

AMICUS CURIAE ante la Honorable Corte Interamericana de Derechos Humanos

Caso MANUELA y otros vs. El Salvador

I. Antecedentes

El Centro de Apoyo y Protección de los derechos humanos SURKUNA, es una organización jurídica ecuatoriana especializada en la defensa de los derechos humanos de mujeres, niñas y adolescentes, entre ellos su derecho de acceso a la justicia, tutela judicial efectiva, debido proceso y acceso a la salud.

Nuestra organización realiza procesos de defensa de los derechos humanos de las mujeres, adolescentes y niñas, cuando estas son encarceladas en casos de emergencias obstétricas o abortos en curso. En el transcurso de los años en nuestro ejercicio legal hemos podido constatar como la falta de respeto a los derechos de privacidad y confidencialidad en salud de las mujeres las exponen a procesos penales injustos, basados en estereotipos de género y cómo esto impide el acceso a su derecho a la atención en salud, pues si los servicios de salud se convierten en instancias de juzgamiento penal basados en prejuicios y preconceptos, se condena a las mujeres a elegir entre la cárcel y la muerte, al no poder confiar en las instituciones de salud, ante una emergencia obstétrica. Esto es especialmente relevante en contextos donde la maternidad se encuentra altamente idealizada, lo que genera que se asuma que cualquier complicación relacionada con el embarazo, parto, puerperio o post aborto sea responsabilidad de las mujeres.

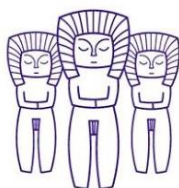
Buscamos visibilizar con este amicus, la importancia que tiene para los sistemas de salud, garantizar el secreto profesional como un pilar fundamental de una nueva forma de relacionamiento entre profesionales de salud y pacientes, que respeta el derecho al consentimiento informado y reconoce que las decisiones en salud les corresponden a las personas cuya salud está en riesgo. Además, de la importancia para las y los profesionales de salud de ejercer el secreto profesional como un derecho, que impide que sean perseguidos o criminalizados por cumplir sus deberes profesionales de una forma ética.

II. Objetivo y organización del *Amicus Curiae*

El objetivo de este informe es contribuir con elementos jurisprudenciales y doctrinales, a ampliar los estándares internacionales de derechos humanos en relación a la vigencia del derecho al secreto profesional de las y los profesionales de salud en materia de persecución penal.

El informe se divide en cuatro secciones:

- Derecho a la vida privada y su relación con la confidencialidad en salud.
- Violación del derecho a la confidencialidad en salud y su vinculación con la vulneración del derecho a la salud.



- Violación del derecho a la confidencialidad en salud y su vinculación con la vulneración del derecho a la vida.
- La violación de la confidencialidad en salud y su relación con la violación del derecho a la tutela judicial efectiva.

III. Argumento del *Amicus Curiae*

Derecho a la vida privada y su relación con la confidencialidad en salud.

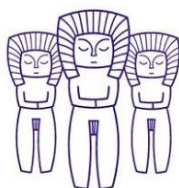
La Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 12, señala que *“Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.”*

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su artículo 17 estipula que *“nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación.”*

De la misma manera el artículo 11.2 de *la Convención Americana sobre Derechos Humanos* estipula que *“[n]adie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o reputación”*.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en adelante Corte IDH, en varios casos¹, ha establecido que el derecho a la vida privada es amplio, y por tanto el mismo no es susceptible de definiciones exhaustivas, incluyendo al derecho a la privacidad pero también aspectos fundamentales como la capacidad de desarrollar la propia personalidad y aspiraciones; determinar su propia identidad física y social y su personalidad; determinar su desarrollo personal y definir sus propias relaciones personales. En este sentido, la Corte ha definido que la garantía del derecho a la vida privada es fundamental para posibilitar la autonomía personal y la calidad de vida de las personas.

El derecho a la vida privada, incluye el derecho a la confidencialidad en salud de las personas, que implica de acuerdo a estándares internacionales en los casos *Albán Cornejo vs. Ecuador*, de *la Flores Cruz vs Perú*, y *Pollo Rivera vs Perú*, que: 1) la información en salud es confidencial y de carácter reservado, 2) la información que obtienen los profesionales de salud en el ejercicio de su profesión está privilegiada por el secreto profesional, 3) El expediente médico contiene información personal de manejo reservado, 4) existe una obligación estatal de proteger esta información mediante protocolos adecuados para su manejo y protocolos de sanción de la difusión inadecuada como una violación al derecho a la intimidad, 5) existe la obligación estatal de generar o modificar las leyes para proteger la información en salud de las personas, y 6) el secreto profesional no afecta el derecho de las personas de acceder a su información en salud.



cumplir con requisitos esenciales para garantizar el derecho a la salud, estableciendo que los mismos son la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios y precisando que dentro de estos elementos esenciales es fundamental que “el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad” y que para garantizar la aceptabilidad de los servicios los establecimientos de salud sean respetuosos de la ética médica, culturalmente adecuados y respeten la confidencialidad de la información en salud de las personas.

La confidencialidad en salud permite que las y los pacientes tengan confianza en el Sistema de Salud generando condiciones para precautelar el acceso a servicios de salud y, con esto, el derecho a la salud, a la vida, a la integridad, a la intimidad, al bienestar de la población. Además, la confidencialidad genera la posibilidad de acceder a la información necesaria para la atención, promueve las condiciones para la captación temprana y la asistencia sanitaria pronta. En este sentido, es uno de los pilares fundamentales de una nueva relación sanitaria basada en derechos, donde las demandas y necesidades de las personas son satisfechas y potenciada su capacidad para tomar decisiones informadas y autónomas sobre su vida y salud. Esta permite proteger tanto a las y los pacientes al asegurar el acceso de las personas a servicios de salud, sin miedo a estigmas, discriminación o denuncias; como a profesionales de la salud quienes al generarse las condiciones de confianza en la relación paciente y profesional de salud, pueden brindar atención de forma ética y acceder a información en salud necesaria para la adecuada atención y la reducción de riesgos relacionados con la práctica sanitaria.

El secreto profesional en salud, es una obligación que se deriva del derecho a la confidencialidad en salud de las y los pacientes, pues este derecho incluye la facultad de exigir que la información proporcionada a un profesional de salud en el contexto de la relación profesional de salud-paciente, no sea de conocimiento de terceros, con el objetivo de salvaguardar la intimidad de la o el paciente, y de esta forma garantizar su acceso y aceptabilidad de los servicios de salud, y la correlativa protección de otros derechos vinculados³. En este sentido, el deber de secreto profesional, también es fundamental para garantizar el derecho a la vida privada de las personas que asisten al sistema de salud para buscar atención.

Igualmente, en estándares internacionales en materia de derechos humanos se ha reconocido al secreto profesional en salud⁴, como un derecho/deber de los profesionales de salud, que se fundamenta en la ética de la relación profesional de salud/paciente y en la obligación bioética de actuar a favor del paciente y nunca en su perjuicio⁵. Por tanto, los profesionales de la salud tienen la obligación de respetar el secreto profesional, y la intimidad de las pacientes. Esto abarca tanto a los profesionales de la salud que reciben información confidencial directamente de sus pacientes o durante un examen médico, como al personal que conoce información a través de otros profesionales que participan en el tratamiento de pacientes, incluso desempeñando funciones administrativas, y a los profesionales que reciben información sin el consentimiento expreso de pacientes⁶.

