

OEA/Ser.L/V/II.152
Doc 4
15 agosto 2014
Original: español

INFORME No. 72/14
CASO 12.655
INFORME DE FONDO

I.V.
BOLIVIA

Aprobado por la Comisión en su sesión No. 2001 celebrada el 15 de agosto de 2014
152 período ordinario de sesiones

Citar como: CIDH, Informe No. 72/14, Caso 12.655. Fondo. I.V. Bolivia. 15 de agosto de 2014.



INFORME NO. 72/14
CASO 12.655
FONDO
I.V.
BOLIVIA
15 DE AGOSTO DE 2014

I.	RESUMEN	1
II.	TRÁMITE POSTERIOR AL INFORME DE ADMISIBILIDAD	2
III.	POSICIONES DE LAS PARTES	3
	A. Posición de los peticionarios	3
	B. Posición del Estado	7
IV.	HECHOS PROBADOS	10
	1. Procedimiento Quirúrgico de Ligadura de Trompas de I.V.	10
	2. Normativa Boliviana sobre la Elección y el Consentimiento Informado	11
	3. Secuelas físicas de la intervención quirúrgica	12
	4. Auditorías médicas y proceso administrativo sobre los hechos alegados	13
	5. Proceso Penal.....	15
	6. La naturaleza del procedimiento quirúrgico de esterilización al que fue sometida I.V.	18
V.	ANÁLISIS DE DERECHO	19
	A. Definiciones previas y cuestiones preliminares	19
	B. El derecho a la integridad personal (artículo 5.1 de la Convención Americana) en relación con el artículo 1.1 de la Convención Americana	20
	C. El derecho de acceso a la información (artículo 13.1 de la Convención Americana), en relación con el artículo 1.1 de la Convención Americana	22
	1. El derecho de acceso a la información para la elección de servicios de salud	24
	2. El consentimiento informado en materia sexual y reproductiva.....	26
	3. Aplicación de estos principios al presente caso.....	29
	D. El derecho a la vida privada y familiar (artículo 11.2 de la Convención Americana) y el derecho a fundar una familia (artículo 17.2 de la Convención Americana), en relación con el artículo 1.1 de la Convención Americana	31
	1. La esterilización no consentida y el derecho a la vida privada y familiar y a fundar una familia	31
	2. La esterilización no consentida y la discriminación basada en el género	33
	E. Garantías judiciales y protección judicial (artículos 8.1 y 25.1 de la Convención Americana) en relación con el artículo 1.1 de la Convención Americana	35
	F. El artículo 7 de la Convención de Belem do Pará	37
VI.	CONCLUSIONES	40
VII.	RECOMENDACIONES	40

INFORME No. 72/14
CASO 12.655
FONDO
I.V.¹
BOLIVIA

I. RESUMEN

1. El 7 de marzo de 2007 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante "la Comisión Interamericana", "la Comisión" o "la CIDH") recibió una petición presentada por el Defensor del Pueblo de la República de Bolivia (en adelante "el peticionario") en nombre de I.V. (en adelante "la presunta víctima") en la que se alega la responsabilidad internacional del Estado de Bolivia (en adelante "el Estado" o "el Estado boliviano"), por haber sometido a I.V. a una esterilización sin su consentimiento, y porque posteriormente las autoridades judiciales impidieron su acceso a la justicia para remediar las violaciones alegadamente sufridas.

2. Los peticionarios indican que los hechos descritos constituyen violaciones de los derechos protegidos por los artículos 5 (derecho a la integridad personal), 8 (garantías judiciales), 11 (protección de la honra y de la dignidad), 13 (libertad de pensamiento y de expresión), 17 (protección a la familia), y 25 (protección judicial), en conexión con las obligaciones generales establecidas en el artículo 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante "la Convención Americana" o "la Convención"). Asimismo sostienen la violación del artículo 7 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (en adelante "Convención de Belém do Pará").

3. El peticionario sostiene en concreto que en el 2000 la presunta víctima fue sometida en un hospital público a un procedimiento quirúrgico de ligadura de trompas sin su consentimiento informado, y por tanto, a una esterilización no consentida, perdiendo su función reproductiva en forma permanente. Aduce asimismo que los hechos han permanecido en completa impunidad por dilaciones indebidas e injustificadas en el proceso penal y que I.V. todavía sufre las consecuencias físicas y psicológicas de dicha intervención y de la alegada denegación de justicia.

4. Por su parte, el Estado sostiene que la esterilización fue practicada a I.V. en razón del riesgo que presentaba un nuevo embarazo para su vida futura, y que la misma otorgó consentimiento verbal para dicha intervención. Arguye a su vez que la presunta víctima tuvo acceso a los recursos judiciales idóneos para determinar las posibles responsabilidades legales alegadas.

5. El 23 de julio de 2008 la CIDH examinó los argumentos de las partes sobre la cuestión de la admisibilidad y, sin prejuzgar el fondo del asunto, decidió admitir los reclamos contenidos en la petición relacionados con los artículos 5.1, 8.1, 11.2, 13, 17 y 25 de la Convención Americana, en relación con las obligaciones generales establecidas en el artículo 1.1 del mismo instrumento. Asimismo, admitió los reclamos por la presunta violación del artículo 7 de la Convención de Belém do Pará y resolvió continuar el análisis de fondo del caso. También decidió publicar el Informe No. 40/08, notificarlo a las partes e incluirlo en su Informe Anual.

6. En el presente informe, luego de haber analizado las pretensiones y la evidencia aportada por ambas partes, la Comisión concluye que Bolivia violó los artículos 5.1, 8.1, 11.2, 13, 17 y 25 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento, así como el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará.

¹ Por solicitud expresa del peticionario en comunicación de fecha 7 de marzo de 2007, se mantiene en reserva el nombre de la presunta víctima (en adelante "I.V.").

II. TRÁMITE POSTERIOR AL INFORME DE ADMISIBILIDAD

7. El 7 de agosto de 2008 la Comisión remitió el Informe de Admisibilidad No. 40/08 al Estado y el peticionario. De conformidad con su Reglamento, la Comisión estableció un plazo de dos meses para que el peticionario presentara sus observaciones adicionales sobre el fondo del asunto. Además, la Comisión se puso a disposición de las partes en caso de que fuera de su interés buscar una solución amistosa.

8. El 22 de octubre de 2008 la Comisión recibió una comunicación del Estado con sus observaciones sobre el agotamiento de los recursos internos y el fondo del asunto. Las observaciones del Estado fueron transmitidas por la Comisión al peticionario el 31 de octubre de 2008, solicitando su respuesta dentro del plazo de un mes.

9. El 5 de enero de 2009 la Comisión recibió las observaciones del peticionario sobre el informe del Estado. En dicha comunicación, el peticionario manifestó su negativa de llegar a una solución amistosa. La Comisión acusó recibo de las observaciones al peticionario el 17 de febrero de 2009 y otorgó un plazo de dos meses para presentar sus observaciones adicionales sobre el fondo del asunto, en vista de que la información disponible indicaba que no se había podido avanzar en un posible proceso de solución amistosa, y transmitió el escrito de observaciones al Estado.

10. Mediante comunicación del 26 de mayo de 2009 el peticionario remitió sus observaciones adicionales sobre el fondo del asunto. El 29 de mayo de 2009 la Comisión acusó recibo de la comunicación del peticionario y la envió al Estado, estableciendo un plazo de dos meses para el envío de sus observaciones. El 19 de agosto de 2009 el Estado solicitó a la Comisión un plazo adicional para presentar sus observaciones sobre el fondo del asunto. El 3 de septiembre de 2009 la Comisión otorgó una prórroga de un mes, que se notificó a las partes el 4 de septiembre de 2009. El 14 de septiembre de 2009 el Estado solicitó un plazo adicional para presentar sus observaciones. El 2 de octubre de 2009 la Comisión informó al Estado y al peticionario de la concesión de una prórroga de un mes para el envío de las observaciones del Estado.

11. El 9 de noviembre de 2009 la Comisión recibió una comunicación del peticionario en la que solicitó que la Comisión se pronunciase sobre el fondo. Dicha comunicación fue transmitida al Estado el 6 de enero de 2010, solicitando la remisión de sus observaciones dentro del plazo de un mes.

12. El 15 de enero de 2010 la Comisión recibió una comunicación del Estado mediante la cual remite sus observaciones sobre el fondo y solicita un plazo adicional a efectos de presentar información detallada y alegaciones sobre el fondo. El 22 de abril de 2010 la Comisión transmitió el escrito del Estado al peticionario, estableciendo un plazo de un mes para la presentación de sus observaciones al respecto.

13. El 25 de enero de 2010 la Comisión recibió una nota del Estado, de fecha 15 de enero de 2010, en la cual manifestó que había hecho un acercamiento a la contraparte para lograr una solución amistosa, el cual no había sido acogido por el peticionario.

14. El 17 de febrero de 2010 la Comisión recibió un escrito de Amicus Curiae remitido por el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM). Dicho documento fue remitido a las partes el 19 de abril de 2010.

15. El 8 de marzo de 2010 la Comisión recibió una nota del Estado, de fecha 26 de enero de 2010, en la que remitió información adicional sobre el fondo del asunto y comunicó que el peticionario no había respondido al ofrecimiento de solución amistosa hecho por el Estado.

16. El 15 de junio de 2010 la Comisión recibió observaciones del peticionario. El 23 de junio de 2010 la Comisión remitió dichas observaciones al Estado. El 1 de julio de 2010 la Comisión recibió un escrito del peticionario de fecha 4 de junio de 2010 mediante el cual presenta sus observaciones.

17. El 13 y el 18 de agosto de 2010 la Comisión recibió información adicional sobre el fondo del asunto, remitida por el Estado. El 25 de agosto de 2010 la Comisión remitió dicha información al peticionario

y solicitó sus observaciones dentro del plazo de un mes. El peticionario respondió por comunicación de 20 de septiembre de 2010, la que fue transmitida al Estado el 1 de octubre de 2010. El 27 de octubre de 2010 la Comisión recibió una comunicación del Estado reiterando su voluntad de alcanzar un acuerdo de solución amistosa. El 29 de noviembre de 2012 la Comisión recibió una comunicación de la presunta víctima por la cual solicita que la Comisión se pronuncie sobre el fondo del asunto. La Comisión acusó recibo de dicha comunicación el 13 de diciembre de 2013.

18. El 28 de febrero de 2013 la Comisión recibió una comunicación de la presunta víctima en la que indica su deseo de no continuar con la representación de la Defensoría del Pueblo en el presente caso y de asumir personalmente su defensa. La Comisión acusó recibo de dicha comunicación el 16 de abril de 2013. El 18 de abril de 2013 la Comisión recibió una comunicación del peticionario mediante la cual solicita que el caso sea tratado a la brevedad posible por la CIDH.

19. El 28 de mayo de 2013 la Comisión solicitó al Estado y a la presunta víctima la transmisión de una copia de las piezas procesales principales del expediente judicial relacionado con el caso, dentro del plazo de un mes. El 20 de junio de 2013 la Comisión recibió una comunicación del Estado por la que solicita una ampliación de plazo para remitir la información requerida. El 25 de junio de 2013 la Comisión recibió una solicitud de la presunta víctima de ampliación del plazo. La Comisión concedió ambas prórrogas y las comunicó a las partes el 2 de julio de 2013. El 8 de agosto de 2013 la Comisión recibió una comunicación del Estado mediante la cual éste remitió las piezas del expediente judicial solicitadas. Dicha comunicación fue transmitida a la presunta víctima el 15 de agosto de 2013.

20. El 21 de enero de 2014 la Comisión recibió una comunicación de la presunta víctima mediante la cual manifestó su decisión de retomar la representación de la Defensoría del Pueblo de Bolivia. El 14 de abril la Comisión recibió una comunicación de la presunta víctima en la que solicita un pronunciamiento sobre el fondo del caso.

21. El 15 de abril de 2014 la Comisión recibió una comunicación del Estado en la que señala los esfuerzos que ha realizado para dialogar con el peticionario acerca de un posible acuerdo de solución amistosa y solicita a la Comisión interponer buenos oficios para que la parte peticionaria acceda a retomar las negociaciones.

22. El 15 de mayo de 2014 la Comisión recibió una comunicación del peticionario reiterando que la presunta víctima ha decidido no participar en un procedimiento orientado a alcanzar una solución amistosa y solicitando un pronunciamiento de fondo de la CIDH. El 4 y 5 de julio la CIDH recibió dos comunicaciones adicionales de los peticionarios y la víctima reiterando su solicitud de 2014 a la CIDH de que se pronuncie sobre el fondo de este asunto. Estas tres comunicaciones fueron debidamente trasladadas al Estado para su conocimiento.

III. POSICIONES DE LAS PARTES

A. Posición de los peticionarios

23. El peticionario alega que I.V., mujer peruana y madre de 3 hijos, fue sometida a un procedimiento de ligadura de trompas sin su consentimiento informado el 1 de julio de 2000 en un hospital público de Bolivia. Indican que dicho procedimiento ha resultado para I.V. en la pérdida permanente de su capacidad reproductiva y en secuelas físicas y psicológicas con efectos continuos. Señalan que I.V. y su pareja sólo fueron informados de dicho procedimiento después de ser realizado. Para el peticionario, un procedimiento de este alcance es una decisión íntima y personal, la cual debe estar libre de interferencias arbitrarias por parte del Estado a través de su personal médico. Los peticionarios a su vez agregan que los hechos han permanecido en la impunidad hasta la fecha, como resultado de retrasos injustificados e irregularidades que han afectado de forma negativa el proceso penal.

24. El peticionario sostiene en concreto que I.V., al encontrarse en su tercer embarazo, realizó sus controles prenatales a partir del 22 de febrero de 2000 en el Hospital de la Mujer de La Paz. Su último

control fue el 28 de junio de 2000, ocasión en la cual la doctora que la examinó le indicó que regresara la semana siguiente, alrededor del 3 de julio, para que le programaran una cesárea, pues en un control anterior se había detectado que su bebé estaba en posición transversa. Agregan los peticionarios que el día 1 de julio I.V. rompió fuente, por lo que acudió de emergencia al Hospital de la Mujer en compañía de su pareja y su hija.

25. El peticionario indica que I.V. llegó al hospital alrededor de las 15:50 hrs. y alrededor de las 19:00 hrs. se presentó el Dr. Edgar Torrico Ameller para comunicarle que él le realizaría la cesárea, pero que debía esperar un tiempo adicional. I.V. fue llevada al quirófano alrededor de las 20:45 hrs., donde fue preparada para la operación y se le suministró anestesia epidural. El peticionario indica que, durante el transcurso de la operación, el Dr. Torrico preguntó a I.V. dónde le habían hecho su primera cesárea, a lo que ella respondió que había sido en Lima, Perú. También le preguntó si antes había tenido una infección, a lo que ella respondió que no. De acuerdo al peticionario, esas fueron las únicas dos preguntas que el médico realizó a I.V. durante la operación. El nacimiento se produjo alrededor de las 21:26 hrs. Los peticionarios sostienen también que la pareja de I.V. y su hija permanecieron en el Hospital en todo momento, hasta las 00:15 hrs. del 2 de julio, salvo por dos breves salidas del recinto antes del comienzo de la cesárea de I.V.

26. El peticionario sostiene que por la mañana del día 2 de julio, durante la visita médica, I.V. le preguntó al médico residente de tercer año, Dr. Marco Vargas, acerca de su cesárea. El peticionario indica que en ese momento el médico le comunicó que le habían ligado las trompas y que ella ya no podría tener más hijos, ante lo cual I.V. preguntó por qué le habían hecho eso y si había corrido peligro su vida o la de su hija durante la cesárea. A estas preguntas el médico respondió que no, que se habían descubierto muchas adherencias y que un futuro embarazo podía ser de mucho riesgo para ella. El peticionario indica que la historia clínica de I.V. da cuenta de este suceso, pues el día 3 de julio de 2000 el residente Vargas realizó la siguiente anotación en la hoja de evolución de I.V.: "3/07/2000, Hrs. 09:00. El día de ayer se comunicó a la paciente de que la salpingoclasia bilateral fue realizada por indicación médica, la misma que fue aceptada por la paciente al comprender que con nuevo embarazo su vida corre peligro. Dr. Vargas".

27. El peticionario indica que I.V. quedó muy consternada y que al llegar su pareja al Hospital y enterarse de lo sucedido también quedó impactado, por lo que conversó con el médico residente y le pidió una explicación por escrito, a lo que el médico respondió que para ello debía presentarse la solicitud por escrito y con la firma de un abogado ante el Director del Hospital de la Mujer. En atención a ello, la pareja de I.V. recurrió a la Asamblea Permanente de Derechos Humanos de Bolivia, institución que envió una nota, con fecha 4 de julio, pidiendo al Hospital un informe sobre el la práctica de la esterilización a I.V.

28. Por otra parte, el peticionario sostiene que I.V. sufrió dolores y fiebre después de la cesárea. Cuando regresó al Hospital para que le retiraran los puntos de la operación, I.V. fue atendida por el Dr. Vargas, a quien manifestó que tenía dolores en la zona de la herida, información a la cual el médico no le dio importancia. Tras varias semanas en que siguió sintiendo dolor, I.V. acudió a un médico particular, quien ordenó una ecografía cuyos resultados arrojaron un diagnóstico de endometritis aguda y restos placentarios en el útero. A raíz de ello, indica el peticionario que I.V. fue sometida a dos legrados y estuvo internada en la Clínica Achumani, donde volvió a internarse luego de dos semanas por problemas de absceso de pared y hematoma en la herida de la cesárea. El peticionario indica que, hasta la fecha, I.V. continúa sufriendo las secuelas físicas y psicológicas de la esterilización no-consentida y se ve afectada por anexitis crónica.

29. En base a estas consideraciones, el peticionario sostiene que la presunta víctima fue sometida al procedimiento quirúrgico de salpingoclasia bilateral o ligadura de trompas de Falopio sin su previo consentimiento informado, a consecuencia de lo cual perdió su capacidad reproductiva de forma permanente. En sustento de lo anterior, el peticionario señala que durante los controles prenatales a los que acudió I.V. durante su embarazo y durante el tiempo que permaneció en el Hospital el día de la cesárea no recibió información alguna sobre métodos anticonceptivos ni se le pidió su consentimiento para la ligadura de trompas, así como tampoco fue informada ni consultada a este respecto su pareja. Por otra parte, el peticionario afirma que durante el procedimiento quirúrgico de la cesárea en ningún momento a I.V. se le informó o consultó respecto de su esterilización, contrariamente a lo que señalan dos de las auditorías internas realizadas a propósito del caso. En relación con este último punto, el peticionario sostiene que aún

bajo el supuesto hipotético de que se hubiese consultado a I.V. acerca del procedimiento de esterilización durante la cesárea, su aceptación bajo tales circunstancias no constituiría consentimiento informado.

30. Como fundamento de sus alegaciones respecto del consentimiento informado, el peticionario menciona una gama de estándares internacionales² que protegen el derecho de las mujeres de tomar decisiones de manera libre, voluntaria e informada en materia de salud, en respeto a su autonomía y autodeterminación. Asimismo, el peticionario se refiere a la Norma boliviana de salud MSPS-98, la cual señala: "El procedimiento de OTB (Oclusión Tubárica Bilateral) podrá ser realizado siempre que la usuaria haya recibido orientación adecuada y se tenga constancia de su decisión mediante la firma o impresión digital del documento de Consentimiento Informado, que debe ser incluido en la historia clínica de la usuaria"³. El peticionario indica también que el Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Médico de Bolivia establece en su artículo 37 que: "la esterilización de una persona sólo se podrá efectuar a solicitud expresa, voluntaria y documentada de la misma, o en caso de indicación terapéutica estrictamente determinada por una junta médica".

31. En relación con la supuesta autorización verbal que I.V. habría otorgado durante la cesárea, el peticionario afirma que I.V. no fue informada ni consultada respecto de la realización de la ligadura de trompas. Al respecto, sostiene que las declaraciones de los integrantes del equipo quirúrgico en este sentido, dadas en el marco de las auditorías médicas y procesos judiciales, no son uniformes y no resultan concluyentes, además de lo cual existe una contradicción en la historia clínica de I.V. pues, por una parte, en el protocolo operatorio se indica que durante la operación "se comunica" a la paciente la realización de la salpingoclasia bilateral y ella da su consentimiento verbal, mientras que, por otra, en la hoja de evolución de fecha 3 de julio de 2000 (dos días después de la cesárea), hay una nota firmada por el Dr. Vargas que dice que el día anterior se comunicó a la paciente que la salpingoclasia bilateral fue realizada por indicación médica y aceptada por ésta al comprender que con un nuevo embarazo su vida correría peligro. A juicio del peticionario, si se hubiese informado a la presunta víctima durante la intervención no hubiese sido necesario que al día siguiente el doctor comunicara la realización de la ligadura a la paciente. Asimismo, respecto de los informes que señalan que se obtuvo el consentimiento verbal de I.V. para la realización de la salpingoclasia bilateral, el peticionario indica que las dos auditorías que arribaron a tal conclusión fueron de carácter interno, es decir, no independientes.

