



NuestroTexas.org
ReproductiveRights.org
LatinaInstitute.org

**NUESTRA VOZ,
NUESTRA SALUD,
NUESTRO TEXAS:**

**LA LUCHA POR LA
SALUD REPRODUCTIVA
DE LA MUJER EN EL**

**VALLE,
DEL RÍO
GRANDE**

CENTRO
DE
DERECHOS
REPRODUCTIVOS





NuestroTexas.org

Febrero del 2014

©2014 Centro de Derechos Reproductivos

Fotografía: Jennifer Whitney

jennwhitney.com

Se permite la reproducción, traducción o adaptación con permiso previo de los autores, siempre que el material resultante se distribuya de manera gratuita o al costo (sin fines de lucro) y se consigne que la autoría corresponde al Centro de Derechos Reproductivos y al Instituto Nacional de Latinas para la Salud Reproductiva.

La reproducción con fines comerciales requerirá del permiso previo por escrito de los autores. El Centro de Derechos Reproductivos y el Instituto Nacional de Latinas para la Salud Reproductiva agradecerán recibir un ejemplar de cualquier material en que se utilice la información contenida en este informe.

Centro de Derechos Reproductivos

120 Wall St, 14th Floor

New York, New York 10005 USA

Tel 917 637 3600 **Fax** 917 637 3666

publications@reprorights.org

ReproductiveRights.org

DrawTheLine.org

Instituto Nacional de Latinas para la Salud Reproductiva

Sede central:

50 Broad Street, Suite 1937

New York, NY 10004

Tel 212 422 2553 **Fax** 212 422 2556

Nueva York | Washington, DC | Florida | Texas

LatinaInstitute.org





Lotería y chicharrones durante una junta comunitaria de la Red de Abogacía de Latinas de Texas en una colonia cerca a Edinburg.

TABLA DE CONTENIDO

I.	PRESENTACIÓN	4
II.	RESUMEN EJECUTIVO	6
III.	INTRODUCCIÓN	10
IV.	METODOLOGÍA	12
V.	ANTECEDENTES	14
	A. Valle del Bajo Río Grande	
	B. La salud reproductiva de las latinas de Texas	
	C. Marco de políticas públicas	
VI.	CONCLUSIONES — LAS BARRERAS QUE IMPIDEN EL ACCESO A LA SALUD REPRODUCTIVA	22
	A. Falta de clínicas	
	B. Costo	
	C. Transporte	
	D. Situación migratoria	
VII.	CONCLUSIONES — EFECTOS A DERECHOS HUMANOS	34
	A. Demora y denegación de servicios	
	B. Riesgos para la salud producto de la falta de prestadores de confianza	
	C. Falta de información	
	D. Consecuencias para la familia y la comunidad	
VIII.	ANÁLISIS DE DERECHOS HUMANOS	50
	A. Estados Unidos: obligaciones internacionales de derechos humanos	
	B. Violación de derechos humanos	
IX.	RECOMENDACIONES	54
X.	GLOSARIO	58
XI.	AGRADECIMIENTOS	60

PRESENTACIÓN

S oñamos con un mundo en que cada mujer sea parte de la sociedad en condiciones de dignidad e igualdad plenas. Pero para lograrlo, cada mujer debe tener acceso a la salud, en tanto derecho humano fundamental, y la seguridad de que sus derechos reproductivos estén garantizados y protegidos. En el caso de Texas, desgraciadamente, estamos aún muy lejos de ese mundo.

Desde el punto de vista de la salud, el panorama en Texas es lamentable: no sólo tiene la mayor población sin seguro médico del país, sino que la mayoría es de origen latino. Además, existen grandes disparidades en materia de cobertura y acceso a la salud. Los latinos nacidos en el extranjero tienen más del doble de probabilidades de no tener seguro médico que los nacidos en el país, lo que deja especialmente expuestas a las inmigrantes en edad fértil. En Texas, el 35% de las mujeres en edad fértil carece de seguro médico, cifra muy superior al promedio nacional de 22% y que supera ampliamente a estados como Nuevo México y California, que también tienen una gran población inmigrante.

No es de extrañar, entonces, que esto se traduzca en malos indicadores en materia de salud reproductiva para las latinas, en especial altos índices de gonorrea, clamidiasis, embarazo no previsto y embarazo adolescente. En un momento en que a nivel nacional se avanza en la prevención y tratamiento del cáncer cervicouterino, en Texas lo que avanza es su prevalencia, especialmente entre las inmigrantes latinas.

Estas funestas cifras debieran motivar a la autoridad a ocuparse de solucionar cuanto antes el problema del acceso a la salud. En lugar de ello, desde el año 2011 se vienen decretando una serie de modificaciones al programa estatal de planificación familiar que han tenido el efecto de dismantelar la red de protección social en materia de salud reproductiva. Esto ha afectado de manera desproporcionada a las latinas que habitan en la zona del Valle del Bajo Río Grande.

En el 2012, el Centro de Derechos Reproductivos y el Instituto Nacional de Latinas para la Salud Reproductiva iniciaron una investigación conjunta sobre el efecto de las nuevas políticas en los servicios de salud reproductiva de la región. El estudio se centró en los cuatro condados del Valle del Bajo Río Grande

por una serie de factores, en particular su población latina e inmigrante; número de comunidades rurales, urbanas y suburbanas; elevado número de residentes marginados de la salud y cantidad desproporcionada de cierres de clínicas de planificación familiar. En esta zona existen además una serie de colonias, comunidades fronterizas aisladas que generalmente carecen de agua potable, electricidad, alcantarillado, pavimentación, viviendas dignas y otros servicios básicos.

En este informe se entrega un completo panorama sobre el estado de la salud reproductiva en la región y se formulan claras recomendaciones para abordar la situación. Se trata de una investigación de derechos humanos que dio prioridad al relato de las mujeres más duramente afectadas y trabajó con ellas en la caracterización de los problemas y la búsqueda de soluciones.

En su conjunto, estos relatos dan cuenta de un cuadro lamentable. Los recortes al presupuesto estatal han provocado el cierre de muchos centros médicos y ha dejado a los demás sin poder dar abasto, agravando además las barreras que impiden a las mujeres acceder a la salud, en particular la falta de transporte, el elevado costo y la situación migratoria.

En suma, nuestro estudio constató la violación masiva del derecho de la mujer a la vida y la salud, a la no discriminación y la igualdad, a la autonomía y privacidad en materia reproductiva y a no verse sometida a malos tratos.

A pesar de este cuadro, las latinas de Texas están movilizadas y se siguen organizando. Dar a conocer sus relatos y sus voces es parte fundamental de la labor de representar el actual panorama de salud reproductiva en el estado.

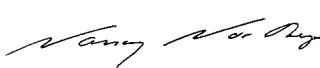
Si bien este informe se ocupa únicamente de Texas, donde geografía y política estatal se conjugan en contra de la mujer, los problemas que revela pueden ocurrir en cualquier estado donde la población inmigrante esté haciendo cambiar el panorama demográfico. El problema es que si los estados siguen diluyendo los derechos humanos con medidas legislativas que cortan el acceso a la salud reproductiva, quedaremos como país en peligro de violar derechos humanos fundamentales.

Para impedir que ello ocurra, el Congreso de los Estados Unidos, las legislaturas estatales y la sociedad civil deben

reconocer y esforzarse por eliminar -en lugar de fomentar- las barreras que limitan el acceso de la mujer a la salud reproductiva.

Nos asiste la esperanza de que este informe abra la puerta para que esa labor pueda empezar.


Jessica González-Rojas
Directora Ejecutiva
*Instituto Nacional de Latinas
para la Salud Reproductiva*


Nancy J. Northup
Presidente y CEO
*Centro de Derechos
Reproductivos*

RESUMEN EJECUTIVO

Para las mujeres del Valle del Bajo Río Grande, una de las regiones más desposeídas de los Estados Unidos y donde vive una gran población inmigrante y latina, acceder a la salud reproductiva nunca ha sido fácil.

Sin embargo, en el año 2011 la red de protección social en este ámbito, a mal traer pero todavía funcional, comenzó a desmoronarse del todo. Ese fue el año en que la legislatura de Texas rebajó en dos tercios los fondos públicos para planificación familiar y promulgó la llamada “regla del nexo institucional”, norma que excluyó a los centros médicos de Planned Parenthood -el mayor prestador de servicios preventivos de salud reproductiva del Estado- de la recepción de fondos públicos para planificación familiar debido a sus nexos con clínicas que realizan abortos. Durante décadas las mujeres de la región dependieron de las clínicas de planificación familiar en sus respectivas comunidades como el lugar de confianza donde conseguir anticonceptivos de bajo costo, hacerse revisiones anuales, y recibir otros tipos de atención preventiva. No obstante, las nuevas medidas obligaron al 28% de las clínicas que recibían fondos públicos a cerrar sus puertas y a muchas otras a reducir sus servicios y elevar sus tarifas.

Lo que presentamos a continuación es un informe de derechos humanos que documenta las consecuencias de estas medidas para estas mujeres, familias y comunidades latinas. En entrevistas y grupos focales realizados en los cuatro condados del Valle, 188 mujeres hablaron sobre los obstáculos que enfrentan para acceder a servicios de salud reproductiva oportunos y de bajo costo, y las múltiples formas en que esta lucha les afecta en su vida diaria.

BARRERAS QUE IMPIDEN EL ACCESO A LA SALUD REPRODUCTIVA
Escasez de clínicas: El cierre de 9 de las 32 clínicas de planificación familiar que recibían fondos del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) ha tenido graves repercusiones para las comunidades rurales que dependían

de ellas. En efecto, las mujeres del Valle ya no tienen dónde conseguir anticonceptivos, mamografías, exámenes de Papanicolaou y otros servicios. Más aún, ya no pueden atenderse con personas de su confianza que tenían años trabajando con esta población predominantemente inmigrante y de habla hispana. La demanda se concentra ahora en unas pocas clínicas que mantienen tarifas rebajadas, lo que a su vez se traduce en meses de espera.

Costo: Más allá de su situación migratoria, laboral o de salud, las afectadas coincidieron en señalar el costo como la principal barrera que les impide acceder a la salud reproductiva. Prácticamente todas viven bajo la línea de la pobreza que fija el gobierno federal -en muchos casos muy por debajo- por lo que cualquier gasto extra les obliga a prescindir de alimentación, ropa u otros artículos de primera necesidad. Desde el 2010, el costo de un mes de anticonceptivos o de una revisión anual se ha triplicado y hasta cuadruplicado. Las ecografías, mamografías y otros estudios especializados que antes se obtenían a precio módico, en muchas clínicas de la región ya no se hacen. Los centros médicos derivan a las pacientes a especialistas privados que cobran elevados precios, pero muchas veces las derivaciones expiran antes de que la paciente haya logrado reunir el dinero necesario. Hay mujeres con exámenes anómalos (Papanicolaou y de mama) de larga data que aún no tienen el dinero para conocer su actual estado de salud.

Transporte: Entre las principales barreras que impiden acceder a la salud reproductiva se cuentan la escasez de transporte público y el alto costo y dificultades logísticas que presenta trasladarse por cuenta propia, en momentos en que el cierre de las clínicas más cercanas obliga a las pacientes a desplazarse cada vez más lejos de sus hogares.

Este problema afecta especialmente a quienes habitan en colonias rurales, localidades que generalmente no cuentan con transporte público. Para mujeres que no tienen transporte propio, ir al médico significa varias semanas de preparativos que incluyen pedir permiso en el trabajo, buscar con quién dejar a los niños, juntar dinero para gasolina y luego esperar a que algún amigo o vecino pueda llevarlas. Los servicios que podrían mitigar este problema; por ejemplo, clínicas móviles de salud reproductiva o programas de promoción de la salud, han sido restringidos o eliminados por los recortes presupuestarios.

Situación migratoria: Por diversos motivos, muchas veces agravados por los temas de costo y traslado, quienes no tienen su situación migratoria al día enfrentan serios problemas de acceso a la salud reproductiva. Muchas mujeres no salen de sus comunidades por temor a encontrarse con la patrulla de fronteras. Otras no van a clínicas para no tener que admitir su situación migratoria, aparte de que tampoco tienen la documentación necesaria para recibir atención a tarifa rebajada. Y aunque México resulta más económico, prefieren no cruzar la frontera por temor a no poder regresar a sus hogares.

IMPACTOS EN LAS MUJERES
Demora y denegación de servicios: La fuerte demanda por servicios de salud reproductiva de bajo costo obliga a esperar meses para conseguir atención, haciendo que trastornos que podrían recibir diagnóstico y tratamiento precoz -como problemas reproductivos crónicos o cáncer en etapa naciente- terminen por agravarse. La detección tardía, por su parte, tiende a traducirse en mayores costos; por ejemplo, cuando la paciente no puede pagar lo que cobra un especialista. En ciertos casos una larga demora

equivale incluso a denegación de auxilio, dado que el momento oportuno para tratar patologías graves como el cáncer de mama o cervicouterino puede haber pasado para cuando la paciente finalmente logra ver a un médico. En otros casos, cuando llega la anhelada cita médica el motivo ha pasado a ser irrelevante, como ocurre con mujeres que quedan embarazadas mientras esperan servicios de planificación familiar. Al explicar que no tenían para pagar a un especialista, a algunas entrevistadas con diagnósticos anómalos se les dijo que esperarán “a ver si el problema desaparecía solo.” Otras se dieron por vencidas y optaron por usar remedios caseros o simplemente soportar el dolor y los malestares antes que seguir con lo que era claramente una empresa inútil. Otro factor que hace que muchas se abstengan de solicitar atención de urgencia es el temor a no ser atendidas debido a su situación migratoria o a la imposibilidad de pagar.

Varias entrevistadas relataron también la experiencia de no recibir tratamiento por problemas crónicos de salud reproductiva y la de familiares que fueron devueltas desde salas de urgencia. Describieron además la espera interminable para reunir el dinero para hacerse exámenes que, tras sentir los primeros síntomas, confirmaran un cáncer de mama o cervicouterino. Hay quienes se vieron obligadas a privarse de medicamentos para tratar infecciones de transmisión sexual y otras que no pudieron acceder a métodos más eficaces pero de mayor costo, como la ligadura de trompas. Y varias que se esterilizaron descubrieron que habían perdido el derecho a hacerse exámenes preventivos a tarifa rebajada.

Riesgos para la salud: La imposibilidad de conseguir productos y servicios de salud reproductiva a precio módico

de parte de profesionales de su confianza obliga a las mujeres a recurrir a alternativas que no garantizan su salud o su seguridad. Varias reportaron que tuvieron que adquirir medicamentos y anticonceptivos en el mercado negro o encargárselos a amigos y parientes desde México. Aunque el mercado informal es un importante proveedor de medicamentos y anticonceptivos de bajo costo, los productos que se ofrecen pueden ser ineficaces o inadecuados para las especiales necesidades de cada mujer. Más aún, existe un mayor riesgo de que sean utilizados de forma incorrecta debido a que la usuaria no recibe instrucciones adecuadas, y en algunos casos pueden resultar hasta nocivos.

Estrés, ansiedad e Inseguridad: Si bien la mayor parte de las entrevistadas entendían la importancia del cuidado preventivo, señalaban que el costo y otros factores les imposibilitan acceder a la salud sexual y reproductiva. En mujeres que batallan a diario por sacar adelante a sus hijos, la falta de anticonceptivos se traduce en la preocupación adicional por un posible embarazo no deseado. No poder hacerse un Papanicolaou es motivo de especial inquietud para las latinas, población con una alta incidencia de cáncer cervicouterino. Las que tienen niños a cargo, viven con la angustia de saber que enfermarse podría representar una catástrofe para ellos. En tanto, la decisión de viajar a México puede ser desgarradora para mujeres que, si bien enfrentan grandes barreras para atenderse en Estados Unidos, temen la violencia que impera en México o no poder volver a sus hogares debido a su situación migratoria.

VIOLACIÓN DE DERECHOS

Más que demostrar el fracaso de una política de salud reproductiva, los hallazgos de este informe demuestran la violación de derechos reproductivos fundamentales de la mujer, entre ellos a la vida y la salud, a la no discriminación y la igualdad y a no ser sometidas a maltrato. El gobierno de Estados Unidos y el estado de Texas tienen una misma obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos reproductivos de las mujeres del Valle y de garantizar su ejercicio en condiciones de igualdad. Dado que a estas mujeres se les discrimina por motivos múltiples y entrecruzados, entre ellos raciales, étnicos, de extracción de clase, de género y situación migratoria, los gobiernos tienen un deber especial hacia esta población. Sin embargo, lejos de destinar mayores recursos a localidades tan marginadas como las colonias tejanas o de erradicar barreras estructurales tales como la pobreza y la falta de transporte, Texas implementa políticas de salud reproductiva que entorpecen el acceso a la atención médica y agravan la desigualdad en el ámbito de la salud.

Los valientes testimonios entregados por las mujeres del Valle muestran lo que ocurre cuando un gobierno actúa en abierta contradicción con la obligación de garantizar la salud reproductiva de la mujer. Dada esta realidad, estas mujeres se han movilizado para exigir a los legisladores tejanos la integración de un enfoque de derechos humanos a las políticas de salud reproductiva. Como dijo Liria de Brownsville, “Queremos crecer y darle al país; o sea ellos nos dan, pero uno también les da a ellos, al país en el que uno vive, pero para eso necesitamos estar saludables... Esperamos que estén con nosotros, que podamos contar con ellos. No necesitamos más palabras o promesas, necesitamos que cumplan con las promesas que ya han hecho.”



Vista de una calle en una colonia cerca de Edinburg.

INTRODUCCIÓN

En el 2012 Brenda se detectó una serie de nódulos en un pecho. Trató de que la vieran en una clínica de planificación familiar, pero en cada ocasión le dijeron que no habían cupos disponibles. Pero incluso si hubiesen habido, los \$50 dólares que debía pagar estaban fuera de su alcance. Ahora se limita a esperar a ver si los nódulos desaparecen por sí solos.

Fátima tiene un ingreso modesto y hasta hace poco conseguía anticonceptivos gratis en una clínica de planificación familiar. Pero cuando a la clínica se le acabaron los fondos, tuvo que optar entre comprar anticonceptivos y alimentar a sus dos hijos. Desprovista de alternativas, hoy espera a un tercero.

Dos años atrás Ana se hizo un Papanicolaou que le costó \$35 dólares. Los resultados preocuparon al médico, quien ordenó una ecografía a un costo de \$400 dólares. Imposibilitada de pagar esa suma, Ana no ha podido recibir la atención que necesita.

Estos son apenas tres de los casi 200 relatos recogidos en el Valle del Bajo Río Grande (el Valle) de parte de mujeres que entienden perfectamente qué pasa cuando un problema de salud se deja sin tratar. Sin embargo, día a día estas mujeres se ven obligadas a privilegiar el bienestar y la salud de sus familias por encima de las propias, y a vivir con la ansiedad y el estrés de no saber qué les depara el futuro.

Para las mujeres inmigrantes del Valle, satisfacer las necesidades básicas siempre fue un gran desafío. Pero al menos podían contar con clínicas de planificación familiar que ofrecían atención preventiva, anticonceptivos, información, orientación y otros servicios básicos a precios módicos.

Pero en el 2011 la legislatura de Texas les entregó un golpe cuyos efectos se sentirán por años: cortó el financiamiento de la planificación familiar, provocando el cierre de casi el 30% de las clínicas de la región. Las que pudieron seguir funcionando han tenido que reducir los servicios y alzar las tarifas, pero aún así no dan abasto. Aunque en el 2013 Texas restableció el financiamiento, dejó fuera a las clínicas de planificación familiar. A la fecha aún no se sabe si el modelo de financiamiento permitirá reparar el daño causado a la red de protección social en materia de salud reproductiva o si es capaz de asegurar la entrega de servicios a poblaciones de zonas apartadas como las del Valle.

En noviembre de 2012 el Centro de Derechos Reproductivos y el Instituto Nacional de Latinas para la Salud Reproductiva resolvieron hacer una investigación conjunta que recogiera el testimonio de las mujeres más afectadas por los recortes presupuestarios y las nuevas políticas de salud reproductiva. La investigación revela las grandes barreras que las mujeres del Valle del Bajo Río Grande enfrentan desde hace años para acceder a servicios básicos de salud reproductiva, y demuestra, en sus propias voces, de qué forma las nuevas políticas han arrasado con el escaso acceso que alguna vez tuvieron.

En el informe queda en claro que las latinas del Valle resisten de pie la violación de sus derechos humanos, que es en definitiva lo que está ocurriendo. Sin fondos para pagar promotoras de salud, realizan talleres de salud reproductiva en sus hogares, en iglesias y centros comunitarios. A medida que se cierran las



Izquierda: Perla (derecha) con su hijo y su madre en una reunión comunitaria cerca de San Benito.

Derecha: Lucila Ceballos trabaja como una promotora voluntaria para educar a las mujeres sobre el acceso de la salud reproductiva.

clínicas cercanas, se organizan y reúnen dinero para ir a otras más apartadas. Y visibilizan su realidad a través de sus relatos, llevando las conclusiones de este estudio a las autoridades en Austin y Washington para exigir políticas que respeten, protejan y hagan efectivos sus derechos humanos.

Durante los últimos seis años el Instituto Nacional de Latinas para la Salud Reproductiva viene capacitando a las mujeres del Valle para que sean ellas mismas quienes dirijan su lucha por el derecho a la salud. El Centro de Derechos Reproductivos, por su parte, aporta su experiencia en trabajo reivindicativo a nivel estatal, nacional e internacional a objeto de posicionar el caso como lo que es; es decir, una crisis de derechos humanos. Juntas, ambas organizaciones nos propusimos hacer públicas las vivencias de estas mujeres como contrapunto a la narrativa dominante sobre mujeres, inmigrantes y servicios de salud reproductiva.



Esperamos que este informe constituya una herramienta para generar conciencia en las autoridades respecto de las barreras de corto y largo plazo que impiden el acceso a la salud reproductiva y sus profundos efectos sobre las mujeres latinas y las comunidades fronterizas. Esperamos además que constituya un claro argumento en favor de una asignación más justa de los recursos destinados a la salud en las comunidades rurales, de inmigrantes y de escasos recursos que más lo necesitan. El gobierno debe reconocer la existencia de esta necesidad y romper las barreras que ha levantado en perjuicio de la salud y los derechos humanos de tantas mujeres y sus familias.

METODOLOGÍA

A través de la Red de Abogacía de Latinas de Texas, desde el 2007 el Instituto Nacional de Latinas realiza trabajo organizativo, formativo y de movilización en el Valle del Bajo Río Grande.

Nuestra investigación se centró en esta región debido a los fuertes lazos que mantenemos con estas comunidades y a su gran población latina e inmigrante, composición urbana y rural que incluye un gran número de colonias marginadas y con malos indicadores de salud, y cantidad desproporcionada de cierres de clínicas de planificación familiar en comparación con el resto de Texas.

Entre diciembre de 2012 y enero de 2013, un equipo conjunto del Centro y del Instituto realizó entrevistas y grupos focales con latinas de los condados de Cameron, Hidalgo, Starr y Willacy. Las preguntas que se plantearon estuvieron orientadas a obtener información sobre el acceso a la salud reproductiva antes y después de los recortes presupuestarios del 2011. Las entrevistas y grupos focales se realizaron en centros comunitarios, iglesias, casas particulares y consultorios de salud de localidades escogidas por el Instituto y que abarcaron desde las ciudades de Brownsville y McAllen hasta colonias rurales aisladas. Las invitaciones a participar se hicieron en base al directorio que ha construido el Instituto tras años de trabajo comunitario en el Valle, y también de manera informal a través de dirigentes comunitarias y de la red de promotoras de salud.

En total se entrevistó de manera individual y en grupo a 188 mujeres mayores de edad. Todas se identificaron como latinas residentes en colonias y zonas urbanas. De las 49 mujeres que aceptaron ser entrevistadas, unas diez eran además promotoras de salud. La situación migratoria se consultó sólo en privado y se dejó a criterio de la entrevistada responder o no. La mayoría (55%) dijo ser ciudadana o residente permanente, en tanto que 39% dijo espontáneamente ser indocumentada. Todas las inmigrantes provenían de México.