En este sentido la Corte IDH, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, como otros órganos del sistema universal de derechos humanos, han reconocido que la violación del derecho a

de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párr. 152; *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 120 y 121, y Corte IDH. *Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*.



la confidencialidad de la información en salud de las personas, tiene graves impactos en el ejercicio de sus derechos a la salud, integridad personal, no discriminación, a estar libres de tratos crueles inhumanos y degradantes, al consentimiento informado y la autonomía personal. Indicativo de esto es lo sucedido en el caso Lluy vs Ecuador, donde la Corte IDH reconoce que el conocimiento de la condición de salud de Thalía, ser portadora de VIH, información que debería haber sido confidencial la expuso a la discriminación, estigma y afectó su integridad personal.

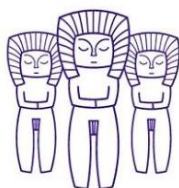
(...) al hacerse pública la enfermedad de Talía, la señora Lluy perdió su trabajo en la empresa en la que había trabajado por 10 años, de la cual fue despedida diciéndole que era “por dar mala imagen a la misma ya que [su] hija tenía VIH”. Después de su despido, la señora Lluy habría trabajado como empleada doméstica; sin embargo, “cuando [sus empleadores] reconocían quien era, [l]e decían que ya no [la] necesitaban” y en algunas ocasiones le reprocharon que “podía ponerles en riesgo de contagio” (...)

La confidencialidad en salud es fundamental para todas las personas, no obstante es especialmente importante para personas que han sufrido discriminaciones de forma histórica y para personas cuya vulnerabilidad y riesgo de discriminación se ve ahondado por la interseccionalidad de múltiples factores, esto pues vinculados con la conculcación de derechos de las personas se encuentran estereotipos o preconcepciones que se relacionan justamente con estas discriminaciones históricas.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en su observación general 24⁷ reconoce la importancia de respetar la confidencialidad de la información obtenida en el ámbito médico para precautelar el derecho a la salud, integridad personal y vida de las personas, especialmente de las mujeres. Planteando que la falta de confidencialidad en salud podría generar un efecto disuasivo en la búsqueda de atención requerida, que afectaría principalmente a las mujeres pues las disuade de obtener asesoramiento y tratamiento para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar métodos anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física, por los estigmas o estereotipos existentes, en este sentido puede afectar negativamente su salud y bienestar.

Diferentes órganos de monitoreo de tratados de derechos humanos reiteradamente han expresado su preocupación por las situaciones de discriminación en acceso a servicios, especialmente de salud sexual y salud reproductiva que se pueden producir por la falta de confidencialidad en la información en salud, y como las mismas exponen a las personas, pero especialmente a las mujeres a graves situaciones que comprometen su salud y vida⁸. En el caso de las mujeres, el ejercicio de su derecho a la salud y el acceso a determinados servicios de salud se ve fuertemente influenciado por varios estereotipos de género socialmente dominantes y persistentes que podrían generar discriminación contra las mismas. Siendo que incluso, si los servicios están disponibles el acceso a los mismos se ve dificultado por prácticas culturales, sociales o tradicionales.

El respeto a la confidencialidad es especialmente importante en el caso de servicios asociados con la sexualidad o reproducción de las mujeres, y especialmente en el caso de servicios vinculados al aborto, dado el estigma que pesa sobre quienes se someten y/o realizan el procedimiento. En este sentido la CEDAW, en su declaración sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, solicitó garantizar el acceso a servicios confidenciales de aborto y de atención posterior al aborto⁹, incluso



cuando la práctica no sea lícita¹⁰. Igualmente, el Comité ha expresado su preocupación por leyes que violen el derecho de las mujeres a la intimidad y a la salud reproductiva y den lugar al enjuiciamiento de mujeres por acudir a buscar atención por servicios obstétricos de emergencia¹¹.

En el mismo sentido, el **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** estableció que los Estados no deben limitar, ni negar el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva, ni siquiera por medio de leyes¹² y recomendó a los Estados que se aseguren de que los datos personales sobre las pacientes que se someten a abortos mantengan su carácter confidencial¹³, expresando su preocupación sobre la gravedad que suponen las denuncias de mujeres que solicitan atención médica debido a complicaciones causadas por abortos inseguros. De igual forma se ha manifestado el Comité contra la Tortura, que ha instado a que se proteja la privacidad de las mujeres que solicitan atención médica para complicaciones vinculadas con abortos¹⁴.

Así mismo, en su informe del año 2004, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Salud, Paul Hunt, señaló:

[...] en el contexto de la salud sexual y reproductiva puede suceder que se incumpla el deber médico de confidencialidad. A veces estos incumplimientos, si van acompañados de la estigmatización, dan lugar a pérdidas inmotivadas de empleo, expulsión de familias y comunidades, agresiones físicas y otros abusos. Además, la no confidencialidad puede disuadir a las personas de buscar asesoramiento y tratamiento, con el consiguiente perjuicio para su salud y su bienestar. Así pues, los Estados están obligados a tomar medidas eficaces para garantizar la confidencialidad y la privacidad de los servicios médicos¹⁵.

Esto, en un contexto generalizado de violencia y discriminación contra las mujeres como el que se vive en América Latina y El Caribe, donde además existen estereotipos y preconcepciones fuertemente arraigados sobre la vida, salud, sexualidad y reproducción de las mujeres, causa que la falta de confidencialidad en salud, especialmente en aquellos servicios vinculados con la sexualidad y la reproducción, tenga un impacto desproporcionado en la vida de las mujeres que incluso implica daños contra su integridad personal, salud o vida. Así, lo afirma por ejemplo la sentencia del caso IV vs. Bolivia, que establece que:

los derechos a la vida privada y a la integridad personal se hallan también directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud(...) (...) La falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva. Existe por tanto una conexión entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y psicológica¹⁶.

En el caso de mujeres adolescentes, mujeres empobrecidas, mujeres con bajo acceso a educación, la confidencialidad de la información en salud es mucho más relevante para garantizar que las mismas

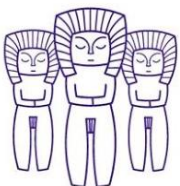
ONU CEDAW/C/SLV/CO/8-9 (2017).

¹⁰ Comité CEDAW, Recomendación general 24, párr. 12(d).

¹¹ Véase por ejemplo CEDAW. Observaciones finales sobre los informes finales séptimo y octavo combinados de Perú, en sus sesiones 1217ª y 1218ª, celebradas el 1 de julio de 2014 (véanse CEDAW/C/SR.1217 y 1218)

¹² Observación general número 22, disponible en:

<http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW1a0Szab0oXTdlmnsJZZVQfQeiF41Tob4CvIieTIAP6sU9x9>



accedan a servicios de salud, pues existen factores que aumentan la vulnerabilidad y los riesgos de discriminación, generando situaciones de discriminación múltiple o interseccional en el acceso a servicios de salud, que limitan sus derechos y decisiones, constituyendo la falta de confidencialidad en salud una grave barrera para el ejercicio de los mismos. Es por esto que para analizar estos casos es fundamental utilizar algunas de las categorías generadas por la CIDH para el análisis de casos de violaciones a derechos humanos de las mujeres, relacionadas con su derecho a la salud y con el impacto de estereotipos y preconceptos de género en el mismo, en contextos de discriminación generalizada. En este sentido, tomando en cuenta que existe una afectación de derechos diferenciada de acuerdo a la confluencia de factores de riesgo y vulnerabilidad, consideramos fundamental usar las categorías de discriminación múltiple y discriminación interseccional, establecidos en los casos *I.V vs Bolivia* y *Lluy vs Ecuador*.