32. En adición a lo anterior, el peticionario sostiene que, incluso si se le hubiese consultado acerca de la realización de la salpingoclasia bilateral durante la operación, no es posible considerar que I.V. hubiese podido prestar un consentimiento informado bajo tales circunstancias, encontrándose bajo anestesia, estrés quirúrgico, y postrada en el quirófano.

33. Finalmente, el peticionario sostiene que la realización de la salpingoclasia bilateral no se encontraba justificada, puesto que el supuesto riesgo para la vida de I.V. sólo se daría en caso de un eventual futuro embarazo, y no así al momento de la cesárea. En razón de ello el peticionario sostiene que, al no ser necesaria la intervención para salvaguardar la vida o la salud de I.V. ante un riesgo actual, no se justificaba tomar la decisión de practicar la ligadura de trompas durante la cesárea.

34. El peticionario a su vez arguye que la esterilización a la que fue sometida la presunta víctima ha vulnerado su integridad física, psicológica y sexual, pues como consecuencia de la intervención quirúrgica I.V. tuvo una serie de secuelas en su salud. Respecto a la integridad física, el peticionario hace referencia tanto

² El peticionario hace referencia a la Organización Mundial de la Salud, *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* (3ra edición) 2005, pág. 4; Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Comunicación 4/2004, A.S. vs. Hungría*, CEDAW/C/36/D/4/2004, 29 de agosto de 2006; Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones Finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Perú*, A/53/38/Rev.1, 8 de julio de 1998; Naciones Unidas, *Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos: Perú*, CCPR/CO/70/PER, 15 de noviembre de 2000, párr.21.

³ Según cita el peticionario: Norma Boliviana de Salud MSPS-98: *Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria*, Volumen I, Oclusión Tubárica Bilateral en Riesgo Reproductivo, aprobada por el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial No. 517, 17 de noviembre de 1998.

a la esterilización como a sus consecuencias de endometritis aguda, restos placentarios post cesárea, absceso de pared abdominal y anexitis. En relación con su salud sexual, el peticionario sostiene que la principal consecuencia de la intervención a la que fue sometida I.V., alegadamente sin su consentimiento, es la pérdida permanente de su capacidad reproductora. Al respecto, el peticionario indica que la salpingoclasia bilateral debe considerarse un método de esterilización permanente.

35. Finalmente, el peticionario alega que la esterilización a la que fue sometida I.V. ha violado su autonomía y libertad para decidir si ella quería o no someterse a la intervención y terminar con su capacidad reproductora.

36. El peticionario indica que, a raíz de la esterilización de I.V. y la posterior solicitud de información presentada por I.V. ante el Hospital, se realizaron tres auditorías médicas entre agosto de 2000 y marzo de 2001. El peticionario señala que la primera Auditoría fue efectuada por el Comité de Auditoría Médica del Hospital de la Mujer y concluyó que I.V. había dado autorización conciente para la ligadura de trompas durante la cesárea, de forma verbal. La segunda Auditoría, realizada por el Comité de Auditoría Médica de Salud Departamental, concluyó que la ligadura se realizó de manera preventiva y en preservación del futuro bienestar materno.

37. Por último, la tercera Auditoría, practicada por el Comité de Decisiones de Auditoría Médica, concluyó: (1) que no existió justificación para la realización de la salpingoclasia bilateral, pues la presencia de múltiples adherencias no constituye un riesgo para la vida de la paciente; (2) que no existió consentimiento preoperatorio escrito y firmado por la paciente y que de ninguna manera es aceptable tomar la opinión de la paciente durante el acto quirúrgico o transoperatorio, durante el cual la paciente se encuentra con estrés quirúrgico y bajo anestesia, aunque sea de tipo regional; y (3) que el Dr. Vargas refirió haber “comunicado” a la paciente durante el transoperatorio de la salpingoclasia, sin embargo, en su nota de evolución del día 3 de julio indicó que el día anterior había “comunicado” a la paciente que la salpingoclasia bilateral fue realizada por indicación médica. Respecto a esta última Auditoría, el peticionario señala que el Comité de Decisiones de Auditoría Médica es un Comité independiente, conformado por un equipo multidisciplinario externo al Hospital de la Mujer.

38. Asimismo, el peticionario indica que el Tribunal de Ética del Colegio Médico Departamental de La Paz emitió un informe sobre el caso “Denuncia de la paciente Sra. [I.V.]”, en cuyas conclusiones señaló que la salpingoclasia bilateral tuvo que ser decidida en el mismo acto quirúrgico, por no conocerse antes de la cesárea las condiciones o contingencias quirúrgicas que podrían indicar su realización, y que hay declaraciones coincidentes que afirman la autorización verbal de la paciente para la realización del procedimiento.

39. El peticionario indica que, en adición a lo anterior, se siguió un proceso administrativo interno contra los doctores Vargas y Torrico, el cual finalizó por resolución del 25 de julio de 2012 de la Unidad de Asesoría Jurídica del Servicio Departamental de Salud de La Paz, la cual estableció responsabilidad administrativa en contra del Dr. Torrico y dispuso su destitución del Servicio de Salud, a la vez que declaró sobreseído al Dr. Vargas. Dicha resolución fue apelada por el Dr. Torrico y a raíz de ello se dictó una nueva Resolución Administrativa que dispuso el sobreseimiento en la conducta del Dr. Torrico, por considerar que no existían elementos de prueba en su contra.

40. Por otra parte, el peticionario señala que el día 31 de agosto de 2002 el Ministerio Público presentó acusación penal en contra del Dr. Torrico por el delito de lesiones gravísimas, y que el 18 de noviembre de 2002 el Tribunal Segundo de Sentencia de La Paz dictó la resolución 86/2002 en la que, por unanimidad, sentenció al Dr. Torrico a una pena privativa de libertad de tres años como autor de delito de lesiones gravísimas. Esta sentencia fue apelada y el 12 de febrero de 2003 la Sala Penal Tercera de la Corte Superior de Justicia de La Paz anuló totalmente la sentencia apelada y ordenó la reposición del juicio por otro Tribunal de sentencia. El 14 de marzo de 2003 el asunto se radicó en el Tribunal Primero de Sentencia de La Paz. Posteriormente, según indica el peticionario, se produjo una serie de dilaciones que impidieron la realización del nuevo juicio, entre ellas, la remisión del proceso a dos tribunales distintos, radicándose finalmente en el Tribunal de Copacabana.

41. El Tribunal de Copacabana condenó al Dr. Torrico como autor del delito de lesión culposa y le impuso como pena una multa equivalente a Bs. 64.000, el 13 de agosto de 2004. Esta sentencia, manifiesta el peticionario, consideró que la salpingoclasia bilateral se había realizado sin el consentimiento informado de la paciente y que dicha intervención no era justificada. Este fallo fue apelado por el Dr. Torrico y la apelación fue resuelta por la Sala Penal Segunda de la Corte Superior de Justicia de La Paz, la cual, el 22 de octubre de 2004, anuló la sentencia apelada y ordenó la reposición del juicio por otro Tribunal. El 24 de febrero de 2005 se devolvió el asunto al Tribunal de Copacabana y nuevamente se remitió el proceso a diversos tribunales, hasta que se radicó definitivamente en el Tribunal Cuarto de Sentencia de La Paz el 10 de abril de 2006.

42. El 27 de abril de 2005 el Dr. Torrico planteó un incidente solicitando la extinción de la acción penal por el transcurso de más de tres años desde el inicio del proceso, en aplicación del artículo 133 del Código Procesal Penal boliviano. El 1 de junio de 2006 el Tribunal emitió la Resolución 13/06, en la que declaró probado el incidente de extinción de la acción penal y dispuso el archivo de la causa. Esta Resolución, indica el peticionario, señala que la retardación en el proceso se asocia a la inoperancia de los funcionarios encargados de practicar las notificaciones y a los órganos jurisdiccionales que procedieron a suspender audiencias o a derivar la causa a una y otra jurisdicción. Dicha resolución fue apelada por I.V. y por el fiscal asignado al caso. El 23 de agosto de 2006 la Sala Penal Primera de la Corte Superior de Justicia de La Paz rechazó ambas apelaciones. El peticionario señala que esta última resolución, que constituye la definitiva dentro del proceso, fue notificada a I.V. el 13 de septiembre de 2006.

43. El peticionario argumenta que el proceso seguido contra el Dr. Torrico debía ser un recurso judicial adecuado y efectivo para determinar la verdad de los hechos denunciados por la presunta víctima y para establecer, en su caso, la responsabilidad del médico en la comisión de un delito, lo que en los hechos no se cumplió por defectos en la actuación de la administración de justicia. Al respecto, el peticionario sostiene que el derecho a la protección judicial de I.V. fue violado por el Estado y que ello fue reconocido y declarado en las dos resoluciones judiciales que pusieron fin al proceso penal seguido en contra del Dr. Torrico con ocasión de la esterilización de I.V.: la resolución 13/06 del Cuarto tribunal de Sentencia de La Paz, que declara probado el incidente de extinción de la acción penal y dispone el archivo de la causa, y la resolución 514/2006 de la Sala Penal Primera de la Corte Superior de Justicia de La Paz, que rechaza las apelaciones interpuestas en contra de la resolución 13/06. Ambas resoluciones judiciales, señala el peticionario, establecen que la retardación del proceso penal es imputable a los órganos de administración de justicia, de manera que serían las deficiencias en el obrar del Poder Judicial las que habrían privado a I.V. de la protección judicial.

44. Todos estos hechos afirma el peticionario han provocado una profunda angustia en la señora I.V. Ello se ha visto agravado al tener que relatar su experiencia en repetidas ocasiones, con ocasión de las auditorías médicas, procesos administrativos y los tres juicios penales que se desarrollaron respecto de su denuncia. El peticionario sostiene que I.V. ha buscado justicia desde el año 2002 sin obtener resultado alguno, lo que ha provocado en ella un sentimiento de impotencia y frustración.

45. En vista de todo lo anterior, los peticionarios solicitan que se declare al Estado responsable por violaciones a los derechos a la integridad personal, garantías judiciales, protección de la honra y la dignidad, libertad de pensamiento y expresión, protección a la familia y protección judicial, establecidos en los artículos 5, 8, 11, 13, 17 y 25 de la Convención Americana, en perjuicio de I.V. Asimismo, sostienen que el Estado ha violado el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará en perjuicio de I.V.

B. Posición del Estado

46. El Estado sostiene que el 1 de julio de 2000, I.V. fue sometida a una cesárea de emergencia en el Hospital de la Mujer. El Estado alega que de acuerdo a la información descrita en la historia clínica, I.V. ingresó con diagnóstico de rotura de membrana prematura sin trabajo de parto y feto en posición transversa, a raíz de lo cual se le practicó una cesárea. Sostiene que durante la operación se presentaron múltiples adherencias, razón por la cual el Dr. Edgar Torrico informó a I.V. sobre el riesgo que correría su vida en un próximo embarazo y por ese motivo le sugirió la realización de la salpingoclasia bilateral. El Estado sostiene

que I.V., al ser informada de estos riesgos, decidió dar su consentimiento verbal para la realización de la ligadura de trompas, sin perjuicio de que los médicos buscaron a su pareja para pedir su autorización escrita, pero no lo encontraron en el hospital.

47. El Estado indica que la salpingoclasia bilateral realizada a I.V. no fue programada, dada la emergencia del cuadro clínico, y que el consentimiento verbal de la paciente fue producido en forma clara para proseguir con dicha intervención, a raíz de complicaciones verificadas durante la cesárea, de manera que el equipo médico actuó con diligencia para precautelar por la vida de la paciente y su hija.

48. El Estado considera que las circunstancias particulares que rodearon la intervención quirúrgica de I.V. y que justificaron la salpingoclasia son las siguientes: (1) los factores de riesgo reproductivo de I.V., tales como: sus 35 años de edad, sus antecedentes obstétricos de cuidado, su ingreso al centro hospitalario con rotura prematura de membrana y sin trabajo de parto; (2) las contingencias durante el acto quirúrgico, la cesárea de emergencia, la extensa duración de la cesárea (1 hora y 30 minutos) a raíz de las adherencias que se encontraron y que fueron tratadas en la cirugía; (3) el estado de conciencia de I.V. durante la intervención quirúrgica, manifestado en su interacción con el médico tratante. En relación con este último punto, el Estado afirma que durante todo el procedimiento I.V. permaneció despierta, dado que la anestesia conductiva y el procedimiento quirúrgico no alteran el juicio ni la calidad mental competente para poder recibir una correcta información y, por lo tanto, decidir sobre el consentimiento verbal para la realización de una salpingoclasia bilateral. El Estado señala que la anestesia epidural no inhibe el nivel de conciencia de la paciente sometida a cesárea, afirmación que entiende se sustenta en dos informes médicos⁴.

49. Respecto a las auditorías médicas realizadas a propósito de la salpingoclasia practicada a I.V., el Estado indica que durante el proceso ante el Comité de Auditoría Médica del Hospital de la Mujer se recibieron las declaraciones del equipo quirúrgico de la cesárea realizada a la presunta víctima. Según afirma el Estado, tales declaraciones coinciden en tres puntos: (1) la información entregada por el Dr. Torrico a I.V. en relación con las complicaciones y el peligro que corría su vida en caso de un nuevo embarazo, sugiriéndole la realización de la salpingoclasia bilateral; (2) la autorización verbal concedida por I.V. al Dr. Torrico para la realización de dicho procedimiento; y (3) que la pareja de I.V. fue buscada para que otorgara la autorización para el procedimiento, pero no fue encontrado en el Hospital. Asimismo, el Estado destaca que dicha Auditoría concluyó que I.V. había prestado autorización verbal para el procedimiento quirúrgico, lo que había sido confirmado y testificado por los miembros del equipo quirúrgico. El segundo proceso de Auditoría, llevado a cabo por el Comité de Auditoría Médica de Salud Departamental, respaldó el Informe anterior, y el Informe emitido por el Tribunal de Ética Profesional del Colegio Médico señaló que existen declaraciones coincidentes que establecen la autorización verbal de la paciente para la realización de la salpingoclasia bilateral.

50. Por otra parte, el Estado considera relevante evaluar la historia clínica y los antecedentes médicos de I.V. En relación con ello, indica que en el protocolo operatorio de la cesárea practicada a I.V. se indica expresamente que “se decide por la presencia de múltiples adherencias, por la incisión corporal la realización de salpingoclasia bilateral en tipo pomero y para salvaguardar la vida futura de la madre, se comunica a la misma en el transoperatorio dando su consentimiento verbal y se realiza la salpingoclasia con dificultad por las adherencias”. Asimismo, en relación con la necesidad de realizar la salpingoclasia bilateral, el Estado indica que la cesárea practicada a I.V. consistió en un corte realizado en el cuerpo del útero y no en el segmento inferior. Esta incisión, sumada al cuadro de adherencias múltiples, en un futuro embarazo pondría en riesgo la salud y la vida de la madre, toda vez que debido al corte del cuerpo del útero por segunda vez y en distinta dirección se podría presentar rotura de útero con hemorragias internas, que desencadenarían en la muerte inevitable del producto y de la madre, de acuerdo al Informe otorgado por el Hospital de la Mujer el 30 de marzo de 2000.

⁴ Escrito del Estado de fecha 29 de noviembre de 2007, Anexo: Certificación de la Sociedad boliviana de anestesiología, reanimación y dolor; y Escrito del Estado de fecha 2 de octubre de 2008, Anexo Certificación de 30 de mayo de 2008 emitida por el Jefe del Servicio de Anestesiología del Hospital de la Mujer.

51. Asimismo, el Estado sostiene que se procedió de acuerdo a lo previsto en los principios fundamentales del ejercicio de la medicina en Bolivia y que se respetó plenamente el derecho de I.V. a recibir información adecuada y oportuna para tomar decisiones libres y voluntarias, lo que se tradujo en su decisión de realizarse la salpingoclasia bilateral. En este sentido, el Estado afirma que el Dr. Edgar Torrico actuó de manera profiláctica (preventiva), en cumplimiento de su obligación de proteger la salud de I.V., velando por su recuperación y rehabilitación completa después de la cesárea realizada, empleando con idoneidad los medios técnicos a su alcance. Asimismo sostiene que en caso de haber omitido informar a I.V. y haber sugerido la realización de la ligadura de trompas, el médico pudo estar sujeto al régimen disciplinario correspondiente.

52. El Estado afirma, además, que debido a las complicaciones que se presentaron durante la operación la cesárea duró más tiempo que lo habitual, tiempo que fue suficiente para informar a I.V. sobre las complicaciones que le traería un nuevo embarazo y sobre el procedimiento de ligadura de trompas.

53. Por otra parte, el Estado sostiene que en el caso se cumplió con el requisito que establece que el consentimiento informado consiste en la capacidad del paciente de tomar una decisión fundamentada y que su validez no depende de la forma en la que se le otorgue. Afirma también que la alegación de que I.V. se encontraba bajo estrés quirúrgico y que, en consecuencia, no podía comprender el procedimiento de ligadura de trompas, es un argumento abstracto, pues el peticionario no aporta prueba que demuestre que I.V. no podía comprender el procedimiento que se le practicó. Según indica el Estado, el consentimiento otorgado de forma escrita sólo constituye un elemento de prueba de dicho consentimiento. Ello quiere decir que la inexistencia de un documento escrito de autorización para proceder con una ligadura de trompas no implica la carencia de consentimiento informado. De acuerdo a las normas internacionales, sostiene el Estado, por consentimiento informado se entiende que la persona tenga conocimiento o posea información adecuada del médico y además la voluntad libre de decidir, y en tal sentido, no existe una norma específica que invalide el consentimiento verbal si ha mediado la información previa y la voluntad libre de la paciente para la realización de determinado acto quirúrgico.

54. En relación con lo anterior, el Estado sostiene que I.V. estaba en condiciones de comprender la necesidad del procedimiento de ligadura de trompas. I.V. sólo fue sometida a anestesia local, la cual no inhibe la conciencia, y en dicho momento se le entregó información adecuada y se le consultó sobre el procedimiento en su idioma y de acuerdo a las circunstancias en que se encontraba. El Estado sostiene, asimismo, que las conversaciones que el peticionario indica que sostuvo I.V. con el médico durante la operación denotan comprensión y fluidez en el razonamiento de la presunta víctima durante la realización de la cesárea, por lo que no cabría alegar que no se encontraba en posibilidad de comprender la información que se le brindó durante dicha operación quirúrgica. Además, el Estado agrega que la paciente no tenía estrés quirúrgico, pues su frecuencia cardíaca, presión arterial y temperatura estaban en los parámetros normales, conforme registra su historia clínica, en la que no figura ningún tipo de irregularidad que denotara una situación de estrés quirúrgico que le hubiese impedido comprender la conversación sostenida con el Dr. Torrico en relación con sus antecedentes médicos y las complicaciones advertidas durante el procedimiento quirúrgico.

55. En otro aspecto, el Estado indica que el Código de Ética Médica vigente en Bolivia establece en su artículo 22 que la esterilización en una persona sólo se podrá efectuar a solicitud expresa, voluntaria y documentada de la misma, o en caso de indicación terapéutica estrictamente determinada por junta médica. En este caso, sostiene el Estado, se puede evidenciar que la expresión de la voluntad de la paciente no se documentó de manera escrita porque las circunstancias no lo permitieron, dado que la ligadura de trompas no fue programada sino que se realizó a raíz de las complicaciones verificadas durante la intervención quirúrgica, las cuales condujeron al médico a consultar a la paciente respecto a la necesidad de proceder a la ligadura de trompas con el fin de evitar complicaciones en caso de un futuro embarazo. Asimismo, el Estado afirma que una junta médica tiene por finalidad la emisión de un criterio especializado en relación con la salud del paciente, y que en la intervención de I.V. los Doctores Torrico y Vargas contaban con los conocimientos y especialidades necesarias para la emisión de un criterio especializado de información a la paciente acerca del alto riesgo que conllevaría un futuro embarazo.

56. En relación con lo anterior, el Estado señala que el peticionario ha realizado una interpretación incorrecta de los artículos 19 y 23 del Código de Ética Médica, por cuanto estos hacen referencia a un procedimiento previo y no a una situación médica que surge en un transoperatorio ante la disyuntiva de la integridad corporal, la salud y la vida futura de la paciente. El artículo 23 de dicho Código, sostiene el Estado, se refiere a la esterilización de una persona por solicitud expresa, voluntaria y documentada, así como a la posibilidad de su realización por indicación terapéutica, determinada por junta médica, pero en ningún momento dicha norma niega el consentimiento verbal como válido.

57. El Estado también sostiene que en el presente asunto no se ha vulnerado el derecho a la información, pues este ha sido ejercido por la presunta víctima en el momento en que se le explicó su situación de salud y se le informó sobre la necesidad de realizar el procedimiento de ligadura de trompas.