Sus edades fluctuaron entre los 18 y los 60, con la mayoría entre 20 y 40. No se entrevistó a menores de edad. Esta no fue una muestra aleatoria ni se pretende que las conclusiones se puedan extrapolar a una población mayor.

Todas las participantes dieron su consentimiento fundamentado previo verbal y por escrito. A todas se les proporcionaron antecedentes escritos sobre el proyecto y se les orientó de forma verbal respecto del consentimiento fundamentado. A todas se les garantizó que la información personal, especialmente su situación migratoria, se mantendría en estricta reserva. Se les explicó además que su participación era absolutamente voluntaria y que no habría remuneración ni beneficio material de ningún tipo. A quienes accedieron a participar se les dio la opción de autorizar o no el uso de las grabaciones de audio y video y la transcripción de sus entrevistas, así como su nombre y fotografía. Para resguardar la confidencialidad en el informe se usan únicamente seudónimos, incluso para quienes autorizaron el uso de su nombre, y se señala como domicilio el centro urbano más cercano.

Un equipo del Instituto realizó doce grupos focales en Río Grande City, San Juan, Mission, Edinburg, Álamo, Donna, Lasara, Brownsville y colonias cercanas. Los grupos se hicieron en idioma español y tuvieron de 8 a 30 integrantes. Para resguardar la confidencialidad, no se menciona el lugar exacto de cada entrevista o grupo focal. Por su parte, un equipo del Centro realizó entrevistas individuales semiestructuradas en inglés o español, a preferencia de la entrevistada. Las entrevistas se hicieron siempre en privado, en sala aparte cuando fue posible, y en unos pocos casos en la misma sala en que se hacían grupos focales u otras entrevistas, pero a prudente distancia. Otras tres entrevistas y una entrevista complementaria se hicieron por teléfono.

En julio del 2013 se invitó a un selecto grupo de 30 activistas, prestadores de servicios de salud reproductiva e investigadores a un encuentro privado en la ciudad de Austin, Texas a discutir las conclusiones preliminares. El sentido fue recabar opiniones sobre las conclusiones del estudio e informar nuestras recomendaciones. Posteriormente dimos a conocer nuestra propuesta de recomendaciones a un subconjunto de este grupo de personas.

ANTECEDENTES

VALLE DEL BAJO RÍO GRANDE

El Valle del Bajo Río Grande abarca los condados de Cameron, Willacy, Hidalgo y Starr y alberga a 1.3 millones de dólares de habitantes.¹ La población es mayoritariamente latina y más del 25% es extranjera, en su mayoría mexicanos.²

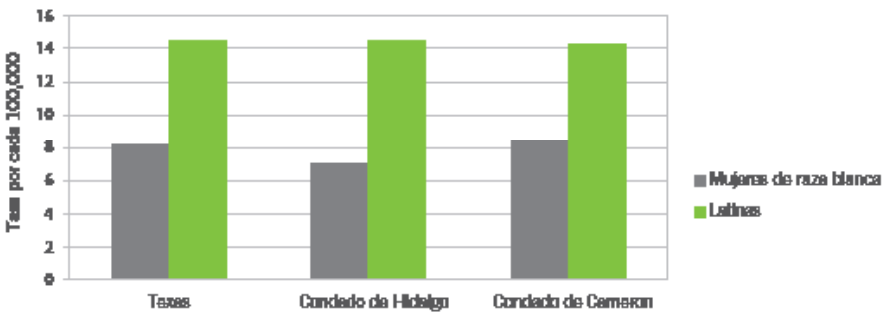
Siendo una tradicional zona agrícola, el Valle posee además centros urbanos en rápida expansión, como McAllen, Harlingen y Brownsville. Se estima que un tercio de la población trabaja en el sector agrícola, la mayor proporción de todo Estados Unidos.³ Muchos son trabajadores temporales que siguen las cosechas por diferentes puntos del país o van y vienen desde sus países de origen. Fuera del sector agrícola, especialmente para trabajadores iletrados y de baja calificación, el empleo es escaso. Casi la mitad de la población tiene menos de nueve años de escolaridad,⁴ lo que genera un nivel de desempleo alto frente al resto del estado.⁵ Más de un tercio vive en la pobreza.⁶

El Valle tiene la mayor concentración del país de las comunidades informales denominadas colonias. Dispersas a lo largo de los 1.900 km de frontera con México, las colonias nacieron en los años 50, cuando promotores inescrupulosos descubrieron el negocio de vender terrenos baldíos a inmigrantes. Los compradores fueron construyendo sus casitas a medida que podían. Hoy como ayer, las colonias carecen de agua potable, alcantarillado, electricidad, pavimentación y otros servicios básicos.⁷

LA SALUD REPRODUCTIVA DE LAS LATINAS DE TEXAS

La situación de salud de la mujer en todo Texas es más precaria que en otros estados, y la de las latinas lo es aún más. Dentro del estado, son el grupo racial o étnico que más informa tener una salud regular o mala.⁸ Informan además una mayor tasa de diabetes, trastornos cardiovasculares, obesidad y mortalidad por cáncer que las latinas del resto del país.⁹ En Texas, donde los latinos tienen tres veces más probabilidades de vivir en la pobreza que la población de raza blanca,¹⁰ las disparidades en salud atribuibles a causas raciales en zonas marginadas como el Valle son especialmente agudas. Por ejemplo, en los condados predominantemente latinos los índices de prevalencia¹¹ y mortalidad ajustada por edad de la diabetes¹² son considerablemente mayores al promedio estatal.

Disparidades en Cáncer Cervicouterino Invasivo en Texas, Condados del Valle del Bajo Río Grande



Incidencia de Cáncer Cervicouterino Invasivo 2000-2009
Se utilizaron los datos del Registro de Cáncer de Texas. Las tasas son ajustadas por edad de acuerdo a la Población Estándar de Los Estados Unidos en el 2000. Registros de la Administración de la Salud de Veterans y de hospitales militares están incompletos en el Registro de Cáncer de Texas 2000-2009.

Para recibir atención médica, la gente del Valle y de las colonias en particular enfrenta múltiples barreras. Según el gobierno central, la mayor parte de la región tiene una cobertura médica deficitaria, lo que significa que carece de los profesionales y servicios médicos necesarios, que los riesgos para la salud son mayores y que existen numerosos obstáculos socioeconómicos, en especial pobreza y falta de seguro médico, que impiden el acceso a la salud.¹³ Sin medios para pagar la medicina privada, la mayoría de las mujeres del Valle -rurales, latinas, inmigrantes, pobres y sin seguro- tienden a prescindir de la atención preventiva y a buscar atención sólo en caso de urgencia.¹⁴ Hasta la adopción de los recortes presupuestarios, una de las pocas excepciones era la planificación familiar. Existían clínicas donde esta población recibía atención preventiva gratuita o de bajo costo que incluía exámenes de Papanicolaou y de mama, anticonceptivos y orientación y detección de infecciones de transmisión sexual.

La cobertura de salud está directamente correlacionada con la calidad de la atención. Texas tiene el mayor porcentaje de adultos sin seguro médico del país, cifra que equivale a 6.1 millones de personas o 27% de la población.¹⁵ Más aún, dentro del estado existen enormes disparidades en materia de cobertura y acceso. Los latinos tienen más del doble de probabilidades de no tener seguro médico que los blancos¹⁶ y los nacidos en el extranjero tienen más del doble de probabilidades de no tener seguro médico que los nacidos en Estados Unidos.¹⁷ La falta de seguro médico en los cuatro condados del Valle supera con mucho el promedio estatal.¹⁸ De entre los condados urbanos, el mayor índice de personas sin seguro de todo el país lo ostenta Hidalgo.¹⁹

A nivel nacional, el 22% de las mujeres en edad fértil no tiene seguro. En estados con una gran población inmigrante como Texas, Nuevo México y California, el índice se eleva

respectivamente al 35, 31 y 25%.²⁰ Si bien el 25% de las tejanas en edad fértil carece de seguro médico, las latinas duplican esa cifra.²¹

En comparación con las mujeres tejanas de otros orígenes raciales y étnicos, las latinas son quienes enfrentan las mayores barreras para acceder a la salud sexual y reproductiva. Son lejos las que menos probabilidades tienen de contar con un médico de cabecera²² y las que más probabilidades tienen de no haber visto un médico en el último año por falta de recursos.²³ Al año 2008, las latinas de Texas de 40 a 64 años de edad tenían menos probabilidades que mujeres de raza blanca o negra de haberse hecho una mamografía en los dos últimos años o un Papanicolaou en los últimos tres.²⁴ En el período 2000-2010, la demanda insatisfecha por anticonceptivos a precios subsidiados aumentó en un 30%, afectando a 1.690.150 mujeres, más de la mitad latinas.²⁵ Esto coincide con la tendencia nacional que muestra a las latinas como el grupo con mayor demanda por servicios de anticoncepción en los últimos 10 años.²⁶

Para las latinas de Texas, la falta de cobertura y acceso se traducen en malos indicadores de salud reproductiva. Al año 2010, Texas tenía el mayor número de casos informados de mujeres con gonorrea del país y era superado sólo por California en casos informados de clamidiasis.²⁷ En Texas el índice de embarazo no previsto supera el promedio nacional (52% frente a 49% en 2008)²⁸ y el de embarazo adolescente es uno de los mayores.²⁹ A pesar de que las adolescentes latinas no difieren mayormente de las no latinas en materia de actividad sexual, éstas muestran un índice mucho menor de uso de anticonceptivos y un mayor índice de embarazos.³⁰ Esto se debe en no poca medida a las barreras que enfrentan para acceder a una educación sexual integral y a métodos anticonceptivos de manera regular.

En Texas la incidencia de cáncer cervicouterino supera en 19% al promedio nacional y es aún mayor en las latinas que en mujeres de raza blanca y negra (12.4% frente a 9.3 y 10.4%, respectivamente).³¹ A pesar de que el cáncer cervicouterino ha decrecido entre las mujeres nacidas en Estados Unidos, hay estudios que muestran que esta patología -que se puede prevenir con una atención ginecológica periódica y que es eminentemente tratable si se detecta precozmente- está aumentando entre las mujeres inmigrantes, en especial las latinas.³² Las disparidades raciales y étnicas son especialmente evidentes en los condados fronterizos con México. En el condado de Hidalgo, las latinas doblan a las no latinas en incidencia de cáncer cervicouterino invasivo (14.3 frente a 7.0 por 100.000), en tanto que en el condado de Cameron la tasa de mortalidad duplica la tasa para las no hispanas (4.8 frente a 2.4 por 100.000).³³ Las mujeres de los condados fronterizos tienen un 31% más de probabilidades de morir de cáncer cervicouterino que mujeres de condados no fronterizos.³⁴

MARCO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Nivel federal

Las inmigrantes enfrentan fuertes barreras legales para acceder a la salud debido a políticas federales que desde hace años excluyen a ciertos grupos de las prestaciones que dependen del nivel de ingresos. Estas barreras fueron fuertemente reforzadas por las restricciones impuestas en 1996 por la Ley de Reconciliación de la Responsabilidad Personal y las Oportunidades de Trabajo³⁵ al derecho de los inmigrantes a ser elegibles para Medicaid y al Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP).³⁶ Los indocumentados, en tanto, no tienen derecho a seguro médico público alguno, sean cuales sean sus ingresos. Aunque en la mayoría de los estados los inmigrantes legales adquieren derecho a Medicaid a los cinco años, Texas es uno de los pocos que no da cobertura a los llegados después de 1996, hayan transcurrido o no cinco años.³⁷

El Medicaid de emergencia³⁸ y la reserva sobre “la vida en formación” de CHIP³⁹ son dos excepciones que en ciertos casos permiten otorgar atención prenatal y durante el parto a mujeres de escasos recursos, independientemente de su situación migratoria. Aún así, estas restricciones afectan gravemente a las inmigrantes de menores recursos que necesitan servicios preventivos de salud reproductiva, en especial anticonceptivos, exámenes de prevención del cáncer y detección de infecciones de transmisión sexual.⁴⁰

La Ley de Protección al Paciente y Atención Médica De Bajo Costo del 2010 mantiene en gran medida las restricciones

en cuanto a cobertura para inmigrantes. Los legales pueden contratar un seguro médico en los mercados estatales y luego rebajar el gasto de sus impuestos, pero los indocumentados no tienen ninguna de estas dos opciones. Una parte de esta población se podría beneficiar del fondo de \$11 mil millones de dólares que la Ley de Atención Médica De Bajo Costo establece para el funcionamiento, construcción y ampliación de consultorios de salud en zonas con déficit de cobertura. Pero a pesar de que la evidencia demuestra que la demanda real en dichas zonas quintuplica a la actual, en el 2011 el Congreso rebajó la partida presupuestaria para centros de salud en \$600 millones de dólares, es decir, en más de un 25%.⁴¹ Esto obligó a mantener el financiamiento de los centros médicos existentes en lugar de construir nuevos establecimientos en zonas deficitarias. A julio del 2013 el Congreso había asignado apenas \$3 mil millones de dólares del presupuesto para consultorios que dispone la reforma de salud.⁴²

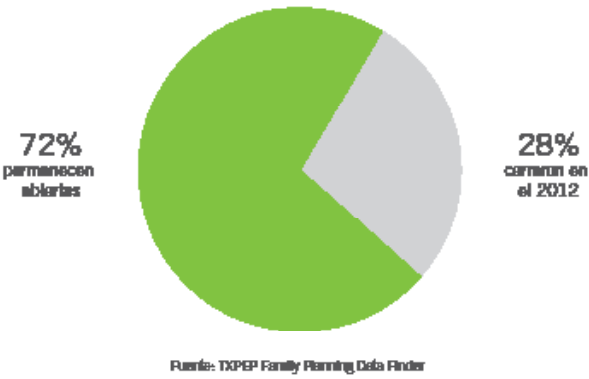
Por último, en agosto del 2012 se propusieron nuevas normas que excluyen de la reforma de salud a millones de jóvenes inmigrantes. El programa Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (DACA)⁴³ ofrece a inmigrantes ilegales que llegaron a Estados Unidos siendo niños la posibilidad de una orden temporal de no deportación. Sin embargo, una norma que entró en vigor en agosto del 2012 excluye a quienes obtengan dicha orden de la cobertura de la Ley de Atención Médica De Bajo Costo y les niega además el derecho a Medicaid y CHIP.⁴⁴ Así, las 840.000 mujeres en edad fértil que se podrían beneficiar de una orden temporal de no deportación⁴⁵ -la gran mayoría latinas-⁴⁶ no tendrán derecho a la atención médica a la cual tienen derecho los inmigrantes que se acogen a otros programas de acción diferida.

Nivel estatal

Recorte de los fondos para planificación familiar y restricciones a los prestadores de servicios médicos

El estado de Texas mantiene dos programas de salud reproductiva para mujeres de estratos bajos. Uno de ellos aporta fondos a 288 clínicas de planificación familiar y es administrado por el Departamento de Servicios de Salud con fondos mayoritariamente federales entregados en virtud del Título X de la Ley de Salud Pública y los Títulos V y XX de la Ley de Seguridad Social. Estas clínicas son determinantes para la entrega de servicios de planificación familiar a mujeres pobres que carecen de seguro médico. Además, al igual que más de la mitad de los estados, Texas participa en un programa de Medicaid que entrega servicios de planificación familiar a mujeres de menores recursos que no cumplen con los requisitos socioeconómicos⁴⁷ (en Texas, para tener derecho

Porcentaje de clínicas de planificación familiar en el Valle financiadas por DSHS en el año 2010 que han cerrado en el 2012;



a Medicaid, los padres trabajadores con hijos a su cargo no pueden tener un ingreso anual que supere el 25% de la línea de la pobreza que fija el gobierno federal, es decir, \$6.892 dólares para una familia de cinco personas). En conjunto, estos programas conforman una importante red de protección social y entrega de servicios de salud reproductiva, en especial de atención básica, prenatal, y orientación y suministro de anticonceptivos.

En el año 2011 la legislatura de Texas introdujo una serie de modificaciones que comprometen a la red de protección social en materia de salud reproductiva. En primer lugar, recortó en un 66% el presupuesto de planificación familiar para el período 2011-2013, rebajándolo de \$111 millones de dólares a \$37.9 millones de dólares.⁴⁸ Luego instituyó un sistema triestamental de distribución de fondos que da primera prioridad a los entes públicos que entregan servicios de planificación familiar y otros servicios básicos de salud, luego a los entes no públicos que entregan atención primaria y preventiva integral, incluyendo planificación familiar, y por último a las clínicas especializadas en planificación familiar.

Junto con ello, prohibió la entrega de fondos a Planned Parenthood, el mayor prestador de servicios de planificación familiar del estado. Más aún, en el 2011, por instrucciones de la legislatura,⁴⁹ la Comisión Estatal de Salud y Servicios Humanos implantó la denominada “regla del nexo institucional,”⁵⁰ disposición que prohibió la entrega de fondos estatales a los centros médicos de Planned Parenthood debido a sus nexos con clínicas que realizan abortos.⁵¹ A raíz de ello el Programa de Salud de la Mujer, iniciativa que ampliaba la cobertura de Medicaid a la planificación familiar,⁵² quedó legalmente impedido de hacer aportes a establecimientos que en el 2010 habían atendido al 50% de las pacientes atendidas por el Programa.⁵³ Por su parte, dado que la legislación federal

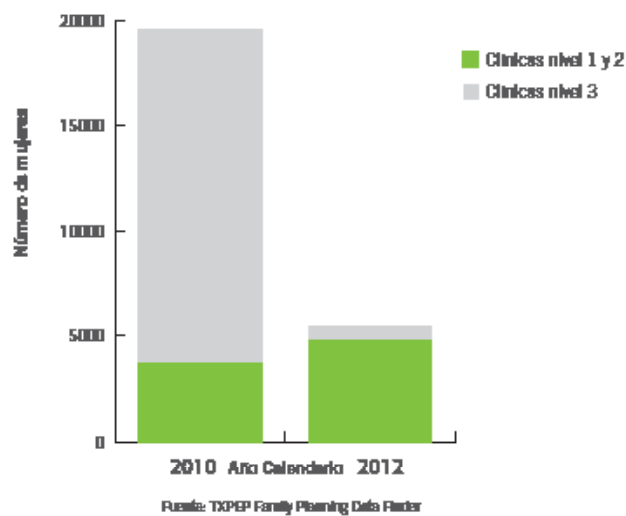
prohíbe financiar programas de Medicaid en estados que excluyan a prestadores calificados sólo por el tipo de servicios que prestan, el gobierno central retuvo aportes complementarios por un total de \$32.2 millones de dólares.⁵⁴ En respuesta, el 1º de enero de 2013 Texas suprimió el Programa de Salud de la Mujer y lo reemplazó por el Programa Estatal de Salud de la Mujer, ente financiado enteramente con fondos estatales y con reglas propias de calificación de prestadores que le permitieron excluir a Planned Parenthood.

Así las cosas, en 2012 el gobierno central decidió adjudicar \$32 millones de dólares en fondos del Título X al consorcio denominado Asociación de Salud de la Mujer y Planificación Familiar de Texas y no al estado, como lo venía haciendo desde 1982. Al no estar sujeta a las restricciones impuestas por el estado, la Asociación pasó a financiar clínicas de planificación familiar de manera directa, adquiriendo el potencial de atender al doble de mujeres que los programas administrados por el propio estado.⁵⁵

Efectos en la entrega de servicios de planificación familiar en Texas y en el Valle

Los recortes presupuestarios redujeron considerablemente el número de prestadores de servicios de planificación familiar. A la fecha, 66 establecimientos han debido cerrar o dejar de prestar servicios por falta de fondos,⁵⁶ situación que afectó particularmente a las clínicas especializadas en planificación familiar. En el año 2012 el 39% perdió la totalidad de su financiamiento⁵⁷ y 56 debieron cerrar sus puertas.⁵⁸ Prácticamente la mitad de aquellas que siguieron recibiendo fondos estatales se vieron obligadas a reducir personal, situación que afectó mucho más a las clínicas de planificación familiar (63%) que a las que además ofrecen otros servicios médicos (39%).⁵⁹ Es más, los centros del Departamento de Servicios de Salud deben atender la mayor demanda con menos

Mujeres que reciben servicios de planificación familiar en las clínicas del Valle financiadas por el DSHS



presupuesto y ya no pueden comprar anticonceptivos a los precios preferenciales que permite el Título X de la Ley (salvo que la Asociación de Salud de la Mujer y Planificación Familiar de Texas les aportara fondos).⁶⁰ En el año 2012 los recortes presupuestarios dejaron a 144.000 mujeres de todo el estado sin servicios de planificación familiar. Ello representó una atención casi 40% menor que en el 2010,⁶¹ año en que apenas se atendió al 13.8% de los 1.7 millones de mujeres de escasos recursos que necesitaban productos y servicios anticonceptivos subsidiados con fondos públicos.⁶²

El cierre de clínicas afectó a la zona del Valle de manera desproporcionada. En el período 2011-2012, nueve de las 32 clínicas que recibían aportes del Departamento de Servicios de Salud debieron cerrar sus puertas.⁶³ Las restantes tuvieron que disminuir las horas de atención, al punto que hoy algunas sólo atienden un día a la semana.⁶⁴ Muchas tampoco pueden ofrecer una gama amplia de anticonceptivos o métodos anticonceptivos como el DIU o de acción prolongada que son veinte veces más eficaces que las pastillas.⁶⁵ Las que se mantienen abiertas deben atender más gente con menos presupuesto, lo que las obliga a reducir servicios o a cobrar por consultas que antes eran gratuitas.⁶⁶ A raíz de ello, el número de mujeres del Valle que se atienden en clínicas que reciben aportes del Departamento de Servicios de Salud cayó de 19.595 en 2010 a 5.470 en 2012; es decir, una baja del 72%.⁶⁷

La “solución” legislativa: entregar la planificación familiar a la salud primaria

Enfrentado a tener que desembolsar \$273 millones de dólares

extras para sufragar el costo de los 24.000 partos adicionales que deberá cubrir Medicaid en el período 2014-2015,⁶⁸ el estado de Texas decidió encarar la crisis de salud reproductiva en el presupuesto 2013-2015. La legislatura asignó al Programa de Atención Primaria \$100 millones de dólares adicionales para servicios de salud de la mujer,⁶⁹ reservando un 60% para planificación familiar. También asignó \$71.3 millones de dólares adicionales al Programa Estatal de Salud de la Mujer como forma de suplir los aportes federales retenidos en respuesta a la regla del nexo institucional,⁷⁰ y por último destinó \$32.1 millones de dólares al Departamento de Servicios de Salud en reemplazo de los fondos del Título X.⁷¹ Sin embargo, no queda para nada claro si estas medidas bastarán para reparar el grave daño causado a la red de protección social en materia de salud reproductiva.

Existe especial inquietud respecto a la capacidad para atender la demanda por servicios de planificación familiar, considerando que incluso antes de los recortes presupuestarios ya había en Texas un déficit de profesionales.⁷² De las clínicas que financiaba el Programa de Salud de la Mujer en el 2010, las cuatro con el mayor número de pacientes pertenecían todas a Planned Parenthood.⁷³ De éstas, dos han debido cerrar.⁷⁴ Si bien los consultorios están en buen pie para recibir del sector primario el nuevo presupuesto para salud preventiva de la mujer, estos establecimientos históricamente han atendido a menos del 20% de la población que atendían los centros médicos de Planned Parenthood.⁷⁵ Estudios a nivel nacional muestran que, en zonas postergadas y rurales, la salud primaria tiene dificultades para entregar servicios de planificación familiar debido al esfuerzo que representa reconciliar las diversas necesidades de salud de las pacientes.⁷⁶

Es posible además que la calidad de los productos y servicios que se entreguen no sea la misma, dado que los profesionales de la salud primaria no siempre están capacitados en salud preventiva de la mujer.⁷⁷ Más aún, los establecimientos que reciban aportes del Departamento de Servicios de Salud y que ya no puedan recibir fondos del Título X no podrán adquirir una gama amplia de anticonceptivos, en especial los métodos reversibles de acción prolongada que cuestan más pero que las mujeres prefieren por su mayor eficacia.⁷⁸ Por último, existen dudas en cuanto a la capacidad de un estado que prescinde de las clínicas de planificación familiar para dar salud preventiva a la mujer. En el 2012, por ejemplo, el estado atendió a 63% menos mujeres a un costo promedio por paciente 15% mayor que en el 2011.⁷⁹



Arriba izquierda y derecha: Niños saltando sobre un trampolín roto en una colonia cerca de Donna en el condado de Hidalgo.