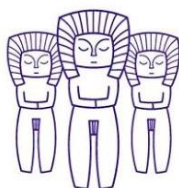
La Corte ha reconocido que ciertos grupos de mujeres padecen discriminación a lo largo de su vida con base en más de un factor combinado con su sexo, lo que aumenta su riesgo de sufrir actos de violencia y otras violaciones de sus derechos humanos. (caso I.V vs Bolivia)

La Corte nota que en el caso de Talía confluieron en forma interseccional múltiples factores de vulnerabilidad y riesgo de discriminación asociados a su condición de niña, mujer, persona en situación de pobreza y persona con VIH. La discriminación que vivió Talía no sólo fue ocasionada por múltiples factores, sino que derivó en una forma específica de discriminación que resultó de la intersección de dichos factores, es decir, si alguno de dichos factores no hubiese existido, la discriminación habría tenido una naturaleza diferente. (...) En suma, el caso de Talía ilustra que la estigmatización relacionada con el VIH no impacta en forma homogénea a todas las personas y que resultan más graves los impactos en los grupos que de por sí son marginados.

Factores como la edad, la condición de discapacidad, la situación de salud, factores socio-económicos, la falta de acceso a la educación, la situación de migración, la orientación sexual, entre otros, pueden sumarse al sexo y género para aumentar las vulnerabilidades y riesgos que enfrentan las mujeres cuando no existe confidencialidad en salud, y constituir mayores barreras de acceso para las mismas.

Al respecto, el Comité sobre los Derechos del Niño ha destacado que “[t]odos los adolescentes deben poder acceder a servicios, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en línea o presenciales, gratuitos, confidenciales, adaptados a sus necesidades y no discriminatorios, que deben cubrir, entre otros asuntos... servicios de aborto seguros”¹⁷. Asimismo, el Comité ha recomendado que los gobiernos se aseguren de que los niños y niñas tengan acceso a asistencia y asesoramiento médico confidenciales sin el consentimiento de sus padres, incluso para servicios de salud reproductiva¹⁸. Del mismo modo, ha instado expresamente a que haya acceso confidencial de las adolescentes a abortos legales¹⁹.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que la no discriminación y la igualdad en el acceso a servicios de salud no pueden ser postulados únicamente formales, sino que se deben garantizar de manera sustantiva. De acuerdo con el Comité, “la igualdad sustantiva requiere que se aborden las necesidades particulares en materia de salud sexual y reproductiva de grupos concretos, así como cualquier obstáculo con que puedan tropezar”²⁰. En este sentido, el Comité ha reconocido que algunos grupos enfrentan mayores obstáculos para acceder a la salud



reproductiva, a saber: las personas que viven en zonas rurales y remotas²¹, las mujeres pobres, las adolescentes, y las mujeres y las niñas que viven en situaciones de conflicto armado.

En el caso de El Salvador, las categorías de discriminación múltiple o discriminación interseccional son particularmente relevantes, pues a pesar de que la normativa establece la obligación de guardar confidencialidad y secreto profesional en salud (artículo 37 y 38 del código de salud) y penaliza la revelación del mismo, excepto cuando la paciente es la víctima de un crimen, la paciente apruebe la revelación del secreto y exista un conflicto entre dos obligaciones legales (artículo 87 CP), la constante es que los proveedores de salud denuncien a las mujeres que llegan a hospitales con complicaciones obstétricas, abortos complicados o post abortos, sin importar las circunstancias en que estos sucedan. Siendo más común la criminalización de mujeres empobrecidas, con bajos niveles educativos y mujeres jóvenes por aborto u homicidio agravado en razón de parentesco²².

Es así que desde el año de 1999, se ha generado una persecución sistemática de mujeres que acuden a hospitales con emergencias obstétricas o complicaciones espontáneas que ocurren durante el embarazo, parto, puerperio o post parto relacionadas con sus procesos reproductivos²³. Entre los años 2000 y 2019, se identificaron 181 casos de mujeres que sufrieron emergencias obstétricas y fueron criminalizadas por aborto o homicidio agravado²⁴. Según un informe del Centro de Derechos Reproductivos, en los casos en los que las mujeres han sido procesadas por aborto en El Salvador, en el 57.36% las denuncias provienen del personal de salud²⁵ y han implicado una trasgresión del derecho a la confidencialidad y del deber de secreto profesional²⁶.

En estos casos se ha identificado la existencia de estereotipos de género y prácticas discriminatorias contra las mujeres que acuden buscando atención obstétrica, debido al estigma existente contra el aborto en El Salvador, la falta de conocimiento de las obligaciones legales de los profesionales de salud y la existencia de un contexto social generalizado de discriminación contra las mujeres.

Varias investigaciones²⁷ recogen esta realidad mostrando la existencia de patrones sistemáticos de

²¹ *ibidem*, párrafo 16.

²² Peñas, M. El aborto en el salvador: tres décadas de disputas sobre la autonomía reproductiva de las mujeres. *Península* vol. XIII, núm. 2, págs. 213-234. Disponible en: Feusier, O. Pasado y presente del delito de aborto en El Salvador. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA): Departamento de Investigaciones Jurídicas, 2012. págs. 45-68. Disponible en:

http://www.uca.edu.sv/deptos/ccij/media/archivo/95bbb4_pasadovpresentedeldelitodeabortoenelsalvador.pdf; Viterna, J. 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. Universidad de Harvard. 2014. Disponible en:

http://scholar.harvard.edu/files/viterna/files/analysis_preliminar_17_salvadorenas_espanol_0.pdf

Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto. Del hospital a la cárcel 1998-2019: consecuencias para las mujeres por la penalización sin excepciones de la interrupción del embarazo en El Salvador. El Salvador. 2019. Fundación de Estudios para la Aplicación del Derecho (FESPAD).

Diagnóstico: Mujeres criminalizadas por homicidio agravado a causa de problemas obstétricos o partos extra hospitalarios. El Salvador: FESPAD Ediciones. 2018

²³ Peñas, M. El aborto en el salvador: tres décadas de disputas sobre la autonomía reproductiva de las mujeres. *Península* vol. XIII, núm. 2, págs. 213-234. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/peni/v13n2/1870-5766-peni-13-02-213.pdf>; Feusier, O. Pasado y presente del delito de aborto en El Salvador. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA): Departamento de Investigaciones Jurídicas, 2012. págs. 45-68. Disponible en:

http://www.uca.edu.sv/deptos/ccij/media/archivo/95bbb4_pasadovpresentedeldelitodeabortoenelsalvador.pdf; Viterna, J. 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. Universidad de Harvard. 2014. Disponible en:

http://scholar.harvard.edu/files/viterna/files/analysis_preliminar_17_salvadorenas_espanol_0.pdf

²⁴ Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto. Del hospital a la cárcel 1998-2019: consecuencias para las mujeres por la penalización sin excepciones de la interrupción del embarazo en El Salvador. El Salvador. 2019. Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria. Opinión Núm. 68/2019, relativa a Sara del Rosario Rogel García, Berta Margarita Arana Hernández y Evelyn Beatriz Hernández Cruz (El Salvador).