58. Con respecto a las secuelas que habría dejado en I.V. la intervención quirúrgica a la que fue sometida el 1 de julio 2000 en el Hospital de la Mujer, el Estado sostiene que si I.V. hubiese tenido una endometritis aguda hubiese presentado síntomas tales como hinchazón o distensión abdominal, sangrado vaginal anormal, molestia con la defecación, fiebre de 38°C a 40°C, malestar general y dolor pélvico o dolor abdominal bajo. Si ello hubiese ocurrido, sostiene el Estado, los médicos del Hospital de la Mujer no la hubiesen dado de alta, sin embargo, según la historia clínica, I.V. se encontraba estable el día en que fue dada de alta.

59. En relación con el carácter permanente de la salpingoclasia bilateral, el Estado indica que el Hospital de la Mujer, como institución pública, realiza la operación de reversión de dicha intervención, a solicitud de la paciente. De acuerdo a la información presentada por el Estado, la salpingoclasia bilateral puede ser reversible hasta en un 70% de los casos. Al respecto, el Estado señala que en ninguna de las actuaciones del peticionario se muestra la intención de la señora I.V. de solicitar de reversibilidad de la salpingoclasia bilateral, habiendo informado el Hospital de la Mujer la existencia de experiencias exitosas practicadas en dicho centro médico, aunque a sus 36 años la paciente tenía ya limitantes reproductivas de carácter natural etéreo.

IV. HECHOS PROBADOS

60. A continuación, en aplicación del artículo 43.1 de su Reglamento⁵, la Comisión examinará los hechos alegados por las partes y las pruebas suministradas en la tramitación del presente caso.

1. Procedimiento Quirúrgico de Ligadura de Trompas de I.V.

61. El día 1 de julio de 2000 I.V., mujer de 35 años en su tercer embarazo, ingresó al Hospital de La Mujer de La Paz y fue sometida a una cesárea⁶. I.V. había tenido una cesárea previa y presentaba una situación transversa del feto⁷. En dicho procedimiento participaron como parte del equipo quirúrgico el Dr. Torrico, como cirujano instructor y segundo cirujano; el Dr. Vargas, como primer cirujano, la Dra. Mercado, como anestesióloga; y una instrumentadora, cuyo nombre no se consigna en el Protocolo Operatorio⁸.

⁵ El artículo 43.1 del Reglamento de la CIDH establece lo siguiente:

La Comisión deliberará sobre el fondo del caso, a cuyo efecto preparará un informe en el cual examinará los alegatos, las pruebas suministradas por las partes, y la información obtenida durante audiencias y observaciones in loco. Asimismo, la Comisión podrá tener en cuenta otra información de público conocimiento.

⁶ Anexo 1. Acta de la Auditoría Médica de la cirugía realizada a la Sra. [I.V.], Anexo al escrito del Estado de 29 de noviembre de 2007; Anexo 2 Conclusiones finales de la auditoría médica por el Comité Departamental de Auditoría Médica, de 9 de marzo de 2001. Anexo 3 a la petición inicial; Anexo 3. Acta del Comité de Decisiones de Auditoría Médica, de 13 de marzo de 2001. Anexo 4 a la petición inicial.

⁷ Anexo 1. Acta de la Auditoría Médica de la cirugía realizada a la Sra. [I.V.], Anexo al escrito del Estado de 29 de noviembre de 2007; Anexo 2. Conclusiones finales de la auditoría médica por el Comité Departamental de Auditoría Médica, de 9 de marzo de 2001. Anexo 3 a la petición inicial; Anexo 3. Acta del Comité de Decisiones de Auditoría Médica, de 13 de marzo de 2001. Anexo 4 a la petición inicial.

⁸ Anexo 3. Acta del Comité de Decisiones de Auditoría Médica, de 13 de marzo de 2001. Anexo 4 a la petición inicial.

Además, se encontraban presentes durante el acto operatorio R. Arnez Rojas, interno segundo ayudante; R. Arteaga, residente de primer año; y M. Modesta Ticona, circulante⁹.

62. En el transcurso del procedimiento quirúrgico de la cesárea se presentaron complicaciones, consistentes en la presencia de múltiples adherencias a nivel del segmento inferior del útero¹⁰. Durante la misma operación se practicó a I.V. el procedimiento de salpingoclasia bilateral en tipo pomey¹¹, también conocido como ligadura de trompas de Falopio. Ambos procedimientos quirúrgicos fueron realizados encontrándose la paciente bajo anestesia epidural¹². Las partes coinciden en que la decisión de practicar dicha intervención se adoptó durante la cirugía, no existiendo consentimiento escrito de I.V. ni de su pareja.

63. El Protocolo Operatorio de la intervención quirúrgica de I.V. consigna la siguiente información:

"1) Paciente en DD bajo anestesia, [...] 4) incisión mediana infraumbilical hasta llegar a cavidad, 5) se observan múltiples adherencias entre el peritoneo visceral parietal (ilegible) e intestinos que dificultan visualizar segmento inferior del útero (ilegible) y se procede a la histerotomía longitudinal corporal por no poder realizarla en segmento inferior, [...] 7) Alumbramiento quirúrgico, [...] 10 por presencia de múltiples adherencias ya mencionadas, se realiza (ilegible) en peritoneo parietal insuficiente se decide por la presencia de múltiples adherencias, por la incisión corporal uterina la realización de salpingoclasia bilateral en tipo pomey para salvaguardar la vida futura de la madre, se comunica a la misma en el transoperatorio dando su consentimiento verbal y se realiza la salpingoclasia con dificultad por adherencias [...]"¹³.

64. Tres días después de la cirugía, el Dr. Vargas hizo la siguiente anotación en la hoja de evolución de la paciente:

"3/07/00. El día de ayer se comunicó a la paciente de que la salpingoclasia bilateral fue realizada por indicación médica, la misma que fue aceptada por la paciente al comprender que con futuro embarazo su vida corre peligro. Dr. Vargas"¹⁴.

2. Normativa Boliviana sobre la Elección y el Consentimiento Informado

65. La Norma Boliviana de Salud MSPS 4-98 define la elección y el consentimiento informados en los siguientes términos:

"ELECCION INFORMADA

La elección informada se refiere al proceso por el cual una persona toma una decisión sobre atención de salud. Debe estar basada en el acceso a toda la información necesaria y a su plena comprensión desde el punto de vista del cliente. El proceso debe resultar en una decisión libre e informada de la

⁹ Anexo 4. Informe del Comité de Auditoría del caso paciente [I.V.], de 22 de agosto de 2000. Anexo 2 a la petición inicial.

¹⁰ Anexo 4. Informe del Comité de Auditoría del caso paciente [I.V.], de 22 de agosto de 2000. Anexo 2 a la petición inicial; Anexo 2. Conclusiones finales de la auditoría médica por el Comité Departamental de Auditoría Médica, de 9 de marzo de 2001. Anexo 3 a la petición inicial; Anexo 5. Auditoría médica de la cirugía realizada a la Sra. [I.V.], por el Comité de Auditoría Médica del Hospital de La Paz. Anexo al escrito del Estado de 29 de noviembre de 2007; Anexo 6. Informe del Comité de Auditoría del caso paciente [I.V.], de 22 de agosto de 2000. Anexo al escrito del Estado de 29 de noviembre de 2007; Anexo 7. Conclusiones finales de la auditoría médica por el Comité Departamental de Auditoría Médica, de 9 de marzo de 2001. Anexo al escrito del Estado de 29 de noviembre de 2007; Anexo 8. Protocolo Operatorio transcrito por el Hospital de la Mujer. Anexo al escrito del Estado de 29 de noviembre de 2007.

¹¹ Anexo 8. Protocolo Operatorio transcrito por el Hospital de la Mujer. Anexo al escrito del Estado de 29 de noviembre de 2007.

¹² Anexo 8. Protocolo Operatorio transcrito por el Hospital de la Mujer. Anexo al escrito del Estado de 29 de noviembre de 2007.

¹³ Anexo 8. Protocolo Operatorio transcrito por el Hospital de la Mujer. Anexo al escrito del Estado de 29 de noviembre de 2007.

¹⁴ Anexo 9. Hoja de evolución. Copia certificada por el Hospital de la Mujer. Anexo 1 a la petición inicial.

persona acerca de si desea o no recibir servicio de salud y, si es así, qué método o procedimiento elegirá y estará de acuerdo en recibir.

Cuando un método o procedimiento de planificación familiar va a ser suministrado, el proveedor tiene la responsabilidad de facilitar el proceso de elección informada.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado se refiere al acto por el cual se acuerda recibir atención médica o tratamiento, después de un proceso de elección informada¹⁵.

66. Asimismo, la Norma MSPS 4-98 establece el contenido del formulario de consentimiento informado que deben firmar las pacientes para la práctica voluntaria de la ligadura de trompas:

"Yo mayor de edad, en pleno derecho solicito en forma libre, informada y voluntaria se me realice ligadura de trompas y estoy en conocimiento de lo siguiente:

1. Tengo conocimiento que los establecimientos de salud ofertan métodos temporales de planificación familiar que me pueden ser provistos. He recibido información precisa de cada uno de ellos incluyendo beneficios y limitaciones.

2. Tuve la oportunidad de hacer preguntas específicas sobre la ligadura de trompas y fui adecuadamente informada, siendo todas mis preguntas respondidas satisfactoriamente y entiendo que se trata de un método definitivo de anticoncepción quirúrgica, el mismo que acepto voluntariamente.

3. Estoy consciente que, como toda intervención quirúrgica, este procedimiento conlleva riesgos de los cuales he sido informada.

4. Tengo conocimiento que este método es definitivo, sin embargo, se me informó que existe una mínima posibilidad de falla y que podría quedar embarazada.

[...]

6. Fui informada con amplitud y claridad sobre las posibles molestias propias de este procedimiento quirúrgico.

[...]"¹⁶.

3. Secuelas físicas de la intervención quirúrgica

67. Con respecto a los hechos posteriores a la intervención quirúrgica, entre agosto y septiembre del año 2000 a I.V. se le diagnosticaron restos placentarios en la cavidad endometrial, endometritis aguda y absceso de pared abdominal, según consta en dos informes de ecografía ginecológica intravaginal, un informe de exámenes de laboratorio y un certificado médico suscrito por el Dr. Carlos Pérez Guzmán¹⁷.

68. Asimismo, I.V. fue diagnosticada con endometritis atrófica en marzo de 2002, según da cuenta un informe radiológico emitido por el Hospital de Clínicas¹⁸. En mayo del mismo año se le practicó una ecografía que arrojó un diagnóstico de anexitis bilateral leve predominio derecho¹⁹. Posteriormente,

¹⁵ Anexo 10. Ministerio de Salud y Previsión Social, Unidad Nacional de Atención a la Mujer y el Niño. Norma Boliviana de Salud MSPS 4-98, Anticoncepción quirúrgica voluntaria, Volumen 1: Oclusión tubárica bilateral en riesgo reproductivo, p. 17. Anexo 10 al escrito del Estado de 26 de enero de 2010.

¹⁶ Anexo 10. Ministerio de Salud y Previsión Social, Unidad Nacional de Atención a la Mujer y el Niño. Norma Boliviana de Salud MSPS 4-98, Anticoncepción quirúrgica voluntaria, Volumen 1: Oclusión tubárica bilateral en riesgo reproductivo, p. 25. Anexo 10 al escrito del Estado de 26 de enero de 2010.

¹⁷ Anexo 11. Informe de Ecografía Ginecológica Intravaginal suscrita por la Dra. Virginia Calderón Q., Centro de Imágenes La Paz, de 14 de agosto de 2000. Anexo 47 a la petición inicial; Anexo 12. Informe de Laboratorio de Patología y Citología, No. 371/00, suscrito por el Dr. Wilge Panozo Menezes, de 17 de agosto de 2000. Anexo 49 de la petición inicial; Anexo 13. Informe de Ecografía Ginecológica Transvaginal suscrito por la Dra. Virginia Calderón, de 23 de agosto de 2000. Anexo 48 a la petición inicial; Anexo 14. Certificado Médico suscrito por el Dr. Carlos Pérez Guzmán, Clínica Achumani S.R.L., de 3 de septiembre de 2000. Anexo 46 a la petición inicial.

¹⁸ Anexo 15. Informe Radiológico suscrito por la Dra. Martha Aguirre de Delgado, Hospital de Clínicas, referente a solicitud de examen HSG, fecha de resultado 25 de marzo de 2002. Anexo 50 de la petición inicial.

¹⁹ Anexo 16. Informe ecográfico suscrito por el Dr. R. Ferrufino R., Hospital Juan XXIII, de 2 de mayo de 2002. Anexo 51 a la petición inicial.

mediante una ecografía practicada en septiembre de 2003, se le diagnóstico engrosamiento anexial bilateral a predominio derecho²⁰, y en marzo de 2004 una nueva ecografía arrojó un diagnóstico de anexitis derecha²¹.

4. Auditorías médicas y proceso administrativo sobre los hechos alegados

69. De las presentaciones de las partes se desprende que tras los hechos, a solicitud de I.V. y su pareja, de la Asamblea Permanente de Derechos Humanos de Bolivia, de la Coordinadora de la Mujer, del Defensor del Pueblo y del Ministerio de Salud, se realizaron tres Auditorías Médicas en relación con la salpingoclasia bilateral practicada a I.V., se emitió un pronunciamiento por parte del Tribunal de Ética del Colegio Médico Departamental de La Paz y se siguió un proceso administrativo en contra de los médicos que participaron en la cirugía.

70. La primera auditoría fue realizada por el Comité de Auditoría del Hospital de la Mujer, el cual emitió un informe de fecha 22 de agosto de 2000, concluyendo que I.V. había autorizado verbalmente la ligadura de trompas durante la práctica de la cesárea. El informe final indica en concreto que:

“Se confirma que el médico cirujano tratante Dr. Edgar Torrico, por las complicaciones existentes durante el acto operatorio de la Sra. [I.V.]; en la que se encontró múltiples adherencias de epiplon e intestinos a nivel del segmento inferior del útero, que impidieron el normal acceso por la vía habitual, habiendo tomado la decisión de realizar una cesárea corporal, por las complicaciones antes señaladas (adherencias), es en este momento que el cirujano toma la decisión de consultar a la paciente que se encontraba consciente (anestesia peridural), de realizar la salpingoclasia bilateral, por el riesgo que conllevaría para su vida en caso de un nuevo embarazo. La madre consciente da la autorización correspondiente para tal procedimiento quirúrgico, dicha respuesta es confirmada y testificada por [el] interno Rodrigo Arnez y [la] circulante María Modesta Ticona.....También se solicitó la presencia del esposo para que de la autorización, el no se encontraba presente”²².

71. La segunda Auditoría fue realizada por el Comité Departamental de Auditoría Médica, el cual emitió un informe de fecha 9 de marzo de 2001. Las conclusiones de este informe indican:

- 1).- La indicación de cirugía (cesárea), se encuentra plenamente respaldada ya que existía una cesárea anterior y una presentación anormal (Transversa).
- 2).- En el desarrollo del procedimiento quirúrgico se encontraron múltiples adherencias en cavidad abdominal lo que obligó a realizar una histerotomía corporal para extraer el producto.
- 3).- El procedimiento de la salpingoclasia bilateral, se realizó de manera profiláctica y en preservación del futuro bienestar materno.
- 4).- Este Comité respalda plenamente el informe elaborado por el Comité de Auditoría Médica Hospitalaria (Hospital de la Mujer)²³.

72. La tercera Auditoría fue realizada por el Comité de Decisiones de Auditoría Médica, el cual emitió su informe de “Auditoría Médica para determinar causas y circunstancias por las que se practicó salpingoclasia en el curso de una operación cesárea” con fecha 15 de marzo de 2001. Las conclusiones de dicho informe establecen que se cometieron errores en la confección de la historia clínica, en las notas de evolución y en los registros del Hospital, además de señalar que la práctica de la esterilización de I.V. no se encontraba justificada medicamente y que la obtención de consentimiento durante un acto quirúrgico no resulta aceptable:

“[...]”

²⁰ Anexo 17. Informe de ecografía ginecológica suscrito por la Dra. Sandra Caro V., Hospital Arco Iris, de 16 de septiembre de 2003. Anexo 52 a la petición inicial.

²¹ Anexo 18. Informe ecográfico ginecológico suscrito por el Dr. W. Canazas, de 24 de marzo de 2004. Anexo 53 a la petición inicial.

²² Anexo 4. Informe del Comité de Auditoría del caso paciente [I.V.], de 22 de agosto de 2000. Anexo 2 a la petición inicial.

²³ Anexo 2. Conclusiones finales de la auditoría médica por el Comité Departamental de Auditoría Médica, de 9 de marzo de 2001. Anexo 3 a la petición inicial.

3.- En cuanto se refiere a la Salpingoclasia Bilateral, consideramos que no existe justificación plena para la realización de dicha conducta quirúrgica, puesto que la existencia de múltiples adherencias, no constituye un riesgo para la vida de la paciente y por otra parte al haberse realizado durante el acto quirúrgico adheriolisis, aparentemente se estaba solucionando el problema.

4.- Así mismo la Histerotomía Longitudinal Corporal, no justifica de ninguna manera la realización transoperatoria de la Salpingoclasia Bilateral. Normas vigentes de atención a la Mujer y el Niño. Pag 202.

5.- No existía consentimiento preoperatorio escrito y firmado para dicha cirugía: Salpingoclasia Bilateral. De ninguna manera es aceptable tomar opinión de la paciente durante el acto quirúrgico o transoperatorio, porque la paciente se encuentra con Stres quirúrgico y bajo anestesia, aunque esta sea de tipo regional.

6.- [E]l Dr. Vargas refiere haber "comunicado" a la paciente durante el transoperatorio de la Salpingoclasia, sin embargo nuevamente en fecha 3 de Julio del 2000 refiere en su nota de evolución: el día de ayer se "comunicó" a la paciente de que la Salpingoclasia Bilateral fue realizada por indicación médica.

[...]"²⁴

73. Adicionalmente, el Tribunal de Ética del Colegio Médico Departamental de La Paz emitió un informe sobre el caso de I.V., en atención a las notas cursadas al Colegio Médico Departamental de La Paz por el Ministro de Salud y Previsión Social y la directora Departamental de Quejas del Defensor del Pueblo. Dicho informe, de fecha 5 de octubre de 2001, en lo relevante, presenta las siguientes conclusiones:

"[...]

6. La salpingoclasia bilateral tuvo que ser decidida en el mismo acto quirúrgico por no conocerse antes de la cesárea las condiciones o contingencias quirúrgicas que podrían indicar su realización

7. Por la conclusión ante dicha no se tiene un documento específico de consentimiento informado escrito.

8. Hay declaraciones coincidentes que afirman la autorización verbal de la paciente para la realización de la salpingoclasia bilateral"²⁵.

74. El 17 de mayo de 2002 la Unidad de Asesoría Jurídica del Servicio Departamental de Salud de La Paz inició un proceso administrativo en contra de los funcionarios Dr. Edgar Torrico y Dr. Marco Vargas. El 25 de julio de 2002 se dictó la Resolución Final dentro del proceso administrativo, la cual resolvió establecer responsabilidad administrativa en contra del Dr. Edgar Torrico y disponer su destitución del Servicio Departamental de salud de La Paz, a la vez que declaró sobreseído al Dr. Marco Vargas²⁶. Ante la apelación de dicha resolución por el Dr. Torrico, se dictó una nueva Resolución Administrativa de fecha 10 de marzo de 2003, que resolvió dejar sin efecto la declaración de responsabilidad administrativa y destitución del Dr. Torrico y dispuso su sobreseimiento,²⁷ sobre la base de, entre otros, los siguientes antecedentes:

"1. [En la] NORMA BOLIVIANA DE SALUD [...] el objetivo es disminuir la mortalidad por factores de ALTO RIESGO y por decisión médica se puede realizar la SALPINGOCLASIA, frente a casos graves.

2. Que según declaraciones [...] se evidencia que la Sra. [I.V.] dio su aceptación, para realizar la salpingoclasia.

3. Que [...] el Comité de Auditoría Médica del Hospital de la Mujer, establece que la Sra. [I.V.], estaba conciente porque estaba con anestesia EPIDURAL [...] y que dio su autorización para su procedimiento quirúrgico, confirmada y testificada por el equipo médico [...].

4. [...] [E]l Comité Departamental de Auditoría Médica, respalda plenamente el Informe del Hospital de la Mujer [...].

[...]"

²⁴ Anexo 3. Acta del Comité de Decisiones de Auditoría Médica, de 13 de marzo de 2001. Anexo 4 a la petición inicial.

²⁵ Anexo 19. Informe del Tribunal de Ética del Colegio Médico Departamental de La Paz / Caso denuncia de la paciente Sra. [I.V.], de 5 de octubre de 2001. Anexo 5 a la petición inicial.