Izquierda: Un centro de salud de Planned Parenthood en Brownsville ha reducido su personal y las horas de atención desde el año 2011. Actualmente, una enfermera graduada y autorizada a extender recetas médicas ve a los pacientes algunos días a la semana y el centro está abierto a otras horas únicamente para entregar la medicina.



Abajo: Gente vendiendo ropa al lado de la cerca entre los Estados Unidos y México que corre a lo largo de la autopista 281, cerca de Brownsville.

Las hermanas Sylvia (izquierda) y Karina (derecha) de Mission no han podido conseguir anticonceptivos o exámenes anuales desde que una clínica local de Planned Parenthood cerró en el año 2011.



“Queremos crecer y darle al país; o sea ellos nos dan, pero uno también les da a ellos, al país en el que uno vive, pero para eso necesitamos estar saludables”

— Liria en Brownsville

CONCLUSIONES

LAS BARRERAS QUE IMPIDEN EL ACCESO A LA SALUD REPRODUCTIVA

Las entrevistas y grupos focales muestran que las barreras que impiden a latinas e inmigrantes acceder a la salud reproductiva son tan altas como difíciles de superar.

Las penurias de la vida cotidiana de las mujeres del Valle -marcada por la pobreza, el aislamiento geográfico y, para algunas, la inseguridad y el temor en cuanto a su situación migratoria- constriñen la capacidad de acceder a la salud reproductiva. El cierre de clínicas y la fuerte reducción de los servicios han agravado considerablemente estas barreras sistémicas, obligando a las mujeres a esperar largo tiempo para conseguir una cita, a tener que trasladarse cada vez más lejos de sus hogares y a pagar mucho más por la salud reproductiva.

FALTA DE CLÍNICAS

El cierre de más de un cuarto de las clínicas de planificación familiar del Valle dejó a muchas de las entrevistadas sin acceso fácil y barato a la salud reproductiva. Las clínicas y los consultorios de salud que aún ofrecen servicios de bajo costo se concentran en las ciudades de Harlingen y Brownsville, lo que afecta especialmente a las mujeres de comunidades rurales. Un caso es el de Felicia, quien vive en una colonia cerca de Edinburg. Nunca antes había tenido que viajar para hacerse un Papanicolaou, pero no ha podido hacérselo desde que nacieron sus gemelas cuatro años atrás. “Pues todas las que estamos aquí queremos hacerlo, pues, un chequeo de todo. Pues ya que ahorita no hemos hecho eso y más vale checar uno a tiempo, pero pues no hemos hallado... Y ya de ahí ya no supe dónde ir, no sé dónde, pero sí quiero hacérmelo.”⁸⁰

En Brownsville, una mujer que tiene problemas para atenderse refirió que el cierre de algunas clínicas complica a las demás. “Cuando quitan los fondos a las agencias, por ejemplo Planned Parenthood... las clínicas no dan abasto, verdad... Yo ya no puedo ir a Planned Parenthood a pedir una especialidad, tengo que ir a la clínica de acá. Y hablo con ellos y me dicen ‘cómo no, pero no hay cita hasta seis meses más,’ o ‘no hay hasta el año entrante.’”⁸¹ Ni las promotoras de salud saben dónde enviar a quienes necesitan planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva. “Hay veces que tengo problemas en referirlas,” dice Sandra, promotora de Brownsville. “Antes, pues vayan a Planned Parenthood, y ahora pues no sé adónde referirlas. Y ya me han tocado varias personas que me han preguntado dónde pueden ir a hacerse el examen del Papanicolaou y la mamografía, y pues no sé dónde mandarlas.”⁸²

Las entrevistadas expresaron además su desilusión por el hecho de que las clínicas que cerraron eran las que mejor atendían. “Las clínicas que nos atendían -Hope, El Milagro- han cerrado todas,” se lamentó una entrevistada de Edinburg.⁸³ Otra de Brownsville explicó que “Planned Parenthood era un lugar de confianza donde nos sentíamos seguras y la gente sabía que allí les darían sus servicios y sus chequeos. Ahora que les quitaron los fondos, es como si nos hubieran dado con la puerta en la cara.”⁸⁴

COSTO

Prácticamente todas las entrevistadas, más allá de su lugar de residencia, tipo de seguro o situación migratoria, coincidieron en señalar el costo como la principal barrera para la salud reproductiva. Incluso a las que podían costearse una consulta preventiva no les alcanzaba para pagar ecografías o mamografías, ni menos un especialista para cuadros de mayor complejidad. Para muchas los anticonceptivos y demás medicamentos tienen un costo prohibitivo, por lo que tampoco están en condiciones de despachar las recetas que pudieran darles.

El 78% de las entrevistadas no tiene seguro médico de ningún tipo. Muchas con ciudadanía o residencia permanente ganan muy poco pero no llegan al bajísimo nivel de ingresos que Texas exige para entregar Medicaid. Las demás no tienen residencia ni ciudadanía, y por consiguiente, tampoco derecho a Medicaid.

Ahora bien, tener seguro médico tampoco garantiza poder costearse la salud reproductiva. En efecto, a más de la mitad de las mujeres que tenían seguro particular no les alcanzaba para el copago. En Brownsville, Gloria explica que en su familia hay antecedentes de cáncer, por lo que debe hacerse Papanicolaou y mamografía todos los años: “Tengo seguro médico por parte de mi trabajo... pero a veces no voy porque también tengo que estar pagando un copay, verdad, y a veces no tengo lo suficiente.” El último chequeo se lo hizo hace dos años porque los exámenes y la consulta le cuestan \$80 dólares después del seguro.⁸⁵ Antes de los recortes presupuestarios, muchas preferían pagar de su bolsillo en una clínica porque les salía más barato que el copago en otras partes. Hoy, sin embargo, las clínicas han subido sus tarifas y el monto de los copagos ha aumentado, dejando con pocas opciones incluso a las que tienen seguro particular.⁸⁶

Exámenes anuales

Más de la mitad de las entrevistadas señalaron que el alto costo de los controles ginecológicos es una de las principales

barreras de acceso a la salud reproductiva. Previo a los recortes presupuestarios, la mayoría acudía a las clínicas de planificación familiar del Valle a hacerse revisiones anuales gratis o de bajo costo (\$10-25 dólares). Hoy la mayoría informa que una revisión ginecológica básica cuesta entre \$60 y \$200 dólares, dependiendo del lugar, lo que no incluye exámenes de laboratorio, ecografías ni mamografías. Muchas informan además que las clínicas ya no ofrecen tarifas escalonadas según tramo de ingresos ni facilidades de pago. Donde antes Nuestra Clínica del Valle, por ejemplo, cobraba según ingreso, hoy cobra una tarifa única de \$100 dólares por una revisión anual y la espera es de al menos un mes.⁸⁷ Sin tarifas escalonadas ni facilidades de pago, es imposible pagar un chequeo preventivo al contado. “Planned Parenthood sale más caro que un médico particular”, dice Noemí de Brownsville⁸⁸

Yo digo que deberían de ponerse a pensar, verdad, estas personas que tengan el poder de hacer estos cambios, en que si ayudan a que haya más acceso a la prevención, verdad, de salud... y estás hablando de prevenir el cáncer de seno, o del cérvix, al final se gana más. Si das esos fondos para que toda esta gente se pueda atender, porque si una madre ya no está va a dejar a sus hijos huérfanos y al final esos niños a lo mejor van a depender del gobierno para que se les ayude. Entonces, es mejor que hubiera esos fondos, esas clínicas, para que esas mujeres se pudieran atender y poder sacar a su familia adelante.⁸⁹
—Esperanza, Mission

Anticonceptivos

Anteriormente los anticonceptivos se podían comprar a precios rebajados en las clínicas de planificación familiar. “Antes usted iba y sacaba sus anticonceptivos,” dice una mujer de Edinburg, “pero ahora con los recortes hay que pagarlos, y no queda dinero para eso.”⁹⁰ En un centro médico de Planned Parenthood en Brownsville, por ejemplo, un mes de pastillas anticonceptivas costaba \$12 dólares y hoy cuesta entre \$40 y \$50 dólares y los reversibles de acción prolongada cuestan \$65 dólares o más.⁹¹ Así, los anticonceptivos se han convertido en un lujo que pocos pueden darse. En un grupo focal realizado en Mission, una participante se preguntaba qué pasaría cuando se le acabaran las pastillas: “En una semana se me acaba la última caja, y no sé qué voy a hacer el mes entrante. No quiero salir embarazada... Más adelante, en dos años más, ahí sí quiero embarazarme. Pero ahorita no es momento y no sé de dónde voy a sacar mis anticonceptivos, que son carísimos.”⁹²



Perfil: Ida

En Donna, Ida dijo sentirse “desesperada” ante el hecho de que sus últimos anticonceptivos se terminaban en una semana. En un centro médico de Planned Parenthood le habían dado anticonceptivos para un año, pero el centro ahora estaba cerrado y ya no tendría como comprar más. Ida es soltera y mantiene a dos hijos. “Yo ahorita no estoy preparada para otro hijo... Mi situación económica es difícil, bien difícil... No sé cómo conseguir más pastillas porque me las cobran, no tienen fondos, nadie ahorita.” Ida tiene además el virus del papiloma humano, factor de riesgo para el cáncer cervicouterino, y tiempo atrás la operaron para extirparle varios quistes cervicales. Hoy no puede pagar el Papanicolaou que le recomendaron hacerse cada seis meses para controlar su estado. “Son \$60 dólares para hacerme el chequeo. Yo pensé, o pago los \$60 dólares o les compro comida a mis niños... a veces no tengo ni para comprarles leche, comida, no sé... O pago mi casa donde vivir con mis hijos o me hago mi chequeo del mamograma, Papanicolaou, anticonceptivos. Una cosa o la otra, no puedo todo.” Ida no podría ir a México aunque quisiera, porque su permiso temporal no la autoriza a volver al país. “Mi preocupación es bien grande, porque yo ya no tengo donde checarme, en serio, me da mucho miedo que mi virus regrese. Antes no era canceroso. Yo tengo miedo de que regrese peor, por no checarme.”¹⁷⁷

Perfil: Isabel

Isabel, residente de Brownsville, tiene diabetes, una cardiopatía y problemas de salud reproductiva que incluyen infertilidad y problemas hormonales. Antes se hacía el Papanicolaou y las ecografías en una clínica que cobraba precios módicos. Hoy se puede hacer un Papanicolaou por \$20 dólares, pero no le alcanza para los análisis y exámenes de laboratorio. Hace poco empezó a sentir síntomas que la tienen preocupada: “Desde el viernes que traigo un sangrado y un dolor aquí abajo. Eso se me hace que no es normal, pero le dije a mi esposo que a lo mejor era –sí me entiende, en veces uno se imagina cosas... La semana pasada tuve que cancelar mis citas porque tuve que hacerme cuatro ecografías diferentes porque el Papanicolaou me salió malo y se supone que me están chequeando a ver si tengo cáncer de útero. Pues cancelé las citas porque tuve que pagar \$80 dólares [por otro Papanicolaou y cuatro ecografías] más mis laboratorios y todo, y yo dije, ‘pues canceleemos, porque ahorita no tengo con qué pagar.’”

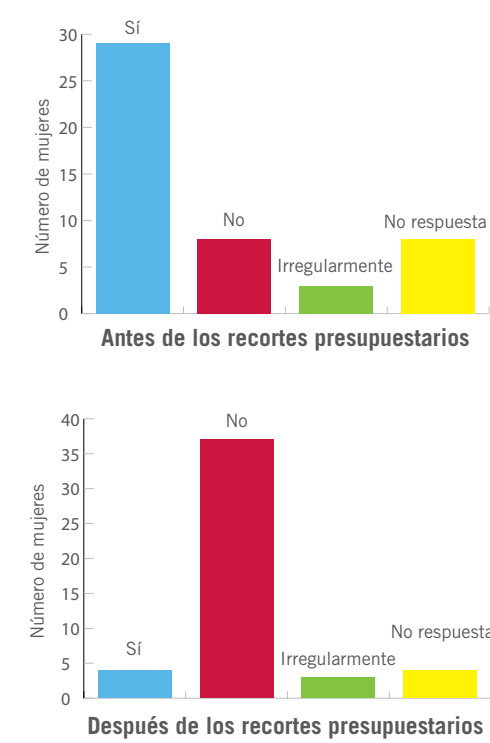
El lugar más barato que encontró fue una clínica de Weslaco que cobraba \$180 dólares por ecografía. Isabel no se atreve a ir a una clínica porque ya debe \$15 mil dólares en gastos médicos, sin contar los \$200 dólares que gasta al mes en medicamentos para la diabetes y su problema cardíaco. “Para mí, incluso \$50 dólares sale demasiado caro ahorita. Además está la gasolina [para ir a Weslaco]. Y la gasolina está subiendo.” Escuchó además que la clínica local subiría la tarifa del Papanicolaou de \$20 dólares a \$35 dólares, y le preocupa que haya un cierre definitivo. “Han cortado infinidad de cosas; las ecografías y mamografías... Después dijeron que iban a cerrar, y pues nosotros decimos, ‘Dios mío, y ahorita dónde vamos a ir?’ Hay otra clínica que cobra más o menos lo mismo, pero hay una espera de varios meses. Pero es como que en la clínica de acá, si usted necesita una especialidad, tiene que irse a otro lado a ver un especialista... ¿Y adónde voy a ir?”⁹⁸

Perfil: Mayda

Mayda, de Mission, lleva años tratando de juntar el dinero para hacerse la mamografía que le recomendaron las enfermeras que le palparon unos nódulos mientras se recuperaba de un aborto espontáneo. “Yo anduve buscando quién pa’ hacerme... Ahí es donde meto a mi hermana porque ella también traía esa bolita, entonces andábamos las dos buscando quien nos hiciera la mamografía porque ella también lo necesitaba. Entonces, donde quiera, que \$180 dólares, que \$280 dólares, que \$480 dólares, y así, verdad, entonces, pos no, ya no me lo hice porque no teníamos... Mi esposo no tenía trabajo, no tenía nada, no teníamos ayuda, dinero para hacerme, y pos así me dejé, ya tengo cuatro años que no me lo hago, pues lo que tengo ya voy pa’ cinco años que me dijeron.” Preguntó en un hospital si podía pagar a plazos, pero la respuesta fue negativa. Tampoco quisieron ayudarla a encontrar dónde hacerse la mamografía a un precio que pudiera pagar. Mayda está cada día más preocupada por la posibilidad de tener cáncer, especialmente porque siente comezón y molestias en la zona del cuello del útero. “Por eso digo yo, si es posible que uno necesite una clínica para uno estarse... Ya no digo yo gratis, sino que si te cobran, que te cobren poquito, y uno puede estar pagándolo, verdad, en pagos... Ahorita, ya toda esta semana y la semana pasada estuvimos sin ni un huevo, no teníamos ni qué comer, no teníamos nada. Pedía que \$20 dólares allá, que \$20 dólares acá, y compraba tanto mandado, pos ahorita mi esposo no tiene trabajo... imagínese, si no tenemos pa’ comer, de dónde sacamos pa’ ir a pagar una clínica?”⁹⁹

Entre las participantes también había inquietud sobre el acceso a los anticonceptivos más adecuados a sus necesidades, en especial los reversibles de acción prolongada. Tres años atrás y pagando un precio razonable en un centro médico de Planned Parenthood en Brownsville, Maribel se implantó en el brazo un anticonceptivo de acción prolongada. Ahora le toca cambiarlo, pero no puede porque el procedimiento, que cuesta \$500 dólares, se considera cirugía ambulatoria y no lo cubre el seguro. “La probé, la pastilla y demás, pero mi cuerpo no se adapta,” dice Maribel. “Me da una reacción rara, y no puedo. Este es un método que probamos y que nos ha funcionado por tres años, es el único que puedo usar, pero si no tengo el dinero o no hay servicios que me ayuden a conseguirlo, no sé qué voy a hacer.”⁹³ Aurora, quien tiene cinco hijos, no se ha podido poner un anticonceptivo inyectable porque la clínica ya no lo ofrece a tarifa subsidiada. “Sí, pues, una ayuda de esas es una vez al mes, y yo me imagino los gastos que son de criar un hijo a una inyección, yo me imagino que no es muy cara. Para mí sí, porque aquí es más diferente la vida, y son más caros los servicios.”⁹⁴

Uso de Anticonceptivos de las entrevistadas



Clínicas móviles

Las clínicas móviles que entregan servicios de salud sexual y reproductiva de forma gratuita o de bajo costo permiten evitar los gastos y problemas logísticos de tener que salir de la comunidad. Una mujer que vive en una colonia cerca de Mission nos dijo que esperaba que “las clínicas móviles vengan acá a las colonias para que nos podamos checar... Queremos tener clínicas cerca porque muchas veces no tenemos para el transporte o la gasolina.”¹⁰¹ Otra mujer que vive en Álamo dice que las clínicas móviles, a pesar de que van muy a lo lejos, son su único acceso a la salud reproductiva preventiva. “Son tres años de que me hice el Papanicolaou, porque no he tenido. Yo iba a las jornadas que hacen en el bus que viene a la escuela en Riverside, pero eso es una vez al año, y si no tengo transporte o tiempo para ir, pues será hasta el próximo año.”¹⁰²

Otras entrevistadas relataron que a veces se pueden hacer una revisión anual en la clínica móvil, pero que

aparte de un Papanicolaou, no entregan anticonceptivos ni medicamentos ni hacen otros exámenes. “La clínica móvil no le cobra salvo que usted necesite algún examen o medicamentos. En ese caso solamente le dan la receta,” dice Ingrid, quien vive en una colonia de los alrededores de Brownsville.¹⁰³ A Ingrid se le detectó una úlcera vaginal después de hacerse un Papanicolaou en una clínica móvil cerca de San Benito. Sin dinero para comprar los medicamentos, tuvo que ir a México. Marcela, joven de 19 años, sufría de fuertes dolores menstruales que la llevaron a hacerse un Papanicolaou en una clínica móvil cerca de su colonia. El examen detectó un quiste ovárico que, por el riesgo de cáncer, necesitará de controles y ecografías periódicas, pero no sabe cómo conseguir el dinero ni dónde acudir.¹⁰⁴

Perfil: Daniela

Daniela vive en una colonia cercana a Harlingen. Para ella, “el principal problema es el transporte... Nosotras vivimos lejos y no tenemos muchas clínicas ni nada cerca adonde podamos ir en bicicleta. Aquí todo queda lejos.” En ocasiones se ha podido hacer exámenes anuales en una clínica móvil. “Hay un bus que viene acá. Creo que viene de, no sé si de Austin o de Houston. Viene apenas una vez al año en la época de clases. No está aquí todo el tiempo... Hay que hacer una cita y no está aquí todo el año. Es solamente por un cierto período de tiempo.”

Hace un año a Daniela le empezó a doler un pecho, en un momento en que la clínica móvil no estaba en su comunidad. Se las arregló para llegar hasta una clínica de Harlingen -la que después se trasladó a Brownsville- pero no consiguió la atención que necesitaba. “Esa vez me cobraron \$30 dólares sólo por checarme, pero no tenían la máquina para hacer mamografías ni nada, así que me mandaron al [hospital] Valley Baptist. Cuando llegué allá me hacen la mamografía y todo y me dicen, ‘esto le sale \$800 dólares.’ Y yo les digo, ‘Pues no tengo ese dinero. ¿No me puede decir qué tengo, o algo?’ ‘Y me dicen, ‘No. Tenemos que mandarle los resultados al doctor, pero usted tiene que pagar \$800 dólares.’ Ella mostró su recibo de sueldo por los \$200 dólares que gana a la semana y con lo que debe mantener a una familia de ocho personas. “Y me dicen ‘¡Pero con eso le alcanza para pagar los \$800 dólares!’” Todavía no recibe los resultados.

Luego debió esperar seis meses para ser atendida en otra clínica. En enero del 2013, cuando finalmente llegó a su cita, la clínica ya no tenía equipos para hacer mamografías y debió ser derivada a otro lugar. Daniela está preocupada: “El tiempo corre, ¿y qué pasa si tengo algo? Para cuando me chequeen me van a decir, ‘Sabe, usted tiene cáncer y esto y lo otro.’ Trato de no pensar en eso, trato de vivir con eso.” Le preocupa no poder seguir yendo al médico. “No tengo carro ni tengo transporte. Si quiero ir a alguna parte, tengo que pagarle la gasolina a alguien para que me lleve. No puedo ir caminando hasta allá.”¹⁰⁵

“Nosotras vivimos lejos y no tenemos muchas clínicas ni nada cerca.”



Perfil: Esmeralda

Esmeralda vive en Mission. Enviudó hace poco y tiene cinco hijos, el más pequeño de tres meses. “También ahorita no hay el transporte pa’ ir, tan cara que está la gasolina también, y pos ahorita que estoy viuda, pos imagínate, estoy sin trabajar y no hay dinero también, es peor.” Esmeralda no trabaja porque debe cuidar a sus hijos, de modo que una consulta médica, lo que le significa los honorarios médicos, más la gasolina o pasajes de autobús para ella y sus niños o bien pagarle a alguien para que se los cuide, se le hace simplemente demasiado. Relata que su último niño no fue planificado. Antes conseguía pastillas anticonceptivas en un centro médico de Planned Parenthood, pero las cosas cambiaron. “Donde estaba yo consultando le quitaron fondos y ya no pude también pues [...] Cuestan \$50 dólares cada mes, pero muy apenas se puede mantener uno [...] Ahí salí embarazada.”¹¹²

Las mujeres estaban teniendo bastantes hijos, cuatro, cinco, y ya no querían tener más. Tenían Medicaid para cuando tenían el parto, pero no les cubría una operación para ya no tener hijos. Entonces se me hacía muy injusto que Medicaid cada año, cada dos años estuviera cubriendo un parto y todos los gastos que conlleva, pero no les cubriera una cirugía donde ellas ya no quisieran tener más hijos. Entonces nosotros estuvimos tratando de buscarles ayudas pero no conseguimos, verdad, porque pues no hay quién se haga cargo de esos gastos, y si las mujeres ya deciden no tener hijos, no hay quién las ayude... Yo digo que ése es un derecho que nos corresponde, si queremos o no tener un hijo.⁹⁵

—Marisela, Brownsville

Costo de exámenes, chequeos y atención con especialistas

Dado que los controles médicos, exámenes de laboratorio y demás servicios especializados cuestan mucho más que una simple consulta anual, muchas veces las pacientes que reciben un Papanicolaou anormal no pueden pagar exámenes que revelan mas detalles sobre su estado de salud. Según una promotora de salud de Brownsville, los pocos consultorios que dan atención en salud reproductiva cobran una tarifa única de \$25 dólares por un chequeo anual⁹⁶ más \$25 dólares por un Papanicolaou y \$10-\$20 dólares por un análisis de detección de infecciones de transmisión sexual.

Si un Papanicolaou o examen de mama realizado como parte de una revisión anual revela algo anormal, las pacientes son generalmente enviadas a hacerse ecografías y mamografías con un médico particular. Pero un médico particular cobra tarifas por lo general prohibitivas, y por cierto, muchísimo más elevadas de lo que antes cobraban las clínicas de planificación familiar que proporcionaban el mismo servicio. Algunas entrevistadas relataron que no es raro que las órdenes médicas expiren antes de poder reunir el dinero necesario. Esto afecta especialmente a mujeres con complicaciones o problemas recurrentes que requieren atención especializada, tales como histerectomías, tratamiento de infertilidad o de cáncer del tracto reproductivo.