A/HRC/WGAD/2019/68. 4 de marzo de 2020, párr. 101.



persecución, donde las discriminaciones se entrecruzan siendo las más afectadas las mujeres empobrecidas, con bajos niveles de escolaridad y las mujeres jóvenes. El caso frente al cual realizamos este Amicus es un ejemplo emblemático de la vulneración del derecho a la vida privada a través de la vulneración del derecho a la confidencialidad en salud. En este caso, Manuela una mujer empobrecida, sin educación que vivía en un área rural de El Salvador y tuvo una emergencia obstétrica, que le pudo causar la muerte y no fue detectada de forma oportuna por el sistema de salud. Con esta condición de salud ella llega al hospital y es denunciada desde el mismo, por un supuesto aborto, aún cuando existía la obligación legal tanto dentro del marco jurídico salvadoreño como internacional de derechos humanos de guardar confidencialidad sobre su situación en salud.

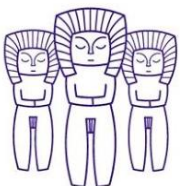
Esto generó graves impactos para Manuela y su familia, ella fue criminalizada y no tuvo acceso a un proceso justo, puesto que los estereotipos de género en su contra la condenaron, antes incluso de enfrentar un proceso legal, usando epítetos como “mujer inmoral” “asesina” o “mujer infiel”. Mismos que además le impidieron el acceso a la justicia y a la salud. Estos estereotipos y estigmas también perjudicaron a su familia que tuvo que enfrentar estigma y exclusión social. Mismos que sumados a las múltiples vulnerabilidades, que ya enfrentaban, agudizaron su sufrimiento y los impactos de todas las vulneraciones de derechos humanos que sufrieron.

En este sentido, la vulneración del derecho a la confidencialidad de salud vulneró el derecho a la vida privada de Manuela, exponiéndola a una vulneración de todos sus derechos debido a que la misma fue sujeta de formas de discriminación múltiples e interseccionales. Al respecto, es importante señalar que es necesario que en este caso se sienten precedentes importantes sobre la necesidad de garantizar el derecho a la vida privada de las mujeres y su relación con el derecho a la confidencialidad en salud, y también analizar como la violación de la confidencialidad en salud tiene afectaciones diferentes de acuerdo al contexto, a los factores de vulnerabilidad y riesgo que enfrenten las personas, y en este caso en concreto las mujeres. Siendo fundamental, que la Corte se pronuncie sobre este caso, para garantizar los derechos humanos de las mujeres en general; pero, principalmente de aquellas que se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad.

Violación del derecho a la confidencialidad en salud y su vinculación con la vulneración del derecho a la salud

Como analizamos en el acápite anterior, el derecho a la confidencialidad en salud es fundamental para garantizar el derecho a la vida privada de las mujeres, pero también sus derechos a la salud, integridad, no discriminación y vida. Una parte fundamental del derecho a la salud es la posibilidad de acceder a servicios de salud para lo cual es fundamental que estos servicios estén disponibles, sean accesibles, aceptables y de calidad. Para la aceptabilidad de los servicios, especialmente en el caso de mujeres, es fundamental que se garantice el derecho a la confidencialidad en salud, más aún si estos servicios se relacionan con la sexualidad o la reproducción de las mujeres, puesto que por los estereotipos y preconceptos de género existentes en la sociedad las mujeres pueden renunciar a asistir a servicios de salud no confidenciales, por miedo al estigma o la discriminación. Como lo analizamos también, esta situación se vuelve más relevante cuando las mujeres experimentan factores que pueden exponerlas a más vulnerabilidad o riesgo.

En este sentido, es fundamental garantizar la confidencialidad en salud de las mujeres como una medida para eliminar obstáculos de acceso de las mujeres a la salud y mitigar prácticas discriminatorias que impiden el ejercicio de sus derechos. Al respecto, el Comité de Derechos



reproductiva”²⁸ pues “la igualdad sustantiva requiere que las leyes, las políticas y las prácticas no mantengan, sino que mitiguen, la desventaja inherente que experimentan las mujeres en el ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva”²⁹. Como parte de las obligaciones de los estados de proveer de los servicios de salud sin discriminación, en los niveles mínimos y esenciales de forma inmediata³⁰.

De acuerdo con la mencionada Observación General No. 22:

*las violaciones de la obligación de cumplir se producen cuando el Estado no adopta todas las medidas necesarias para facilitar, promover y afirmar el derecho a la salud sexual y reproductiva con el máximo de los recursos disponibles³¹ (y) cuando los Estados no adoptan medidas afirmativas para erradicar los obstáculos legales, procedimentales, prácticos y sociales al disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva (...)*³²

Al interpretar los deberes de los Estados con respecto al derecho a la salud de las mujeres, las decisiones y recomendaciones de los órganos de tratados del Sistema Universal de Naciones Unidas, han puesto el foco en la obligación de garantizar el derecho de toda mujer a acceder, *sin perjuicio ni discriminación alguna*, a los servicios de atención médica, entre los que se encuentra la atención a complicaciones obstétricas y complicaciones derivadas del aborto. Esto requiere que se garanticen las condiciones de confidencialidad en la atención y que los servicios de salud no utilicen información confidencial que adquieren en una relación de confianza, para transmitir a otras personas o instituciones, pues esto genera obstáculos de acceso a la salud y vulnera los derechos de las y los pacientes.

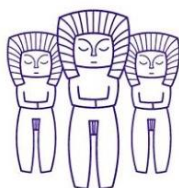
En este sentido, la protección del deber de confidencialidad de las y los profesionales de la salud, es fundamental para garantizar el derecho a la salud de las personas, pues la falta de confianza en el sistema de salud restringe el acceso de las personas a servicios, generando un riesgo para el derecho a la integridad personal y la vida.

Al respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reiteradamente ha establecido que el acceso *sin discriminación* a los servicios de salud sexual y salud reproductiva es un imperativo de derechos humanos. En la Observación General N° 14 del año 2000, sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, dicho Comité indicó que: “el ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva”.³³

En la Observación General N° 22³⁴ relativa al derecho a la salud sexual y salud reproductiva, el Comité DESC también planteó que los Estados tienen la obligación básica de asegurar, por lo menos, la satisfacción de los niveles esenciales mínimos del derecho a la salud sexual y reproductiva. Las obligaciones básicas son, las siguientes:

²⁸ Comité DESC (2016). Observación General No. 22. Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22. 2016, párrafo 25.