²⁶ Anexo 20. Resolución Final N°020/2002 dentro del proceso administrativo interno seguido contra el Dr. Edgar Torrico y Marco Vargas Terrazas funcionarios del Servicio Departamental de La Paz, emitida por la Unidad de Asesoría Jurídica del Servicio Departamental de Salud de La Paz el 25 de julio de 2002. Anexo 6 a la petición inicial.

²⁷ Anexo 21. Resolución Administrativa S/N, emitida por la Unidad de Asesoría Jurídica del Servicio Departamental de Salud de La Paz el 10 de marzo de 2003. Anexo 7 a la petición inicial.

5. Proceso Penal

75. I.V. denunció los hechos ante el Ministerio Público de la Nación²⁸, tras lo cual el día 31 de agosto de 2002, el Ministerio Público presentó acusación penal en contra del Dr. Edgar Torrico por el delito de lesiones gravísimas en contra de I.V, fundamentando la acusación en que la salpingoclasia bilateral practicada a I.V. habría sido realizada en forma arbitraria y sin sujetarse al procedimiento legal vigente²⁹. El proceso penal fue seguido ante el Tribunal Segundo de Sentencia de La Paz, el cual dictó auto de apertura de juicio el día 1 de octubre de 2002³⁰. El asunto fue resuelto mediante sentencia de 18 de noviembre de 2002, en la que se condenó al Dr. Torrico, como autor del delito de lesiones gravísimas, a una pena privativa de libertad de tres años en reclusión. Como fundamentos de esta decisión, la sentencia consideró que no existía justificación médica para la práctica de la ligadura de trompas, que los testimonios que daban cuenta de la autorización verbal para dicho procedimiento resultaban contradictorios y que, aunque se hubiese otorgado dicha autorización, la misma no tendría valor legal:

“[S]e ha podido establecer en forma amplia que no existe una justificación racional ni médica para efectuar la Salpingoclasia Bilateral, debido a que las múltiples adherencias y la incisión corporal uterina no conllevaban un riesgo inmediato e inminente de pérdida de vida de la paciente. La posibilidad de una complicación de la salud de la misma, se hubiera presentado en caso de un nuevo embarazo, es decir, se presenta jurídicamente la figura en una condición suspensiva pendiente, que no se puede afirmar si se va a cumplir, toda vez que la pareja con la orientación de un control de reproducción familiar, podía no llegar nunca a un nuevo embarazo, utilizando otros métodos anticonceptivos o finalmente decidirse por esta cirugía de ligadura de trompas, pero PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO.

[...]

Se ha pretendido a lo largo del juicio demostrar que hubo autorización verbal de la paciente para la cirugía de Salpingoclasia bilateral en el transoperatorio. Sin embargo, este Tribunal asume la convicción que sobre tal extremo existen varias contradicciones[.]

[...]

Este Tribunal establece plenamente que así hubiera existido un consentimiento verbal de la paciente en el acto quirúrgico ESTA NO TIENE VALIDEZ LEGAL toda vez que la paciente se encontraba con estrés quirúrgico y bajo anestesia, no contando en consecuencia con las facultades mentales ni volitivas adecuadas para otorgar autorización o consentimiento para una cirugía que conlleva pérdida de la función de reproducción. Y finalmente el razonamiento del Tribunal es que para este tipo de cirugías no son válidas las autorizaciones verbales, sino un CONSENTIMIENTO ESCRITO, INFORMADO Y ORIENTADO POR EL MÉDICO A LA PAREJA, según establecen las normas médicas en Bolivia y a nivel internacional”³¹.

76. La referida sentencia fue objeto de apelación restringida por el Dr. Torrico. Dicha apelación fue resuelta por sentencia de 12 de febrero de 2003 pronunciada por la Sala Penal Tercera de la Corte Superior del Distrito Judicial de La Paz, mediante la cual se anuló totalmente la sentencia apelada y se ordenó la reposición del juicio por otro Tribunal de Sentencia³², por considerar la Corte que la sentencia recurrida se había pronunciado con defectos absolutos que implicaban inobservancia o violación de derechos y garantías previstos en la Constitución, las Convenciones y Tratados Internacionales vigentes y el Código de Procedimiento Penal, en particular, infracciones a la libertad probatoria en perjuicio de la defensa y defectos en la aplicación de la ley penal.

²⁸ Anexo 22. Acusación Caso N° PTJ894/2002 (Ministerio Público de la Nación, Fiscalía de Distrito, La Paz - Bolivia). Anexo 8 a la petición inicial.

²⁹ Anexo 22. Acusación Caso N° PTJ894/2002 (Ministerio Público de la Nación, Fiscalía de Distrito, La Paz - Bolivia). Anexo 8 a la petición inicial.

³⁰ Anexo 23. Auto de apertura de juicio, Resolución N° 071/2002 de 1 de octubre de 2002. Anexo 9 a la petición inicial.

³¹ Anexo 24. Resolución N° 086/2002 del Tribunal de Sentencia Segundo de La Paz, de 18 de noviembre de 2002. Anexo 10 a la petición inicial.

³² Anexo 25. Resolución N° 21/003 de la Sala Penal Tercera de la Corte Superior del Distrito Judicial de La Paz, de 12 de febrero de 2003. Anexo 11 a la petición inicial.

77. La causa se radicó en el Tribunal de Sentencia Primero del Distrito Judicial de La Paz el 14 de marzo de 2003³³. El 22 de abril del mismo año el Tribunal emitió una resolución que dejó sin efecto el sorteo y constitución de Tribunal con jueces ciudadanos que habían tenido lugar el mismo mes, indicó fecha y hora para la Audiencia de Juicio Oral, para la audiencia pública para sorteo de jueces ciudadanos y para audiencia de constitución del Tribunal³⁴.

78. El día 9 de mayo, se excusaron del conocimiento de la causa el Juez Presidente del Tribunal y un Juez Técnico³⁵, los mismos que remitieron el Cuaderno de Actuaciones Procesales al Tribunal de Sentencia Tercero de La Paz³⁶, el cual devolvió el proceso al Tribunal de origen el día 12 de mayo, debido a defectos procesales³⁷.

79. El expediente fue posteriormente remitido al Tribunal de Sentencia de turno de la ciudad de El Alto el 28 de mayo³⁸, donde se radicó la causa el 31 de mayo y se fijó fecha para la audiencia de juicio oral y para la audiencia pública de sorteo de ciudadanos³⁹.

80. El día 15 de julio se realizó una audiencia pública de constitución extraordinaria de Tribunal, en la cual se informó que no había sido notificado ningún ciudadano de los sorteados en forma extraordinaria, pues no se les había ubicado en sus domicilios registrados, en atención a lo cual el Tribunal resolvió la remisión de la causa al asiento judicial más próximo, correspondiente a la ciudad de Achacachi⁴⁰.

81. El 16 de febrero de 2004 se realizó una audiencia pública de constitución extraordinaria de Tribunal ante el Tribunal de Sentencia de Achacachi, el cual resolvió que, habiéndose realizado la audiencia y no pudiendo constituir tribunal con jueces ciudadanos, se remitiese el proceso al asiento judicial más próximo, correspondiente a Copacabana⁴¹. La causa fue remitida a dicho Tribunal el 19 de febrero⁴².

82. El Tribunal de Sentencia de Copacabana dictó sentencia en la causa el día 13 de agosto de 2004, declarando culpable al Dr. Edgar Torrico como autor del delito de lesión culposa y estableciendo como condena la pena de multa en el monto de sesenta y cuatro mil bolivianos⁴³. En la fundamentación probatoria de dicha sentencia, el Tribunal se pronunció acerca del consentimiento para la práctica de la salpingoclasia bilateral a I.V. en los siguientes términos:

³³ Anexo 26. Radicatoria de la causa ante el Tribunal de Sentencia Primero del Distrito Judicial de La Paz, de 14 de marzo de 2003. Anexo 12 a la petición inicial.

³⁴ Anexo 27. Resolución N° 19/2003 del Tribunal de Sentencia Primero del Distrito Judicial de La Paz, Auto motivado de 22 de abril de 2003. Anexo 13 a la petición inicial.

³⁵ Anexo 28. Escrito presentado por el Dr. José Luis Rivero Aliaga, Presidente del Tribunal de Sentencia Primero, ante el Juez Técnico del mismo Tribunal, de 9 de mayo de 2003. Anexo 14 a la petición inicial; Anexo 29. Escrito presentado por el Dr. Raúl Gastón Huaylla rivera, Juez Técnico del Tribunal de Sentencia Primero, en el caso FIS N° 894, de 9 de mayo de 2003. Anexo 15 a la petición inicial.

³⁶ Anexo 30. Remisión de Caso FIS N° 894 al Tribunal de Sentencia Tercero (TS-1. N° 92/2003), de 9 de mayo de 2003. Anexo 16 a la petición inicial.

³⁷ Anexo 31. Resolución del Tribunal de Sentencia Tercero de 12 de mayo de 2003, que devuelve el proceso al Tribunal de origen. Anexo 17 a la petición inicial.

³⁸ Anexo 32. Remisión de obrados originales al Tribunal de Sentencia de turno de la ciudad de El Alto (TS 1 Of. No. 105/03), de 28 de mayo de 2003. Anexo 18 a la petición inicial.

³⁹ Anexo 33. Resolución del Tribunal de Sentencia Segundo de El Alto de 31 de mayo de 2003. Anexo 19 a la petición inicial.

⁴⁰ Anexo 34. Acta de audiencia pública de constitución extraordinaria de Tribunal del Tribunal de Sentencia Segundo de El Alto, de 15 de julio de 2003. Anexo 20 a la petición inicial.

⁴¹ Anexo 35. Acta de audiencia pública de constitución extraordinaria de Tribunal del Tribunal de Sentencia de Achacachi, de 16 de febrero de 2004, y Remisión al Tribunal de Sentencia de Achacachi, de 19 de febrero de 2004. Anexo 21 a la petición inicial.

⁴² Anexo 35. Acta de audiencia pública de constitución extraordinaria de Tribunal del Tribunal de Sentencia de Achacachi, de 16 de febrero de 2004, y Remisión al Tribunal de Sentencia de Achacachi, de 19 de febrero de 2004. Anexo 21 a la petición inicial.

⁴³ Anexo 36. Resolución No. 32/2004 del Tribunal de Sentencia de Copacabana, de 13 de agosto de 2004. Anexo 22 a la petición inicial.

"Las declaraciones de la víctima y del médico tratante son contradictorias, los testigos son componentes del equipo quirúrgico, por tanto son testigos presenciales, constituyen prueba directa, las palabras textuales sobre el consentimiento informado son distintas, que contrastadas con el registro de la hoja de evolución de la historia clínica, nos llevan a la certeza de que no hubo la autorización verbal de la paciente para la cirugía adicional de la salpingoclasia bilateral"⁴⁴.

83. El Dr. Torrico interpuso recurso de apelación restringida en contra de la referida sentencia, el que fue resuelto por la Sala Penal Segunda de la Corte Superior de Justicia de La Paz mediante sentencia de 22 de octubre de 2004, la cual anuló totalmente la sentencia apelada y ordenó la reposición del juicio por otro Tribunal, fundamentando tal decisión en la consideración de que la sentencia recurrida no había cumplido a cabalidad con las disposiciones legales que regulan los requisitos de forma y la fundamentación de la sentencia⁴⁵.

84. I.V. interpuso recurso de casación en contra de la referida resolución, el cual fue declarado inadmisibles por la Sala Penal Primera de la Corte Superior de Justicia de La Paz⁴⁶. La Corte devolvió la causa al Tribunal de Sentencia de Copacabana el día 24 de febrero de 2005⁴⁷, el cual remitió el proceso al Tribunal de Sentencia de Sica Sica el 16 de mayo⁴⁸, radicándose el asunto ante ese Tribunal el día 3 de agosto⁴⁹.

85. El día 10 de agosto, I.V. presentó un escrito ante la Sala Penal Segunda de la Corte Superior de La Paz, solicitando la remisión del proceso a la ciudad de La Paz⁵⁰, en atención a considerar que resultaba muy oneroso, para las partes y para el Ministerio Público, llevar adelante un proceso ante una jurisdicción tan distante del lugar donde se produjo el supuesto delito y del domicilio de las partes⁵¹. El día 23 de agosto I.V. presentó una queja ante el Fiscal de Distrito en contra de la Fiscal a cargo de su caso, señalando que en el último juicio ella debió solventar el traslado de los médicos forenses y testigos hasta Copacabana y que ello le había producido un desgaste económico, además de indicar que la Fiscal no se había preocupado de tomar las medidas para no retrasar el nuevo juicio penal y solicitar la designación de un nuevo Fiscal a cargo del caso⁵². Esta solicitud fue reiterada el 6 de septiembre de 2005⁵³.

86. El día 23 de septiembre el Dr. Torrico solicitó al Tribunal de Sentencia de Sica Sica la suspensión de la audiencia de juicio oral programada para el día 3 de octubre⁵⁴. Dicha solicitud fue acogida por el Tribunal, el cual fijó como nueva fecha de audiencia el día 12 del mismo mes⁵⁵. El día 20 de enero de 2006 el Tribunal de Sentencia de la Provincia Aroma del Asiento Judicial de Sica Sica se declaró incompetente

⁴⁴ Anexo 36. Resolución No. 32/2004 del Tribunal de Sentencia de Copacabana, de 13 de agosto de 2004. Anexo 22 a la petición inicial.

⁴⁵ Anexo 37. Resolución No. 265/2004 de la Sala Penal Segunda de la Corte Superior de justicia de La Paz, de 22 de octubre de 2004. Anexo 23 a la petición inicial.

⁴⁶ Anexo 38. Auto Supremo No. 3 de la Sala Penal Primera de la Corte Suprema de Justicia de La Paz, de 1 de febrero de 2006. Anexo 24 a la petición inicial.

⁴⁷ Anexo 39. Devolución de obrados al Tribunal de Sentencia de Copacabana, de 24 de febrero de 2005. Anexo 25 a la petición inicial.

⁴⁸ Anexo 40. Remisión de obrados originales al Tribunal de Sentencia de Sica Sica, de 16 de mayo de 2005. Anexo 26 a la petición inicial.

⁴⁹ Anexo 41. Resolución del tribunal de Sentencia de Sica Sica de 3 de agosto de 2005. Anexo 27 a la petición inicial.

⁵⁰ Anexo 42. Escrito presentado ante la Sala Penal Segunda de la Corte Superior de Distrito, en que solicita la remisión del proceso a la ciudad de La Paz, de 9 de agosto de 2005. Anexo 28 a la petición inicial.

⁵¹ La Comisión no recibió información respecto al resultado de esta solicitud.

⁵² Anexo 43. Carta de fecha 23 de agosto de 2005 de la Sra. I.V. al Fiscal Superior de Distrito, Ref: queja contra la Dra. Mercedes Solís Parada por abandono de mi causa y solicito se me asigne un nuevo fiscal. Anexo 29 a la petición inicial.

⁵³ Anexo 44. Carta de fecha 6 de septiembre de 2005 de la Sra. I.V. al Fiscal de Distrito. Anexo 30 a la petición inicial.

⁵⁴ Anexo 45. Escrito presentado por Edgar Torrico Ameller ante el Tribunal de Sentencia de Sica Sica, de 23 de septiembre de 2005. Anexo 31 a la petición inicial.

⁵⁵ Anexo 46. Resolución del Tribunal de Sentencia de Sica Sica de 27 de septiembre de 2005. Anexo 32 a la petición inicial.

para seguir conociendo del proceso y dispuso la remisión de la causa a la Corte Superior de Justicia del Distrito de La Paz, para que este considere la remisión al Tribunal de Sentencia competente de la ciudad de La Paz⁵⁶. El 10 de febrero la Corte resolvió remitir el proceso al Tribunal de Sentencia Cuarto de La Paz⁵⁷, diligencia que fue practicada el 16 de marzo⁵⁸.

87. El Tribunal de Sentencia Cuarto de La Paz, el día 20 de marzo, devolvió la causa a la Corte Superior a fin de que esta subsanara un defecto procesal⁵⁹. El 10 de abril el mismo Tribunal dejó sin efecto la providencia del día 20 de marzo y radicó la causa⁶⁰.

88. La defensa del Dr. Torrico formuló un incidente de extinción de la acción penal, fundado en el artículo 133 del Código Procesal Penal boliviano, por haber transcurrido más de seis años desde el primer acto del proceso seguido en su contra. Ello fue resuelto mediante resolución de 1 de junio de 2006 del Tribunal de Sentencia Cuarto de La Paz, que declaró probado el incidente y dispuso el archivo de la causa⁶¹. Dicha resolución señaló que los retrasos en el proceso habían sido responsabilidad de los órganos de administración de justicia y consideró:

“Que, en autos se observa con meridiana claridad que se ha producido la retardación, asociad[a] a la inoperancia, en primer lugar, de funcionarios encargados de practicar notificaciones correctas para la constitución del tribunal escabino, atribuyendo otra parte de la responsabilidad a los órganos jurisdiccionales que, por motivos baladíes, han procedido a suspender audiencias o derivar la causa a una y otra jurisdicción [...]. [L]os órganos encargados de administrar justicia han jugado con la ley en términos de verdadero perjuicio para una correcta administración de justicia”⁶².

89. La referida resolución fue apelada por el Ministerio Público y por I.V., y sobre la apelación se pronunció la Sala Penal Primera de la Corte Superior del Distrito de La Paz, la cual, por resolución de 23 de agosto de 2006, declaró inadmisibles las cuestiones planteadas por los apelantes y confirmó la resolución impugnada⁶³. Dicha sentencia reitera que los retrasos en el proceso resultan imputables a los tribunales, señalando:

“De la revisión de obrados se establece que la dilación es imputable al Tribunal que conoce la causa, ya que incurrió por dos veces en nulidad de actuados por deficiencias procedimentales”⁶⁴.

6. La naturaleza del procedimiento quirúrgico de esterilización al que fue sometida I.V.

90. Las partes coinciden en el hecho de que a I.V. le fue practicada una intervención quirúrgica denominada salpingoclasia bilateral, procedimiento que se conoce también como ligadura de trompas de Falopio. Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante “la OMS”), la salpingoclasia, salpingectomía o

⁵⁶ Anexo 47. Resolución N° 03/2006 del Tribunal de Sentencia de la Provincia Aroma del Asiento Judicial de Sica Sica, de 20 de enero de 2006. Anexo 33 a la petición inicial.

⁵⁷ Anexo 48. Resolución N° 36/2006 de la Sala Penal Segunda de la Corte Superior del Distrito de La Paz, de 10 de febrero de 2006. Anexo 34 a la petición inicial.

⁵⁸ Anexo 49. Remisión de obrados originales al Tribunal Cuarto de Sentencia, de 16 de marzo de 2006. Anexo 35 a la petición inicial.

⁵⁹ Anexo 50. Resolución del Tribunal de Sentencia Cuarto de La Paz, de 20 de marzo de 2006. Anexo 36 a la petición inicial.

⁶⁰ Anexo 51. Resolución del Tribunal de Sentencia Cuarto de La Paz, de 10 de abril de 2006. Anexo 37 a la petición inicial.

⁶¹ Anexo 52. Resolución 13/06 del Tribunal de Sentencia Cuarto de La Paz, de 1 de junio de 2006. Anexo 38 a la petición inicial.

⁶² Anexo 52. Resolución 13/06 del Tribunal de Sentencia Cuarto de La Paz, de 1 de junio de 2006. Anexo 38 a la petición inicial.

⁶³ Anexo 53. Resolución No. 514/06 de la Sala Penal Primera de la Corte Superior del Distrito de La Paz, de 23 de agosto de 2006. Anexo 39 a la petición inicial.

⁶⁴ Anexo 53. Resolución No. 514/06 de la Sala Penal Primera de la Corte Superior del Distrito de La Paz, de 23 de agosto de 2006. Anexo 39 a la petición inicial.

ligadura de las trompas es un método de esterilización femenina por el cual se bloquean o cortan las trompas de Falopio con un propósito anticonceptivo⁶⁵.

91. Según la OMS, la esterilización femenina pretende ser permanente y generalmente no puede revertirse. Sobre dicho procedimiento, ha establecido que:

“[L]a cirugía que pretende revertir la esterilización tiene éxito sólo en algunas mujeres— aquellas a las que les queda suficiente trompa de Falopio. Incluso entre estas mujeres, la reversión a menudo no termina en embarazo. El procedimiento es difícil y caro y es difícil encontrar proveedores capaces de realizar este tipo de cirugía. Cuando se presenta el embarazo después de la reversión, el riesgo que el embarazo sea ectópico es mayor que lo habitual. Por lo tanto, la esterilización debe considerarse irreversible”⁶⁶.

92. La OMS a su vez ha señalado la importancia de que todas las usuarias sean informadas acerca de la permanencia de la esterilización y de la disponibilidad de métodos anticonceptivos alternos, dada la naturaleza irreversible de este procedimiento⁶⁷.

93. En relación con lo anterior, la OMS en conjunto con diversas agencias de Naciones Unidas han recalcado el carácter permanente del procedimiento y han señalado que la esterilización para la prevención de un embarazo futuro no es un procedimiento de emergencia, y que no puede justificarse sobre la base de una emergencia médica que permitiría no aplicar el principio de consentimiento informado⁶⁸.