Liria, por ejemplo, debe hacerse un examen de mama semestral para controlar un nódulo que tiene desde hace años. Con dificultad reúne los \$45 dólares del copago, pero son los exámenes de laboratorio el gasto más costoso. “O sea, si en un mes saco \$300 dólares, \$400 dólares, imagínate y luego cuando uno se hace sus laboratorios a veces he pagado

CONCLUSIONES—LAS BARRERAS QUE IMPIDEN EL ACCESO A LA SALUD REPRODUCTIVA

hasta \$200 dólares... Hace seis meses me cobraron como \$245 dólares parece, que lo pagué en pagos, verdad, porque pues no tengo, o te pago o me quedo sin comer.”⁹⁷

TRANSPORTE

Entre las principales barreras que limitan el acceso a la salud reproductiva están la falta de transporte público y el alto costo y dificultades logísticas que implica trasladarse por cuenta propia. El cierre de clínicas y reducción de servicios que vienen ocurriendo desde el 2011 han agravado el problema, en especial para las mujeres que viven en lugares retirados. La falta de transporte les impide llegar a las clínicas que siguen abiertas pero que quedan lejos de sus hogares. Dice Sandra de Brownsville: “Hay quienes no tienen carro, o quien los lleve, y no, a veces tampoco tienen para el transporte público.”¹⁰⁰

Transporte público y privado

El servicio de transporte público del Valle es muy limitado. Sólo Brownsville y McAllen tienen sistema de transporte urbano. La red interurbana Valley Metro opera en Cameron e Hidalgo y según la demanda en Willacy, pero hacia Starr no hay servicio. Los buses no circulan todos los días y las frecuencias van desde uno a la hora hasta un par de veces al día. Dado que la mayoría de las colonias están fuera de los recorridos de la red interurbana, quienes viajan a otro condado generalmente tienen que cambiar no sólo de línea sino también de red, lo que eleva el costo y el tiempo de viaje. Aunque algunas clínicas de planificación familiar quedan dentro de los recorridos del transporte público, muchas están a 20 minutos de la parada. A otras simplemente no se puede llegar en bus.

Todo esto obliga a las mujeres a pedir ayuda a familiares, amigos o vecinos. Pero depender de otros que por lo general sólo tienen tiempo después del trabajo se hace difícil, dado que en las clínicas las citas son pocas y los horarios muy restrictivos. Cuando la familia tiene carro el problema no es tan complicado, pero las que no saben manejar dependen de su pareja o de parientes y deben programar la cita según la disponibilidad de ellos. El gasto en gasolina y el desgaste del vehículo son otra carga para el presupuesto familiar, hoy más que nunca dado que deben recorrer distancias cada vez mayores.

Ante eso, hay mujeres que van juntas y pagan entre todas la gasolina, lo que es mucho mejor que soportar un largo viaje en transporte público. En el caso de Ingrid, desde que cerró el centro médico de Planned Parenthood en San Benito,

su hermana la lleva a ella y a otras vecinas a una clínica en México. “Todas damos algo, le ponemos gasolina al carrito, verdad, y así vamos todas.”¹⁰⁶ Pero este método obliga a depender de los horarios y la disponibilidad de los demás. En Mission, Juanita tiene un problema similar: “Sí, en veces batallamos, verdad, pero como él trabaja, pues, yo no manejo mucho, pero cuando él va, pues, cuando yo tengo mi cita, él me lleva. Y si no, pues se pasa la cita igual también, porque no tengo transporte público.” Después del cierre de la clínica de Mission, la más cercana es una de San Juan. “No sé, será como una media hora yo creo de Mission a San Juan. Pos no, no hemos podido, o sea el obstáculo es ése, de que se cerraron las clínicas más accesibles a nuestra área.”¹⁰⁷

A pesar de que los inscritos en Medicaid pueden pedir que se les reembolse el costo del transporte,¹⁰⁸ la opción no es viable para quienes van con vecinos o amigos. Amanda vive en una colonia y tiene que pagar por adelantado: “Antes era más fácil, usted llamaba y le mandaban dinero para la gasolina, pero ya no... Quieren que uno vaya al doctor primero, pero la vecina no puede esperar, ella necesita el dinero ahora.”¹⁰⁹ Además, el nuevo procedimiento de reembolso es muy engorroso. Cuenta Amanda: “Primero vas al doctor, después te firman los papeles y los tienes que faxear. Donde yo vivo, ni siquiera tengo un fax cerca. Y después, en una semana te mandan el dinero. No, así no funciona.”¹¹⁰

Cuidado infantil y transporte

Para las mujeres con hijos, lidiar con un mal sistema de transporte y además con el cuidado infantil hace aún más complejo el panorama. Tratar de llegar a una cita con varios niños auestas, especialmente cuando no se tiene carro, es complicado. Mariana, trabajadora social de Pharr, se identifica con las mujeres que luchan por cuidar a sus hijos y atender sus problemas de salud: “Si me pongo en su lugar, teniendo que ir con niños a la clínica y después volver, pos no sé. En México todo está a la mano. Todo está tan cerca que la gente camina... No tienen que poner todo en el carro y partir con todos arriba y pasar susto por ir ‘manejando sin licencia.’... Aquí todo queda lejos y hay que pedirle a alguien ‘Tengo que ir al doctor, ¿me cuidas a los niños?’ Toda esta situación es muy, pero muy complicada.”¹¹¹

SITUACIÓN MIGRATORIA

De las 19 entrevistadas que eran indocumentadas, 11 expresaron que su situación migratoria era un obstáculo para acceder a la salud reproductiva. Las causas más comunes

eran el temor a ser detenidas por inmigración o carecer de los papeles necesarios, es decir, un documento oficial de identidad, un comprobante de residencia legal o un comprobante de ingresos. Esto obliga a las indocumentadas a salir de su comunidad lo menos posible, a no ir a México por temor a no poder volver y a mantener su situación migratoria en reserva, incluso ante el personal de salud.

Documentación

Las entrevistadas informaron que las pocas clínicas que aún ofrecen servicios de salud reproductiva a precios módicos exigen ver un documento de residencia legal. Para pagar tarifa subsidiada, lo mínimo que se exige es un documento oficial de identidad. Marisela, promotora de salud de Brownsville, va a las colonias a capacitar a las mujeres porque conoce los problemas administrativos que encuentran al llegar a una clínica. “Muchas no están legales, entonces no se pueden consultar en las clínicas por el estatus legal, porque no tienen las identificaciones que pide la clínica,” cuenta. “Para que la clínica te pueda atender necesitan aprobarte, verdad, te piden ciertas identificaciones, y si la gente no es legal aquí, entonces es difícil que les den el servicio.”¹¹³ Una promotora de salud de Pharr cuenta que hay una clínica que recibe pacientes sin importar su situación migratoria, “pero los tiempos de espera son larguísimos. Aunque tengas algo muy serio, tienes que esperar tres meses para atenderte.”¹¹⁴

Además de un documento de identidad o un comprobante de residencia, en algunas clínicas se exige demostrar que se cumple con los requisitos socioeconómicos y de residencia. Maritza describe los problemas administrativos en San Juan: “Las clínicas que reciben fondos del gobierno te piden muchos requisitos, cartas notariadas, todo eso. Las que también atienden las necesidades reproductivas de la mujer.”¹¹⁵ Agrega que “hay gente que no tiene cómo demostrar” ingresos y domicilio¹¹⁶ porque trabajan en la economía informal y viven con otras personas, sin nunca poner un contrato o una cuenta de servicios a su nombre. Una mujer del Álamo resumió así las dificultades: “Siempre he tenido mala suerte: que no hay fondos, que no califica, que no está completamente legal, que no tiene visa de ingreso, que vive con otras personas, etc.”¹¹⁷

Temor a las autoridades de inmigración

Muchos indocumentados prefieren no revelar su situación migratoria a profesionales de la salud por temor a que esa información se entregue a las autoridades de inmigración. Sofía, promotora de salud en Edinburg, relata que las indocumentadas confiaban en los centros médicos de Planned

Parenthood, pero no saben si confiar en otras clínicas y profesionales. “Tienen miedo que al llegar ahí se les va a relacionar con migración” dice. “Eso es lo que nos ha dicho mucha gente. O sea, el miedo a que de ahí, ese nombre, ese dato, esa dirección, va a llegar a otras partes donde no debe llegar y los tengan que sacar fuera del país. Eso, de verdad, es muy fuerte para ellos.”¹¹⁸ Las indocumentadas explican que su situación migratoria les impide salir con libertad de sus comunidades. “Tenemos un carrito, pero pues batallamos,” dice Melissa en Edinburg. “Porque sin los papeles no podemos tenerle el seguro al corriente, no podemos tenerle la placa.”¹¹⁹ Varias promotoras de salud que trabajan con indocumentadas confirman que las mujeres que no tienen papeles no salen de sus comunidades por temor a encontrarse con la policía de tránsito o con un puesto de control de inmigración.¹²⁰

Cruce de fronteras

Muchas mujeres con papeles al día optan por cruzar a México, donde en general la salud reproductiva es más barata y accesible. Pero para las que no los tienen, el cruce conlleva el peligro cierto de no poder volver. Explica Lorena, de Álamo: “Yo no puedo pasar para México. O sea, sí puedo ir, pero no puedo regresar. Por eso no voy.”¹²¹

El fuerte aumento de la violencia en la región fronteriza de México es muy preocupante para todos los que, con papeles o sin ellos, cruzan la frontera para atenderse a mejor precio. La violencia en Tamaulipas, estado inmediatamente contiguo al Valle del Bajo Río Grande, se viene extendiendo desde el 2007 a medida que aumenta la acción del crimen organizado.¹²² De hecho, el gobierno estadounidense recomienda postergar todos los viajes que no sean indispensables debido a los altos índices de homicidios, asaltos y robos de vehículos.¹²³ Muchas mujeres que pueden viajar dicen que la alternativa es cruzar la frontera y correr peligro o quedarse en casa sin atención médica. Laura, promotora de salud de Brownsville, recomienda ir, pero con reservas: “Honestamente, les digo si tienen la posibilidad porque no todos pueden cruzar, pero si pueden, que vayan a México y se lo hagan allá. Pero ahí entra en juego otra gran barrera: la violencia. La violencia en la frontera es terrible, y por eso las mujeres dicen, ‘Bueno, ¿Un Papanicolaou o un balazo?’”¹²⁴ Agrega una participante en los grupos focales de Río Grande: “No parece justo que, estando en una tierra de oportunidades, tengamos que arriesgar la vida para ir a México a recibir servicios que nos podrían dar aquí.”¹²⁵



Los inmigrantes indocumentados que buscan servicios de salud reproductiva en México deben tomar medidas extremas para volver a reunirse con sus familias en los Estados Unidos, incluyendo atravesar el Río Bravo nadando.

CONCLUSIONES

EFECTOS A DERECHOS HUMANOS

DEMORA Y DENEGACIÓN DE SERVICIOS

La fuerte demanda por servicios de salud reproductiva de bajo costo obliga a esperar meses para conseguir atención, haciendo que trastornos que podrían recibir diagnóstico y tratamiento precoz -como problemas reproductivos crónicos o cáncer en etapa naciente- terminen por agravarse.

La detección tardía, por su parte, tiende a traducirse en mayores costos; por ejemplo, cuando la paciente no puede pagar lo que cobra un especialista. En ciertos casos una larga demora equivale incluso a denegación de auxilio, dado que el momento oportuno para tratar patologías graves como el cáncer de mama o cervicouterino puede haber pasado para cuando la paciente finalmente logra ver a un médico.

En otros casos, cuando llega la anhelada cita médica el motivo ha pasado a ser irrelevante, como ocurre con mujeres que quedan embarazadas mientras esperan servicios de planificación familiar. Otras se dan por vencidas y optan por usar remedios caseros o simplemente soportar el dolor y los malestares antes que seguir con lo que es claramente un esfuerzo inútil. Otro factor que hace que muchas se abstengan de solicitar atención de urgencia es el temor a no ser atendidas debido a su situación migratoria o a la imposibilidad de pagar.

Atención de urgencia

Varias entrevistadas relataron la experiencia de no haber recibido atención de urgencia por no poder pagarla o no tener residencia legal en el país. Una mujer de Río Grande expresó una opinión común: que los indocumentados no saben si podrán recibir atención de urgencia el día en que la necesiten. “A veces no ayudan a la gente que no tiene papeles... La dejan a su suerte.”¹²⁶ Ana, residente de Pharr, contó la historia de una amiga que necesitó atención de urgencia y acudió a una clínica que atiende a personas de bajos recursos. A pesar de cumplir con los requisitos socioeconómicos, se negaron a atenderla debido a su situación migratoria. “Estaba ilegal en Estados Unidos. No la ayudaron y tampoco podía ir a México. Le pedían acta de nacimiento o tarjeta de residencia.”¹²⁷

Amanda agrega que a veces en urgencia no atienden a quienes no pueden pagar. “Cuando usted va a la urgencia, le preguntan si tiene Medicaid. Y si no tiene, pues ya no le ayudan. No lo ingresan. Yo no sabía, lo supe hace ocho meses



Delia tiene fibromas uterinos pero no puede pagar el costo de un examen de Papanicolaou o un ultrasonido para determinar si los tumores han crecido.

atrás con mi mamá. Tenía dolores muy fuertes, pero no tenía seguro. Antes no era así. Hasta la gente que no tenía papeles y demás, incluso que no era de aquí, iba a la urgencia y los ayudaban. Ahorita no. Les dicen que paguen primero, y después los ven.”¹²⁸

Patologías crónicas

La mayoría de las entrevistadas se refirió a los problemas que enfrentan las personas con patologías crónicas debido a la falta de atención preventiva de bajo costo. Por ejemplo, tener que esperar largo tiempo -sea por el costo u otros problemas de acceso- puede agravar una patología. Delia, trabajadora migrante que vive en Edinburg, tiene miomas: “Me dijeron que tengo que checarme... Pero como no tengo dinero ahorita no me he podido ir a checar, porque me tienen que hacer unos ultrasonidos a ver si no han crecido. Me van a cobrar \$75 dólares nomás por hacerme el chequeo del Papanicolaou. Y por el chequeo de las miomas, eso es mucho más, porque tienen que hacerme ultrasonido, así que no puedo y no me lo he ido a hacer. Ya tengo más de tres años que no me checo.”¹²⁹

Varias mujeres agregaron que, en los hospitales, las mujeres que no pueden pagar reciben mala atención. Isabel, de Brownsville, tiene una prima con cáncer de útero. La operaron para extirparle un tumor maligno, pero le negaron una histerectomía. “En el hospital les pidió que le sacaran el

útero, pero le dijeron que no porque no tenía dinero,” cuenta Isabel. “Ella es indocumentada. Le hicieron algo, no sé qué. A veces la hermana de mi prima dice que no aguanta el dolor. Sangra muchísimo. La han llevado varias veces al hospital con hemorragias.”¹³⁰ La prima de Isabel es madre soltera de cinco niños.

Prevención y tratamiento del cáncer

La mayoría de las entrevistadas señalaron que el costo de la consulta y la larga espera las desanimaban a hacerse exámenes preventivos de cáncer de mama o cervicouterino o a ver un especialista si era necesario. En las mujeres que habían detectado posibles signos de cáncer, el no poder conseguir pronto una cita les causaba angustia y ansiedad. Exasperada, una entrevistada de Río Grande dijo: “Tanto esperas a ver al especialista, que te da cáncer.”¹³²

Agrega Sofía, promotora de salud en Mission: “Aquí en las colonias tenemos mujeres en etapa terminal porque no se pudieron hacer un Papanicolaou a tiempo. ¿Y por qué? Porque no tuvieron dónde ir, y cuando pidieron ayuda porque el dolor era demasiado y tenían otros síntomas, cuando fueron a la urgencia, ahí supieron que tenían cáncer terminal, y todo por no poder hacerse un Papanicolaou a tiempo... Pero si te diagnostican en etapa terminal, ¿qué van a hacer? ¿Qué cuesta más? ¿Qué es más fuerte? ¿La desesperación de saber que tus hijos van a quedar abandonados, o saber que no tienes para pagar a un doctor, mucho menos la quimioterapia?”¹³³

Varias entrevistadas con nódulos en el pecho y otros signos de trastornos graves habían abandonado la idea de ver a un especialista. En el 2010 Catalina fue a una clínica de planificación familiar de Lasara donde se hizo un examen de mama que reveló la presencia de un nódulo. “El doctor me dijo que sí traía una bolita en el pecho, pero no sabía si era un absceso de grasa o un quiste. Dijo, vamos a dejar unos meses para ver si se te desbarata.” Dos años después el nódulo sigue allí, y Catalina sigue tratando de hacerse una mamografía. “Y yo hablé y me dijeron te vamos a cobrar \$160 dólares. Es que no tengo, le digo, no hay una ayuda, o que me dijeran, verdad, tráeme tanto y luego vienes y vas pagando, verdad... Pero no me dijeron eso, nada. Ya nos recortaron las ayudas y ya no hay nada. Por eso cancelamos mejor la cita, porque no puede uno. Porque tiene uno que pagar todo.”¹³⁵

Embarazos no deseados

La falta de anticonceptivos a precio módico hace que muchas mujeres no los puedan usar con la regularidad necesaria, lo



Perfil: Rosa

En noviembre del 2011 Rosa, 32 años, madre de tres hijos y residente de Donna, se palpó un nódulo en un pecho, motivo por el cual acudió al centro médico de Planned Parenthood en Weslaco. Allí le ordenaron hacerse una ecografía a un costo de \$500 dólares, suma que Rosa no tenía. Cuatro meses después sintió molestias en la zona del útero, por lo que volvió a Planned Parenthood. Allí le dijeron que les habían cortado los fondos y que ya no tenían tarifas rebajadas. “Al medio año yo volví a ir otra vez, a ver si ya había fondos, porque ya mi problema se estaba agravando más, yo ya me sentía más mal, pero cuando fui me volvieron a decir lo mismo, que no me podían atender, que porque no había fondos, entonces en otro medio año volví a caer al hospital y fue donde ya me dijeron qué era lo que yo tenía, que fue cuando yo decidí ir al condado a hacer la aplicación, porque me dijeron que mi quiste ya estaba demasiado grande y ya había afectado un ovario, me dijeron, y si no te atiendes a tiempo te van a tener que quitar toda la matriz completa.” Por suerte, el condado tiene un programa de ayuda a indigentes que le permitió a Rosa cubrir parte del costo de la operación. Sin embargo, después de la intervención debía chequearse cada tres meses y no lo ha podido hacer por falta de dinero. “Yo fui a las otras clínicas, pero, este, a veces que no calificas o te dan la cita, no hay hasta dentro de tres meses, hasta dentro de un año hay la cita, entonces, yo no me puedo esperar tanto tiempo. No sabría dónde hay fondos ahorita para yo poder ir o un lugar que me cobre más barato, donde yo pueda hacerme mis chequeos.”

La situación de Rosa ha repercutido fuertemente en su familia. “En las clínicas, con los doctores, en los hospitales donde uno va no te ayudan, y me afecta a mí, afecta a mi esposo, porque él no va a trabajar, afecta a mis hijos porque me miran enferma, porque me miran tirada en una cama, así me pasó a mí, todo un año sufriendo los dolores que me daban, esperando a ver si tenía dinero para comprar un medicamento que me hiciera efecto, porque yo no podía ir a las clínicas, porque si yo iba con un doctor me cobraba muy caro. Entonces yo miraba a mis hijos y miraba a mi esposo desesperados, a ver qué pueden hacer... Donde quiera que vas te cierran las puertas, entonces uno se siente como en un desierto porque no hay ayudas, no hay quien te pueda dar la mano.”¹³¹

Perfil: Brenda

Brenda vive en Edinburg. Madre soltera y sobreviviente de la violencia doméstica, no tiene seguro médico. En el 2012 se encontró unos nódulos en la axila, pero no ha podido hallar dónde hacerse un examen de mama a un costo razonable. “Creo que era de \$50 dólares la pura consulta. Ahora aparte sí, pues necesitaba que una mamografía o algo.” Tampoco le ha sido fácil conseguir una cita. “Vine, pero ya nada más había para un límite de personas, que esperara el próximo mes, pero entonces el próximo mes ya no hubo.” Después de eso le dijeron que la clínica se había quedado sin fondos y que no darían más citas. “Entonces, pues me dijeron de un lugar, la Clínica del Valle, pero va un mundo de gente, piden de papeles y pues ya no es tanto una donación voluntaria, como la era aquí, ahora tenías que pagar por consulta, y medicamentos en caso pues de una infección o algo.”

Brenda intentó en otras clínicas pero cobraban muy caro, “y para poder recibir las tarifas reducidas le pidieron demostrar sus ingresos, lo que no pudo hacer. “Entonces, pues ya uno se desmotiva y dice, pues al cabo me siento mal pero ahorita se me pasa, es pasajero, pero ahorita a mí ya se me juntaron muchas cosas, y pues ya siento que me están repercutiendo... Yo que soy la cabeza de la niña, si no me cuido, después que le falte, verdad. Como la otra vez fuimos a una conferencia de cáncer, me dijeron varios lugares, pero todos cobraban. Entonces, o sea la información la tenemos, pero dónde nos puedan ayudar no, o sea yo le digo no quiero todo de gratis, puedo pagar, pues algo voluntario, una cuota, pero accesible.” Los intentos por conseguir una cita médica también le afectan económicamente. “Ya son varios meses que no tenemos pues aquí quién nos apoye, y todos esos meses pues yo he ido de una clínica a otra y como le digo, que un papel me faltó, que no califico, que venga a tales horas, y todo eso a mí pues me repercute en mi trabajo, que por andar yendo de un lado a otro pues yo dejo de ganar.”¹³⁴



que se convierte en fuente de gran ansiedad y en algunos casos termina en embarazos no deseados. De las 49 entrevistadas, cuatro usan anticonceptivos de manera regular. Otras 26 dijeron haberlos usado hasta hace poco, cuando eran baratos y en las clínicas de planificación familiar se conseguían con facilidad. Agregó una mujer de Brownsville: “Tengo cinco niños y no pensaba tener más. Pero por no tener ese apoyo, salí embarazada y aquí estoy.”¹³⁶ Una promotora de salud opina que el solo hecho de que los anticonceptivos ahora se deban comprar hace que las mujeres no los tomen de forma regular.¹³⁷

El cierre de clínicas se ha traducido en que las pocas que aún ofrecen servicios de planificación familiar y anticonceptivos a precio módico simplemente no dan abasto. Esto dificulta el acceso a anticonceptivos, especialmente en el caso de mujeres que no los utilizaban de manera habitual debido a embarazos u otras circunstancias excepcionales. Explica una promotora de salud: “Las clínicas dan cita para un año después, y para ese momento ya salen embarazadas.”¹³⁹ Maribel relata que la demora en conseguir una cita le causó a una prima dos embarazos no previstos. “Ella trató de que la vieran en Planned Parenthood. Yo sé que también trató de ir a otras clínicas, pero ella quería un método anticonceptivo y le daban cita para tres meses después. Y en la espera, salió embarazada.” Tras el nacimiento de su segundo hijo, su prima pasó varios meses más sin poder conseguir una cita para un chequeo anual. “Atienden a tanta gente que las citas se demoran muchísimo. Se la dieron para tres meses después de que se alivió, y ahí salió embarazada otra vez. Y esto le pasó dos veces.”¹⁴⁰

Muchas entrevistadas opinaron que la decisión legislativa de cortar la atención preventiva les parecía injusta e ilógica. Dijo una mujer de Brownsville: “No tenemos alternativas ni recursos para comprar pastillas, entonces no tiene sentido que el gobierno no quiera ayudarnos con eso. Cuando ya nace el bebé ahí uno sí que tiene que pedir ayuda al gobierno, y sale mucho más caro dar WIC y beneficios públicos.”¹⁴¹ Respecto de los problemas para conseguir anticonceptivos para controlar el tamaño de su familia, dijo una mujer de Álamo, “Parece que al gobierno le importara más que sigamos teniendo bebés que cuidar a los que ya se tiene.”¹⁴² “Dicen que no quieren el aborto, pero tampoco quieren ayudar a prevenir los embarazos,” dice otra mujer de Brownsville. “¿Cómo le dice usted a la gente, sea casada o soltera, que no tenga sexo?”¹⁴³

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Varias entrevistadas plantearon su inquietud sobre el costo de tratar una infección de transmisión sexual y las consecuencias de no tratarse. Dijo una residente de Donna: “Hay muchas enfermedades de transmisión sexual, pero no hay protección... La gente sufre por falta de fondos para comprar productos de planificación familiar.”¹⁴⁴ Noemí, promotora de salud de Brownsville, agregó que muchas mujeres, en especial las jóvenes, no tienen dinero para comprar medicamentos para las ITS. Relató que una vez llevó a una chica de 24 años a hacerse un examen de clamidiasis en el Valley AIDS Council de Brownsville. Allí hacen exámenes gratis para tres grandes tipos de ITS, pero no hay medicamentos con descuento. El examen dio positivo, pero la chica se demoró un año en juntar el dinero para surtir la receta.¹⁴⁵

Tratamientos de infertilidad

Si bien a la mayoría les preocupa evitar un embarazo, hay otras —muchas con un historial de problemas de salud reproductiva— que no tienen a quién recurrir para obtener orientación o tratamiento de infertilidad. Aunque la orientación en materia de infertilidad figura entre los servicios que entregan el Departamento Estatal de Servicios de Salud y el Programa Estatal de Salud de la Mujer, por lo general las afectadas no logran conseguir cita en las clínicas que lo ofrecen. Y aunque pudieran, el costo hace que el tratamiento de infertilidad les sea inalcanzable.