²⁹ Comité DESC (2016). Observación General No. 22. Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Derechos Económicos,



- a) *Derogar o eliminar las leyes, políticas y prácticas que penalicen, obstaculicen o menoscaben el acceso de las personas o de determinados grupos a los establecimientos, los servicios, los bienes y la información en materia de salud sexual y reproductiva;*
- c) *Garantizar el acceso universal y equitativo a servicios, bienes y establecimientos asequibles, aceptables y de calidad en materia de salud sexual y reproductiva, en particular para las mujeres y los grupos desfavorecidos y marginados;*
- e) *Adoptar medidas para prevenir los abortos en condiciones de riesgo y prestar asistencia y ayuda psicológica con posterioridad a los abortos a quienes lo necesiten;*
- f) *Velar por que todas las personas y grupos tengan acceso a una educación e información integrales sobre la salud sexual y reproductiva que no sean discriminatorias, que sean imparciales, que tengan una base empírica y que tengan en cuenta las capacidades evolutivas de los niños y los adolescentes.*

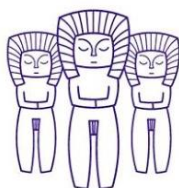
Sostuvo, además, que:

hay muchas leyes, políticas y prácticas que socavan la autonomía y el derecho a la igualdad y la no discriminación en el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva, por ejemplo la penalización del aborto o las leyes restrictivas al respecto [y que la realización de los derechos de las mujeres requiere que los Estados] “liberalicen las leyes restrictivas del aborto.

También, la observación específicamente dispuso que “todas las personas y grupos deben poder disfrutar de igualdad de acceso a la misma variedad, calidad y nivel de establecimientos, información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva (...) sin ningún tipo de discriminación [lo que principalmente requiere la igualdad jurídica y formal]”. Esto implica que los Estados en la garantía del derecho a la salud, deben garantizar la confidencialidad de la información en salud de las personas, especialmente de las mujeres y personas en condiciones de múltiples vulnerabilidades o que han vivido situaciones históricas de discriminación.

El Comité de los Derechos del Niño en la Observación General N° 15 emitida en el año 2013, sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, el Comité entendió que durante el embarazo, el parto y los períodos prenatal y posnatal pueden surgir situaciones de riesgo que repercuten a corto y a largo plazo en la salud y el bienestar de la madre y el niño. A partir de ello, dicho Comité recomendó “que los Estados garanticen el acceso al aborto en condiciones de seguridad y a servicios posteriores al aborto, independientemente de si el aborto es en sí legal”. Igualmente, en la Observación General N° 20 emitida en el año 2016, sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, el Comité instó a que los Estados despenalicen el aborto para que las niñas y adolescentes puedan, en condiciones seguras, abortar y ser atendidas tras hacerlo. Para esto este Comité también señala como fundamental que se garantice la atención en salud de niñas, y adolescentes y la confidencialidad de la misma³⁵.

De acuerdo a la jurisprudencia, la salud es parte del derecho a la integridad personal, e incluye el derecho de acceder a servicios de salud, de gozar de igualdad en el disfrute del más alto nivel posible de salud y también “la libertad de cada individuo de controlar su salud y su cuerpo y el derecho a no padecer injerencias, tales como no ser sometido a torturas ni a tratamientos y



velen por que las mujeres tengan acceso a la atención médica de emergencia, incluidos los cuidados posteriores al aborto, sin temor a sanciones penales o represalias, y establece que denunciarlas o obligarlas a declarar para atenderlas se considera tortura³⁷.

La ruptura de la confidencialidad en salud, tiene efectos también sobre la salud mental de las mujeres, al respecto el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud explica que: la intensa estigmatización del procedimiento del aborto y de las mujeres que se someten a él pueden tener efectos perniciosos para la salud mental de la mujer.³⁸ Siendo el factor que causa estos efectos la ruptura de la confidencialidad en salud, pues a los efectos discriminatorios que pueden vivir las mujeres dentro de los servicios de salud como violencia obstétrica, maltrato, dilataciones en la atención, se suman los sufrimientos que les causa el estigma social que se genera contra ellas cuando son denunciadas, estigmatizadas y discriminadas en sus comunidades, y en el caso de El Salvador la criminalización mediante procesos legales altamente cuestionables pues en los mismos, es frecuente el uso de estereotipos de género.

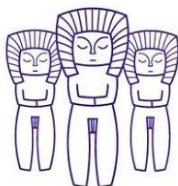
El Relator del derecho a la salud establece como estandar que es necesario para garantizar el derecho a la salud y vida de las mujeres que tengan:

derecho a recibir del Estado (...) servicios de salud de calidad para tratar las complicaciones derivadas del aborto, incluidos los practicados en condiciones peligrosas y los abortos espontáneos. Esa atención debe ser incondicional, aun cuando el aborto conlleve sanciones penales, no deberá depender de la posterior cooperación de la mujer en el enjuiciamiento penal, y en ningún caso podrá utilizarse como prueba contra ella ni contra quienes hayan practicado el aborto. La legislación no debe obligar al personal sanitario a denunciar a las autoridades policiales o judiciales a las mujeres que hayan recibido atención relacionada con el aborto.

Toda esta normativa, pronunciamientos, informes y comunicaciones nos permiten afirmar que la ruptura de la confidencialidad en salud vulnera el derecho a la salud de las mujeres, pues establece trabas para que las mujeres accedan a servicios de salud; las disuade de obtener asesoramiento y tratamiento en salud para determinadas enfermedades y condiciones; dificulta el acceso a tratamiento post-aborto y de abortos diferidos; reproduce estereotipos tradicionales sobre la maternidad, reproducción, feminidad, sexualidad y aborto; perpetúa la consideración de la mujer como subordinada, lo que propicia la violencia de género; justifica prácticas de dominación que limitan el ejercicio de sus derechos humanos, libertades fundamentales y sostienen la discriminación a las mujeres. Además, establece condiciones que propician que las mujeres sean sometidas a torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes; lesiona la dignidad y autonomía de las mujeres; restringe el control de las mujeres sobre su cuerpo y su vida; expone a las mujeres a maternidades forzadas; genera riesgo de criminalización, estigma y marginalización en contra de las mujeres, que las disuade de asistir oportunamente a servicios de salud frente a una emergencia médica incrementado los riesgos vitales de un aborto inseguro.

Violación del derecho a la confidencialidad en salud y su vinculación con la vulneración del derecho a la vida

El derecho a la vida se encuentra reconocido en los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Ecuador y en las Declaraciones de Derechos Humanos que fueron aprobadas por El



Derechos Humanos se señala que toda persona tiene derecho a que se respete su vida, que este derecho estará protegido por la ley, en general, a partir del momento de la concepción y que nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

De acuerdo con la jurisprudencia nacional e internacional, el derecho a la vida debe ser entendido como un derecho humano fundamental, prerequisite para el goce y ejercicio del resto de derechos humanos, razón por la que el mismo no puede ser interpretado restrictivamente³⁹.

Respecto al derecho a la vida los Estados tienen una triple responsabilidad: 1) Garantizar que ninguna persona sea privada arbitrariamente de la vida y de sancionar cuando esto sucede; 2) Crear condiciones para que no se produzcan violaciones de este derecho -en este sentido, de acuerdo con la Corte IDH⁴⁰, el Estado es responsable de precautelar situaciones de riesgo al derecho a la vida de las personas, cuando se establezca que las autoridades conocían de la existencia de una situación de riesgo real e inmediato para la vida de una persona o grupo social y no tomen las medidas necesarias para prevenir o evitar ese riesgo-; y, 3) Garantizar condiciones para una vida digna.