94. Según estos principios, la CIDH considera probado que el procedimiento de ligadura de trompas realizado a I.V. es, en su esencia y como regla general, permanente e irreversible, y que no es un procedimiento médico de emergencia.

V. ANÁLISIS DE DERECHO

A. Definiciones previas y cuestiones preliminares

95. El examen que a continuación efectúa la Comisión procura dilucidar si la intervención quirúrgica practicada a la presunta víctima en un hospital público y las condiciones en las que la misma fue efectuada, comprometieron la responsabilidad internacional del Estado por haber incumplido con los estándares de derechos humanos aplicables. En el marco de este análisis, la Comisión considera como un hecho probado que la intervención quirúrgica objeto de este asunto fue un procedimiento sin carácter de emergencia y cuyas consecuencias son de carácter permanente.

96. La CIDH considera que este análisis conlleva un examen detenido de varias disposiciones de la Convención Americana vinculadas a la salud reproductiva de las mujeres, su derecho a la integridad personal, su derecho a ser informadas sobre los efectos, riesgos y consecuencias de cualquier intervención quirúrgica antes de ser realizada, su elección voluntaria en los procedimientos médicos a los cuales es sometida, y su autonomía y libre decisión sobre el uso de métodos disponibles para determinar el número y espaciamiento de sus hijos. Este análisis, además, necesariamente implica considerar si la presunta víctima

⁶⁵ OMS, Planificación familiar, Nota descriptiva N°351, Mayo de 2013, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

⁶⁶ Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de Conocimientos sobre la Salud. *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2011., p 181. Disponible en: https://www.fphandbook.org/sites/default/files/hb_spanish_2012.pdf

⁶⁷ OMS, *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, Cuarta Edición, 2009, pág. 105, disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886_spa.pdf?ua=1

⁶⁸ OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF y WHO, *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement*, WHO, 2014, p. 9. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/eliminating-forced-sterilization/en/

contó o no con un acceso adecuado a la protección y garantías judiciales. Del mismo modo, la Comisión considera que lo anterior implica examinar los derechos involucrados en el caso en atención a la obligación general del Estado de respetar y garantizar los derechos humanos sin discriminación.

B. El derecho a la integridad personal (artículo 5.1⁶⁹ de la Convención Americana) en relación con el artículo 1.1 de la Convención Americana

97. La Comisión ha establecido que el derecho a la integridad personal es un concepto de gran amplitud, abarcando la salud materna de las mujeres⁷⁰. La protección del derecho a la integridad personal de las mujeres en el ámbito de la salud materna entraña la obligación de garantizar que las mismas tengan acceso en igualdad de condiciones a los servicios de salud que requieren según sus necesidades particulares vinculadas con el embarazo y el periodo posterior al parto y a otros servicios, e información relacionada con la maternidad y en materia reproductiva a lo largo de sus vidas⁷¹. En este ámbito, la garantía del derecho a la integridad personal tiene implicaciones para la igualdad, autonomía, privacidad, autonomía y dignidad de las mujeres⁷².

98. Sobre estos principios, la Comisión ha sostenido que una de las medidas principales para garantizar el derecho a la integridad de las mujeres es la provisión de servicios adecuados y oportunos de salud materna⁷³. Estos incluyen los servicios pertinentes a la salud reproductiva, y a tener un debido acceso a la información necesaria para adoptar decisiones libres, autónomas, e informadas en este ámbito⁷⁴. En efecto, tal y como se detalla en la sección posterior, el acceso a la información y el consentimiento informado en el ámbito de la prestación de servicios de salud son instrumentos esenciales para la satisfacción efectiva del derecho a la integridad personal de las mujeres, especialmente en el ámbito de sus derechos sexuales y reproductivos. Sobre el particular, la Comisión ha aseverado que:

“[l]a protección del derecho a la integridad de las mujeres en condiciones de igualdad se materializa en el ámbito de la salud materna, a través de la provisión de información y educación en la materia para que las mujeres adopten decisiones libres, fundamentadas y responsables en materia de reproducción, incluyendo la planificación familiar”⁷⁵.

99. En este sentido, la CIDH ha considerado que la práctica de una intervención quirúrgica sin el consentimiento informado requerido puede constituir una violación al derecho a la integridad personal, consagrado en el artículo 5 de la Convención Americana⁷⁶. El Comité de la CEDAW también ha expresado que la esterilización obligatoria y no informada influye adversamente en la salud física y mental de la mujer y viola su derecho a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos⁷⁷. La Corte Europea asimismo ha señalado que el cumplimiento de la obligación positiva del Estado de garantizar efectivamente a sus ciudadanos el derecho a la integridad física y psicológica puede requerir, a su vez, la adopción de normativa en materia de acceso a la información sobre la salud de un individuo⁷⁸.

⁶⁹ El artículo 5.1 de la Convención Americana establece: “Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”.

⁷⁰ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, 7 de junio de 2010, párrs. 1-22.

⁷¹ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, 7 de junio de 2010, párr. 3.

⁷² CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, 7 de junio de 2010, párr. 4.

⁷³ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, 7 de junio de 2010, párr. 2.

⁷⁴ Al respecto, ver: Corte Europea de Derechos Humanos, *Case of R.R. v. Poland*, Application No. 27617/04, 26 de mayo de 2011.

⁷⁵ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, 7 de junio de 2010, párr. 92.

⁷⁶ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 61.

⁷⁷ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General No. 19*, párr. 22.

⁷⁸ Corte Europea de Derechos Humanos, *Case of RR v. Poland*, Aplicación 27617/04, 26 de mayo de 2011, párr. 188. Ver también: CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 61. Asimismo, para otros tratamientos de materias relacionadas en el ámbito internacional, ver: Naciones Unidas, Consejo de

100. La CIDH también ha reconocido el vínculo entre el contenido del artículo 5.1 de la Convención Americana y el principio de no discriminación consagrado en el artículo 1.1 de la Convención Americana. Ha considerado pertinente destacar que muchas mujeres en la región sufren afectaciones de su derecho a la integridad personal en el acceso a servicios e intervenciones pertinentes a su salud que sólo ellas requieren por su sexo, diferencias biológicas, y su habilidad reproductiva⁷⁹. En este sentido, la CIDH ha considerado que los Estados tienen el deber de adoptar medidas positivas para garantizar la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, y calidad de los servicios de salud materna, como parte de sus obligaciones derivadas del principio de igualdad y no discriminación⁸⁰. Como principio correlativo, la Corte Interamericana también ha afirmado que es necesario considerar el alcance del derecho a la salud de las mujeres desde una perspectiva que tome en cuenta sus intereses y necesidades “en vista de los factores y los rasgos distintivos que las diferencian de los hombres, a saber: (a) factores biológicos [...], tales como [...] su función reproductiva”⁸¹. De estos principios se deriva que la falta del respeto pleno del derecho a la integridad personal de las mujeres en la esfera reproductiva puede contravenir a su vez su derecho a vivir libre de toda forma de discriminación protegido por el artículo 1.1 de la Convención Americana.

101. Del mismo modo, el derecho a la integridad personal y el principio de no discriminación se encuentran estrechamente vinculados con el derecho de las mujeres a vivir libres de toda forma de violencia. En este sentido, la Comisión ha sostenido que “la violencia contra las mujeres y la discriminación social que la promueve y la valida, son problemas graves de derechos humanos con repercusiones negativas para las mujeres y la sociedad en su conjunto, y constituyen un obstáculo para el reconocimiento y goce de todos sus derechos humanos y atentan contra su integridad física, psíquica y moral”⁸².

102. La Comisión considera como probado en este asunto que I.V. fue objeto de una intervención quirúrgica de ligadura de trompas el 1 de julio de 2000. Como consecuencia de este procedimiento, I.V. sufrió la pérdida permanente de su función reproductora. No existe constancia alguna en el expediente ante la CIDH de que I.V. haya consentido a la realización de este procedimiento, o de que este procedimiento haya sido requerido de forma urgente por la presencia de una emergencia médica. A su vez, tal como se analizará en detalle en la próxima sección, de los hechos probados se desprende que este procedimiento fue practicado sin que la afectada recibiera la información necesaria para tomar una decisión autónoma y libre sobre el uso futuro de métodos disponibles para determinar el número y espaciamiento de sus hijos.

103. Sobre la base de estas consideraciones, la CIDH estima que la intervención quirúrgica objeto de este examen no fue un servicio adecuado u oportuno de salud materna para I.V., y resultó en una vulneración de su integridad física y psicológica. Asimismo, la Comisión estima que la violación al derecho a la integridad personal en este asunto es de carácter continuado, al haber sido I.V. privada de manera absoluta e innecesaria del ejercicio presente y futuro de sus derechos reproductivos⁸³.

Derechos Humanos, *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes*, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013, párr. 32, 46 y 48.

⁷⁹ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, 7 de junio de 2010, párr. 53.

⁸⁰ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, 7 de junio de 2010, párr. 76.

⁸¹ Corte I.D.H., *Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in vitro) Vs. Costa Rica*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 28 noviembre de 2012, Serie C No. 257, Párr. 300.

⁸² CIDH, *Las mujeres frente a la violencia y la discriminación derivadas del conflicto armado en Colombia*, 18 de octubre de 2006, párr. 11.

⁸³ “Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”. Naciones Unidas, *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, A/CONF.171/13, 18 de octubre de 1994, párr. 7.3.

104. La CIDH destaca a su vez la profunda angustia, impotencia y frustración que ha sufrido I.V. como consecuencia de su esterilización no consentida, agravada por la falta de acceso de acceso a la justicia para obtener un remedio adecuado y efectivo ante una violación de sus derechos sexuales y reproductivos. La intervención no consentida objeto de este asunto no sólo constituyó una forma de discriminación para I.V., pero también una forma de violencia y una interferencia arbitraria en una esfera íntima de su privada y familiar, aspectos que será discutidos a profundidad más adelante en este informe.

105. En relación con lo anterior, la Comisión considera especialmente relevante referirse al alegato del Estado respecto a que I.V. no habría manifestado su intención de solicitar un procedimiento de reversibilidad de la salpingoclasia bilateral, habiendo informado el Hospital de la Mujer la existencia de experiencias exitosas practicadas en dicho centro médico. Al respecto, la Comisión estima que en ningún caso resulta exigible a las víctimas de una esterilización forzada el sometimiento a una intervención de reversibilidad de la ligadura de trompas y que dicho procedimiento no es un elemento relevante para valorar la violación a su integridad personal y/o a sus derechos reproductivos.

106. De lo anterior, la Comisión concluye que el Estado de Bolivia, al practicar a I.V. una esterilización quirúrgica sin su consentimiento, vulneró su derecho a la integridad personal, en contravención del artículo 5.1 de la Convención Americana en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento.

107. Como se indicó anteriormente, la práctica de una intervención quirúrgica o tratamiento médico invasivo sin el consentimiento requerido de la paciente puede constituir una violación a varios de sus derechos humanos⁸⁴. En el presente caso, la Comisión considera que la práctica de un procedimiento quirúrgico de esterilización sin el consentimiento de I.V., en violación de su derecho a la integridad personal, se vincula estrechamente con la satisfacción de su derecho de acceso a la información, en los términos del artículo 13 de la Convención Americana, cuyos alcances serán analizados en la siguiente sección de este informe. Asimismo, tiene implicaciones y efectos específicos sobre el ejercicio de los derechos de la víctima a la protección de la vida privada y familiar, y su derecho a vivir libre de violencia y discriminación, los cuales serán analizados posteriormente.

C. El derecho de acceso a la información (artículo 13.1⁸⁵ de la Convención Americana), en relación con el artículo 1.1 de la Convención Americana

108. El derecho de acceso a la información es un derecho fundamental protegido por el artículo 13 de la Convención Americana⁸⁶. La Corte Interamericana ha señalado que al estipular expresamente los derechos a “buscar” y “recibir” “informaciones, el artículo 13 de la Convención “protege el derecho que tiene toda persona a solicitar el acceso a la información bajo el control del Estado, con las salvedades permitidas bajo el régimen de restricciones de la Convención”⁸⁷.

109. La Comisión Interamericana ha sostenido que el derecho de acceso a la información “comprende una obligación positiva en cabeza del Estado de brindar a los ciudadanos acceso a la información

⁸⁴ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, 7 de junio de 2010, párr. 39; CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párrs. 61 y 66. Véase, en general, CIDH, Informe No 71/03, Petición 12.191, María Mamérita Mestanza Chávez, Perú, Solución Amistosa, 10 de octubre de 2003, párr. 14; Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General No. 24: La mujer y la salud*, párrs. 22 y 31; Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/64/272, 10 de agosto de 2009, párr. 19.

⁸⁵ El artículo 13.1 de la Convención Americana establece que “[t]oda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento y de expresión. Este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o en forma impresa o artística, o por cualquier otro procedimiento de su elección”.

⁸⁶ Corte I.D.H., *Caso Claude Reyes y otros Vs. Chile*, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 19 de septiembre de 2006, Serie C No. 151, párr. 77; CIDH, *El derecho de acceso a la información en el marco jurídico Interamericano*, Relatoría Especial para la Libertad de Expresión, 30 de diciembre de 2009, párrs. 1-3.

⁸⁷ Corte I.D.H., *Caso Claude Reyes y otros Vs. Chile*, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 19 de septiembre de 2006, Serie C No. 151, párr. 77.

que está en su poder, y un derecho correlativo de las personas de acceder a la información en poder del Estado⁸⁸. Ahora bien, el derecho de acceso a la información no se reduce al deber de suministrar la información solicitada por una persona particular. Entre otras obligaciones, este derecho apareja la obligación de suministrar de oficio la información bajo control del Estado cuando ello es condición para el ejercicio de otros derechos. Ello sin perjuicio de las limitaciones excepcionales que se establezcan previamente en la ley, con respeto de los principios de proporcionalidad y necesidad⁸⁹.

110. En efecto, cuando el ejercicio de los derechos fundamentales de las personas depende de que cuenten con información relevante, el Estado debe suministrarla de forma oportuna, accesible, completa y fidedigna. En este sentido, el sistema interamericano ha reconocido que el derecho de acceso a la información no sólo es una herramienta crítica para garantizar la transparencia y el control del funcionamiento del Estado y la gestión pública, sino un instrumento esencial para el ejercicio de otros derechos humanos⁹⁰.

111. En el presente caso, el peticionario sostiene que la presunta víctima fue sometida, sin previo consentimiento informado, al procedimiento quirúrgico de salpingoclasia bilateral o ligadura de trompas de falopio, inmediatamente después de concluida una cesárea. En consecuencia de esta intervención, I.V. perdió su capacidad reproductiva de forma permanente.

112. El Estado, por su parte, sostiene que se procedió de acuerdo a lo previsto en los principios fundamentales del ejercicio de la medicina en Bolivia y que se respetó plenamente el derecho de I.V. a recibir información adecuada y oportuna para tomar decisiones libres y voluntarias. En este sentido, el Estado afirmó que el doctor tratante actuó de manera preventiva, en cumplimiento de su obligación de proteger la salud de I.V. Asimismo, indicó que durante todo el procedimiento de cesárea I.V. permaneció despierta, dado que la anestesia y el procedimiento quirúrgico no alteran el juicio ni la calidad mental competente para poder recibir una correcta información y, por lo tanto, decidir sobre el consentimiento verbal para la realización de una salpingoclasia bilateral.

113. Corresponde a la CIDH determinar si el procedimiento de ligadura de trompas realizado en un hospital público y por el cual I.V. perdió su capacidad reproductiva de forma permanente, constituyó una violación de su derecho de acceso a la información, reconocido por el artículo 13 de la Convención Americana. Para ello, resulta necesario establecer si el derecho de acceso a la información protege el derecho de una paciente a recibir previa y oficiosamente toda la información relevante para la elección de sus preferencias en la prestación de servicios de salud.

114. Para resolver el problema planteado, la Comisión se pronunciará sobre los estándares desarrollados en materia de acceso a la información en el ámbito de la salud, particularmente, el papel del consentimiento informado para el respeto y protección de los derechos de los pacientes. Seguidamente, examinará los aspectos del derecho de acceso a la información y el consentimiento informado requerido en procedimientos médicos vinculados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Posteriormente, procederá a aplicar estas reglas al caso concreto.

⁸⁸ CIDH. *Informe Anual 2008*. Volumen II: Informe Anual de la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión. Capítulo III: Marco jurídico interamericano del derecho a la libertad de expresión, párrs. 140 y 142. Asimismo, el artículo 4 de la Declaración de Principios sobre Libertad de Expresión de la CIDH (2000) establece que “[e]l acceso a la información [...] es un derecho fundamental de los individuos” y que los “Estados están obligados a garantizar el ejercicio de este derecho”. Ver también: CIDH. *Estudio de la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión sobre el Derecho de Acceso a la Información* (2007); CIDH. *Informe Anual 2005*. Volumen II: Informe de la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión. Capítulo IV: Informe sobre el acceso a la información en el hemisferio; CIDH. *Informe Anual 2003*. Volumen III: Informe Anual de la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión. Capítulo IV: Informe sobre el acceso a la información en el hemisferio; CIDH. *Informe sobre Terrorismo y Derechos Humanos* (2002), párrs. 281-288; CIDH. *Informe Anual 2001*. Informe Anual de la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión. Volumen II. Capítulo III: Informe sobre la acción de hábeas data y el derecho de acceso a la información en el hemisferio.

⁸⁹ CIDH. *Informe Anual 2008*. Volumen II: Informe Anual de la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión. Capítulo 3: Marco jurídico interamericano del derecho a la libertad de expresión.

⁹⁰ CIDH. *Informe Anual 2008*. Volumen II: Informe Anual de la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión. Capítulo 3: Marco jurídico interamericano del derecho a la libertad de expresión, párr. 147.

1. El derecho de acceso a la información para la elección de servicios de salud

115. La CIDH ha reconocido que el derecho de acceso a la información es clave para la protección del derecho a la integridad personal, autonomía y salud de las personas. Particularmente, ha reconocido que el derecho de acceso a la información es un elemento indispensable para que las personas puedan estar en condiciones de tomar decisiones libres y fundamentadas respecto de aspectos íntimos de su salud, cuerpo y personalidad⁹¹, incluyendo decisiones sobre la aplicación de procedimientos o tratamientos médicos. En este sentido, se ha referido de forma particular al consentimiento informado como un principio ético de respeto a la autonomía de las personas, que requiere que éstas comprendan las distintas opciones de tratamiento a su disposición y sean involucradas en la atención de su salud⁹².

116. La comunidad internacional ha reconocido el consentimiento informado⁹³ como un proceso activo y continuo que persigue asegurar que ningún tratamiento sea realizado sin el acuerdo de la persona a quien se le va a practicar y sin haber sido debidamente informada de sus efectos, riesgos y consecuencias⁹⁴. La Convención Europea sobre Derechos Humanos y Biomedicina⁹⁵ se refiere asimismo a este asunto en su artículo 5, estableciendo que: “[u]na intervención en el ámbito de la salud sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su consentimiento libre e informado. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. [...]”.

117. Al respecto, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, indicó que “el consentimiento informado no es la mera aceptación de una intervención médica, sino una decisión voluntaria y suficientemente informada que protege el derecho del paciente a participar en la adopción de las decisiones médicas y atribuye a los proveedores de servicios de salud deberes y obligaciones conexos”⁹⁶.

118. La CIDH se ha pronunciado en la misma línea y ha precisado que el consentimiento informado es un proceso apropiado de divulgación de toda la información necesaria para que un paciente pueda tomar libremente la decisión de otorgar o (negar) su consentimiento para un tratamiento o intervención médica.

⁹¹ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011; CIDH, *Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales*, 19 de julio de 2008, indicadores del derecho a la salud, pág. 48.

⁹² CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 43.

⁹³ El término “consentimiento informado” es el término más utilizado comúnmente. Sin embargo, hay quienes sostienen que el término puede ser malinterpretado y que debería ser reemplazado por el término “elección informada”. Ello debido a que la elección de no consentir es esencial al concepto integrado de voluntario o consentimiento otorgado voluntariamente. Véase, B.M. Dickens, R.J. Cook, *Dimensions of informed consent to treatment, Ethical and legal issues in reproductive health*, International Journal of Gynecology & Obstetrics 85 (2004), pp. 309-314.

⁹⁴ Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover*, presentado de conformidad con la resolución 6/29 del Consejo de Derechos Humanos, A/64/272 de 10 de agosto de 2009; Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Comunicación No. 4/2004, Caso A.S. vs. Hungría*, 29 de agosto de 2006, CEDAW/C/36/D/4/2004, párr. 11.3. Por ejemplo, la Declaración de Ámsterdam sobre los Derechos de los Pacientes, dispone que: “[l]os pacientes tienen derecho a ser informados en detalle sobre su estado de salud, incluyendo los datos médicos sobre su estado; sobre los procedimientos médicos propuestos, junto a los riesgos potenciales y beneficios de cada procedimiento; sobre alternativas a los procedimientos propuestos, incluyendo el efecto de no aplicar un tratamiento; y sobre el diagnóstico, pronóstico y progreso del tratamiento” (ICP/HLE 121, 1994).