Isabel [ver perfil en página 26] padece de infertilidad y ha sufrido múltiples abortos espontáneos. Hace poco su Papanicolaou salió alterado y está preocupada, porque le han advertido que tener hijos podría ser peligroso. “Quiero saber si puedo tener hijos o no. Quiero una respuesta... O sea, toda mujer desea tener un hijo, pero tener que adoptar sería difícil. Le dije a mi esposo, parece que nos vamos a quedar solos, parece que nos vamos a tener que cuidar entre nosotros. No sé lo que está pasando, pero ahorita mi principal preocupación es checarme la matriz para ver si tengo cáncer.”¹⁴⁶ Isabel no tiene para pagar una ecografía o un tratamiento particular y la espera en el consultorio es de varios meses.

Juanita, residente de Mission, lleva cuatro años tratando de quedar embarazada. Después del cierre del centro médico de Planned Parenthood de su localidad, acudió a la Clínica del Valle para hacerse una ecografía, pero sólo le alcanzó para el Papanicolaou. “Ni un eco tengo de que mi niño nació, cuatro años,” dice. “No sé cómo están mis ovarios, no sé qué pasa

“¡Pues me operé, pero todavía tengo matriz!”

Muchas mujeres esterilizadas relataron haber encontrado un insólito problema: era un alivio no tener que comprar más anticonceptivos, pero habían perdido el derecho a hacerse exámenes de mama y Papanicolaou a tarifa reducida. En efecto, el Programa Estatal de Salud de la Mujer no cubre a las mujeres esterilizadas. Desde los recortes presupuestarios del 2011, las clínicas que históricamente atendían a todo el universo de mujeres de escasos recursos hoy limitan los exámenes preventivos de bajo costo a las mujeres con capacidad reproductiva. Planned Parenthood de McAllen, por ejemplo, proporcionaba servicios de bajo costo a cualquier mujer, pero hoy sólo los proporciona a mujeres no esterilizadas o premenopáusicas.

En Mission, Marisol juntó dinero y se ligó las trompas porque no podía comprar anticonceptivos con regularidad y no quería tener más hijos. Sin embargo, pronto se encontró con la sorpresa de que ya no tenía derecho a recibir otros servicios de salud reproductiva al precio que antes pagaba. “Para el Papanicolaou y eso voy como cuando a la Planned Parenthood que ahí me hicieron el del pecho y eso, pero ahorita no, yo fui a ver si calificaba pero no porque ya estoy operada. No califico para eso porque ya estoy operada yo. Si no hubiera estado operada, sí calificara. O sea yo tengo que pagar más, y como no tengo para pagar, pues no me lo hago.”¹⁵¹ También en Mission, Esperanza cuenta que la clínica dejó de ofrecer exámenes a precio reducido y ya no tiene dónde hacerse un Papanicolaou. “No tengo un lugar aquí, y aparte como yo ya estoy operada para no tener más niños, entonces hay algunos programas, pero yo no califico tampoco, porque lo primero que te preguntan es si estás operada, y les digo que sí, entonces ya no te hacen esos exámenes. Sí, yo les digo, ‘¡pues me operé, pero todavía tengo matriz!’”¹⁵²

con mi matriz, no me puedo embarazar, ya pasaron cuatro años y no me embarazo fácilmente y no sé si tenga algún problema en mis ovarios, no sé... Tengo ahorita pasada una cita y dos análisis pendientes que no he podido ir porque no me ha sobrado el dinero para ir a consultar y mucho menos para mis análisis. Estoy parada ahorita, mi problema de enfermedad que tenga está parado porque no tengo el dinero para ir.”¹⁴⁷

Esterilización

Las entrevistadas tienen distintos puntos de vista sobre la esterilización como forma de anticoncepción. La mayoría se mostró a favor de la ligadura de trompas, intervención cara y difícil de conseguir. Norma tuvo la opción de ligarse por \$300 dólares al momento del parto o por más de \$1.000 dólares en otro momento. Aceptó y pagó en cuotas antes del parto, porque “ya no queremos tener más y se me hizo barato.”¹⁴⁸

Varias de las que preferirían la esterilización a otros métodos no tienen para pagar al contado. A Aurora, residente de San Juan que ya tiene cinco hijos, le gustaría operarse porque lleva meses esperando una cita para ponerse un anticonceptivo de acción prolongada. “Yo a veces he pensado operarme, pero necesitaría ir a México,” dice. “Aquí no puedo, no me operan si no hago un depósito... Para operarme pues es muy caro, y pues yo no puedo ir a México porque ya no voy a poder regresar.”¹⁴⁹ Maritza, de San Juan y también con cinco hijos, estuvo en lista de espera. “Pero no, nunca... no pude. Yo no sé si no hubo los fondos.” Averiguó sobre hacerse la intervención con un médico particular pero costaba \$8.000 dólares, suma totalmente fuera de su alcance. Usó Depo-Provera, pero quedó embarazada de todas maneras. Tuvo tres hijos más, ninguno planificado. “Los dos últimos embarazos lloré tanto porque ya no quería tener niños, y me decían pero tienes tu esposo, sí pero no me importa, no puedo cuidar tantos niños, o sea, como debo de cuidarlos... Muy fácil es tener muchos niños pero no es fácil cuidarlos, no es fácil ponerles la atención que ellos necesitan. Y todavía estoy esperando la operación.”¹⁵⁰

RIESGOS PARA LA SALUD PRODUCTO DE LA FALTA DE PRESTADORES DE CONFIANZA

La imposibilidad de conseguir productos y servicios de salud reproductiva a precio módico de parte de profesionales de confianza obliga a las mujeres a recurrir a alternativas que no garantizan su salud o su seguridad. Varias refirieron adquirir medicamentos y anticonceptivos en el mercado negro o

Perfil: Fátima

Fátima, 26, tiene dos niñas de 9 y 4. Es indocumentada y vive hace diez años en una colonia de los alrededores de Mission. Hasta febrero de 2012 se atendía en una clínica cercana. “Había un programa donde yo calificaba pa’ que me pudieran hacer el Papanicolaou gratis. Por eso fui, porque no cobraban. Y ahí también es donde me daban las pastillas pa’ cuidarme... Anticonceptivos me daban, gratis. Me daban todo aquí, mis chequeos, y me checaban, y yo iba cada tres meses... Me pude incluso... Me puse inyecciones de cada tres meses, y allá me las ponía. Cada tres meses me iba y me la ponían. Pues después ya no hubo fondos y ya no me pusieron. Se había acabado la... ¿cómo se llama? Que ya no los ayudaban a uno, de indocumentado, no más a los que tenían papeles.” Luego de eso, de vez en cuando Fátima le pide a una tía que viaja a México que le traiga pastillas anticonceptivas. “Pero en veces no tenía dinero, y con los hijos, pos tienes que darle a ellos... Si esos dineros servían pa’ los zapatos de las niñas o así, y nada, les pedía a mis primas o algo que tuvieran los anticonceptivos que ellas no usaban, y ellas ya me traían o me los daban... Me lo terminé el mes, y ya pa’l otro yo ya no tenía dinero para comprar las pastillas, y fue cuando salí embarazada.”¹³⁸ Fátima recientemente dio a luz a su tercer hijo.

LAS PROMOTORAS DE SALUD: EDUCANDO CON BAJOS RECURSOS

Según las mujeres, la capacitación en salud sexual y reproductiva se la deben a las promotoras de salud, la mayoría de Planned Parenthood, que iban a sus comunidades a hacer talleres. Sin embargo, casi todas fueron despedidas tras los recortes presupuestarios al programa de planificación familiar. Una de ellas es Paula, quien trabajó para Planned Parenthood en Brownsville. “Como promotora de salud, a veces me pregunto si todo este trabajo vale la pena,” se lamenta. “Muchas de las veces no tengo dónde mandar a las mujeres a que reciban atención de salud reproductiva. Yo me siento muy frustrada porque veo que lo único que logramos es causarles preocupación. Muchas identifican correctamente los signos y síntomas, pero después no tenemos dónde enviarlas para que se chequeen. A veces dudo en hacer mis talleres por la falta de recursos, por ejemplo de clínicas, en esta zona.”¹⁶²

Las promotoras entrevistadas se manifestaron preocupadas por los recortes al programa de promoción de salud y sus efectos en cuanto a la información que necesitan las mujeres más carentes, como las recién llegadas de México, las jóvenes y las que viven en zonas rurales sin transporte público. Mariana, quien vive en una colonia de los alrededores de Pharr, señaló que en su comunidad el embarazo adolescente va en aumento en gran parte porque las jóvenes no reciben educación sexual y de salud. “Esas muchachas necesitan ayuda... Incluso cuando había, no era aquí, sino que tenían que viajar. Y llegar a esos lugares era difícil. Imagínese ahora que han cortado todo. Las pocas que tenían acceso a esos programas ahora no tienen acceso a nada y tienen que ir a clínicas que quedan lejísimos.”¹⁶³



Carmen, promotora de salud que trabajó durante trece años en el Departamento de Educación de Planned Parenthood de Brownsville, perdió su puesto al igual que todas sus colegas cuando se eliminaron los fondos para el programa. Carmen enseñaba a usar anticonceptivos a jóvenes y mujeres de comunidades aisladas. “Nosotros nos dedicábamos a ir a dar clases a los padres en las escuelas, por eso es que yo trabajaba para el Departamento de Educación, para educar a los padres para que ellos educaran a los muchachos. Pero luego también se cerró esa comunicación en las escuelas, no permitían que se les hablara. Y es bien importante que sepan los jóvenes cómo cuidarse.”¹⁶⁴ Carmen no sabe cómo harán esas mujeres ahora para prevenir los embarazos no previstos y las infecciones de transmisión sexual. “A mí siempre me gustó ese trabajo. Y de hecho, me gustaría tenerlo otra vez... Sí era muy satisfactorio.”¹⁶⁵



Paula teme que educar a las mujeres solo las preocupa, ya que no tiene a dónde enviarlas para recibir servicios.



Lucy, Coordinadora de Campo de la Red de Abogacía de Latinas de Texas, explica que las mujeres del Valle hacen lo posible para contrarrestar los recortes al programa de promoción de salud que tenía Planned Parenthood en Hidalgo y Cameron. Antes de los recortes, en Hidalgo habían diez promotoras que iban a las colonias a enseñar educación sexual. Hoy sólo quedan dos que no pueden atender otros condados. Ante eso, explica Lucy, activistas y voluntarias han tomado el lugar de las promotoras: “Como ya no existen, entonces ya no lo hacen ellas. Lo tenemos que hacer nosotros, tenemos que entrenar líderes para que ellos lo hagan con sus grupos. Entonces, lo bonito aquí es que no queremos parar con la educación. Aunque no haya el acceso en organizaciones para hacerlo, nosotros estamos educando y entrenando a otras personas para que lo hagan.”¹⁶⁶

encargárselos a amigos y parientes desde México. Aunque el mercado informal es un importante proveedor de medicamentos y anticonceptivos de bajo costo, los productos que se ofrecen pueden ser ineficaces o inadecuados para las especiales necesidades de cada mujer. Más aún, existe un mayor riesgo de que sean utilizados de forma incorrecta debido a que la usuaria no recibe instrucciones adecuadas, y en algunos casos pueden resultar hasta nocivos.

La falta de anticonceptivos en las clínicas de planificación familiar hace que muchas mujeres recurran a lo que amigos o parientes puedan traer desde México. Además, los anticonceptivos de origen mexicano se obtienen fácilmente en los mercados de las pulgas del Valle. Explica una promotora de salud: “Tienen un contacto que va [a México] a comprar en cantidades, y ellos distribuyen.”¹⁵³ Aurora consigue anticonceptivos inyectables de esta forma. “Me la pongo yo sola,” dice.¹⁵⁴ En San Juan, Maritza compra una inyección de acción prolongada por \$15 dólares o \$20 dólares: “Hay vecinos que van para México. Esas la venden en la farmacia, no se necesita receta, no se necesita doctor... Alguien que sepa inyectar nada más.”¹⁵⁵

Las mujeres que traen o compran anticonceptivos en México corren el riesgo de sufrir efectos adversos si el producto no es el adecuado. Michelle, de 18 años y con una hija de un año de edad, logró que Medicaid le cubriera el costo de los anticonceptivos inyectables después del parto, pero esa ayuda se acabó. Hoy usa sin receta unas pastillas que le producen una serie de efectos adversos, en especial infecciones urinarias recurrentes. “Mi sistema no se siente normal,” dice. “Me siento rara, débil, y no me gusta para nada. Quisiera tener seguro para poder cuidarme bien.”¹⁵⁶ Laura, promotora de salud de Brownsville, agrega que esa situación ya es común: “Se toman la pastilla y les dan síntomas muy feos, pero se aguantan. Dicen nos aguantamos porque no queremos tener un montón de hijos. Se aguantan los efectos adversos. Andan constantemente con dolor de cabeza, ganas de vomitar, cosas así.”¹⁵⁷

Otras mujeres opinaron que los anticonceptivos de origen mexicano no tienen la misma eficacia que los prescritos en los Estados Unidos. Marisol, residente de Mission, se puso un DIU en una clínica en México porque le salía más barato. A pesar de ello, quedó embarazada de su última hija, hoy de once años. Al final, dice, “me operé porque ya no quería tener yo, porque batallaba para las pastillas, que a veces no tenía para comprarlas.” Marisol había tenido tres cesáreas y no quería correr el riesgo de una cuarta.¹⁵⁸

FALTA DE INFORMACIÓN

La gran mayoría de las entrevistadas entendía la importancia de la atención preventiva en salud sexual y reproductiva, pero no pueden acceder a ella debido al costo y otros factores. Una entrevistada de Edinburg resumió así el problema: “Tenemos toda la información que se necesita, pero no tenemos acceso ni dinero. ¿De qué sirve la información sin ayuda ni acceso?”¹⁵⁹ Una mujer de San Juan agregó: “La información está, pero para nosotras el sistema no funciona... Si tratamos de acceder a servicios, no calificamos para nada.”¹⁶⁰ Y cerró una mujer de Brownsville: “Estamos todas bien informadas y capacitadas para cuidarnos, pero el tema es ¿dónde vamos para tener acceso a la salud?”¹⁶¹

CONSECUENCIAS PARA LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD

Problemas económicos

Las entrevistadas también se refirieron a lo difícil que resulta costearse la salud cuando escasea el dinero y hay que optar entre las necesidades propias y las de la familia. Como explica Liria en Brownsville, “Para hacer esos gastos, verdad, que si los compran para cuidarse, dejan de comer.”¹⁶⁷

Aurora, como la mayoría de las mujeres, pone las necesidades de sus hijos por sobre las suyas propias. “Nunca se da uno el tiempo aunque tengas el dinero, siempre piensas en tus hijos y al último tú... Pensando nomás en sacar a mi familia, a veces uno se olvida de su salud.”¹⁶⁹ En Edinburg, Felicia dice que con una familia de seis personas, \$25 dólares es todo lo que puede gastar al mes en salud y que con eso apenas alcanza para los medicamentos de sus hijas. No se ha hecho un Papanicolaou desde el 2009, cuando nacieron sus gemelas, porque no tiene cómo pagarlo.¹⁷⁰ En Lasara, Aída agrega: “Siempre tienen algo los niños. Por eso prefiero tener para ellos en caso de necesidad, más que para tener para mí.”¹⁷¹

Muchas temen quedar embarazadas por las consecuencias económicas para la familia. En Brownsville, cuenta Maribel: “De repente lo más probable es que ya no me pueda cuidar, y me asusta porque ahorita no quiero tener otro más. No tengo cómo tener otro más.”¹⁷² Una enfermedad también tiene serias ramificaciones para el bienestar económico y emocional de la familia. Una mujer de Álamo contó cómo la enfermedad de su hermana había afectado a toda la familia: “Mi hermana tuvo cáncer y no tenía para tratarse o para los medicamentos y sufrió mucho. Tuvo que venderlo todo para pagar, lo que la afectó a ella y a toda la familia que la veía sufrir.”¹⁷³

Perfil: Lorena

Lorena vive en Álamo y cuida a su hijo discapacitado de 18 años. A pesar de ser indocumentado, un programa para indigentes le ayuda con los medicamentos. “Siempre tengo que estar con las medicinas de él... Toma cinco, pero yo le tengo que conseguir otras dos, comprarle dos, porque el condado no más autoriza tres al mes... Con él sí he tenido batalla un poquito de veces que no le consigo las medicinas. Son muy caras. Y ahorita dos meses estuvo internado, de noviembre a enero, acaba de salir. Porque le dio neumonía, y ahorita acaba de salir el miércoles apenas.” Su hijo fue enviado a casa con un equipo de oxígeno que el hospital le prestó por unas semanas. Luego de eso, costará \$300 dólares mensuales que Lorena no sabe cómo va a pagar. Los gastos médicos de su hijo llegan a unos \$550 dólares, lo que la deja prácticamente sin dinero para cubrir sus propias necesidades. Antes recibía medicamentos y chequeos médicos en la clínica móvil que venía una vez al año, pero ese programa ya no existe. Un programa del condado destinado a personas de escasos recursos le cubría mamografías y el examen de Papanicolaou, pero la última vez que fue le dijeron que se habían acabado los fondos. “El Papanicolaou, tengo como cinco años que no me lo he hecho... Porque gastos del niño, gastos de la renta y todo eso... Sí me preocupa, ahora quiero ir al doctor porque me toco el seno y me siento como una bolita, pero no sé si sea algo grave o sea absceso de grasa, verdad, y quiero irme a checar pero no he podido... Ahorita yo estoy bien preocupada porque yo quiero hacerme ya mi Papanicolaou, mi mamograma, y la verdad no tengo manera de pagar para hacérmelos, y he ido a preguntar y salen un poco caros. No tengo dinero ahorita para hacérmelos. Y sí, afecta bastante porque yo antes iba y me los hacía gratis. Por decir, hace cuatro, cinco años.”¹⁶⁸

Estrés y ansiedad

Los altos índices de pobreza en el Valle del Bajo Río Grande hacen difícil para una mujer privilegiar el cuidado preventivo de su salud por sobre las necesidades de sus hijos y familias. Privadas de atención preventiva, viven con la preocupación constante de las consecuencias sociales y económicas de enfermarse. La demora en diagnosticar el cáncer y las patologías crónicas son motivo de especial inquietud. Dice una mujer de Río Grande: “Si no tienes los \$25 dólares de la consulta, te enfermas. Y si es grave, te mueres.”¹⁷⁴ Una entrevistada de Álamo dijo que el temor a enfermarse es una enfermedad en sí. “Nos ponemos peor de pensar en la posibilidad de enfermarnos. Y si uno se enferma, ¿cómo se va a curar de cáncer o de otra cosa? Y cuando va y se atiende, pues ya es tarde.”¹⁷⁵

La depresión y la desesperanza fueron tema recurrente en las entrevistas y grupos focales, especialmente en mujeres con claros signos de cáncer. Una entrevistada de Edinburg a quien le extirparon unos tumores benignos habló del temor a que vuelvan a aparecer: “No sé si todavía están creciendo ahí o si me los quitaron... Usted se deprime, le afecta en su quehacer diario. Me dijeron que tenía que checarme cada cierto tiempo pero no tengo para pagar. Cuando me encontraron los tumores me deprimí y me puse a llorar ahí mismo, yo pensaba que me iba a morir.”¹⁷⁶

El estrés de estas mujeres tiene directa relación con el bienestar y futuro de sus hijos. “Corren peligro de contraer cáncer,” dice una mujer de Donna. “Y justo cuando empiezan a salir los informes sobre el cáncer de la mujer, es cuando cortan los fondos. Nos preocupa, porque somos las que tenemos que estar bien para cuidar a nuestros hijos... Cuando la mujer se enferma, la familia entera se trastorna.”¹⁷⁸ Una mujer de Brownsville dijo que cuando un padre cae enfermo, la responsabilidad de alimentar a la familia recae sobre los hijos. “Te esperas tres, seis meses, y pues algo crece, la enfermedad avanza y ahí es cuando se convierte en cáncer. ¿Y qué pasa con los hijos? Dejan de estudiar y van a trabajar porque la mamá o el papá no pueden, y es un ciclo que crece y crece con malas consecuencias.”¹⁷⁹

Integridad física

La violencia que afecta al estado hace que el cruzar la frontera sea una experiencia traumática que muchas no se atreven a intentar. Las que cruzan lo hacen porque prefieren arriesgarse a seguir sin poder atenderse en Estados Unidos. Dice Esperanza, residente de Mission: “Sí nos da miedo, pero pues

más miedo es tener que quedarte con algo, verdad.” Cruza la frontera porque se esterilizó y en las clínicas de Estados Unidos ya no la atienden a tarifa reducida. “Yo voy para México, pero si voy es yo sola, no queremos llevar a los niños.”¹⁸⁰ En Río Grande, otra mujer agrega que la razón principal es el costo: “Entre pagar \$120 dólares [por una consulta] o cruzar el puente, mejor cruzar el puente y pagar \$50 dólares.”¹⁸¹

Diez o quince años atrás, estando recién llegada a Estados Unidos, Erlinda debió arriesgarse múltiples veces para ir a México por los servicios de salud reproductiva que no recibía en Estados Unidos. “Cuando entré al cambio de vida yo viví muy mala, y entonces yo a cada rato tenía que estar cruzando pa’ México, a tratarme allá, porque pues aquí no tenía acceso a eso. Aquí no puede uno checarse, verdad, que se enferma uno tiene que cruzar al otro lado, y yo sin papeles, verdad, pos se me hacía más difícil cruzar, y luego pa’ qué batallar, pa’ regresarme pa’ este lado otra vez, pero sí me he ido pa’ Reynosa a checarme, y luego me regresaba por el río otra vez, arriesgándome. Mi esposo, mi sobrino nos cruzaban y ya mi esposo me esperaba de este lado y todo.” El temor a la violencia y la incertitud de no saber si volvería eran muy estresantes: “Y sí, fue muy difícil, muy difícil tanto pa’ mi esposo como pa’ mí porque él en su trabajo no tenía el suficiente tiempo para andarme llevando y trayéndome y luego buscando quién me cruzara, para que no corriera el peligro de... pos de que ya ve como está bien difícil, que si lo pescan a uno, pos lo golpean a uno, a veces hasta lo violan a uno.”¹⁸²

Otras mujeres también viven el miedo y la angustia que vivió Erlinda. Ivette, por ejemplo, cruza todos los meses a ponerse una inyección, llevando a su hijita de tres años de edad. “Ahorita con tanta delincuencia que hay en México me han tocado tres balaceras, que para mí fue algo traumático. Entonces, yo cada vez que voy a Reynosa voy temblando. ¿Qué necesidad tendría yo como mujer y como residente de Estados Unidos de ir a otro país cuando estoy en este país, que puedo hacerme los chequeos, todo, pero como son demasiado altos, cómo voy a ir allá?... Y sí me da pavor ir, pero pues qué hago, tengo que ir.”¹⁸³ Ivette iba a la farmacia cuando empezó una balacera. “La gente corría y gritaba que venía la balacera, así que salimos de ahí. Al cruzar la frontera se escucharon unos tiros, pero pues ya estábamos del otro lado. No me pude poner la inyección... He visto cosas terribles. En Reynosa hay gente que anda armada por la calle.”¹⁸⁴ La experiencia la dejó sin ganas de volver. Y como no siempre se puede pagar los anticonceptivos, ahora los toma esporádicamente.



Arriba: Rosa, en casa con sus niños, se preocupa acerca del impacto que sus problemas de salud tendrán para ellos.

Abajo: Las casas en las colonias, como esta en Edinburg, generalmente están hechas de materiales que la gente encuentra, y por lo tanto están propensas al moho y a problemas estructurales.