Sobre la obligación de prevención de violaciones al derecho a la vida, la Corte Interamericana ha señalado que el artículo 1.1. de la Convención impone a los Estados: “(...) deberes especiales, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre”.

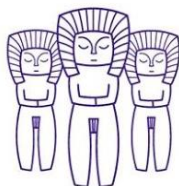
El Tribunal ha señalado, de manera reiterada que:

(...) para evaluar el surgimiento de la responsabilidad del Estado por faltar a dicho deber ha sido [necesario] verificar que: 1) al momento de los hechos existía una situación de riesgo real e inmediato para un individuo o grupo de individuos determinados; 2) que las autoridades conocían o debían tener conocimiento de ese riesgo, y 3) que las autoridades, pese a ello, no adoptaron las medidas necesarias dentro del ámbito de sus atribuciones que, juzgadas razonablemente, podían esperarse para prevenir o evitar ese riesgo.

La ruptura de la confidencialidad en salud cuando las mujeres acuden a buscar atención por complicaciones obstétricas o relacionadas con su salud reproductiva es una barrera que impide que a las mujeres les sea garantizado el derecho a la vida. Pues esta ruptura de la confidencialidad en salud, tiene como consecuencia la criminalización de mujeres, influye directamente en la posibilidad de que las mujeres busquen atención de emergencia cuando experimentan una complicación obstétrica o viven un proceso de aborto complicado, lo cual pone en riesgo su derecho a la vida, como bien conoce cualquier estado y en específico en el presente caso el Estado de El Salvador.

El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, en la misma línea agrega:

(...) leyes que exigen a los profesionales de la salud denunciar los casos “sospechosos” de tratarse de abortos ilegales cuando una mujer acude a recibir atención después de un aborto, incluido un aborto espontáneo. Estas leyes dificultan el acceso de las mujeres pobres, desplazadas y jóvenes a abortos sin riesgo y a la atención posterior al aborto. Estos



Estableciendo así, que la ruptura de la confidencialidad en salud, tiene efectos también sobre la salud mental de las mujeres y sobre su vida, al respecto el Relator explica que: “la intensa estigmatización del procedimiento del aborto y de las mujeres que se someten a él, pueden tener efectos perniciosos para la salud mental de la mujer. La presión acumulada y el estigma asociado al aborto han llegado a empujar a algunas mujeres al suicidio (...)”⁴¹.

La ruptura del secreto profesional y la confidencialidad en salud es una barrera que afecta de forma desproporcionada a determinadas personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Así, con relación a las niñas, personas con capacidad de abortar menores de edad y adolescentes, las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo⁴² de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud⁴³. En el año 2006 y desde una base de datos provenientes de 56 países, se determinó que las probabilidades de que las mujeres entre 15 y 19 años mueran debido al embarazo o parto son dos veces superiores a las de una mujer entre 20 y 30 años; para las menores de 15 años este riesgo es cinco veces mayor⁴⁴.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la educación de la mujer y su acceso a educación sexual y reproductiva, tienen una relación importante con la muerte materna, por ello es esencial que la mujer tenga información adecuada para que pueda detectar signos de alerta, identificar riesgos de complicación y buscar atención médica de manera oportuna⁴⁵. Para esto como ya lo hemos dicho es fundamental que pueda acceder a servicios de salud y por tanto que estos garanticen la confidencialidad de la información en salud.

En definitiva, el riesgo de la ruptura de la confidencialidad en salud es inminente e inmediato para el derecho a la vida de todas las niñas, adolescentes, mujeres y personas de las disidencias sexo genéricas.

La violación de la confidencialidad en salud y su relación con la violación del derecho a la tutela judicial efectiva.

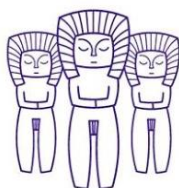
En países con legislaciones restrictivas en el tema de aborto, a los riesgos a la salud, integridad y vida de las mujeres que representan los abortos clandestinos e inseguros, se le suman la falta de atención a complicaciones obstétricas y los riesgos de criminalización a las mujeres que buscan asistencia médica posterior a estos procedimientos, sea que ellas atraviezan procesos de aborto espontáneos o provocados, estos riesgos se dan principalmente por la ruptura de la confidencialidad en salud y el secreto profesional. En esta acápite vamos a analizar estas vulneraciones desde nuestra experiencia como organización que defiende a mujeres en estas situaciones, si bien la experiencia de Ecuador difiere de la de El Salvador, la lectura de múltiples investigaciones en este país,⁴⁶ nos permiten establecer un paralelismo importante sobre estas vulneraciones.

⁴¹ Ibídem, párrafo 36.

⁴² Ganchimeg T, O. E. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A World Health Organization multicountry study. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*.

⁴³ Leyva Flores, R., Serván-Mori, E., & Quintino, F. (2013). Embarazo en Adolescentes menores de 15 años de edad en Ecuador: Determinantes y consecuencias socio-económicas. Resumen Ejecutivo, Fondo de Población de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Representación Ecuador.

⁴⁴ Comité Subregional Andino para la prevención del Embarazo en Adolescentes (2008). El embarazo en Adolescentes en la Subregión Andina, disponible en: <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Diagnostico%20Final%20-%20Embarazo%20en%20adolescentes.pdf> (última visita:



En este sentido, y considerando que la criminalización de mujeres por aborto y complicaciones obstétricas, como la denuncia de las mismas desde los sistemas de salud responden a la situación de discriminación que viven las mujeres por su sexo y por los atributos que tradicionalmente se han otorgado a su género, relacionados con la idealización de la maternidad, pero también por la existencia de estereotipos catalogados por la Corte IDH como: “pre-concepción de atributos o características poseídas o papeles que son o deberían ser ejecutados por hombres y mujeres respectivamente(...)”⁴⁷ y que de acuerdo a esta misma Corte “es posible asociar la subordinación de la mujer a prácticas basadas en estereotipos de género socialmente dominantes y socialmente persistentes, condiciones que se agravan cuando los estereotipos se reflejan, implícita o explícitamente, en políticas y prácticas, particularmente en el razonamiento y el lenguaje de las autoridades de policía judicial (...)”⁴⁸.

Nos permitimos poner en su conocimiento las prácticas sistemáticas que ejercen los sistemas de justicia en el uso de estos estereotipos de género contra mujeres que son denunciadas por aborto o complicaciones obstétricas desde el Sistema de Salud. Son estos estereotipos y su influencia en los procesos de justicia, los que se convierten en una de las causas y consecuencias de la violencia de género en contra de la mujer y la violación sistemática de su derecho de tutela judicial efectiva en este tipo de casos⁴⁹ y los que causaron que el caso que se analiza haya podido darse, pues Manuela fue una mujer criminalizada en base a estos estereotipos de género y en contra ella se efectuaron una serie de violaciones del debido proceso, la tutela judicial efectiva, el derecho a la defensa, vinculadas justamente con la falta de confidencialidad en salud.