⁹⁵ Consejo de Europa, *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*, firmada el 4 de abril de 1997 en Oviedo, España, entrada en vigencia el 1 de diciembre de 1999.

⁹⁶ Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover*, presentado de conformidad con la resolución 6/29 del Consejo de Derechos Humanos, A/64/272 de 10 de agosto de 2009, párr. 9.

Este proceso procura asegurar que las personas vean sus derechos humanos plenamente respetados en el ámbito de la salud, y puedan llevar a cabo elecciones verdaderamente libres⁹⁷.

119. Una interpretación sistemática de la doctrina y jurisprudencia en esta materia permite establecer que un proceso de consentimiento informado debe incluir los siguientes tres elementos, íntimamente relacionados entre sí: 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 la personas y asegurar que la persona comprenda la información brindada; y iii) asegurar que el consentimiento que se brinde sea libre y voluntario⁹⁸. El cumplimiento de este proceso incluye la adopción de medidas de carácter legislativo, político y administrativo y se extiende a los médicos, los profesionales de la salud y los trabajadores sociales, tanto de hospitales públicos como privados, como de otras instituciones de la salud y centros de detención.

120. En relación con el primer elemento del proceso de consentimiento informado – informar sobre la naturaleza del procedimiento, opciones de tratamiento y alternativas razonables, que incluye los posibles beneficios y riesgos de los procedimientos propuestos –, la Comisión ha señalado que la información que se brinde a la paciente debe ser completa, accesible, fidedigna, oportuna y oficiosa⁹⁹. Para que la información sea completa corresponde a los profesionales de la salud obtener y divulgar toda la información relevante y de la más alta calidad sobre el diagnóstico, tratamiento propuesto, sus efectos, riesgos y alternativas. Para que sea accesible, debe ser suministrada en condiciones adecuadas y en un lenguaje y de una manera aceptable culturalmente para la persona que ha de otorgar el consentimiento¹⁰⁰, lo que incluye el uso de servicios de traducción e interpretación. Ahora bien, no basta que la información sea completa y accesible, la información debe ser fidedigna. Esto es, debe estar basada en evidencia científica de la más alta calidad que proporcione certeza y no en las preferencias personales del profesional de salud. Al respecto, la CIDH ha enfatizado que “la provisión de información inadecuada o errónea, es contraria al derecho al acceso a la información”¹⁰¹. Finalmente, la información debe ser suministrada de manera oportuna y oficiosa, es decir, previo a la aplicación del procedimiento y sin necesidad de solicitud directa.

121. Respecto del segundo elemento del consentimiento informado – tomar en cuenta las necesidades de la persona y asegurar que comprenda la información brindada –, la CIDH observa que los profesionales médicos tienen un deber importante de asegurar la comprensión de la información impartida, con la finalidad de que la paciente adopte una decisión verdaderamente informada respecto de la intervención y/o tratamiento propuesto. En este sentido, se debe prestar particular atención a las necesidades y estado de la paciente, así como de los métodos que se utilizan para brindar la información.

122. En lo que atañe al tercer elemento del consentimiento informado – asegurar que el consentimiento que se brinde sea libre y voluntario –, la Comisión estima que para ser efectivo, el consentimiento debe ser otorgado a través de un proceso libre de toda coerción o manipulación. Debido al desequilibrio de poder que caracteriza la relación entre profesionales de la salud y sus pacientes se ha reconocido que el tiempo y la forma en la que se proporciona la información puede influir indebidamente en la decisión de aceptar o no el tratamiento propuesto. Por ejemplo, cuando se trata de un procedimiento electivo que puede ser realizado en cualquier momento, el médico debe ofrecer la información con suficiente

⁹⁷ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 42.

⁹⁸ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 44.

⁹⁹ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 45.

¹⁰⁰ Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover*, presentado de conformidad con la resolución 6/29 del Consejo de Derechos Humanos, A/64/272 de 10 de agosto de 2009, párr. 23.

¹⁰¹ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 85.

antelación para que la paciente pueda sopesar su elección libremente. En este sentido, ha sido reconocido internacionalmente que condiciones como el estrés quirúrgico pueden afectar no sólo la comprensión por parte de una paciente de los riesgos y consecuencias de un procedimiento médico específico sino que puede hacerla más vulnerable a influencias indebidas¹⁰². La Comisión reconoce que si bien el consentimiento puede ser otorgado de forma verbal o escrita, para efectos de salvaguardar los derechos involucrados, el Estado debe tomar medidas para facilitar que el consentimiento conste por escrito¹⁰³.

123. Ahora bien, a mayores consecuencias de la decisión que se va a adoptar, más rigurosos deben ser los controles para asegurar el consentimiento libre e informado de la paciente¹⁰⁴. En tal sentido, como se explica a continuación, el proceso de consentimiento informado adquiere un alcance mayor y contenido especial cuando se trate de un tratamiento médico de carácter intrusivo e irreversible, que no tiene un propósito terapéutico y en aquellos casos en los cuales la paciente de una intervención clínica pertenece a sectores y personas históricamente discriminadas, como es el caso de las mujeres, y en particular, en la esfera de la salud sexual y reproductiva¹⁰⁵.

2. El consentimiento informado en materia sexual y reproductiva

124. La CIDH ha establecido que el consentimiento informado es un requisito esencial para el respeto y garantía del derecho a la salud de las mujeres, incluyendo su salud sexual y reproductiva. Este derecho comprende la obligación estatal de suministrar información completa, accesible, oportuna y fidedigna y oficiosa en esta materia,¹⁰⁶ con el objetivo de que las mujeres estén en condiciones de tomar decisiones libres y fundamentadas sobre aspectos íntimos de su personalidad y plan de vida¹⁰⁷.

125. La relevancia del consentimiento informado en el ámbito de la salud sexual y reproductiva ha sido también reconocida en el sistema universal de derechos humanos. En efecto, el Comité de la CEDAW ha sostenido que los servicios de salud sólo son aceptables si se prestan garantizando el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas. Al respecto, dicho Comité ha aseverado que las mujeres deben ser plenamente informadas por personal capacitado de los beneficios, consecuencias y efectos desfavorables de cualquier intervención médica propuesta respecto de su salud sexual y reproductiva, antes que la misma sea impartida y las opciones disponibles. Este deber comprende ofrecer información sobre métodos de planificación familiar disponibles, y sus alcances, riesgos y los efectos colaterales de cada uno de ellos¹⁰⁸. En este sentido, la CEDAW establece que los Estados deben asegurar a las mujeres, en condiciones de igualdad, el "acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia"¹⁰⁹.

¹⁰² Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Comunicación No. 4/2004, Caso A.S. vs. Hungría*, 29 de agosto de 2006, CEDAW/C/36/D/4/2004, párr. 11.2; OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF y WHO, *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement*, WHO, 2014, p. 14. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/eliminating-forced-sterilization/en/

¹⁰³ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 72.

¹⁰⁴ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 72.

¹⁰⁵ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011.

¹⁰⁶ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, 7 de junio de 2010.

¹⁰⁷ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 25.

¹⁰⁸ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 48.

¹⁰⁹ Véase, CEDAW, Artículo 10(h).

126. Asimismo, la CIDH ha afirmado que el derecho al acceso a la información abarca el tipo de información con el cual deben contar las mujeres a fin de tomar decisiones con efectos en su salud reproductiva, como la capacidad de poder determinar el número y espaciamiento de sus hijos, y de elegir de forma libre los métodos necesarios para dicho fin¹¹⁰. Este derecho se extiende a intervenciones quirúrgicas de esterilización y a la conducta del personal médico durante las mismas¹¹¹.

127. Como parte de este análisis, es importante destacar que la esterilización es un método anticonceptivo y de planificación familiar que debe estar disponible a las personas de manera accesible, aceptable, de alta calidad y sin discriminación, coerción o violencia. Dado que se trata de un procedimiento de mayor consecuencia para la salud reproductiva de una persona, los controles para asegurar que el consentimiento sea otorgado de forma informada, libre, y voluntaria deben ser particularmente estrictos¹¹².

128. Al respecto, la OMS ha establecido que para dar su consentimiento informado para una esterilización, la usuaria debe comprender los siguientes seis puntos:

“i) [que] también puede disponer de anticonceptivos transitorios; ii) [que] la esterilización voluntaria es un procedimiento quirúrgico; iii) [que] además de los beneficios, el procedimiento puede entrañar algún riesgo. (Es preciso explicar tanto los riesgos como los beneficios de modo que la usuaria los pueda comprender); iv) [que] de tener éxito, el procedimiento evitará que la usuaria tenga más hijos; v) [que] el procedimiento se considera permanente y probablemente no sea posible revertirlo; y vi) [que] la usuaria puede decidir en contra del procedimiento en cualquier momento antes de que tenga lugar (sin perder derecho a otros beneficios médicos, sanitarios, u otros servicios o beneficios)”¹¹³.

129. En igual sentido, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) ha recomendado que “toda información sobre esterilización debe ser brindada en un idioma, hablado y escrito, que la mujer comprenda; y en un formato accesible y, como lenguaje de señas, Braille y lenguaje sencillo y no técnico apropiado a las necesidades de las mujer. El personal que realiza la esterilización debe asegurarse que la paciente ha sido asesorada apropiadamente acerca de los riesgos y beneficios del procedimiento y sus alternativas”¹¹⁴. Asimismo, ha precisado que “el consentimiento no debe ser requerido cuando la mujer pueda estar vulnerable, como cuando solicita la terminación de un embarazo, en el parto o con posterioridad a este”¹¹⁵.

130. Estas obligaciones parten de un reconocimiento de las limitaciones que suelen tener las mujeres para acceder a la información necesaria para ejercer sus derechos a la salud sexual y reproductiva, en especial cuando se encuentran en una situación de mayor riesgo de sufrir violaciones a sus derechos por la

¹¹⁰ En tal sentido, el artículo 16 de la CEDAW establece: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres: ... e) 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, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”. Ver también: Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General No. 21: La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares*, párrs. 21-22; Naciones Unidas, *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, A/CONF.171/13, 18 de octubre de 1994, párr. 7.2; y Naciones Unidas, *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995, Anexo II: Plataforma de Acción de Beijing, párr. 95.

¹¹¹ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 61

¹¹² OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF y WHO, *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement*, WHO, 2014, p. 1. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/eliminating-forced-sterilization/en/

¹¹³ Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), *Proyecto de Conocimientos sobre la Salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2011., p 173. Disponible en: https://www.fphandbook.org/sites/default/files/hb_spanish_2012.pdf

¹¹⁴ FIGO, *Female Contraceptive Sterilization*. Executive Board Meeting, Junio 2011.

¹¹⁵ FIGO, *Female Contraceptive Sterilization*. Executive Board Meeting, Junio 2011.

intersección de distintas formas de discriminación por otros motivos conexos, como su raza, etnia, edad, orientación sexual, condición social, entre otros¹¹⁶. Como ha señalado la CIDH, uno de los factores estructurales que limitan el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva, y por ende, a la información en esta materia, son los estereotipos de género persistentes en el sector salud.

131. En este sentido, la CIDH ha sostenido que “las leyes, políticas o prácticas que exigen a las mujeres la autorización de terceras personas para obtener atención médica, y que permiten formas de coerción tales como la esterilización de la mujer sin consentimiento, perpetúan estereotipos que consideran a las mujeres vulnerables e incapaces de tomar decisiones autónomas sobre su salud”¹¹⁷. Esta clase de estereotipos de género provienen de preconcepciones individuales y colectivas sobre las capacidades y los roles de las mujeres en la sociedad, las cuales se institucionalizan a través de leyes, políticas públicas, decisiones judiciales y prácticas. De este modo, la presencia de estereotipos de género en los servicios de salud ocasiona que a las mujeres se les nieguen ciertas potestades –como la facultad de decidir autónomamente sobre la propia salud- o se les impongan cargas especiales –como la exigencia de contar con la autorización de un tercero para acceder a un determinado tratamiento-, lo que constituye un tratamiento desigual y discriminatorio de las mujeres. En consecuencia, la presencia de estereotipos de género en los servicios de salud deriva en la vulneración de la autonomía reproductiva de las mujeres.

132. Por otra parte, los estereotipos de género perjudican especialmente a las mujeres afectadas por otros factores de riesgo, como su raza, condición social o edad, entre otros. Al respecto, la CIDH se ha referido al vínculo entre la discriminación y la salud materna señalando que “un número desproporcionadamente elevado de mujeres pobres, indígenas y/o afrodescendientes, que en su mayoría residen en zonas rurales, son quienes con mayor frecuencia no disfrutan plenamente de sus derechos humanos respecto de la salud materna. Ello en razón de que estos grupos de mujeres sufren de la interrelación de múltiples formas de discriminación que limitan su acceso a estos servicios. La discriminación por motivos de sexo, género, raza, etnia, pobreza u otros factores es considerada a su vez un determinante social de la salud”¹¹⁸. Del mismo modo, el Comité de la CEDAW ha reconocido que la discriminación contra la mujer basada en el sexo y el género está indisolublemente vinculada a otros factores que afectan a la mujer, como la raza, el origen étnico, la religión o las creencias, la salud, la condición jurídica y social, la edad, la clase, la casta, la orientación sexual y la identidad de género¹¹⁹.

133. Por último, la Corte Constitucional de Colombia se ha pronunciado sobre la relación entre el acceso a la información y los derechos reproductivos de las mujeres en su sentencia T-627-12, al reconocer que “cuando se trata de los derechos reproductivos [la información] se vuelve vital, más aun en el caso las mujeres. Dos son las razones para ello. La primera es que, [...] esta categoría de derechos otorga básicamente facultades para decidir libremente sobre diversos aspectos de la reproducción y, sin información acerca de las opciones disponibles y la manera de hacerlas realidad, es imposible llevarlo a cabo. La segunda, porque uno de los mecanismos para perpetuar la discriminación histórica sufrida por las mujeres ha sido y continúa siendo, precisamente, negar u obstaculizar el acceso a información veraz e imparcial en este campo con el objetivo de negarles el control sobre este tipo de decisiones”¹²⁰.

¹¹⁶ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 53.

¹¹⁷ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, 7 de junio de 2010, párr. 38.

¹¹⁸ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, 7 de junio de 2010, párr. 11. En similar sentido, véase también: CIDH, Informe No 71/03, Petición 12.191, María Mamérita Mestanza Chávez, Perú, Solución Amistosa, 10 de octubre de 2003.

¹¹⁹ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Dictamen *Comunicación Nro. 17/2008, Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. Brasil*, 27 de septiembre de 2011, U.N.Doc. CEDAW-C-49-D-17-2008, párr. 7.7. Igualmente: Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General N° 28: las obligaciones estatales bajo el artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, 16 de diciembre de 2010, U.N. Doc. CEDAW/C/GC/28, párr. 18.

¹²⁰ Corte Constitucional de Colombia. *Sentencia T-627-12* de 12 de agosto de 2012.

3. Aplicación de estos principios al presente caso

134. De los hechos probados se desprende que I.V. fue sometida a una intervención quirúrgica de esterilización en un hospital público de Bolivia. La CIDH debe determinar si dicha intervención se realizó con el consentimiento informado de la presunta víctima, de conformidad con los estándares desarrollados supra.

135. Al respecto, corresponde examinar (i) si la presunta víctima contó con información completa, accesible, fidedigna, oportuna y oficiosa acerca de la naturaleza del procedimiento, opciones de tratamiento y alternativas razonables, que incluye los posibles beneficios y riesgos de los procedimientos propuestos; (ii) si el personal médico a cargo tomó en cuenta las necesidades de la presunta víctima y se aseguró que comprendiera la información brindada; y (iii) si el consentimiento se otorgó de manera libre y voluntaria.

136. Como ya fue explicado, una ligadura de trompas es un método anticonceptivo de carácter permanente e irreversible. En este tipo de intervenciones los controles para asegurar el consentimiento libre e informado de la paciente deben ser particularmente estrictos. Ello implica que, por lo menos, el proceso de consentimiento informado debe tener lugar con anterioridad al procedimiento quirúrgico y constar por escrito.

137. El Estado ha reconocido que su normativa en esta materia exige al proveedor de salud facilitar un proceso de elección informada para la práctica de la ligadura de trompas y establece el contenido de un formulario que deben firmar las pacientes que brindan su consentimiento (supra párrs. 65-66). No obstante lo anterior, el Estado alegó que dado que la ligadura de trompas de I.V. no fue programada sino que se realizó “a raíz de las complicaciones advertidas en la intervención quirúrgica”, en el presente caso habría sido suficiente con “comunicar” a I.V. sobre la decisión del personal médico de realizar la esterilización durante la intervención de cesárea y obtener en ese momento el consentimiento verbal de la paciente. A juicio de la CIDH, aún si el personal médico hubiese procedido de esta manera, su actuación no sería consistente con una estricta aplicación del proceso de consentimiento informado.

138. Ciertamente, el Estado no ha alegado o probado que el equipo médico haya proporcionado a I.V. información completa, accesible, fidedigna, oportuna y oficiosa sobre la naturaleza del procedimiento y opciones de tratamiento. La CIDH observa que no hay registro de que la presunta víctima haya recibido información completa sobre su estado de salud y la naturaleza del diagnóstico clínico a partir del cual se recomendó el procedimiento de ligadura de trompas. Tampoco hay registro de que el personal obligado haya dado una descripción pormenorizada de la naturaleza, riesgos y consecuencias del procedimiento, dejando muy claro que implicaba la pérdida permanente de la función reproductiva. Asimismo, no existe registro de que se haya asesorado a la paciente sobre los tratamientos alternativos para salvaguardar su vida en el caso de un futuro embarazo, como el uso de métodos anticonceptivos con efectos no permanentes. En todo caso, no parece probable que en el tiempo que pudo razonablemente transcurrir entre el alumbramiento y la práctica de la esterilización, el personal médico haya podido brindar la información necesaria manera completa, accesible y fidedigna.

139. Asimismo, la CIDH observa que I.V. ha sostenido que no recibió información de ningún tipo sobre el procedimiento. Además, ninguna declaración del equipo médico se refiere a un proceso de consentimiento informado. La CIDH advierte que, en efecto, el Protocolo Operatorio de su intervención consigna que sólo se le “comunicó” a la paciente durante el “transoperatorio” sobre la decisión de practicar la ligadura de trompas en atención a las “complicaciones encontradas” durante la operación y con el fin de salvaguardar su vida en el caso de un futuro embarazo¹²¹.

140. De otra parte, el momento y las condiciones bajo las cuales se habría decidido realizar este procedimiento, no serían, en principio, apropiados para garantizar que la paciente pudiera comprender de manera suficiente la intervención que se le iba a practicar y sus consecuencias, y otorgar un consentimiento

¹²¹ Véase CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr.

verdaderamente libre. Al respecto, la Comisión observa que I.V. llegó al hospital en su tercer embarazo con complicaciones de parto por lo cual fue sometida a una cesárea. Al momento del procedimiento de ligadura de trompas, acababa de nacer su bebé e I.V. se encontraba bajo anestesia epidural y razonablemente en estado de estrés quirúrgico¹²². Para la CIDH resulta inexcusable que un equipo médico proponga la realización de un procedimiento de esta naturaleza en tales circunstancias. Como ha afirmado la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el consentimiento para una esterilización no debe ser requerido “en el parto o con posterioridad a este”¹²³.

141. Si bien la Comisión ha reconocido que podrían existir situaciones excepcionales en las que no se aplicaría el consentimiento informado, tales como las vinculadas a ciertas emergencias clínicas¹²⁴, resulta relevante reiterar que la OMS y la FIGO han señalado que la esterilización para la prevención de un embarazo futuro no es un procedimiento de emergencia, y que no puede justificarse sobre la base de una emergencia médica que permitiría no aplicar el principio de consentimiento informado¹²⁵. Aún si un embarazo futuro pudiese poner en peligro la vida o la salud de una persona, existen métodos anticonceptivos alternativos para evitar un embarazo inmediato, de manera que a la persona afectada se le debe dar el tiempo y la información necesaria para realizar una elección informada respecto de la esterilización¹²⁶.

142. Al respecto, se ha reconocido que dado que la operación de ligadura de trompas no es un procedimiento de emergencia, “las necesidades de cada mujer deben ser atendidas, lo que incluye dar el tiempo adecuado y apoyo que necesita, asegurando que la paciente no se encuentre bajo presiones, en dolor o bajo cuidado médico, para considerar la explicación que recibe sobre lo que constituye una esterilización y pueda dar a conocer su elección”¹²⁷.