Las mujeres que van a México, especialmente si van solas, temen además ser víctimas de delitos de género y violencia sexual. En Brownsville, Gloria dice que “a las jóvenes que van allá las pueden violar.”¹⁸⁵ Erlinda, de Mission, tiene dos hijas que van a atenderse en Reynosa. “Ahorita como está allá en México, peligrando de que las asalten o las roben o no sé, le digo, está uno con el pendiente cada vez que van para allá.”¹⁸⁶

Sin embargo, las que no van a México quedan con el trauma de no poder recibir atención médica. En Brownsville, Liria cuenta que sus familiares y amigas tienen que optar entre el temor a la violencia en México y el temor a quedar embarazadas: “Es difícil para ellas, porque mira, tienen que dejar de trabajar, ganan el mínimo, a veces no les dan permiso, verdad, y están muy apretadas con sus familias, y para poder cuidarse tienen que exponerse ellas, sobre todo ahorita la violencia que está, verdad, bien fuerte, y una de ellas ha dejado de ir y no, pues anda con el estrés de que a lo mejor va a salir embarazada y que no quiere.”¹⁸⁷



Perfil: Adriana

Adriana ha vivido 22 de sus 41 años en Estados Unidos y crió a sus dos hijos en la zona de Brownsville. Cinco años atrás le encontraron unos quistes ováricos y le dijeron que tenía que operarse. Sin medios para hacerlo en Estados Unidos, optó por cruzar a México, corriendo el riesgo de no poder volver. “Me operé en México porque tenía la posibilidad de ir y volver por el río. Iba sola dos veces al año y volvía por el río. ...Lo arriesgué todo pasando así: la vida, ahogarme, que me asaltaran o que me mataran. Pero ahorita está muy difícil por lo peligroso que se ha puesto. Con la violencia está mucho peor que antes.”

El año pasado, Adriana, su esposo y sus dos hijos fueron deportados a México. Al poco tiempo su esposo fue secuestrado y Adriana cree que fue asesinado. Como él era el sostén de la familia, Adriana lo perdió todo, hasta la casa. “Fue muy difícil quedar en la calle y empezar de cero otra vez.”

Adriana quedó sola a cargo de su familia, la que creció con la llegada de dos pequeños nietos. Hoy trabaja haciendo limpieza en casas particulares por unos \$250 dólares al mes. Sin carro y sin parientes o amigos que la ayuden a trasladarse, donde vaya tiene que caminar o tomar el transporte público. “A veces, cuando llevo a mis nietos (a Brownsville), tengo que tomar el bus a las 7 de la mañana para llegar más o menos a las doce. Tengo que tomar dos. Y si llego atrasada a la parada, el próximo no pasa hasta las cinco de la tarde y no tengo cómo volver. Es la única forma de poder moverse.”

Adriana sigue con dolores y le gustaría ver a un doctor. “Fue un proceso difícil. Para sacarme los quistes me hicieron una biopsia del útero. Tengo que seguirme chequeando, porque de mis papás los dos sufrieron de cáncer. Mi mamá murió de cáncer de matriz.” Después de lo que pasó con su esposo, Adriana ya no se atreve a cruzar a México. “Tengo que chequearme, pero no tengo dinero. El último chequeo que me hice fue el año pasado en México. No creo que pueda hacerme otro más mientras no hayan fondos aquí en Estados Unidos, porque allá está muy peligroso.” No poder atenderse le está empezando a preocupar. “Ahorita me vengo sintiendo un poco mal. La verdad es que no sé si tengo más quistes, porque me duele el vientre, al lado derecho. Voy a ir a una clínica que cobra barato pero lo único que pueden hacer es diagnosticarme, decirme qué tengo. Como no califico para el seguro, no me pueden atender.”

Adriana trabaja con la Red de Abogacía de Latinas de Texas, organizando a mujeres afectadas por la falta de acceso a la salud. “Estamos enviando cartas y juntando firmas para que en algún momento hayan los recursos para poder ayudar a tantas, tantas mujeres que necesitan servicios. Son tantas las que sufren, como las que tienen tumores o problemas de matriz o de los pechos, y que dicen que no hay ayuda para ellas. Y tienen cuatro, cinco hijos. Es bien difícil.”



ANÁLISIS DE DERECHOS HUMANOS

ESTADOS UNIDOS: OBLIGACIONES INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS

Toda persona goza de derechos reproductivos. Estos incluyen el derecho a tomar decisiones fundamentales sobre la vida y la familia, a acceder a los servicios de salud reproductiva necesarios para la protección de la salud, y a decidir cómo y cuándo tener hijos.¹⁸⁸

Estos derechos se fundan en los derechos humanos fundamentales garantizados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en los tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en la Constitución de los Estados Unidos.¹⁸⁹ Se cuentan entre ellos los derechos a la vida y la salud, a la igualdad, la privacidad, la información y la educación, así como a no sufrir discriminación, violencia, tortura ni maltrato.

Estados Unidos ha ratificado tres instrumentos internacionales de derechos humanos que protegen los derechos reproductivos: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (CERD) y la Convención Contra la Tortura (CAT). La ratificación supone la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos contenidos en el tratado¹⁹⁰ y de crear condiciones para su goce efectivo.¹⁹¹ Estados Unidos además ha firmado y manifestado su intención de atenerse a la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) y al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), los cuales también confieren importantes derechos reproductivos tales como el derecho a la salud.¹⁹²

Derecho a la salud y la vida

Los derechos reproductivos incluyen, antes que nada, el derecho humano fundamental a la vida.¹⁹³ El Comité de Derechos Humanos (CDH), órgano que vigila el cumplimiento del PIDCP, ha señalado que este derecho no puede inter-pretarse de manera restrictiva y que su concreción exige a los estados adoptar medidas proactivas para reducir los embarazos no previstos y los abortos inseguros que arriesgan la vida de la mujer.¹⁹⁴

El derecho humano al disfrute del más alto nivel posible de salud¹⁹⁵ exige a los estados garantizar que los productos, servicios y establecimientos de salud estén *disponibles en cantidad suficiente, que sean accesibles a todos, que sean ética y culturalmente aceptables, y que sean de buena calidad*.¹⁹⁶ La accesibilidad tiene cuatro dimensiones que se entrecruzan: no discriminación, acceso físico, accesibilidad económica y acceso a la información.¹⁹⁷

Los organismos de derechos humanos reconocen expresamente que el derecho a la salud incluye la salud sexual y reproductiva¹⁹⁸ y que éste emana del derecho a decidir libremente el número y espaciamiento de los hijos y a recibir la información, educación y medios para ello.¹⁹⁹ Garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva exige a los estados cumplir con las siguientes obligaciones: asegurar el acceso a una completa gama de información y servicios anticonceptivos,²⁰⁰ en especial anticoncepción a precio módico para mujeres que no dispongan de recursos;²⁰¹ eliminar las barreras geográficas que impiden atender adecuadamente a las mujeres de zonas rurales;²⁰² e

informar sobre salud sexual y reproductiva y cómo acceder a ella.²⁰³

Los estados también tienen el deber de eliminar las trabas al acceso a servicios, educación e información de salud reproductiva.²⁰⁴ Ello incluye las trabas no legales a fin de garantizar, por ejemplo, que todos los servicios de salud reproductiva que permite la ley estén disponibles y accesibles en la práctica.²⁰⁵ Dado que el derecho a la salud se funda en el principio de la equidad, los estados tienen la obligación de adoptar medidas positivas que permitan la distribución equitativa de productos y servicios de salud reproductiva; por ejemplo, privilegiando la asignación de recursos a los sectores más postergados.²⁰⁶ Materializar el derecho a la salud exige además dar cuenta de los *determinantes basales de la salud, entre ellos agua potable y servicios sanitarios, alimentación sana y nutritiva, vivienda digna, condiciones ocupacionales y ambientales sanas y acceso a educación e información en materia de salud*.²⁰⁷

Derecho a la igualdad y la no discriminación

Un factor que cruza todos los derechos humanos, incluyendo los reproductivos, es la garantía de igualdad y la posibilidad de ejercerlos sin discriminación.²⁰⁸ El derecho de los derechos humanos prohíbe discriminar en razón de género, orientación sexual, raza, origen étnico o religión. Los organismos de derechos humanos reconocen además que estas formas de discriminación se intersectan, afectando de distintas maneras a distintos grupos.²⁰⁹ En consecuencia, la obligación del estado de garantizar la igualdad exige readecuar las normas y políticas discriminatorias y adoptar *medidas proactivas* que permitan eliminar la discriminación en la práctica, especialmente contra colectivos que han enfrentado “prejuicios históricos o persistentes.”²¹⁰

La discriminación en el ámbito de los servicios de salud reproductiva adopta múltiples formas. Va desde la demora o denegación de servicios a ciertas personas o grupos humanos²¹¹ y los recortes presupuestarios a programas sociales y de salud que benefician a mujeres²¹² hasta el trato discriminatorio por parte de profesionales de la salud.²¹³ El deber de garantizar el acceso igualitario, por ende, obliga a los estados a asegurar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud reproductiva.²¹⁴ Ello incluye la entrega de anticonceptivos gratuitos o a precio módico a toda mujer que no los pueda comprar,²¹⁵ eliminar las barreras que enfrentan las mujeres de zonas rurales y marginadas²¹⁶ y erradicar los obstáculos de tipo legal que impiden, especialmente a las mujeres inmigrantes y de color, obtener un seguro médico al alcance de sus recursos.²¹⁷

Dado que los derechos humanos son extensivos a toda persona independientemente de su nacionalidad,²¹⁸ las normas de derechos humanos exigen dar a migrantes e inmigrantes acceso igualitario a servicios de salud reproductiva.²¹⁹ En general, hacer distingos en materia de acceso a servicios sociales según la situación migratoria no concuerda con el derecho de los derechos humanos.²²⁰ Ciertamente es que varios países, entre ellos Estados Unidos, dan atención de urgencia a los indocumentados sin importar su capacidad de pago, pero no es menos cierto que esta población tiene además el derecho humano a recibir servicios de salud preventivos, curativos y paliativos.²²¹

Derecho a no recibir malos tratos

El ejercicio de los derechos reproductivos incluye el derecho a decidir y conducirse en este ámbito sin ser objeto de violencia, coerción, tortura o malos tratos.²²² Según el artículo 1 de la Convención Contra la Tortura, una situación constituye maltrato cuando 1) es deliberada; 2) produce dolor y sufrimiento físico o mental; 3) tiene un objetivo definido (p. ej., extraer información, intimidar, castigar o discriminar); y 4) se hace con la participación, incitación, beneplácito o consentimiento de un agente del estado o persona en el ejercicio de una función pública.²²³ El Relator Especial sobre la tortura de Naciones Unidas ha determinado que la denegación de servicios de salud reproductiva permitidos por la ley constituye maltrato cuando el daño causado alcanza un cierto grado de gravedad.²²⁴

Los organismos de derechos humanos reconocen que los estados tienen la especial responsabilidad de proteger a los marginados o discriminados, dado que corren mayor peligro de sufrir maltrato en el ámbito de la salud.²²⁵ En salud puede darse el maltrato cuando un estado que legisla sin intención ni ánimo de degradar o castigar produce en los hechos ese resultado.²²⁶ Por ejemplo, las restricciones legales y normativas en materia de anticoncepción tienen el propósito y efecto discriminatorio de negar a la mujer servicios que sólo ella requiere, por lo que podría decirse que un legislador que sanciona una norma jurídica a sabiendas de sus posibles efectos perniciosos en la salud de jóvenes y mujeres está actuando con intención de dañar y con una motivación discriminatoria.²²⁷

Asimismo, negar a la mujer el acceso a la analgesia en el período post-operatorio o en caso de dolor crónico producto de patologías reproductivas o crónicas puede constituir maltrato cuando el sufrimiento físico es intenso, cuando el estado está al tanto de dicho sufrimiento o debiera estarlo, y cuando no ha adoptado las medidas que debiera para resguardar su salud física y mental; por ejemplo, cuando no ofrece o no cuenta con tratamiento adecuado.²²⁸ También puede constituir maltrato el

sufrimiento moral causado por la denegación de servicios de salud reproductiva²²⁹ o del acceso a medicamentos imprescindibles para controlar el dolor y el sufrimiento.²³⁰

VIOLACIÓN DE DERECHOS HUMANOS

Los hallazgos de este informe demuestran que se está en presencia de la violación a gran escala del derecho de la mujer a la vida y la salud, a la no discriminación y la igualdad, a la autonomía en materia reproductiva y a no sufrir malos tratos.

Los recortes al presupuesto estatal efectuados en el período legislativo 2011, sumados a la imposición de la regla del nexo institucional, hicieron que la situación de salud reproductiva de las latinas pobres del Valle pasara de insostenible a crítica. El cierre de al menos nueve clínicas y la fuerte contracción de los fondos destinados a las restantes han saturado gravemente la red de protección en el ámbito de la planificación familiar, red que para una mayoría de mujeres sin derecho a Medicaid u otro tipo de seguro médico constituía la única posibilidad de recibir atención. La crisis presupuestaria y la falta de prestadores han hecho prácticamente desaparecer servicios de salud esenciales para un gran número de latinas pobres de zonas rurales del Valle. El retiro del estado de los servicios de salud de la mujer, más su falta de voluntad para dismantelar las barreras estructurales que impiden el acceso a la salud, entre ellas la pobreza y la falta de transporte público, violan el derecho de la mujer a la salud y la vida.

El estado se ha mostrado además remiso a hacerse cargo de las barreras legales que, en la intención y en los hechos, discriminan a las latinas inmigrantes de bajos recursos en cuanto al acceso a servicios de salud reproductiva. Se destacan en particular las normas que niegan la cobertura de CHIP y Medicaid a las indocumentadas y a las inmigrantes legales con menos de cinco años en el país (o más si llegaron a Texas después de 1996). Es cierto que la Ley de Atención Médica De Bajo Costo concede atención médica a muchas más personas pobres que antes, pero también es cierto que mantiene la exclusión que afecta a estas categorías de inmigrantes. Además, son muchas las latinas con residencia legal pero sin derecho a Medicaid debido al bajísimo nivel de ingresos que Medicaid exige en Texas. Estas barreras hacen que la atención preventiva -servicios y productos anticonceptivos, exámenes de prevención del cáncer del tracto reproductivo, detección de ITS- tenga un costo prohibitivo que la hace inalcanzable. Es más, la decisión del estado de Texas de restarse del programa de ampliación de Medicaid previsto en la Ley de Atención Médica De Bajo Costo deja sin salud a mujeres de escasos recursos que superan el nivel de ingresos exigido para

Medicaid, pero que no ganan lo suficiente para costearse otras alternativas. Esta decisión afecta de manera desproporcionada a las mujeres de escasos recursos que habitan en zonas de cobertura deficitaria, como la zona del Valle. Ni Texas ni el gobierno central han tenido la voluntad de adoptar medidas jurídicas y de otra índole que permitan a las mujeres que más necesitan atención en salud reproductiva ejercer sus derechos sin discriminación y en un pie de igualdad.

El embarazo no previsto que resulta de la imposibilidad de conseguir anticonceptivos a precio módico viola los derechos de la mujer a la salud, la vida, la igualdad y la no discriminación en el acceso a la salud reproductiva. En la zona del Valle, la falta de servicios y productos de planificación familiar priva a las mujeres de la información, la educación y los recursos necesarios para planificar sus familias y su futuro. Estas mujeres viven con el temor constante al embarazo y a las consecuencias socioeconómicas de largo plazo de llevar a término un embarazo no previsto. Aunque algunas logran conseguir anticonceptivos de bajo costo por otras vías, son productos que no siempre están disponibles y que no siempre son efectivos o adecuados a sus necesidades. La capacidad de estas mujeres de ingeniárselas no atenúa la obligación estatal de garantizar la plena disponibilidad de anticoncepción de bajo costo y de buena calidad.

En ciertos casos, la denegación de servicios de salud reproductiva que se documenta en este informe efectivamente reviste el carácter de maltrato. Por ejemplo, denegar atención de urgencia o el tratamiento de patologías crónicas aduciendo insolvencia económica o situación migratoria viola el deber gubernamental de adoptar las medidas necesarias para impedir el dolor y sufrimiento de una mujer cuando éstos son evidentes y existen alternativas de tratamiento. Además, la falta de servicios de bajo costo para el diagnóstico de patologías reproductivas graves tales como el cáncer de mama y cervicouterino obliga a mujeres con síntomas claros de cáncer a postergar el tratamiento, muchas veces hasta que la patología se hace incurable o el tratamiento demasiado caro. No son pocas las mujeres que debido a las demoras sufren fuertes dolores físicos o graves estados angustiosos producto de no saber si su patología es de riesgo vital. Las políticas y prácticas que se traducen en denegar ecografías y mamografías a mujeres con motivos fundados para suponer que padecen de cáncer u otras patologías crónicas graves, o que niegan medicamentos y analgesia a mujeres que padecen alguna de estas patologías, constituyen una violación del derecho a no verse sometidas a maltratos.

RECOMENDACIONES

VIOLACIÓN DE DERECHOS

Más que demostrar el fracaso de una política de salud reproductiva, las conclusiones de este informe comprueban la violación de derechos reproductivos fundamentales de la mujer, entre ellos a la vida y la salud, a la no discriminación y la igualdad y a no verse sometidas a maltrato.

AL ESTADO DE TEXAS

Salud: ampliar cobertura, servicios e información

- Verificar que los fondos para salud preventiva de la mujer que provengan de la atención primaria ampliada se destinen eficaz y efectivamente a prestadores que ofrezcan servicios en todo el estado, dando prioridad a las mujeres que más necesitan productos y servicios de bajo costo.
- Derogar la “regla del nexo institucional” a fin de recuperar el aporte complementario federal del 90% al Programa de Salud de la Mujer, y permitir que en todos los ámbitos de la financiación estatal de la salud reproductiva participen especialistas en prestación de servicios de planificación familiar.
- Incorporarse al programa de ampliación de Medicaid que contempla la Ley de Atención Médica De Bajo Costo, mejorando la cobertura de 1.7 millones de tejanos con una inversión de \$15 millones de dólares a lo largo de diez años y recibiendo a cambio un subsidio federal de \$100 millones de dólares.
- Satisfacer la demanda por anticonceptivos de bajo costo a través de ampliar considerablemente los aportes públicos a los programas de planificación familiar y de garantizar la disponibilidad de una completa gama de anticonceptivos que se adecúen a las necesidades de cada mujer.
- Expandir al máximo posible el acceso a la salud para mujeres y familias inmigrantes, dando cobertura de Medicaid, CHIP y otros programas públicos a niños y embarazadas.

- Establecer y financiar programas que eliminen las barreras geográficas que impiden a mujeres de zonas rurales y marginadas acceder a la salud reproductiva; por ejemplo, a través de clínicas móviles de salud reproductiva, programas de promoción de la salud y materiales de educación sexual diseñados para comunidades inmigrantes y de habla hispana. Asimismo, integrar la salud reproductiva a las ferias de salud que se realizan en zonas marginadas, aumentar la bonificación de los gastos de traslado de mujeres de escasos recursos que deben viajar a una cita médica y facilitar el acceso en transporte público a las clínicas de planificación familiar.

Seguimiento y evaluación

- Evaluar con objetividad el efecto de los recortes presupuestarios del 2011 sobre la red de protección social del estado, análisis que deberá estar terminado a más tardar en enero del 2015, fecha de inicio del 84º período de sesiones de la legislatura estatal.
- Supervisar la entrega de fondos públicos para planificación familiar a través del programa de atención primaria ampliada y evaluar, antes del inicio del 84º período de sesiones de la legislatura, si el mecanismo de financiación satisface adecuadamente las necesidades de las mujeres tejanas, en especial las de zonas marginadas como el Valle del Bajo Río Grande.
- Verificar que los prestadores de servicios médicos que reciben pacientes del Programa Estatal de Salud de la Mujer puedan absorber a las mujeres que se atendían en Planned Parenthood y garantizar que los prestadores acreditados en la página electrónica de la Comisión

Estatal de Salud y Servicios Humanos proporcionen servicios de planificación familiar y de salud de la mujer.

- Hacer un seguimiento de resultados e indicadores de salud reproductiva, en particular un registro al día por condado sobre la incidencia y tasa de mortalidad del cáncer cervicouterino y de mama y de infecciones de transmisión sexual como la clamidiasis, dando cuenta de factores tales como origen racial y étnico, situación migratoria, país de origen, género y edad.

Capacitación y fortalecimiento de capacidades

- Capacitar al personal de centros médicos que reciben fondos públicos a fin de que requisitos administrativos como la presentación de un documento oficial de identidad o de un comprobante de ingresos se interpreten de forma razonable y no se constituyan en un obstáculo para la prestación del servicio.
- Verificar que los prestadores de servicios médicos contratados a través del programa de ampliación de la atención primaria estén capacitados para entregar una completa gama de servicios y métodos anticonceptivos, incluyendo de tipo hormonal, reversibles de acción prolongada y esterilización.

AL CONGRESO

- En el caso de los inmigrantes legales que cumplan con los requisitos socioeconómicos, eliminar la norma que durante cinco años les niega acceso a Medicaid, CHIP y a la cobertura contemplada en la Ley de Atención Médica De Bajo Costo.

- Eliminar las condiciones que impiden a mujeres indocumentadas de escasos recursos acceder a la cobertura de salud de Medicaid, CHIP y de la Ley de Atención Médica De Bajo Costo.
- Reponer el pleno financiamiento del Fondo Fiduciario para Consultorios de Salud a fin de ampliar la capacidad de atención primaria integral en zonas rurales y marginadas.
- Entregar pleno financiamiento al Programa de Planificación Familiar contemplado en el Título X de la Ley Federal de Salud Pública a fin de permitir a las clínicas primarias cubrir la demanda por anticonceptivos de bajo costo y otros servicios preventivos de salud de la mujer.
- Reformar las políticas migratorias con un sentido humanitario y de justicia, de modo de resguardar la salud de las comunidades inmigrantes, en especial eliminando las barreras que impiden dar cobertura a los inmigrantes que regularizan su situación.
- Hacer efectivas y financiar todas las disposiciones de la Ley de Igualdad y Responsabilidad en la Salud a fin de eliminar las disparidades que enfrentan las mujeres inmigrantes, latinas y de zonas rurales.

A LA ADMINISTRACIÓN DEL PRESIDENTE OBAMA

- Derogar las normas del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) que impiden a los beneficiarios del programa Acción Diferida para los Llegados en la Infancia acceder a la cobertura de la Ley Federal de Atención Médica De Bajo Costo, Medicaid o CHIP, y utilizar sus facultades administrativas para ampliar al máximo posible el acceso a la salud.

- Velar por que las pautas de planificación familiar que el Departamento de Salud y Servicios Humanos publicará este año sean compatibles con la labor de los consultorios de salud (actualmente los principales prestadores de servicios de planificación familiar a comunidades marginadas) y que se recomienden mejores prácticas para la entrega de productos y servicios integrales de planificación familiar a mujeres inmigrantes y otros grupos de difícil acceso.
- Suspender la detención, deportación y prácticas de fiscalización migratoria que crean un clima de temor e intimidación y hacen que las mujeres inmigrantes se inhiban de solicitar atención médica para sí y para sus familias.

A LA SOCIEDAD CIVIL

- En colaboración con promotoras de salud y organismos de base, elaborar y difundir materiales educativos médicamente veraces e idiomática y culturalmente adecuados para comunidades marginadas, entregando completa información sobre sexualidad, planificación familiar y aborto legal y sin riesgos.
- Apoyar propuestas e iniciativas comunitarias destinadas a mejorar el transporte desde y hacia los centros médicos para residentes de las colonias y otras comunidades rurales.
- Hacer estudios pormenorizados sobre los resultados y consecuencias de la automedicación, en especial de anticonceptivos reversibles de acción prolongada.



Alma de Brownsville, aquí con dos de sus cinco hijos, no pudo obtener anticonceptivos de bajo costo y ahora está embarazada con su sexto hijo.

