.3. Posibles casos de violaciones al derecho a la no-discriminación:

Como se viene diciendo, muchos de los casos ya propuestos involucran la violación a diferentes derechos y un litigio presenta la oportunidad de combatirlos simultáneamente. Prácticamente todos ellos involucran un argumento de discriminación, pues la mujer no estaría en esa circunstancia si no fuera mujer y si no viviera con VIH. Sin embargo, me parece especialmente relevante sugerir casos en los que se ventile la discriminación en el acceso a los servicios de salud. Una práctica como la negación de servicios ginecológicos tiene potencial de litigio, así como la práctica de “pasar al último”.

5. Presión sobre las mujeres para esterilizarse/esterilización forzada por vivir con VIH:

5.1. Violaciones por presión sobre las mujeres para esterilizarse/esterilización forzada por vivir con VIH:

En los países estudiados se reporta que hay presión por parte del personal de salud para controlar la reproducción de las mujeres con VIH. En México, 14% de las mujeres entrevistadas (13) reporta haber sentido alguna presión del personal de salud para aceptar un método anticonceptivo por vivir con VIH. En Nicaragua, 7% de las mujeres entrevistadas (6) reportan esta situación. En Honduras, 11% de las mujeres entrevistadas indicaron haber sido presionadas para aceptar métodos anticonceptivos. En El Salvador, esta cifra es de 7% (5 mujeres).

Adicionalmente, en México 20 de las mujeres entrevistadas reportó haber sido presionada para esterilizarse. En Nicaragua, 7 mujeres reportaron haber sido presionadas u obligadas a esterilizarse. En Honduras, 6 mujeres reportaron esta situación y en El Salvador se reportan 10 casos. Estos casos van desde la insistencia e intimidación hasta la esterilización forzada.

En México se reportaron 9 casos de esterilización por falta de consentimiento informado. En estos casos, se obtuvo el consentimiento de manera viciada (se les dijo que no tenían

otra alternativa o “no estaban para negarse”), en uno de ellos fue bajo los efectos de la anestesia y en uno de ellos no hubo consentimiento y se hizo durante la cirugía de la cesárea (cuestionario 1075). En Nicaragua también hay un caso de esterilización forzada (cuestionario 2029). En Honduras, se reportan 8 casos en los que hubo esterilización a partir de desinformación y presión. En El Salvador, se reportan 7 casos en los que hubo presión, coerción y falta de información y uno de ellos también de esterilización forzada pues le dijeron que la estaban interviniendo quirúrgicamente para atender un dolor de abdomen (cuestionario 4020).

Estos casos pueden ser claramente susceptibles de un litigio nacional e internacional. A pesar de que el cuestionario pedía indicar la fecha, las mujeres no indicaron año en la mayoría de los casos, por lo que es difícil saber si existen posibilidades de litigio por estos hechos (la última fecha indicada es de 2007, lo cual vuelve difícil que se litigue). Sin embargo, de considerarse estratégico, podría provocarse el acto reclamado para fines de amparo pues muchas de estas mujeres consideran ser constantemente presionadas.

5.2. Marco jurídico internacional aplicable:

El tema de esterilización forzada implica la violación a una gama de derechos protegidos internacionalmente. Estos derechos incluyen:

- Derecho a la integridad física y mental y a estar libre de tratos crueles, inhumanos o degradantes: Artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 16 (1) de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, artículo 6 de la Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura.
- Derecho a una vida libre de violencia de género: Artículo 2 de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belem do Pará).
- Derecho a la dignidad, privacidad y vida familiar: Artículo 11 y artículo 17(1) de la CADH, artículo 17 PIDCP, artículo 16 CEDAW.
- Derecho a la salud: Artículo 12.1 PIDESD, artículo 12 CEDAW.

Todos estos derechos están en juego en casos de esterilización forzada y tendrá que elegirse, como parte de la estrategia, cuáles de ellos privilegiar. También hay que tener presente el caso *FS v. Chile* interpuesto ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la esterilización forzada de una mujer por tener VIH. Será indispensable decidir si es estratégico litigar casos similares y bajo qué esquema.

5.3. Posibles casos de violaciones a los derechos a la integridad física, salud, autodeterminación, etc. por esterilización forzada:

La herramienta revela casos de esterilización que van desde la presión y chantaje para esterilizarse y de franca esterilización forzada. Estos casos pueden ser claramente susceptibles de un litigio nacional e internacional. A pesar de que el cuestionario pedía indicar la fecha, las mujeres no indicaron año en la mayoría de los casos, por lo que es difícil saber si existen posibilidades de litigio por estos hechos (la última fecha indicada es de 2007, lo cual vuelve difícil que se litigue). Sin embargo, de considerarse estratégico, podría provocarse el acto reclamado para fines de amparo pues muchas de estas mujeres consideran ser constantemente presionadas.

Por un lado, puede impugnarse la esterilización forzada de la cual encontramos tres casos como parte de una estrategia regional que apoye el caso *F.S. vs. Chile*. Por otra parte, es posible diseñar una estrategia jurídica que combata la presión por parte de los médicos, muchas veces a través de engaño e intimidación.