143. Como ha quedado probado, en el presente caso no existía una situación de urgencia médica que requería de la ligadura de trompas para salvar la vida de I.V. durante su intervención quirúrgica. Por el contrario, se trató de un procedimiento electivo que podía ser realizado en cualquier otro momento, por lo que nada justifica que la paciente no haya obtenido información oportuna y accesible sobre métodos anticonceptivos, es decir, con la suficiente antelación y en un estado de mayor ejercicio de su autonomía. El personal médico nunca sostuvo que la intervención haya sido necesaria para salvaguardar la vida de la paciente en ese momento. Al respecto, una de las auditorías realizada por el Comité de Decisiones de Auditoría Médica (supra párr. 72) concluyó que “[...] no existe justificación plena para la realización de dicha conducta quirúrgica, puesto que la existencia de múltiples adherencias, no constituye un riesgo para la vida de la paciente”.

144. Lo anterior lleva a la conclusión que aun cuando se hubiese entregado información a I.V. de forma verbal, en los términos alegados por el Estado, tal proceso no cumplió con los requisitos y condiciones necesarias para que I.V. pudiese haber prestado su consentimiento informado. Asimismo, no existía un riesgo actual e inmediato para la vida de I.V. que exceptuara el otorgamiento de consentimiento expreso.

¹²² Véase CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011. En efecto, la Comisión advierte que si bien no existía una emergencia o crisis médica, ya que como afirma el Estado, “la frecuencia cardíaca, presión arterial y temperatura [de la paciente] estaban en los parámetros normales, conforme registra su historia clínica”, I.V. estaba siendo sometida a una intervención quirúrgica invasiva que razonablemente pudo afectar no sólo su comprensión de los riesgos y consecuencias de una ligadura de trompas sino que la colocó en una situación de mayor vulnerabilidad a influencias indebidas.

¹²³ FIGO, *Female Contraceptive Sterilization*. Executive Board Meeting, Junio 2011.

¹²⁴ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 74.

¹²⁵ OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF y WHO, *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement*, WHO, 2014, p. 9. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/eliminating-forced-sterilization/en/

¹²⁶ OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF y WHO, *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement*, WHO, 2014, p. 9. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/eliminating-forced-sterilization/en/

¹²⁷ FIGO, *Female Contraceptive Sterilization*. Executive Board Meeting, Junio 2011.

145. La Comisión destaca que el suministrar información es parte de la obligación de los Estados de proveer aquellos servicios adecuados de salud que las mujeres requieren por su sexo, biología, y capacidad reproductiva. En dicho marco, la no garantía del consentimiento informado reproduce las desigualdades ya existentes entre hombres y mujeres y los estereotipos de género que afectan de forma negativa la libertad y autonomía de aquellas de tomar decisiones fundamentadas sobre su salud y plan de vida. El Estado tiene una obligación inmediata de abordar estas desigualdades previniendo toda esterilización no consentida como el caso objeto de este examen.

146. A la luz de las anteriores consideraciones, la Comisión observa que en el presente caso no se cumplió con el estándar de consentimiento informado necesario para garantizar de forma plena el derecho de acceso a la información en materia de salud reproductiva de I.V. En consecuencia, la CIDH concluye que el Estado de Bolivia vulneró el derecho de I.V. al acceso a la información, en contravención al artículo 13.1 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento.

D. El derecho a la vida privada y familiar (artículo 11.2¹²⁸ de la Convención Americana) y el derecho a fundar una familia (artículo 17.2¹²⁹ de la Convención Americana), en relación con el artículo 1.1 de la Convención Americana

1. La esterilización no consentida y el derecho a la vida privada y familiar y a fundar una familia

147. Según ha sostenido con anterioridad la Comisión, un objetivo fundamental del artículo 11 de la Convención Americana es proteger a las personas de la acción arbitraria de las autoridades del Estado que interfiera en su esfera privada¹³⁰. En este sentido, la Corte Interamericana ha sostenido que “el ámbito de la privacidad se caracteriza por quedar exento e inmune a las invasiones o agresiones abusivas o arbitrarias por parte de terceros o de la autoridad pública”¹³¹.

148. El sistema interamericano ha afirmado que la decisión de tener hijos biológicos pertenece a la esfera más íntima de la vida privada y familiar, y que la forma en que se construye dicha decisión es parte de la autonomía y de la identidad de una persona, tanto en su dimensión individual como de pareja, por lo que se encuentra protegida por el artículo 11 de la Convención Americana¹³². En consecuencia, constituye una esfera de intimidad exenta de interferencias abusivas o arbitrarias por parte del Estado o sus agentes.

149. El derecho a la vida privada está a su vez relacionado con la autonomía reproductiva de las mujeres, la cual comprende el derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos, y a tener acceso a la información, la educación, y los medios facilitadores del

¹²⁸ El artículo 11.2 de la Convención establece: “Nadie 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”.

¹²⁹ El artículo 17.2 de la Convención establece: “Se reconoce el derecho del hombre y la mujer a contraer matrimonio y a fundar una familia si tienen la edad y las condiciones requeridas para ello por las leyes internas, en la medida en que éstas no afecten al principio de no discriminación establecido en esta Convención”.

¹³⁰ CIDH, Informe N° 85/10, Caso 12.361, Gretel Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro), Costa Rica, Fondo, 14 de julio de 2010, párr. 70; y Corte I.D.H., *Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in vitro) Vs. Costa Rica*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 28 noviembre de 2012, Serie C No. 257, Párr. 272.

¹³¹ Corte I.D.H., *Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in vitro) Vs. Costa Rica*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 28 noviembre de 2012, Serie C No. 257, Párr. 142; Corte I.D.H., *Caso Escher y otros Vs. Brasil*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 6 de julio de 2009, Serie C No. 200, párr. 113; Corte I.D.H., *Caso de las Masacres de Ituango Vs. Colombia*, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 1 de julio de 2006, Serie C No. 148, párr. 194; Corte I.D.H., *Caso Escué Zapata Vs. Colombia*, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 4 de julio de 2007, Serie C No. 165, párr. 95; y Corte I.D.H., *Caso Tristán Donoso Vs. Panamá*, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 27 de enero de 2009, Serie C No. 193, párr. 55.

¹³² CIDH, Informe N° 85/10, Caso 12.361, Gretel Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro), Costa Rica, Fondo, 14 de julio de 2010, párr. 76; Corte I.D.H., *Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in vitro) Vs. Costa Rica*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 28 noviembre de 2012, Serie C No. 257, Párr. 142.

ejercicio de este derecho¹³³. Se extiende asimismo a su acceso a servicios de salud reproductiva y a tener libre elección y acceso a métodos para regular la fecundidad, que sean seguros, eficaces, de fácil acceso y aceptables¹³⁴. Ello implica que el derecho a la vida privada puede verse menoscabado cuando se obstaculizan los medios a través de los cuales una mujer puede ejercer el derecho a controlar su fecundidad¹³⁵.

150. Por su parte, el derecho a fundar una familia reconocido en el artículo 17.2 de la Convención Americana se encuentra ampliamente consagrado en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos¹³⁶. Tanto la Corte como la Comisión han avanzado el doble enfoque que debe tener el derecho a la familia consagrado por el artículo 17 de la Convención Americana, comprendiendo para el Estado una obligación positiva de protección, así como una obligación negativa del mismo de abstenerse de efectuar injerencias arbitrarias o abusivas en este ámbito¹³⁷.

151. La Corte ha establecido que debido a la importancia del derecho a la protección a la familia, el Estado se encuentra obligado a favorecer el desarrollo y la fortaleza del núcleo familiar¹³⁸. En el marco de su análisis, la Corte Interamericana asimismo ha señalado que la posibilidad de procrear forma parte del derecho a fundar una familia¹³⁹.

152. El presente caso se refiere a la práctica de un procedimiento de esterilización sin el consentimiento informado de la afectada. La Comisión observa que según los hechos probados, la referida esterilización produjo la pérdida permanente de la capacidad reproductiva de I.V.¹⁴⁰ En consecuencia, dicho procedimiento afectó el derecho de I.V. de decidir libre y de forma autónoma convertirse o no en madre, la cual es una decisión que se encuentra protegida por el derecho a conformar una familia, reconocido en el artículo 17.2. El ejercicio de este derecho, a su vez, forma parte de una esfera íntima de la vida privada de las personas, la cual se encuentra protegida por el artículo 11.2 de la Convención.

153. La Comisión observa que, a la luz de los antecedentes aportados por el Estado y el peticionario, se ha establecido que al momento en que se practicó la esterilización objeto de este asunto no existía riesgo alguno para la vida o la salud de I.V. El riesgo para la vida de I.V. sólo sería efectivo en caso de un nuevo embarazo en el futuro¹⁴¹. En vista de ello, la intervención quirúrgica no era necesaria porque no se presentaba una situación de urgencia¹⁴² que exceptuara la obligación estatal de obtener el consentimiento informado de I.V. para practicar la esterilización o cualquier otra intervención adicional.

¹³³ Corte I.D.H., *Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in vitro) Vs. Costa Rica*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 28 noviembre de 2012, Serie C No. 257, párr. 146; CEDAW, Artículo 16(e).

¹³⁴ Corte I.D.H., *Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in vitro) Vs. Costa Rica*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 28 noviembre de 2012, Serie C No. 257, párr. 149.

¹³⁵ ¹³⁵ Corte I.D.H., *Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in vitro) Vs. Costa Rica*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 28 noviembre de 2012, Serie C No. 257, párr. 146.

¹³⁶ La Declaración Universal de Derechos Humanos consagra el derecho a la protección de la familia en los incisos 1 y 3 de su artículo 16, y el Pacto Universal de Derechos Civiles y Políticos reconoce el derecho a contraer matrimonio y fundar una familia si se tiene la edad para ello en su artículo 23.2. Del mismo modo, la CEDAW establece en su artículo 16.1.e la obligación de los Estados de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres el derecho a 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.

¹³⁷ Corte I.D.H., *Caso Tristán Donoso vs. Panamá*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de enero de 2008. Serie C No. 192, párr. 55; y *Caso Escher y otros vs. Brasil*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 6 de julio de 2009. Serie C No. 200, párr. 113; CIDH, Informe de Fondo No. 64/11, Caso 12.573, Marino López y Otros (Operación Génesis), Colombia, 31 de marzo de 2011, párr. 316.

¹³⁸ Corte I.D.H. *Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño*. Opinión Consultiva OC-17-02 del 28 de agosto de 2002. Serie A No. 17, párr. 62.

¹³⁹ Corte I.D.H., *Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in vitro) Vs. Costa Rica*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 28 noviembre de 2012, Serie C No. 257, párr. 145.

¹⁴⁰ Ver supra, párrs. 90 a 94 de los hechos probados.

¹⁴¹ Ver supra, párrs. 63, 64, 70 y 71 de los hechos probados.

¹⁴² Ver supra, párr. 141.

154. Asimismo, no resultaba proporcional como medida para cautelar la vida futura de I.V., puesto que, al no existir un riesgo inmediato, el fin de cautelar su vida futura podría haberse alcanzado mediante el uso de medidas menos restrictivas de sus derechos, como por ejemplo, la orientación y prescripción médica del uso de métodos anticonceptivos con efectos no permanentes para prevenir un nuevo embarazo. En consecuencia, la Comisión considera que la práctica de la esterilización sin el consentimiento informado de I.V. fue arbitraria.

2. La esterilización no consentida y la discriminación basada en el género

155. En el presente caso, I.V. fue víctima de una esterilización sin su consentimiento en un establecimiento de salud público. Como consecuencia de dicha intervención, perdió en forma permanente su capacidad de procrear y padeció secuelas psicológicas como resultado de su imposibilidad de tener un nuevo embarazo. A ello se suma la humillación a la que fue sometida al ser víctima de una intervención quirúrgica en su propio cuerpo en la que no se tomó en consideración su opinión, intereses y necesidades violándose su autonomía reproductiva.

156. Existe consenso internacional en que la esterilización sin consentimiento constituye una forma de violencia contra las mujeres, en la que, como se ha indicado en las secciones anteriores, se afectan una serie de derechos humanos. La Convención de Belém do Pará, como se analizará en la sección posterior, reconoce que el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye el derecho a ser libre de toda forma de discriminación. La Corte Interamericana, en el *Caso Miguel Castro Castro vs. Perú*, citando al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer señaló que la discriminación contra la mujer incluye la violencia basada en el sexo, “es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada”, y que abarca “actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de la libertad”¹⁴³.

157. En este sentido, respecto de la obligación de no discriminar, el artículo 1.1 de la Convención Americana establece que:

“Los Estados partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y 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”.

158. La Corte Interamericana ha sostenido que “los Estados deben combatir las prácticas discriminatorias en todos sus niveles, en especial en los órganos públicos, y finalmente deben adoptar las medidas afirmativas necesarias para asegurar una efectiva igualdad ante la ley de todas las personas”¹⁴⁴. Ello comprende el deber de los Estados de no sólo abstenerse de incluir en sus legislaciones, normas y políticas discriminatorias que afecten la igualdad de las mujeres, sino que dichas normas, políticas e incluso prácticas discriminatorias deben ser eliminadas. En tal sentido ha señalado la Corte que “[l]os Estados están obligados a adoptar medidas positivas para revertir o cambiar situaciones discriminatorias existentes en sus sociedades, en perjuicio de determinado grupo de personas. Esto implica el deber especial de protección que el Estado debe ejercer con respecto a actuaciones y prácticas de terceros que, bajo su tolerancia o aquiescencia, creen, mantengan o favorezcan las situaciones discriminatorias”¹⁴⁵.

¹⁴³ Corte I.D.H., *Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú*, Sentencia de 25 de noviembre de 2006 (Fondo, Reparaciones y Costas), Serie C No. 160, párr. 303. En el mismo sentido, ver: Corte I.D.H., *Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México*, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 16 de noviembre de 2009, Serie C No.205, párr. 397.

¹⁴⁴ Véase Corte I.D.H., *Caso de las Niñas Yean y Bosico Vs. República Dominicana*. Sentencia de 8 de septiembre de 2005. Serie C No. 130, párr. 141.

¹⁴⁵ Corte I.D.H., *Caso Atala Riffo y Niñas Vs. Chile*, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia del 24 de febrero de 2012, Serie C No. 239, párr. 80

159. Particularmente en el ámbito de la salud materna, la CIDH ha considerado que los Estados tienen el deber de adoptar medidas positivas para garantizar la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, y calidad de los servicios de salud materna, como parte de sus obligaciones derivadas del principio de igualdad y no discriminación¹⁴⁶. La Corte Interamericana por su parte ha afirmado que es necesario considerar el alcance del derecho a la salud de las mujeres desde una perspectiva que tome en cuenta sus intereses y necesidades “en vista de los factores y los rasgos distintivos que las diferencian de los hombres, a saber: (a) factores biológicos [...], tales como [...] su función reproductiva”¹⁴⁷.

160. Ahora bien, la Comisión ha reconocido que ciertos grupos de mujeres, como en el caso de I.V., mujer migrante y de pocos recursos económicos, padecen discriminación a lo largo de su vida en base a más de un factor combinado con su sexo, lo que aumenta su riesgo de sufrir actos de violencia y otras violaciones de sus derechos humanos¹⁴⁸. Asimismo, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias ha establecido que “la discriminación basada en la raza, el origen étnico, el origen nacional, la capacidad, la clase socioeconómica, la orientación sexual, la identidad de género, la religión, la cultura, la tradición y otras realidades intensifica a menudo los actos de violencia contra las mujeres. El reconocimiento de los aspectos y factores estructurales de la discriminación es necesario para lograr la no discriminación y la igualdad”¹⁴⁹.

161. La CIDH considera que el presente caso es un ejemplo de las múltiples formas de discriminación que afectan el goce y ejercicio de derechos humanos por parte de algunos grupos de mujeres, como I.V., en base a la intersección de diversos factores como su sexo, condición de migrantes y posición económica. Al respecto, la Comisión considera que las mujeres migrantes de escasos recursos económicos se encuentran en una especial situación de vulnerabilidad al verse con frecuencia forzadas a acudir a servicios públicos de salud que no son idóneos para satisfacer sus necesidades, dado el carácter limitado de las opciones disponibles para ellas de cuidado. Al respecto, el Comité de la CEDAW se ha referido con preocupación a la situación particular de las mujeres trabajadoras migrantes y ha expresado que éstas “son víctimas de desigualdades que ponen en peligro su salud, ya sea porque carecen de acceso a los servicios de salud, incluidos los servicios de salud reproductiva, o porque no están amparadas por seguros médicos o planes nacionales de salud ni tienen cómo pagar sus elevados costos. En razón de que las mujeres tienen necesidades en materia de salud diferentes de las de los hombres, este aspecto exige una atención especial”¹⁵⁰. La CIDH a su vez ha constatado que, en general, “los migrantes se encuentran en una situación de vulnerabilidad como sujetos de derechos humanos, en una condición individual de ausencia o diferencia de poder con respecto a los no-migrantes (nacionales o residentes). [...]”¹⁵¹

162. Asimismo, la Comisión considera que en el presente caso existen indicios de que la actuación del equipo médico que practicó la cirugía a I.V. estuvo influenciada por estereotipos de género sobre la incapacidad de las mujeres para decidir autónomamente respecto de su propia reproducción. La decisión médica de practicar una esterilización sin contar con el consentimiento informado de I.V. refleja una concepción de que el personal médico está facultado para tomar mejores decisiones que la propia afectada

¹⁴⁶ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, 7 de junio de 2010, párr. 76

¹⁴⁷ Corte I.D.H., *Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in vitro) Vs. Costa Rica*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 28 noviembre de 2012, Serie C No. 257, Párr. 300.

¹⁴⁸ CIDH, Informe N° 28/07, Casos 12.496-12.498, Claudia Ivette González y Otros (México), 9 de marzo de 2007, párrs. 251-252; CIDH, *Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia en las Américas*, CIDH, OEA/Ser.L/V/II, Doc. 68 (20 de enero de 2007), párrs. 195-197; CIDH, *Las mujeres frente a la violencia y la discriminación derivadas del conflicto armado en Colombia*, OEA/Ser.L/V/II. 124/Doc.67, 18 de octubre de 2006, párrs. 102-106; CIDH, *Informe sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia y discriminación en Haití*, OEA/Ser.L/V/II, Doc. 64, 10 de marzo de 2009, párr. 90. Véase también, Artículo 9 de la Convención de Belém do Pará.

¹⁴⁹ Naciones Unidas. *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*, Rashida Manjoo, 2 de mayo de 2011. párr. 67.

¹⁵⁰ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General N° 26: trabajadoras migratorias*, 5 de diciembre de 2008, U.N. doc. CEDAW/C/2009/WP.1/R, párr. 17.

¹⁵¹ Corte IDH, *Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados*, Opinión Consultiva OC 18-03 de 17 de septiembre de 2003, Serie A No. 18, párr. 112.

sobre el control de su reproducción. En tal sentido, la Comisión estima que la presencia de esta clase de estereotipos de género en los funcionarios de la salud tiene un impacto diferenciado sobre las mujeres y deriva en su tratamiento discriminatorio en los servicios de salud y especialmente en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. Al respecto, la Comisión ha señalado en el pasado que los estereotipos de género persistentes en el sector salud operan como una barrera para las mujeres en el acceso a servicios de salud materna¹⁵², lo cual configura también una situación de discriminación en el acceso de las mujeres a la salud.

163. Consecuentemente, la CIDH estima que la falta de consentimiento informado en este asunto resultó en que I.V. no recibiera servicios adecuados de salud materna necesarios en lo pertinente a su capacidad reproductiva, así coartando su elección libre y su autonomía en esta esfera propia de las mujeres. En consecuencia, la esterilización no consentida de I.V. constituyó una forma de discriminación contra ella en la garantía de su derecho a la integridad personal bajo el artículo 5.1 de la Convención Americana, así como de su derecho a la vida privada y familiar y a fundar una familia bajo los artículos 11 y 17 de la Convención Americana.

164. La Comisión concluye que el Estado de Bolivia, al practicar a I.V. una esterilización quirúrgica sin su consentimiento, vulneró sus derechos a la vida privada y familiar y a fundar una familia, en contravención de los artículos 11.2 y 17.2 de la Convención Americana, en relación con las obligaciones de respeto y garantía libre de toda forma de discriminación contenidas en el artículo 1.1 del mismo instrumento.

E. Garantías judiciales y protección judicial (artículos 8.1¹⁵³ y 25.1¹⁵⁴ de la Convención Americana) en relación con el artículo 1.1 de la Convención Americana

165. La Corte Interamericana ha establecido que toda persona que ha sufrido una violación de sus derechos humanos “tiene derecho a obtener de los órganos competentes del Estado el esclarecimiento de los hechos violatorios y el establecimiento de las responsabilidades correspondientes, a través de la investigación y el juzgamiento que previenen los artículos 8 y 25 de la Convención”¹⁵⁵.