En este sentido, es importante rescatar varios precedentes en los que la Corte IDH⁵⁰ reconoce que el ejercicio del derecho a la salud de las mujeres, se puede ver afectado por estereotipos de género y que estos principalmente repercuten en el menoscabo, anulación o restricción de la libertad y autonomía de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva, pues esto es exactamente lo que sucede cuando se rompe la confidencialidad en salud, cuando las mujeres buscan atención posterior a complicaciones obstétricas o aborto complicados. No obstante, estas mujeres sufren una doble vulneración de sus derechos por cuanto estos prejuicios y estereotipos no son utilizados únicamente para restringir su acceso a la salud, sino también que sistemáticamente violan su acceso a la tutela judicial efectiva y a la justicia.

En la mayoría de países de Latinoamérica, las denuncias a mujeres por aborto son realizadas por parte de profesionales de salud, especialmente de hospitales públicos. Esto se da por una desinformación sobre sus obligaciones relativas, en caso de mujeres que cursen complicaciones obstétricas relacionadas con aborto⁵¹, pero también por el estigma existente contra esta práctica que hace tolerable y legítima el irrespeto de obligaciones en salud fundamentales. Al respecto el Relator de Salud, estableció:

Las mujeres tienen derecho a recibir del Estado una atención de la salud en pie de igualdad como parte de su derecho a la salud. Independientemente de la condición jurídica del aborto, las mujeres tienen derecho a acceder a bienes, servicios e información relacionados con la salud sexual y reproductiva. En particular, tienen derecho a acceder a servicios de

⁴⁷ Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009

⁴⁸ Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de



salud de calidad para tratar las complicaciones derivadas del aborto, incluidos los practicados en condiciones peligrosas y los abortos espontáneos. Esa atención debe ser incondicional, aun cuando el aborto conlleve sanciones penales, no deberá depender de la posterior cooperación de la mujer en el enjuiciamiento penal, y en ningún caso podrá utilizarse como prueba contra ella ni contra quienes hayan practicado el aborto. La legislación no debe obligar al personal sanitario a denunciar a las autoridades policiales o judiciales a las mujeres que hayan recibido atención relacionada con el aborto.

Igualmente, en la mayoría de países las denuncias son contrarias a lo establecido en la legislación penal, que generalmente reconoce derechos relativos al secreto profesional y la confidencialidad en salud. El Salvador no es la excepción, este país establece incluso la penalización de las personas que rompen su secreto profesional, no obstante, las denuncias por parte de profesionales de salud son la principal causa de criminalización a mujeres por aborto⁵².

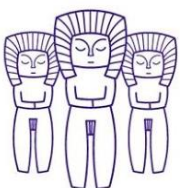
Al denunciar a las mujeres que llegan a los servicios de salud con complicaciones derivadas de abortos espontáneos o provocados en condiciones de riesgos, los profesionales de salud no solo violan los derechos humanos de estas mujeres a la privacidad, intimidad, protección de datos de carácter personal, autonomía, salud, vida, integridad, sino que las exponen a tratos crueles, inhumanos o degradantes y prácticas que podrían ser consideradas tortura. Al respecto el Relator contra la Tortura, ha establecido:

El derecho internacional de los derechos humanos reconoce en grado creciente que los abusos y los malos tratos infligidos a mujeres que tratan de obtener servicios de salud reproductiva pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales, provocados por motivos de género (A/HRC/22/53). Los proveedores de servicios sanitarios tienden a ejercer una autoridad considerable sobre sus pacientes, lo que sitúa a las mujeres en una posición de indefensión, mientras que la falta de marcos jurídicos y normativos que permitan a las mujeres ejercer su derecho a acceder a los servicios de salud reproductiva las hace más vulnerables a la tortura y los malos tratos⁵³.

No obstante, a pesar de todo esto la ruptura del secreto profesional en caso de mujeres que acuden a servicios de salud por aborto no es sancionada, y generalmente no es considerada una causa de nulidad en los procesos penales, a pesar de que viola varios fundamentos del debido proceso en materia penal como la inocencia debida, la prohibición de autoincriminación, la prohibición de actuar en base a pruebas obtenidas de forma ilegal.

Esto fue lo que sucedió en el caso para el cual se prepara este Amicus, pues Manuela fue denunciada por la profesional de salud que la atendió tras un interrogatorio cuando ella se encontraba grave de salud. La profesional asumió que la emergencia obstétrica con la que llegó Manuela se debía a un aborto provocado, sin que existiera ninguna prueba al respecto. Esto se relacionó de acuerdo a los datos del caso, con el hecho de que Manuela cursará un embarazo producto de una relación extramatrimonial. De esta forma se observa que Manuela fue denunciada con base a estereotipos de género, prejuicios y patrones socio-culturales contrarios al ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, que influenciaron las decisiones de los y las profesionales de salud que la atendieron.

Es en este caso una emergencia obstétrica derivada de un parto en caso donde existía



posicionó a una mujer que vivió una emergencia obstétrica, en la opinión pública como una “asesina de bebés” y “ligera”, estereotipos que genera legitimidad social para la violación de sus derechos.

Esta es una constante en los procesos de mujeres que son judicializadas por complicaciones obstétricas, partos en casa o abortos, pues las mismas son perseguidas penalmente por no actuar como la sociedad espera que actúe una madre. Siendo penalizadas mujeres que no pudieron acceder a controles prenatales; mujeres que no pudieron socorrer a sus hijos e hijas por atravesar partos complicados con desmayos y hemorragias; mujeres que no actúan como se supone que una mujer actuaría frente a la pérdida de un embarazo, por ejemplo, mujeres que no lloran tras un aborto o complicación obstétrica; mujeres cuya vida sexual no sigue el formato legítimo de monogamia-heterosexual, entre ellas mujeres jóvenes, que por concepciones ligadas a su sexualidad son catalogadas como “promiscuas” o “ligeras”, y mujeres cuyos embarazos se dan en relaciones no formales (infidelidad o simplemente en relaciones sexuales casuales).

Es decir, en estos casos las denuncias penales se usan para sancionar actitudes consideradas como no morales o no adecuadas en las mujeres. Generándose una situación donde los estereotipos de género influyen de forma negativa la investigación del caso (incluso en el ámbito de la salud), cerrando la posibilidad de indagar en las situaciones que produjeron la emergencia obstétrica, pues se asume la culpabilidad de la mujer previamente⁵⁴. Esto ha repercutido en que cientos de mujeres sean criminalizadas sin pruebas, por prejuicios de los operadores de salud, como sucedió en el caso de Manuela, caso en el que existiendo sintomatología relacionada con la preeclampsia que daba cuanta de razones no voluntarias de producción de un aborto o emergencia obstétrica. El personal de salud, ignoró esto, lo mismo sucedió en las investigaciones judiciales, pues los estereotipos existentes en el caso dictaban su culpabilidad, incluso antes de que ella tuviera un proceso penal e impidieron que se realicen investigaciones sobre otros factores que pudieran haber generado la emergencia.

En este sentido, el patrón que se repite en muchos casos, es que a pesar de que en la mayoría de situaciones no existe ningún factor que permita saber a los profesionales de salud que estas emergencias obstétricas fueron provocadas, a pesar de que no exista ninguna prueba al respecto, estas mujeres son denunciadas, tratadas como culpables dentro del hospital y sujetas a múltiples prácticas de castigo y violencia obstétrica.