GLOSARIO

Regla del nexo institucional: Norma estatal impuesta en el 2012. Excluye a prestadores de servicios médicos que realicen o promuevan el aborto electivo del programa de Medicaid que amplía la cobertura en planificación familiar para mujeres de escasos recursos (Programa Estatal de Salud de la Mujer, ex Programa de Salud de la Mujer). En los hechos prácticos, prohíbe asignar fondos estatales para planificación familiar a prestadores de servicios médicos, en particular los centros médicos de Planned Parenthood, que no realizan abortos pero mantienen nexos institucionales con clínicas que sí los realizan. TEX. ADMIN. CODE. §§ 39.33, 354.1362 (2012).

LEY DE ATENCIÓN MÉDICA DE BAJO COSTO (ACA): Sin embargo, mantiene las exclusiones en el derecho a Medicaid y a beneficios tributarios para la compra de un seguro particular que desde la reforma de salud en 1996 han afectado a ciertas categorías de inmigrantes, a los que independientemente de su nivel de ingresos se les niega el derecho a múltiples prestaciones sociales de nivel federal.

Colonia: Comunidad fronteriza informal que generalmente carece de agua potable, alcantarillado, electricidad, pavimentación, vivienda digna y otros servicios básicos. La mayor concentración de colonias de todos los estados fronterizos está en Texas, la mayoría en el Valle del Bajo Río Grande.

Departamento Estatal de Servicios de Salud: Organismo a cargo del sistema de salud de Texas, el que incluye hospitales, centros médicos y agencias de salud. Administra el programa de planificación familiar y el programa ampliado de atención primaria que recibió \$100 millones de dólares del presupuesto estatal para el período 2013-2015 para servicios de salud de la mujer, 60% reservados para planificación familiar.

Medicaid: Principal programa de financiamiento de la atención médica y servicios de salud para indigentes y personas de bajos recursos del país. Medicaid recibe aportes conjuntos del nivel federal y estatal para la entrega de servicios de

salud a personas que cumplen con ciertos requisitos socio-económicos. Aunque el marco normativo federal excluye a los indocumentados y a los residentes legales con menos de cinco años en el país, algunos estados les otorgan atención con fondos propios. En Texas el tope de ingreso es el 25% de la línea de la pobreza que fija el gobierno federal, una norma muchísimo más rigurosa que en otros estados. Aún así, Texas ha resuelto participar en el programa de Medicaid que amplía las prestaciones de planificación familiar a mujeres con ingresos que lleguen hasta el 185% del nivel de pobreza. Sin embargo, en 2013, el gobierno federal le negó estos aportes al estado después que el estado promulgó su regla del nexo institucional.

Medicaid ampliado: La Ley de Atención Médica De Bajo Costo autoriza a los estados a ampliar la cobertura de Medicaid a los adultos menores de 65 con ingresos que lleguen hasta el 138% del nivel de pobreza que fija el gobierno federal (\$26.347 dólares para una familia de tres y \$15.417 dólares por persona), y destina importantes recursos federales para que dicha cobertura se otorgue. En el año 2012 la Corte Suprema refrendó la Ley de Atención Médica De Bajo Costo, pero concedió a los estados el derecho a restarse de esta disposición. Rick Perry, gobernador de Texas, anunció en abril del 2013 que Texas no participaría.

Centro médico de Planned Parenthood: Las filiales de Planned Parenthood operan a nivel nacional múltiples centros médicos que entregan servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y de bajo costo a millones de mujeres y hombres. El tipo de servicios varía de un lugar a otro, pero en general incluyen anticonceptivos, detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, análisis de detección del VIH, pruebas de embarazo y atención prenatal, controles médicos generales y servicios preventivos de salud de la mujer tales como aborto y prevención del cáncer. A septiembre de 2013, cinco filiales independientes operaban 48 centros médicos en Texas.

Promotora de salud: Voluntaria comunitaria o trabajadora remunerada de la salud primaria que goza de la confianza y/o de una excepcional cercanía con la comunidad que atiende por compartir un mismo origen étnico, idioma, situación socioeconómica o experiencia de vida. Estas cualidades sociales y relaciones de confianza les permiten servir de nexo entre la comunidad y los servicios sociales y de salud, facilitando el acceso y utilización y optimizando la calidad e idoneidad cultural del servicio. Las promotoras potencian además las capacidades personales y colectivas al elevar los conocimientos y la autonomía en materia de salud a través de actividades de extensión, capacitación comunitaria, orientación informal, acompañamiento social y defensoría. [Definición del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Salud de Minorías.]

Derechos reproductivos: Incluyen el derecho a la salud, la vida, la igualdad, la información, la educación, la privacidad, la no discriminación, a no ser víctima de violencia y a la autodeterminación, inclusive a decidir cómo y cuándo tener hijos. Estos derechos fundamentales se encuentran tanto en el derecho interno como en los instrumentos internacionales de derechos humanos y documentos de consenso, incluyendo varios ratificados por Estados Unidos, tales como el Pacto internacional de derechos civiles y políticos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial y la Convención Contra la Tortura.

Valle del Bajo Río Grande: Región del extremo sur de Texas compuesta por los condados de Cameron, Hidalgo, Starr y Willacy, separada de México por el Río Bravo. Al año 2012 contaba con una población de 1.3 millones de personas, la gran mayoría de origen latino.

Programa Estatal de Salud de la Mujer (TWHP): Programa de planificación familiar para mujeres de escasos recursos financiado por Medicaid, y que el 1º de enero del 2013

reemplazó al Programa de Salud de la Mujer. Proporciona servicios básicos de salud reproductiva, tales como la entrega de anticonceptivos (exceptuando la anticoncepción de emergencia). A diferencia de su antecesor, este programa se financia enteramente con fondos estatales, lo que le permite fijar, de manera autónoma del gobierno central, los requisitos que deben cumplir los prestadores de servicios médicos. Por norma del estado, no contrata con prestadores de servicios médicos que realicen abortos o que tengan nexos institucionales con quienes los hagan; por ejemplo, con los centros médicos de Planned Parenthood.

Título X: Apartado de la Ley Federal de Salud Pública, promulgado en 1970 con el fin de otorgar a título gratuito o de bajo costo planificación familiar integral y otros servicios preventivos de salud reproductiva a personas de escasos recursos. En 2008, los establecimientos financiados en virtud del Título X proporcionaron servicios de anticoncepción a más de 221.000 mujeres, equivalente al 25% de todas las mujeres de bajos recursos de Texas. El estado de Texas ha recibido fondos del gobierno central bajo el Título X desde 1982 para el funcionamiento del programa de planificación familiar que administra a través del Departamento Estatal de Servicios de Salud. Sin embargo, en 2012, en lugar de entregárselos al estado, Medicaid y Medicare optaron por entregar sus aportes, que ese año ascendieron a la suma de \$32 millones de dólares, a un consorcio de prestadores de servicios de planificación familiar.

AGRADECIMIENTOS

El Centro de Derechos Reproductivos y el Instituto Nacional de Latinas para la Salud Reproductiva quedan en deuda con las valientes mujeres que dieron su testimonio para este informe, y agradecen su confianza. Su fortaleza nos llena de humildad y su dedicación a ayudar al prójimo en sus comunidades, incluso a pesar de estar pasando por un calvario personal, nos inspira.

Este proyecto nació conjuntamente de Elizabeth Guerra, Directora de Movilización Comunitaria del Instituto Nacional de Latinas para la Salud Reproductiva, y Katrina Anderson, abogada de derechos humanos del Programa Jurídico para Estados Unidos del Centro de Derechos Reproductivos, quienes asumieron su conducción al interior de sus respectivas organizaciones. Katrina elaboró la metodología, redactó el informe y realizó entrevistas con la inestimable ayuda de Natasha Lycia Ora Bannan, asistente legal del Centro. Liz, junto con Lucy Félix, coordinadora de campo de la Red de Abogacía de Latinas de Texas, coordinaron la inscripción de participantes, dirigieron los grupos focales y brindaron apoyo estratégico en todos los niveles de la investigación.

Agradecemos también la colaboración del equipo del Instituto Nacional de Latinas para la Salud Reproductiva, especialmente de Jessica González-Rojas, Directora Ejecutiva; Diana Lugo-Martínez, Directora de Programas de Participación Ciudadana; Ann Marie Benítez, Directora de Relaciones Gubernamentales y Asuntos Públicos; Kimberly Inez McGuire, Subdirectora de Relaciones Gubernamentales y Asuntos Públicos, y Karina García, Coordinadora Nacional. Un reconocimiento muy especial a Lucila Ceballos, Nancy Guerra, Paula Saldaña, Mayra G. Blas, Carmen Chávez, Rocío Amador, Dinorah Martínez, Lourdes García, Diana Núñez, Karina Ojeda,

Patricia Garza, Cristy Hoekema, Juanita Rivas y Lorena Singh, integrantes de la Red de Abogacía de Latinas de Texas que reclutaron a las participantes y prestaron un valioso apoyo logístico.

Agradecemos además el aporte del equipo del Centro al presente informe, en especial de Angela Hooton, Directora de Política y Defensoría Estatal; Bebe Anderson, Directora del Programa Jurídico para Estados Unidos; Seth Weintraub, Asistente Legal; Karla Torres, Investigadora en Derechos Humanos; Carveth Martin, Creativo y Diseñador Senior; Dionne Scott, Directora de Comunicaciones, y Patrick Egan, Jefe de Redacción y Corrector de Estilo.

Los créditos fotográficos son de Jennifer Whitney. Ligia Rivera tradujo los grupos focales, en tanto Patricio Mason tradujo las entrevistas y el presente informe. Curtiss Calleo de C/C Design colaboró en los aspectos de diseño gráfico y de marca.

El Centro y el Instituto agradecen especialmente a quienes evaluaron las recomendaciones y compartieron con nosotros datos y estudios sobre el ámbito de la salud reproductiva en Texas, en especial Amanda Stevenson, Kristine Hopkins y Joe Potter, del Texas Policy Evaluation Project de la Universidad de Texas en Austin; la Dra. Janet Realini, de Healthy Futures of Texas; Yvonne Gutiérrez, de Planned Parenthood Gulf Coast, y Guadalupe Correa-Cabrera, de la Universidad de Texas en Brownsville. Agradecemos a los treinta activistas, prestadores de servicios, investigadores y expertos de nivel local y estatal que asistieron a la mesa redonda realizada en julio de 2013 en Austin y compartieron conocimientos y experiencias que permitieron informar las recomendaciones del informe.

NOTAS

¹ Oficina del Censo EE.UU., Div. de Población, Proyección anual de población: 1 abril 2010 al 1 julio 2012 (2010), factfinder2.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?src=bkmk (consult. 25 sep. 2013).

² Oficina del Censo EE.UU., Div. de Población, Proyección demográfica y de vivienda, 2009-2011 (2007-2011), factfinder2.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?src=bkmk (consult. 25 sep. 2013). En los cuatro condados los hispanos constituyen entre el 87% (Willacy) y el 98.4% (Starr) de la población; *ver además* Pew Research Hispanic Trends Project, *Demographic Profile of Hispanics in Texas, 2011*, www.pewhispanic.org/states/state/tx/ [en adelante Pew Research Project].

³ Migrant Health Promotion, Valle del Bajo Río Grande, mhpsalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=39&Itemid=31 (tomando nota de que cerca de un tercio de la población del Valle se desempeña en la agricultura); *ver además* Alice Larson, *Migrant and Seasonal Farmworker Enumeration Profiles Study: Texas*, NAT'L CTR. FOR FARMWORKER HEALTH, INC., MIGRANT HEALTH PROGRAM 13-17 (2000), www.ncfh.org/enumeration/PDF10%20Texas.pdf (donde se estima en 56.954 la población total de trabajadores migrantes y temporales de Cameron, Hidalgo, Starr y Willacy en 2000); *sin embargo, ver además* Departamento de Comercio de Estados Unidos, Oficina de Análisis Económico, Datos Regionales CA25N, Empleo total a jornada completa y parcial por sector de la economía (2012), www.bea.gov (hacer click en "State and Local Area Personal Income"; luego en "Local Area Personal Income & Employment"; luego en "Total full-time and part-time employment by industry (CA25, CA25N)"; seleccionar "NAICS (2001 forward)" y hacer click en "Next Step"; seleccionar "County" y hacer click en "Next Step"; seleccionar "Texas" y hacer click en "Next Step"; seleccionar "Cameron," "Hidalgo," "Starr," y "Willacy" y hacer click en "Next Step"; luego seleccionar "2011" y por último hacer click en "Next Step"). El resultado muestra que el cálculo oficial de trabajadores agrícolas en los cuatro condados es de unos 7,000, aproximadamente el 1% de la población).

⁴ Oficina del Censo EE.UU., Nivel educativo 2009-2011 - Encuesta de comunidades, estimación trienio 2009-2011, factfinder2.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?src=bkmk (consult. 25 sep. 2013).

⁵ Oficina del Censo EE.UU., Empleo en 2009-2011 - Encuesta de comunidades, estimación trienio 2009-2011, factfinder2.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?src=bkmk (consult. 26 sep. 2013).

⁶ Oficina del Censo EE.UU., Pobreza en los últimos 12 meses (2009-2011), factfinder2.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?src=bkmk (consult. 25 sep. 2013). El 35% de la población de Hidalgo y Cameron vive en la pobreza. Con un 39%, Willacy tiene el mayor índice de pobreza de los cuatro condados.

⁷ Banco de la Reserva Federal de Dallas, *Texas Colonias: A Thumbnail Sketch of the Conditions, Issues, Challenges and Opportunities* (2007), www.dallasfed.org/assets/documents/cd/pubs/colonias.pdf.

⁸ The Henry J. Kaiser Family Foundation (KFF), State Health Facts, Women's Self-Reported Fair or Poor Health Status by State and Race/Ethnicity, 2006-2008 (2004-2006), kff.org/disparities-policy/state-indicator/fair-or-poor-health-status (consult. 20 sep. 2013).

⁹ KFF, *Putting Women's Health Care Disparities on the Map: Examining Racial and Ethnic Disparities at the State Level* 23-37 (2009), kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7886.pdf.

¹⁰ KFF, Poverty Rate by Race/Ethnicity (2010-2011), kff.org/other/state-indicator/poverty-rate-by-raceethnicity/ (consult. 5 oct. 2013) (muestra que en Texas el índice de pobreza es del 34% para los hispanos y del 12% para los blancos no hispanos).

¹¹ En la Región 11, donde se ubican los cuatro condados del Valle, el índice era de 12.5-15.3%, cifra estadísticamente mayor que el índice estatal de 9.7% y el nacional de 9.3%. *Ver además* Univ. of Texas-Pan American (UTPA), Border Health Office, Statistics: Diabetes Registry (2006), www.utpa.edu/bho/Statistics.htm (para el 2006 estimaba que el índice de prevalencia en el Valle del Bajo Río Grande ascendía al 26%).

¹² Office of Surveillance, Evaluation, and Research & Texas Dep't of State Health Servs., *The Burden of Diabetes in Texas* 18 (2013), www.dshs.state.tx.us/diabetes/tcdcdata.shtm.

¹³ Sobre qué constituye una zona o población deficitaria, *ver* Depto. de Salud y Serv. Hum., Health Resources & Services Admin., *Medically Underserved Areas & Populations (MUA/Ps)*, bhpr.hrsa.gov/shortage/muaps/ (actualizado a junio de 1995). Sobre los condados deficitarios de Texas, *ver* Depto. Est. de Servs. de Salud., *MUA and MUP Designations*, www.dshs.state.tx.us/CHS/hprc/MUAList.shtm (actualizado al 10 abr. 2012).

¹⁴ Texas A&M Univ. Sys. Health Science Ctr., Sch. of Rural Pub. Health, *Rural Healthy People 2010: A Companion Document to Healthy People 2010 Vol. 1*, 19, 20 (2003), srph.tamhsc.edu/centers/rhp2010/Volume1.pdf ("El seguro médico es un determinante primordial del acceso oportuno a la salud. Quienes carecen de él tienen menos probabilidades de... recibir atención preventiva..."); *ver además* Aishia Glasfor & Priscilla Huang, *Women's Health Activist Newsletter - Immigrant Women's Health a Casualty in the Immigration Policy War*, NAT'L WOMEN'S HEALTH NETWORK (2008), nwhn.org/immigrant-womens-health-casualty-immigration-policy-war (donde se señala que la Ley de reforma de la asistencia social, que excluyó a las inmigrantes llegadas después del 22 de agosto de 1996 y con menos de cinco años en el país, limitó e inhibió el acceso a seguro médico en esa población y el uso de Medicaid para fines preventivos); *ver además* Inst. Nac. Latinas por la Salud Repr., *Prenatal Care Access Among Immigrant Latinas* (2005), latinainstitute.org/sites/default/files/publications/PrenatalCare-2_0.pdf (donde se señala que la falta de seguro de salud y de información idiomática y culturalmente adecuada conspiran para hacer que muchas inmigrantes latinas prescindan de la atención preventiva, en especial la prenatal).

¹⁵ KFF, State Health Facts, Uninsured Rates for the Nonelderly by Race/Ethnicity (2010-2011), kff.org/uninsured/state-indicator/rate-by-raceethnicity/ (consult. 20 sep. 2013).

¹⁶ Los latinos constituyen el 40% de la población y el 60% de los no asegurados, *ver* KFF, State Health Facts, Population Distribution by Race/Ethnicity (2010-2011), kff.org/other/state-indicator/distribution-by-raceethnicity/ (consult. 20 sep. 2013); *ver además* KFF, State Health Facts, Distribution of the Nonelderly Uninsured by Race/Ethnicity (2010-2011), kff.org/uninsured/state-indicator/distribution-by-raceethnicity-2/ (consult. 20 sep. 2013).

¹⁷ Las cifras son de 60% y 25%, respectivamente. *Ver* Pew Research Project, *supra*, nota 2.

¹⁸ Depto. Est. de Servs. de Salud (DSHS), 2009 Health Facts Profiles for Texas, www.dshs.state.tx.us/chs/cfs/Texas-Health-Facts-Profiles.doc. El promedio estatal es de 26.3%, pero en Hidalgo, Cameron, Starr y Willacy alcanza respectivamente al 37.9, 36.6, 34.6 y 32.4%.

¹⁹ Chris Tomlinson, *S. Texas Counties among Highest Rates of Uninsured*, BLOOMBERG BUSINESSWEEK NEWS (AUG. 30, 2013), www.businessweek.com/ap/2013-08-30/s-dot-texas-counties-among-highest-rates-of-uninsured; *ver además* Oficina del Censo EE.UU., Cobertura de salud (2012), factfinder2.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?src=bkmk (consult. 26 sep. 2013).

²⁰ Adam Sonfield, *Evidence Mounts of Recession's Impact on Women of Reproductive Age*, 13 GUTTMACHER POL'Y REVIEW 17, 18 (2010), www.guttmacher.org/pubs/gpr/13/4/gpr130417.pdf. Con un 16.4%, Texas tiene una de las mayores proporciones de población inmigrante del país.

²¹ Oficina del Censo EE.UU., Estimaciones de cobertura médica en áreas menores (SAHIE), Interactive Data Tool (2008-2011), www.census.gov/did/www/sahie/data/interactive/#view=-

60 NUESTRA VOZ, NUESTRA SALUD, NUESTRO TEXAS

NUESTRA VOZ, NUESTRA SALUD, NUESTRO TEXAS 61

data&utilBtn=&yLB=0&stLB=44&aLB=1&sL-B=2&iLB=0&rLB=3&countyCBSelected=false&-insuredRBG=pu_&multiYearSelected=false&mul-tiYearAlertFlag=false (consult. 26 sep. 2013). A nivel nacional, las inmigrantes en edad fértil tienen un 70% más de probabilidades de no tener seguro que las nacidas en Estados Unidos. Adam Sonfield, *The Impact of Anti-Immigrant Policy on Publicly Subsidized Reproductive Health Care*, 10 GUTTMACHER POL'Y REVIEW 7, 8 (2007), www.guttmacher.org/pubs/gpr/10/1/gpr100107.pdf.

²² KFF, State Health Facts, No Personal Doctor/Health Care Provider for Women, by State and Race/Ethnicity, 2006-2008 (2004-2006), kff.org/disparities-policy/state-indicator/no-personal-doctor/ (consult. 20 sep. 2013).

²³ KFF, State Health Facts, No Doctor Visit in Past Year for Women Due to Cost, by State and Race/Ethnicity, 2006-2008 (2004-2006), kff.org/disparities-policy/state-indicator/no-doctor-visit-in-past-year-due-to-cost (consult. 20 sep. 2013).

²⁴ KFF, State Health Facts, Percent of Women Age 18 and Older Who Report Having Had a Pap Smear Within the Last Three Years, by Race/Ethnicity (2010), kff.org/womens-health-policy/state-indicator/pap-smear-rate-by-raceethnicity (consult. 20 sep. 2013).

²⁵ Jennifer Frost ET AL., *Contraceptive Needs and Services, 2010*, GUTTMACHER INST. 10, 33 (2013), www.guttmacher.org/pubs/win/contraceptive-needs-2010.pdf [en adelante Frost, Contraceptive Needs]. El resto son no hispanas de raza negra (14.5%) y de raza blanca (30%).

²⁶ *Ibid.*, p. 7. En el período 2000-2010 la demanda aumentó en un 46% en mujeres hispanas, seguidas por mujeres en situación de pobreza (37%) y mujeres entre 20 y 30 años de edad (16%).

²⁷ KFF, State Health Facts, Number of Reported Gonorrhea Cases by Gender (2010), kff.org/other/state-indicator/gonorrhea-cases-by-gender (consult. 20 sep. 2013); KFF, State Health Facts, Number of Reported Chlamydia Cases by Gender (2010), kff.org/other/state-indicator/chlamydia-cases-by-gender (consult. 4 oct. 2013).

²⁸ Guttmacher Inst., *State Facts about Unintended Pregnancy: Texas*, www.guttmacher.org/statecenter/unintended-pregnancy/pdf/TX.pdf (2012)).

²⁹ Kathryn Kost & Stanley Henshaw, *U.S. Teenage Pregnancies, Births and Abortions, 2008: State Trends by Age, Race and Ethnicity*, GUTTMACHER INST. 1, 7 (2013) (En 2008, la tasa de embarazo entre los 15 y 19 años de edad era de 85 por 1000, grupo etáreo para el cual el índice nacional era de 68 por 1000).

³⁰ John Santelli et. al., *Changing Behavioral Risk for Pregnancy Among High School Students in the United States, 1991-2007*, 45(1) J. OF ADOLESCENT HEALTH 25-32 (2009); Centers for Disease Control & Prevention (CDC), Youth Risk Behavior Surveillance System, Texas 2011 Results, apps.nccd.cdc.gov/youthonline/App/Results.aspx?LID=TX (consult. 20 sep. 2013) (muestra que no hay diferencia estadísticamente significativa entre jóvenes latinas y blancas no hispanas en cuanto a conducta sexual o uso

del condón, pero que sí la hay en cuanto a uso de anticoncepción durante la última relación sexual); *ver además* Guttmacher Inst., State Data Ctr., www.guttmacher.org/datacenter/servlet/CreateTable?action=doTable (consult. 20 sep. 2013) (muestra para las jóvenes latinas una tasa de embarazo de 118 por 1000, notoriamente mayor al 58 por 1000 de sus pares blancas no hispanas).

³¹ KFF, Cervical Cancer Incidence Rate per 100,000 Women by Race/Ethnicity (2009), kff.org/other/state-indicator/cervical-cancer-rate-by-re (consult. 27 sep. 2013).

³² Comm. on Health Care for Underserved Women, *Health Care for Undocumented Women*, AM. CONG. OF OBSTETRICIANS & GYNCOLOGISTS 1, 2 (2009), www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Health_Care_for_Underserved_Women/Health_Care_for_Undocumented_Immigrants.

³³ Inst. Nac. Latinas por la Salud Repr., *Latinas and Cervical Cancer in Texas: A Public Health Crisis 2* (2013), latinainstitute.org/sites/default/files/publications/fact-sheets/Latinas-and-Cervical-Cancer-in-Texas-NLIRH-Fact-Sheet-January-2013.pdf (Datos del Texas Cancer Registry para los años 2000-2009. Nótese que los datos proporcionados por la Veterans Health Administration y hospitales militares para 2008-2009 están incompletos. Por consiguiente, el número de casos y tasas de incidencia para 2008-2009 están subestimadas y se deben interpretar con precaución. Datos ajustados por edad conforme a la norma poblacional para el año 2000).