166. La protección de estos derechos se ve reforzada por la obligación general de respetar y garantizar, impuesta por el artículo 1.1 de la Convención Americana. Sobre el particular, la Corte Interamericana ha establecido que:

“El artículo 25 en relación con el artículo 1.1 de la Convención Americana, obliga al Estado a garantizar a toda persona el acceso a la administración de justicia y, en particular, a un recurso rápido y sencillo para lograr, entre otros resultados, que los responsables de las violaciones de los derechos humanos sean juzgados y para obtener una reparación por el daño sufrido... [E]l artículo 25 “constituye uno de los pilares básicos, no sólo de la Convención Americana, sino del propio Estado de derecho en una sociedad democrática...”. Dicho artículo guarda relación directa con el artículo 8.1 que consagra el derecho de toda persona a ser oída con las debidas garantías para la determinación de sus derechos de cualquier naturaleza”¹⁵⁶.

¹⁵² CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, 7 de junio de 2010, párr. 38.

¹⁵³ El artículo 8.1 de la Convención establece: “Toda persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial, establecido con anterioridad por la ley, en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada contra ella, o para la determinación de sus derechos y obligaciones de orden civil, laboral, fiscal o de cualquier otro carácter”

¹⁵⁴ El artículo 25.1 de la Convención dispone: “Toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la presente Convención, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales.

¹⁵⁵ Corte IDH, *Caso Barrios Altos vs. Perú*. Sentencia del 14 de marzo de 2001, Serie C No. 75, párr. 48.

¹⁵⁶ Corte I.D.H., *Caso Loayza Tamayo vs. Perú*. Reparaciones. Sentencia de 27 de noviembre de 1998. Serie C No. 42, párr. 169; Corte I.D.H., *Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras*. Excepciones Preliminares. Sentencia de 26 de junio de 1987. Serie C No. 1. párr. 91; Corte I.D.H., *Caso Fairén Garbi y Solís Corrales vs. Honduras*. Excepciones Preliminares. Sentencia de 26 de junio de 1987. Serie C No. 2, párr. 90; Corte I.D.H., *Caso Godínez Cruz vs. Honduras*. Excepciones Preliminares. Sentencia de 26 de junio de 1987. Serie C No. 3. párr. 93.

167. En el presente caso la Comisión observa que tras la esterilización no consentida practicada a I.V. se siguió un proceso administrativo en contra de los dos médicos que practicaron la intervención, el cual concluyó en el sobreseimiento de ambos¹⁵⁷. Se inició también un proceso penal en contra del médico a cargo de la cirugía por el delito de lesiones gravísimas en contra de I.V., que concluyó en la declaración de extinción de la acción penal y el archivo de la causa debido a dilaciones procesales imputables a la administración de justicia¹⁵⁸.

168. En relación con el proceso penal, la Comisión observa que éste se extendió por cuatro años sin que se dictara sentencia firme sobre el fondo del asunto¹⁵⁹. Asimismo, la Comisión destaca que durante el proceso se pronunciaron dos sentencias¹⁶⁰ que reconocieron en su texto que durante la tramitación del juicio penal se produjeron diversos errores procesales y dilaciones que resultan imputables a los órganos de la administración de justicia, a raíz de lo cual se declaró la extinción de la acción penal y se archivó el asunto. Al respecto, la Comisión observa que la primera de las referidas sentencias estableció que el proceso penal fue retardado debido a la inoperancia de los funcionarios encargados de practicar las notificaciones necesarias para la constitución de los tribunales, así como a causa de que los órganos jurisdiccionales procedieron a suspender audiencias y a derivar la causa de una a otra jurisdicción por motivos triviales. La segunda sentencia, por su parte, estableció que la dilación del proceso era imputable al tribunal que conoció la causa, dado que éste incurrió dos veces en la nulidad de lo actuado debido a deficiencias procedimentales.

169. A la luz de lo anterior, la Comisión considera que la actuación del Poder Judicial no fue eficiente, ya que las deficiencias procesales y dilaciones indebidas que se verificaron durante el juicio penal, a consecuencias de las cuales se extinguió la acción penal, resultaron en una denegación de justicia para I.V., privándola de su derecho de que se establecieran judicialmente las responsabilidades derivadas de la violación de derechos humanos de la que fue objeto y se le reparara el daño sufrido. En este sentido, la Comisión recuerda que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido que:

“el derecho a la tutela judicial efectiva exige a los jueces que dirijan el proceso de modo de evitar que dilaciones y entorpecimientos indebidos conduzcan a la impunidad, frustrando así la debida protección judicial de los derechos humanos, y que los jueces como reactivos del proceso tienen el deber de dirigir y encausar el procedimiento judicial con el fin de no sacrificar la justicia y el debido proceso legal en pro del formalismo y la impunidad, pues de lo contrario se conduce a la violación de la obligación de la obligación internacional del Estado de prevenir y proteger los derechos humanos y menoscaba el derecho de la víctima y de sus familiares a saber la verdad de lo sucedido, a que se identifique y se sancione a todos los responsables y a obtener las consecuentes reparaciones”¹⁶¹.

170. Además, en los casos en que las violaciones de derechos humanos han sido cometidas por funcionarios públicos, la Comisión ha señalado que los Estados tienen también la obligación de investigar las fallas sistémicas que propiciaron tales vulneraciones, a fin de evitar su repetición¹⁶². Asimismo, tanto en el sistema interamericano como en el sistema de Naciones Unidas se ha reconocido que los Estados deben responsabilizar a los funcionarios públicos – administrativa, disciplinaria o penalmente – cuando no actúan de acuerdo con la ley¹⁶³.

¹⁵⁷ Ver supra, párr. 74 de los hechos probados.

¹⁵⁸ Ver supra, párrs. 88 y 89 de los hechos probados.

¹⁵⁹ Ver supra, párrs. 75 - 89 de los hechos probados.

¹⁶⁰ Ver supra, párrs. 73 y 74 de los hechos probados.

¹⁶¹ Corte I.D.H., *Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 21 de mayo de 2013, Serie C No. 261, párr. 93

¹⁶² CIDH, Informe No. 80/11, Caso 12.626, Jessica Lenahan (Gonzales) y otros, Estados Unidos, Fondo, 21 de Julio de 2011, parr. 17.

¹⁶³ CIDH, Informe No. 80/11, Caso 12.626, Jessica Lenahan (Gonzales) y otros, Estados Unidos, Fondo, 21 de Julio de 2011, parr. 178; CIDH, *Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia en las Américas*, OEA/Ser.L/V/II, Doc. 68 (20 de enero de 2007), párr. 77; Naciones Unidas, *Medidas de prevención del delito y de justicia penal para la eliminación de la violencia contra la mujer*, resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, A/RES/52/86, 2 de febrero de 1998, Anexo, Sección II

171. En el presente caso, las violaciones de derechos humanos que han resultado establecidas fueron perpetradas directamente por médicos trabajando en un hospital público. Por lo tanto, pueden ser considerados agentes estatales. En razón de ello, las obligaciones referidas en el párrafo anterior implican que el Estado debió haber investigado el funcionamiento de la institucionalidad pública de salud a fin de determinar cuáles fueron las causas que permitieron que en un hospital estatal se practicara una esterilización quirúrgica sin contar con el consentimiento informado de I.V. y adoptar las medidas necesarias para que una situación similar no se repita en el futuro. Asimismo, el Estado debió investigar y responsabilizar a los médicos que actuaron en contravención a la normativa interna que regula la obtención del consentimiento informado. El desempeño oportuno y exhaustivo de esta investigación hubiera constituido para I.V. a su vez una forma de reparación con vocación transformadora del contexto de discriminación contra las mujeres - así como los estereotipos de género - que propendieron la esterilización no consentida de I.V.¹⁶⁴.

172. Por otra parte, la CIDH reitera que los Estados tienen el deber de garantizar un acceso adecuado a la justicia para las mujeres cuando son vulnerados todos sus derechos humanos, incluyendo los vinculados con su salud sexual y reproductiva¹⁶⁵. Este es un deber de doble dimensión. Una primera dimensión es la sanción penal cuando ocurren actos que pueden constituir una forma de violencia contra las mujeres, aspecto que será discutido más adelante en el presente informe. Una segunda dimensión tiene relación con la necesidad de abordar las causas y falencias sistémicas que dieron lugar a la vulneración de los derechos humanos bajo examen. La impunidad de violaciones a los derechos de las mujeres - incluyendo sus derechos sexuales y reproductivos - constituye una forma de discriminación contra las mismas, y un menoscabo de la obligación de no discriminar comprendida en el artículo 1.1 de la Convención Americana.

173. En el presente caso, en consecuencia, la Comisión observa que la denegación de justicia que se derivó para I.V. de las deficiencias procesales durante el juicio penal, así como la impunidad de las violaciones a sus derechos humanos, incluyendo sus derechos reproductivos, constituyen una forma de discriminación en el ejercicio de sus derechos a las garantías judiciales y a la protección judicial.

174. En vista de lo anterior, la Comisión concluye que el Estado, a través de las actuaciones de su poder judicial y de su sistema de salud, vulneró el derecho al acceso a la justicia de I.V., y su derecho a las garantías judiciales y a la protección judicial efectiva, en contravención a los artículos 8.1 y 25.1 de la Convención Americana, en relación con la obligación de no discriminar contemplada en el artículo 1.1 del mismo instrumento.

F. El artículo 7 de la Convención de Belém do Pará

175. La Convención de Belém do Pará, el instrumento más ratificado del sistema interamericano de derechos humanos¹⁶⁶, afirma que la obligación de actuar con la debida diligencia adquiere una connotación especial para los Estados en casos de violencia contra las mujeres. Esta Convención refleja una preocupación uniforme en todo el hemisferio sobre la gravedad del problema de la violencia contra las mujeres, su relación con la discriminación históricamente sufrida, y la necesidad de adoptar estrategias integrales para prevenirla, sancionarla y erradicarla. La Convención de Belém do Pará a su vez reconoce el vínculo crítico que existe entre el acceso de las mujeres a una adecuada protección judicial al sufrir hechos de violencia, y la eliminación del problema de la discriminación que la perpetúa¹⁶⁷.

¹⁶⁴ Corte I.D.H., *Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México*, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205, párr. 450.

¹⁶⁵ CIDH, *Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia en las Américas*, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 68, 20 de enero de 2007, párrs. 3 y 4; CIDH, *Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos*, OEA/Ser. L/V/II. Doc. 69, 7 de junio de 2010, Recomendación 12.

¹⁶⁶ La Convención de Belém do Pará cuenta con 32 ratificaciones de Estados Miembros de la OEA.

¹⁶⁷ Corte I.D.H., *Caso González y otras ("Campo Algodonero") Vs. México*, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 16 de noviembre de 2009, Serie C No. 205, párr. 400; CIDH, Informe No. 51/13, Caso 12.551, Paloma Angélica Escobar Ledezma y otros, México, Fondo, 12 de julio de 2013, párr. 121.

176. El artículo 1 de la Convención de Belém do Pará define la violencia contra la mujer en los siguientes términos: “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.

177. El artículo 7 de la Convención de Belém do Pará establece un conjunto de obligaciones complementarias e inmediatas del Estado para lograr la efectiva prevención, investigación, sanción y reparación en casos de violencia contra las mujeres, que incluyen:

- a. abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación;
- b. actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer;
- c. incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como las de otra naturaleza que sean necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y adoptar las medidas administrativas apropiadas que sean del caso;
- d. adoptar medidas jurídicas para conminar al agresor a abstenerse de hostigar, intimidar, amenazar, dañar o poner en peligro la vida de la mujer de cualquier forma que atente contra su integridad o perjudique su propiedad;
- e. tomar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes, o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer;
- f. establecer procedimientos legales justos y eficaces para la mujer que haya sido sometida a violencia, que incluyan, entre otros, medidas de protección, un juicio oportuno y el acceso efectivo a tales procedimientos;
- g. establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la mujer objeto de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces, y
- h. adoptar las disposiciones legislativas o de otra índole que sean necesarias para hacer efectiva esta Convención”

178. La CIDH ha establecido entre los principios más importantes, que la obligación de los Estados frente a casos de violencia contra las mujeres, incluye los deberes de investigar, procesar y condenar a los responsables, así como el deber de “prevenir estas prácticas degradantes”¹⁶⁸. A su vez ha afirmado que la ineffectividad judicial ante casos de violencia contra las mujeres crea un ambiente de impunidad que facilita la violencia “al no existir evidencias socialmente percibidas de la voluntad y efectividad del Estado como representante de la sociedad, para sancionar esos actos”¹⁶⁹.

179. En los párrafos precedentes se ha establecido que I.V. fue sometida a una intervención quirúrgica de esterilización sin su consentimiento informado, lo que vulneró sus derechos al acceso a la información, a la integridad personal, y a la vida privada y familiar. La CIDH considera que la esterilización no consentida objeto de este asunto también vulneró el derecho de I.V. de vivir libre de toda forma de violencia en contravención del Artículo 7 de la Convención de Belém do Pará¹⁷⁰.

180. En este sentido, la CIDH destaca que la práctica de una esterilización no consentida causa dolor y sufrimiento a las afectadas y constituye una forma de violencia, con secuelas físicas y psicológicas de carácter continuado en la salud reproductiva de las mujeres afectadas. Ello ha sido reconocido expresamente en la legislación de algunos países latinoamericanos, tales como Argentina¹⁷¹ y Venezuela¹⁷², que califican a la

¹⁶⁸ CIDH, Informe de Fondo, N° 54/01, Maria Da Penha Fernandes (Brasil), 16 de abril de 2001, párr. 56.

¹⁶⁹ CIDH, Informe de Fondo, N° 54/01, Maria Da Penha Fernandes (Brasil), 16 de abril de 2001, párr. 56.

¹⁷⁰ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 62

¹⁷¹ Argentina, Ley N° 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, promulgada el 1 de abril de 2009. Artículo 6: “Modalidades. A los efectos de esta ley se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes: [...] d) Violencia contra la libertad reproductiva: aquella que

esterilización forzada como una forma de violencia obstétrica o como una forma de violencia autónoma. Asimismo, la CIDH ha tenido la oportunidad de recibir información sobre estas materias en audiencias temáticas¹⁷³. En el presente asunto, la esterilización de I.V. ha resultado en que se vea impedida de forma permanente de ejercer su autonomía reproductiva para decidir de forma libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos, y los métodos facilitadores de este derecho¹⁷⁴.

181. Por otra parte, la Comisión reitera el vínculo crítico entre el problema de la violencia contra las mujeres y su derecho a vivir libres de toda forma de discriminación¹⁷⁵. En el mismo sentido, el Comité de la CEDAW ha señalado que la definición de discriminación del artículo 1 de la Convención “incluye la violencia basada en el sexo, es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada. Incluye actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de la libertad. La violencia contra la mujer puede contravenir disposiciones de la Convención, sin tener en cuenta si hablan expresamente de la violencia”¹⁷⁶.

182. A la luz de la relación entre la violencia y discriminación, la Comisión observa que la falta de sanción de un hecho de violencia contra las mujeres puede constituir también una forma de discriminación. Sobre este principio, la Comisión y la Corte Interamericana han sostenido que “la falta de debida diligencia que conlleva a la impunidad, reproduce la violencia que se pretende atacar, sin perjuicio de que constituye en sí misma una discriminación en el acceso a la justicia”¹⁷⁷.

183. A la luz de lo anterior, la Comisión considera que en el presente caso, dado que la esterilización no consentida es una forma de violencia contra las mujeres, el Estado debió actuar con la debida diligencia para investigar y sancionar a los responsables de la misma. Sin embargo, de los hechos se desprende que no se dictó sanción alguna en contra de los responsables por la esterilización no consentida practicada a I.V. En consecuencia, la Comisión estima que la falta de sanción en este caso constituye una violación de las obligaciones establecidas en el artículo 7 (b) de la Convención de Belém do Pará y, a la vez, una forma de discriminación en contra de I.V.

184. En este sentido, la Comisión considera que las numerosas dilaciones y negligencias imputables al Poder Judicial durante el proceso penal seguido respecto de la esterilización practicada a I.V., que resultaron en la extinción de la acción penal, violaron las obligaciones establecidas en los incisos (f) y (g) del referido artículo 7 de la Convención de Belém do Pará. También concluye que de las presentaciones de las partes no se desprende que se haya iniciado algún proceso para establecer la eventual responsabilidad de otros funcionarios públicos respecto de los hechos objeto de este asunto, por ejemplo, aquellos responsables de establecer los protocolos relativos al otorgamiento del consentimiento informado en el hospital. Ello

vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos [...]. e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales [...]”.

¹⁷² Venezuela, Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, publicada el 23 de abril de 2007. Artículo 15: “Se consideran formas de violencia de género en contra de las mujeres, las siguientes: [...] 14. Esterilización forzada: se entiende por esterilización forzada, realizar o causar intencionalmente a la mujer, sin brindarle la debida información, sin su consentimiento voluntario e informado y sin que la misma haya tenido justificación, un tratamiento médico o quirúrgico u otro acto que tenga como resultado su esterilización o la privación de su capacidad biológica y reproductiva”.

¹⁷³ Por ejemplo, el tema fue abordado en la audiencia temática sobre “Salud materna y denuncias de violencia obstétrica en México” desarrollada el 27 de marzo de 2014, durante el 150º periodo de sesiones de la Comisión.

¹⁷⁴ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, 7 de junio de 2010, párr. 75; y CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, 22 de noviembre de 2011, párr. 66

¹⁷⁵ CIDH, Informe No. 51/13, Caso 12.551, Paloma Angélica Escobar Ledezma y otros, México, Fondo, 12 de julio de 2013, párr. 117.

¹⁷⁶ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General No. 19: La violencia contra la mujer*, 1992, párr. 6.

¹⁷⁷ CIDH, Informe No. 51/13, Caso 12.551, Paloma Angélica Escobar Ledezma y otros, México, Fondo, 12 de julio de 2013, párr. 121; Corte I.D.H., *Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México*, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 16 de noviembre de 2009, Serie C No. 205, párr. 400.

resulta contrario a la obligación general de adoptar todos los medios necesarios, de forma inmediata y sin dilación, a fin de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres bajo el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará.

185. En vista de lo anterior, la Comisión concluye que el Estado en este asunto vulneró el deber de abstenerse de cualquier práctica o acción de violencia contra las mujeres en contravención con las obligaciones consagradas en el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará, y falló en su deber de actuar con la debida diligencia necesaria para sancionar este tipo de actos.

VI. CONCLUSIONES

186. En virtud de las consideraciones de hecho y derecho expuestas en el presente informe, la Comisión Interamericana concluye que el Estado de Bolivia violó, en perjuicio de I.V., los derechos consagrados en los artículos 5.1, 8.1, 11.2, 13.1, 17.2 y 25.1 de la Convención Americana, en relación con las obligaciones estatales consagradas en el artículo 1.1 del mismo instrumento. Asimismo, la Comisión concluye que el Estado violó el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará y sus incisos (a), (b), (c), (f) y (g) en perjuicio de I.V.

VII. RECOMENDACIONES

187. Con fundamento en el análisis y las conclusiones del presente caso, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos recomienda al Estado de Bolivia:

1. Reparar integralmente a I.V. por las violaciones de derechos humanos establecidas en el presente informe, tomando en consideración su perspectiva y sus necesidades, incluida la compensación de los daños materiales y morales sufridos.

2. Proporcionar a I.V. un tratamiento médico de alta calidad, individualizado según sus necesidades y adecuado para tratar las patologías que padece.

3. Investigar los hechos relativos a la esterilización no consentida de I.V. y establecer las responsabilidades y sanciones que resulten procedentes.

4. Adoptar las medidas de no repetición necesarias para evitar que en el futuro se produzcan hechos similares, y en particular, revisar las políticas y prácticas aplicadas en todos los hospitales respecto de la obtención de consentimiento informado de las y los pacientes.

5. Adoptar legislación, políticas públicas, programas y directivas para asegurar que se respete el derecho de todas las personas a ser informadas y orientadas en materia de salud, y a no ser sometidas a intervenciones o tratamientos sin contar con su consentimiento informado, cuando éste resulte aplicable. Tales medidas deben tener especial consideración de las necesidades particulares de las personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad por la intersección de factores tales como su sexo, raza, posición económica, o condición de migrante, entre otros.

6. Investigar las falencias en las prácticas del Poder Judicial y órganos auxiliares que permiten las dilaciones excesivas en los procedimientos judiciales y adoptar las medidas que sean necesarias para garantizar el efectivo acceso a la justicia a través del debido proceso y una administración de justicia expedita y eficiente.

Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en la ciudad de México, el 15 de agosto de 2014. (Firmado): Tracy Robinson, Presidenta; Rose-Marie Belle Antoine, Primera Vicepresidenta; Felipe González, Segundo Vicepresidente; José de Jesús Orozco Henríquez, Rosa María Ortiz, Paulo Vannuchi y James L. Cavallaro, Miembros de la Comisión.

El que suscribe, Emilio Álvarez-Icaza L., en su carácter de Secretario Ejecutivo de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, de conformidad con el artículo 49 del Reglamento de la Comisión, certifica que es copia fiel del original depositado en los archivos de la Secretaría de la CIDH.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'E. Álvarez-Icaza L.', written in a cursive style.

Emilio Álvarez-Icaza L.
Secretario Ejecutivo