Incluso como sucedió en el caso de Manuela, otra grave violación a los derechos de estas mujeres, es el hecho de que los profesionales de salud anteponen la realización de la denuncia, a su obligación de brindar atención médica integral a estas mujeres. Registrándose casos en que las mujeres han pasado varias horas sin recibir atención médica, mientras son entrevistadas por el personal de salud. Manuela de acuerdo al relato de los hechos, pasó 3 horas en un interrogatorio médico, mientras se pospuso su atención y se agravó su estado de salud. Posteriormente, mientras seguía en condiciones graves de salud y sin presencia de sus abogados, fue obligada a declarar ante la policía, esposada a la cama sin orden judicial. Esto de acuerdo al Relator contra la Tortura, constituiría tortura, no obstante es una práctica cotidiana en El Salvador como en otros países de la región, incluido Ecuador.



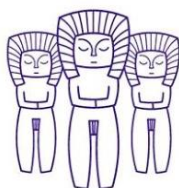
Estados tienen la obligación afirmativa de reformar las leyes restrictivas sobre el aborto que perpetúan la tortura y los malos tratos al negar a las mujeres el acceso al aborto y la asistencia en condiciones de seguridad. Sigue siendo motivo de preocupación que se limite o se condicione el acceso a la asistencia médica en los abortos, especialmente cuando se niega tal asistencia con el fin intolerable de imponer un castigo u obtener una confesión (A/HRC/22/53). En particular, la práctica de obtener confesiones, para emplearlas en juicios, de mujeres que precisan asistencia médica urgente tras haberseles practicado un aborto clandestino es constitutiva de tortura o malos tratos⁵⁵.

La gravedad de esta situación se profundiza, si se considera que esta forma de obtención de las declaraciones de las mujeres, las haría inválidas en un contexto de respeto al debido proceso. No obstante, tanto en el caso de Manuela como de otras mujeres que viven criminalización a causa de abortos o complicaciones obstetricas, estos procesos viciados son declarados validos y ellas generalmente condenadas.

Es así que generalmente las mujeres judicializadas por aborto o complicaciones obstétricas son obligadas a auto incriminarse, con engaños, manipulación y prácticas consideradas como tortura. Este procedimiento viola el debido proceso de varias formas: 1) No se informa a las mujeres de manera adecuada de su derecho a guardar silencio, induciéndolas de esta forma a declarar en su contra por falta de conocimiento de las leyes; 2) Se las interroga sin presencia de un abogado defensor y en lugar inadecuado; 3) Se usan las versiones dadas por las mujeres a los profesionales de salud, las mismas que no son legalmente admisibles, pues el requisito para que la versión de la persona investigada no se considere autoincriminación es que esta versión sea dada de forma libre y voluntaria bajo el conocimiento de las implicaciones legales de la misma, conocimiento que no existe y que nulita el consentimiento; 4) Las versiones de las mujeres son tomadas bajo coerción y en una situación de extrema vulnerabilidad, además se puede señalar como coacción condicionar brindarles atención en salud si no declaran. Esto se consideraría una versión viciada y obtenida bajo tortura, tratos crueles inhumanos y degradantes. Por lo cual todas las pruebas que se deriven de la misma deberían ser nulas. A pesar de que en la mayoría de legislaciones penales existe una prohibición expresa de la autoincriminación y que esta es un fundamento del debido proceso, en estos casos todas estas violaciones al debido proceso son pasadas por alto y los procesos declarados como válidos.

Igualmente, es común en estos procesos el uso de pruebas ilegales, sin rigor científico, que violan derechos o incluso la manipulación de pruebas con el objetivo de lograr sentencias penales. En los casos de mujeres procesadas por asesinato, por un parto en casa, las pericias de autopsia médico legal utilizan una prueba denominada como docimasia pulmonar, para sostener el nacimiento con vida de un neonato. Esta prueba ha sido ampliamente criticada por su falta de sustento científico y la gran cantidad de falsos positivos que genera.

En varios casos también se ha evidenciado como las mujeres son criminalizadas por heridas existentes en el feto, muchas veces causadas por un parto precipitado en el sanitario o por su intento de darles respiración al no ver signos vitales en los mismos. Todo esto sin la existencia de un nexo



maternar o tienen emergencias reproductivas, como “mostruosas, antinaturales, asesinas de bebés” y por otro, el prejuicio de ellas en relación a su condición de procesadas, como poco confiables, manipuladoras, hecho que lleva a una sistemática discriminación contra ellas, con base a estereotipos de género y a estereotipos basados en su situación procesal. Al respecto, se vuelve absolutamente aplicable lo establecido por la corte IDH en el caso Gonzales espinosa vs Perú, donde estableció que:

la Corte reconoce y rechaza el estereotipo de género por el cual se considera a las mujeres sospechosas de haber cometido un delito como intrínsecamente no confiables o manipuladoras, especialmente en el marco de procesos judiciales. Al respecto, la Corte ha aseverado que valoraciones de esta naturaleza muestran “un criterio discrecional y discriminatorio con base en la situación procesal de las mujeres [...]”³¹.

En este sentido, es fundamental rescatar lo recogido Corte IDH del perita realizado por Rebeca Cook, que establece que en muchos casos el hecho de que los jueces “que comparten estereotipos de género similares acerca de las mujeres consideradas sospechosas consecuentemente puede[n] provocar que la decisión de su inocencia o culpabilidad no se fundamente en evidencia apropiada, o incluso se les puede imponer castigos más severos que a las mujeres sospechosas que se someten a la autoridad masculina”³⁰.

En este sentido, la ruptura de la confidencialidad en salud de las mujeres, es una forma de perpetuar y mantener estereotipos de género que atenta contra el derecho de las mujeres al acceso a la justicia y tutela judicial efectiva y constituyen una de las principales formas de deshumanización de las mujeres, a través de la instrumentalización de su capacidad reproductiva, sostenida en marcos legales, en instituciones sociales, en discursos, patrones e imaginarios, tanto positivos como negativos. Siendo que el discurso y las prácticas que idealizan a la mujer en tanto madre, son tan funcionales para este objetivo, como los discursos y prácticas que construyen a las mujeres como máquinas de reproducción, como sujetas incapaces o como monstruos anti-reproductivos.

Los razonamientos de salud y judiciales también reflejan esta condena previa, a la que están sometidas las mujeres y este deseo de usar el derecho penal para el disciplinamiento, existiendo un uso permanente de estereotipos de género durante sus fallos y sentencias.

IV. Petición

En base a toda la información expuesta, solicitamos a la honorable Corte IDH a tener en cuenta las obligaciones legales internacionales de El Salvador, al considerar el caso de Manuela y otros v. El Salvador. Y exhortar al Estado del Salvador para que se garantice el derecho al secreto profesional y la confidencialidad en salud de las mujeres, tanto para la protección de sus derechos a la salud, vida y vida privada, como para la defensa de sus derechos a la tutela judicial efectiva, a la justicia, y al debido proceso.

Igualmente, solicitamos se analice el uso de estereotipos de género en la sanción de este caso, pues mismo constituye un referente fundamental para dar cuenta de la forma en como estos influyen el procesamiento penal, en el caso de mujeres que sufren complicaciones obstétricas o abortos.