³⁴ Cancer Prevention & Research Inst. of Texas, *Cervical Cancer in Texas: A Closer Look* at 3 (2010), www.cpr.it.state.tx.us/images/uploads/report_cervical_a_closer_look.pdf. *Ver además* Texas DSHS, *Texas Chronic Disease Burden Report* 23 (2010), www.dshs.state.tx.us/diabetes/tdccdata.shtm.

³⁵ Las disposiciones de este cuerpo legal se han dado en llamar “reforma de la asistencia social.”

³⁶ 8 U.S.C. §§ 1611-13 (1996).

³⁷ Ctr. for Public Pol'y Priorities, *The Texas Health Care Primer* at 43 (2011), library.cppp.org/files/3/TxHlthPrimer_2011_Side_by_Side.pdf; *ver además* Nat'l Immigrant Law Ctr., Medical Assistance Programs for Immigrants in Various States, *en* www.nilc.org/document.html?id=159 (consult. 26 sep. 2013).

³⁸ Cubre el parto, atención pre y postnatal y servicios de planificación familiar hasta 60 días después del parto. *Ver* State Policies in Brief, *Medicaid Family Planning Eligibility Expansions*, GUTTMACHER INST. 2 (2013). Texas ha resuelto participar en el programa de Medicaid de urgencia que amplía las prestaciones de planificación familiar a mujeres sin seguro cuyos ingresos lleguen hasta el 185% del nivel de pobreza. En el 2010 Medicaid financió cerca del 57% de los partos ocurridos en el estado, de los cuales la mitad correspondían a mujeres nacidas en el extranjero. Com. Est. de Salud y Servs. Humanos, Medicaid and Healthy Babies, Address at Expert Panel Meeting Summary (6-7 ene. 2011) (*en* alt.coxnewsweb.com/statesman/politifact/012011_hhscmedicaidhealthybabies/presentation.pdf); *ver además* Thanh Tan, *Texas*

'Border' Checkpoints Deter Noncitizens Seeking Second-Trimester Abortions, Texas Tribune (24 ago. 2012), newamericamedia.org/2012/08/border-checkpoints-deter-noncitizens-seeking-lat-er-abortions.php; PolitiFact Texas, *Democratic Legislators Say More Than Half of Texas Births Funded by Medicaid*, AUSTIN-AMERICAN STATESMAN, www.politifact.com/texas/statements/2012/mar/24/elliott-naishtat/democratic-legislators-say-more-half-texas-births/.

³⁹ Una norma federal del año 2002 respecto del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) concede a los estados la opción de otorgar atención prenatal, sin importar la situación migratoria, debido el carácter de “vida en formación” del feto. 42 CFR § 457.622 (2012); *ver además* Kinsey Hasstedt, *Toward Equity and Access: Removing Legal Barriers to Health Insurance Coverage for Immigrants*, 16 Guttmacher Pol'y Review 2-3 (2013), www.guttmacher.org/pubs/gpr/16/1/index.html. Texas es uno de los 15 estados que optó por ampliar la cobertura, aunque declinó la opción concedida en el 2009 al renovarse el programa CHIP de atender a las embarazadas de escasos recursos -no sólo al feto- que carecían de beneficios por no tener cinco años en el país. Al respecto, en particular los beneficios para las inmigrantes legales, *ver* Ctr. for Children & Families, *The Children's Health Insurance Program Reauthorization Act of 2009: Overview and Summary* (2009), ccf.georgetown.edu/index/chip-law.

⁴⁰ Entre 1994 y 2005 la afiliación de inmigrantes legales a CHIP y Medicaid bajó del 26 al 17%, lo que tuvo el efecto imprevisto de reducir la afiliación entre residentes legales que no debieran haberse visto afectados por los nuevos criterios (la cifra bajó de 41 a 22%). Adam Sonfield, Impact of Anti-Immigrant Policy, *supra*, nota 21, p. 7, 8 (2007).

⁴¹ Kaiser Comm'n on Medicaid & the Uninsured, *Community Health Centers: The Challenge of Growing to Meet the Need for Primary Care in Medically Underserved Communities* 3, 13 (2012).

⁴² Yasmeen Abutaleb, *U.S. community health centers eye Obamacare's newly insured*, REUTERS (14 JUL. 2013), www.reuters.com/article/2013/07/14/us-usa-healthcare-community-idUSBRE96D03U20130714.

⁴³ Memorandum from Janet Napolitano, Sec. of U.S. Dep't of Homeland Security, Exercising Prosecutorial Discretion with Respect to Individuals Who Came to the United States as Children (15 jun. 2012), *en* www.dhs.gov/xlibrary/assets/s1-exercising-prosecutorial-discretion-individuals-who-came-to-us-as-children.pdf.

⁴⁴ Propuesta normativa 78 Reg. Fed. 4613, (22 ene. 2013) (a ser codificada en 42 CFR §435.4(4)(vi)) y enmiendas a la norma provisoria, 77 Reg. Fed. 52614 (30 ago. 2012) (a ser codificada en 45 CFR §152.2(8)). El 30 de agosto del 2012 el gobierno promulgó la norma provisoria con efecto inmediato.

⁴⁵ Jeanne Batalova & Michelle Mittelstadt, *Relief from Deportation: Demographic Profile of the DREAMers Potentially Eligible under the Deferred Action Policy*, MIGRATION POL'Y INST. 7 (2012), www.migrationpolicy.org/pubs/FS24_deferredaction.pdf.

⁴⁶ El Immigration Policy Center estima que el 68% de los potenciales beneficiarios proviene de México y el 13% de norte y centroamérica y el Caribe. Am. Immigration Council, *Who and Where the DREAMers Are: A Demographic Profile of Immigrants Who Might Benefit from the Obama Administration's Deferred Action Initiative*, IMMIGR. POL'Y CTR. 4 (2012), www.immigrationpolicy.org/sites/default/files/docs/who_and_where_the_dreamers_are_0.pdf.

⁴⁷ Texas comparte el lugar 48 como estado con la menor cobertura de Medicaid entre la población de escasos recursos. El Programa de Salud de la Mujer y su continuador, el Programa Estatal de Salud de la Mujer, atienden a mujeres mayores de 18 que ganen hasta el 185% del nivel de pobreza que fija el gobierno federal y que tengan al menos cinco años de residencia legal en Texas. TEXAS LEGISLATIVE STUDY GROUP, TEXAS ON THE BRINK: A REPORT FROM THE TEXAS LEGISLATIVE STUDY GROUP ON THE STATE OF OUR STATE, 83rd Sess., 2 (2013), *en* leafmedium-live.s3.amazonaws.com/blog/texaslsg/TexasOnTheBrink2013.pdf.

⁴⁸ Crystal Conde, *Physicians Worry About Women's Access to Care*, 108(7) TEX MED. 18-25 (2012), www.texmed.org/Template.aspx?id=24707#st-hash.cp6ROmCI.dpuf; Kari White et al., *Cutting Family Planning in Texas*, 367(13) New Engl. J. Med. 1179 (2012) [en adelante, White, Cutting Family Planning].

⁴⁹ Ley del 31 de mayo del 2011, ch. 1355, 2011 Tex. Gen. Laws 4025, 4228 (en vigor desde el 1 sep. 2011).

⁵⁰ En vigor desde el 1 sep. 2005, ch. 816, § 1(h), 2005 Tex. Gen. Laws 2818; TEX. ADMIN. CODE §§354.1361-64 (2012).

⁵¹ Planned Parenthood impugnó la norma ante tribunales, pero una corte de apelaciones federal la consideró constitucional. Planned Parenthood Ass'n of Hidalgo Cnty. Texas Inc. v. Suehs, 828 F.Supp.2d 872 (W.D. Tex. 2012), *insubsistente y devuelta*, 692 F.3d 343 (5th Cir. 2012) (dice el fallo: “Texas puede negar fondos del Programa de Salud de la Mujer a quienes promuevan el aborto electivo a través de una señalética reconocible”).

⁵² TEX. HUM. RES. CODE ANN. §32.0248(A) (2005).

⁵³ En el 2011 los centros médicos de Planned Parenthood atendieron al 45% de las beneficiarias del Programa de Salud de la Mujer, lo que los convirtió en el principal prestador de servicios médicos del estado. Peter Shin ET AL., *Deteriorating Access to Women's Health Services in Texas: Potential Effects of the Women's Health Program Affiliate Rule*, Dep't of Health Pol'y, George Washington Univ. Sch. of Pub. Health & Health Servs. 13 (2012), www.rchnfoundation.org/wp-content/uploads/2013/02/Texas-WHP-study-FINAL-FINAL-pdf-10.10.12.pdf.

⁵⁴ Ley de Seguridad Social §2105(c)(7)(a)-(c), 42 U.S.C. §1397(e)(e) (2006), *en* www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title21/2105.htm; *ver además* Texas Women's Healthcare Coalition, *Texas Women's Healthcare in Crisis* 6 (2013), www.texaswhc.org/wp-content/uploads/2013/01/Texas-Womens-Healthcare-in-Crisis.pdf; Tex. Health and Hum. Res. Comm'n, *Rider 48 Report: 2011 Annual*

Savings and Performance Report for the Women's Health Program 3 (2012), *en* www.hhsc.state.tx.us/reports/2013/Rider-48-Annual-Report.pdf.

⁵⁵ Jordan Smith, *State Blackmail on Health Care Funds?*, AUSTIN CHRONICLE (28 de junio del 2013), www.austinchronicle.com/news/2013-06-28/state-blackmail-on-health-care-funds; Carolyn Jones, *Texas Women's Health Advocates to Bypass State in Bid for Federal Funds*, Texas Observer (Nov. 19, 2012), www.texasobserver.org/texas-womens-health-advocates-to-bypass-state-in-bid-for-federal-funds.

⁵⁶ Becca Aaronson, *Legislature Restores Some Family Planning Cuts*, N.Y. TIMES (8 DE AGOSTO DEL 2013), www.nytimes.com/2013/08/09/us/legislature-restores-some-family-planning-cuts.html?pagewanted=all.

⁵⁷ Univ. of Texas Population Research Ctr., TXPEP Family Planning Data Finder, *State: DSHS Family Planning Clinic Closure*, www.prc.utexas.edu/txpep/#state (consult. 19 sep. 2013) [en adelante TXPEP Family Planning Data Finder].

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ Texas Pol'y Evaluation Project, *Survey of Reproductive Health Clinics in Texas Research Brief* (2013), www.utexas.edu/cola/orgs/txpep/_files/pdf/TxPEP-ResearchBrief-SurveyofReproductive-HealthClinics.pdf [en adelante TXPEP, Survey of Reproductive Health Clinics].

⁶⁰ Al dejar de percibir fondos en virtud del Título X, a estos establecimientos deja de hacérsele exigible la norma de confidencialidad que dispone dicho cuerpo legal y que incluye a adolescentes que solicitan servicios por cuenta propia. Esta norma federal prima sobre normas como la del estado de Texas que exige autorización paterna a los menores de 18 que soliciten anticonceptivos. *Ver ibid.* (donde se muestra que el 40% de las organizaciones que proporcionan servicios de planificación familiar exigen autorización paterna a los adolescentes, cifra que sólo llegaba al 25% antes de los recortes presupuestarios).

⁶¹ TXPEP Family Planning Data Finder, *supra*, nota 57 (consult. 30 sep. 2013) (donde se muestra que el número de atenciones del Departamento Estatal de Servicios de Salud disminuyó de 234.738 en 2010 a 90.681 en 2012).

⁶² Mientras la demanda por anticonceptivos de bajo costo aumentaba en un 30% en 2000-2010, la cantidad de clínicas que proporcionan el servicio disminuyó en un 12% en 2001-2010, período en el cual el número de mujeres que recibieron anticonceptivos financiados con fondos públicos cayó en un 20%. Frost, Contraceptive Needs, *supra*, nota 25, p. 16-17; *ver además* TXPEP Family Planning Data Finder, *supra*, nota 57 (donde se muestra que en el 2010 el Programa de Planificación Familiar del Departamento Estatal de Servicios de Salud realizó 234.738 atenciones) (consult. 20 sep. 2013).

⁶³ TXPEP Family Planning Data Finder, *supra*, nota 57; *County: DSHS Family Planning Clinic Closures*, <http://www.prc.utexas.edu/txpep/#county>.

⁶⁴ TXPEP, *How Abortion Restrictions would Impact*

Five Areas of Texas 3 (2013), www.utexas.edu/cola/orgs/txpep/_files/pdf/ImpactBrief-Proposed-HB2-SB1AbortionBill.pdf.

⁶⁵ White, Cutting Family Planning, *supra*, nota 48, p. 1179-80.

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ TXPEP Family Planning Data Finder: County, *supra*, nota 63. Nota: No incluye atenciones a través del Programa de Salud de la Mujer.

⁶⁸ Becca Aaronson, *Restoring Family Planning Services through Primary Care*, TEXAS TRIBUNE (1 DE MARZO DEL 2013), www.texastribune.org/2013/03/01/restoring-family-planning-services-through-primary.

⁶⁹ *Ver* 25 TEX. ADMIN. CODE. §39.6 (2013); Texas Women's Healthcare Coalition, *Legislature Restores Funding for Preventive Care* 1 (2013), www.texas-whc.org/wp-content/uploads/2013/06/TWHC-Post-Session-1Pager-Final.pdf [en adelante TWHC, Legislature Restores Funding]. Este programa contrata a consultorios de salud primaria y organizaciones sin fines de lucro para entregar servicios básicos de salud, incluyendo de planificación familiar, a personas que ganen hasta el 150% del nivel de pobreza que fija el gobierno federal. *Ver además* Texas DSHS, Primary Health Care in Texas, www.dshs.state.tx.us/phc.

⁷⁰ TWHC, Legislature Restores Funding, *supra*, nota 69, p. 1.

⁷¹ *Ibid.*

⁷² En el 2011 las clínicas de Planned Parenthood atendieron al 45% de las beneficiarias del Programa de la Salud de la Mujer. Un estudio independiente de la Universidad George Washington estima que la regla del nexo institucional podría dejar fuera del sistema a 52.000 mujeres, casi la mitad de las que atiende el Programa Estatal de la Salud de la Mujer. Peter Shin ET AL., *An Early Assessment of the Potential Impact of Texas' "Affiliation" Regulation on Access to Care for Low-income Women*, DEP'T OF HEALTH POL'Y, THE GEORGE WASHINGTON UNIV. SCH. OF PUB. HEALTH & HEALTH SERVS. 2 (2012) [en adelante GW Early Assessment Report].

⁷³ *Ibid.*, p. 8.

⁷⁴ Southmost (Cameron) y Generation Y (McAllen) (contacto personal con investigadores de TXPEP en la Universidad de Texas, Austin, 23 de julio del 2013).

⁷⁵ GW Early Assessment Report, *supra*, nota 72, p. 9 (donde se muestra que en 2010 los consultorios del Programa de la Salud de la Mujer realizaron 10.130 atenciones frente a 51.953 en las clínicas de Planned Parenthood).

⁷⁶ Susan Wood ET AL., *Health Center and Family Planning: Results of a Nationwide Survey*, DEP'T OF HEALTH POL'Y, GEORGE WASHINGTON UNIV. SCH. OF PUB. HEALTH & HEALTH SERVS. (2013), www.rchnfoundation.org/wp-content/uploads/2013/04/Health_Centers_and_Family_Planning-final-1.pdf.

⁷⁷ Rachel Benson Gold, *Besieged Family Planning Network Plays Pivotal Role*, 16(1) GUTTMACHER POL'Y REVIEW 14 (2013), www.guttmacher.org/pubs/

gpr/16/1/gpr160113.pdf; Jennifer Frost, et al., *Specialized Family Planning Clinics in the United States: Why Women Choose Them and Their Role in Meeting Women's Health Care Needs*, 22(6) Women's Health Issues 520, 523-24 (2012), download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/1049-3867/PIIS1049386712000734.pdf.

⁷⁸ La pérdida de los fondos otorgados en virtud del Título X tiene otros efectos para las clínicas con contratos vigentes con el Departamento Estatal de Servicios de Salud. En efecto, además de perder parte de su presupuesto, dejan de tener la posibilidad de adquirir medicamentos con descuento, lo que les permitía mantener una amplia gama de anticonceptivos y adecuar su prescripción a las necesidades de cada mujer. White, Cutting Family Planning, *supra*, nota 48; Texas Policy Evaluation Project, *Postpartum Contraception Access in Austin: Research Brief* (2013), www.utexas.edu/cola/orgs/txpep/_files/pdf/TxPEP-ResearchBrief-PostpartumContraceptionAccess.pdf (donde se señala que la falta de seguro, la imposibilidad de costear el copago y los problemas para llegar a una clínica eran las principales trabas para el uso de la esterilización o de métodos anticonceptivos de acción prolongada).

⁷⁹ Jordan Smith, *Texas Women's Health Care: Costs More, Does Less*, AUSTIN CHRONICLE (30 nov. 2012), www.austinchronicle.com/blogs/news/2012-11-30/texas-womens-health-care-costs-more-does-less.

⁸⁰ Edinburg, entrevista 6.

⁸¹ Grupo focal en Brownsville (5 dic. 2012).

⁸² Brownsville, entrevista 7.

⁸³ Grupo focal en Edinburg (7 dic. 2012).

⁸⁴ Grupo focal en Brownsville (5 dic. 2012).

⁸⁵ Brownsville, entrevista 2.

⁸⁶ Brownsville, entrevista 6; Mercedes, entrevista 1.

⁸⁷ Grupo focal en Río Grande.

⁸⁸ Brownsville, entrevista 4.

⁸⁹ Mission, entrevista 2.

⁹⁰ Grupo focal en Edinburg (7 dic. 2012).

⁹¹ Brownsville, entrevista 13; Edinburg, entrevista 5.

⁹² Grupo focal en Mission (5 dic. 2012).

⁹³ Brownsville, entrevista 3.

⁹⁴ San Juan, entrevista 4.

⁹⁵ Brownsville, entrevista 5.

⁹⁶ Brownsville, entrevistas 12 y 13.

⁹⁷ Brownsville, entrevista 6.

⁹⁸ Brownsville, entrevista 11.

⁹⁹ Mission, entrevista 8.

¹⁰⁰ Brownsville, entrevista 7.

¹⁰¹ Grupo focal en Mission (31 ene. 2013).

¹⁰² Grupo focal en Álamo.

¹⁰³ Brownsville, entrevista 10.

¹⁰⁴ Brownsville, entrevista 14.

¹⁰⁵ Brownsville, entrevista 9.

¹⁰⁶ Brownsville, entrevista 10.

¹⁰⁷ Mission, entrevista 1.

¹⁰⁸ La Comisión Estatal de Salud y Servicios Humanos y el programa Pasos Sanos de Texas ofrecen transporte gratis a beneficiarios de los planes médicos y dentales de Medicaid que carezcan de medios para llegar a una cita. El servicio sólo reembolsa a los afiliados a Medicaid y no paga por adelantado el transporte de personas adultas. *Ver* Com. Est. de Salud y Servs. Humanos y Pasos Sanos de Texas, Transporte gratis de Medicaid: El remedio para no perder citas médicas (2010), www.txhealthsteps.com/static/mtp/_pdf/STEPS-0267_DeskReference_Spn_lo.pdf.

¹⁰⁹ Donna, entrevista 3.

¹¹⁰ *Ibíd.*

¹¹¹ Lasara, entrevista 1.

¹¹² Mission, entrevista 4.

¹¹³ Brownsville, entrevista 5.

¹¹⁴ Lasara, entrevista 1.

¹¹⁵ San Juan, entrevista 5.

¹¹⁶ *Ibíd.*

¹¹⁷ Grupo focal en Álamo.

¹¹⁸ Mission, entrevista 9.

¹¹⁹ Edinburg, entrevista 4.

¹²⁰ Lasara, entrevista 1; Brownsville, entrevista 12.

¹²¹ Álamo, entrevista 1.

¹²² *Ver* Adam Isacson y Maureen Meyer (Washington Office on Latin America), *Beyond the Border Build-up: Security and Migrants along the U.S.-Mexico Border* 5 (2012), www.wola.org/files/Beyond_the_Border_Buildup_FINAL.pdf. En 2010 la tasa de homicidios era de 3.6 por 100.000 en el lado americano y de 96 en el lado mexicano.

¹²³ Departamento de Estado, Oficina de Asuntos Consulares, *Travel Warning: Mexico*, travel.state.gov/travel/cis_pa_tw/tw/tw_6033.html (actualizado al 12 de julio de 2013).

¹²⁴ Brownsville, entrevista 8.

¹²⁵ Grupo focal en Río Grande (5 dic. 2012).

¹²⁶ *Ibíd.*

¹²⁷ Pharr, entrevista 1.

¹²⁸ Donna, entrevista 3.

¹²⁹ Edinburg, entrevista 1.

¹³⁰ Brownsville, entrevista 11.

¹³¹ Donna, entrevista 2.

¹³² Grupo focal en Río Grande.

¹³³ Mission, entrevista 9.

¹³⁴ San Juan, entrevista 1.

¹³⁵ Lasara, entrevista 4.

¹³⁶ Grupo focal en Brownsville (7 dic. 2012).

¹³⁷ Brownsville, entrevista 4.

¹³⁸ Mission, entrevista 7.

¹³⁹ Brownsville, entrevista 12.

¹⁴⁰ Brownsville, entrevista 3.

¹⁴¹ Grupo focal en Brownsville (5 dic. 2012).

¹⁴² Grupo focal en Álamo.

¹⁴³ Grupo focal en Brownsville (5 dic. 2012).

¹⁴⁴ Grupo focal en Donna.

¹⁴⁵ Brownsville, entrevista 4.

¹⁴⁶ Brownsville, entrevista 11.

¹⁴⁷ Mission, entrevista 1.

¹⁴⁸ San Juan, entrevista 2.

¹⁴⁹ San Juan, entrevista 4.

¹⁵⁰ San Juan, entrevista 5.

¹⁵¹ Mission, entrevista 6.

¹⁵² Mission, entrevista 2.

¹⁵³ Brownsville, entrevista 12.

¹⁵⁴ San Juan, entrevista 4.

¹⁵⁵ San Juan, entrevista 5.

¹⁵⁶ Brownsville, entrevista 1.

¹⁵⁷ Brownsville, entrevista 12.

¹⁵⁸ Mission, entrevista 6.

¹⁵⁹ Grupo focal en Edinburg (7 dic. 2012).

¹⁶⁰ Grupo focal en San Juan.

¹⁶¹ Grupo focal en Brownsville (5 dic. 2012).

¹⁶² *ibíd.*

¹⁶³ Lasara, entrevista 1.

¹⁶⁴ Brownsville, entrevista 13.

¹⁶⁵ *Ibíd.*

¹⁶⁶ *Ibíd.*

¹⁶⁷ Brownsville, entrevista 6.

¹⁶⁸ Álamo, entrevista 1.

¹⁶⁹ San Juan, entrevista 4.

¹⁷⁰ Edinburg, entrevista 6.

¹⁷¹ Lasara, entrevista 2.

¹⁷² Brownsville, entrevista 3.

¹⁷³ Grupo focal en Álamo.

¹⁷⁴ Grupo focal en Río Grande.

¹⁷⁵ Grupo focal en Álamo.

¹⁷⁶ Grupo focal en Edinburg (7 dic. 2012).

¹⁷⁷ Edinburg, entrevista 5.

¹⁷⁸ Grupo focal en Donna.

¹⁷⁹ Grupo focal en Brownsville (5 dic. 2012).

¹⁸⁰ Mission, entrevista 2.

¹⁸¹ Grupo focal en Río Grande.

¹⁸² Mission, entrevista 5.

¹⁸³ Edinburg, entrevista 2.

¹⁸⁴ Donna, entrevista 3.

¹⁸⁵ Brownsville, entrevista 2.

¹⁸⁶ Mission, entrevista 5.

¹⁸⁷ Brownsville, entrevista 6.

¹⁸⁸ Pacto internacional de derechos civiles y políticos, *aprobado el* 16 dic. 1966, Res. A.G. 2200A (XXI), DOAG ONU, 21^{er} Período de Sesiones, Supl. N° 16 at 52, arts. 2(1), 6(1), 17, Doc. ONU A/6316 (1966), 999 S.T.N.U. 171 (*en vigor desde el* 23 mar. 1976) [en adelante PIDCP]; Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, *aprobada el* 21 dic. 1965, Res. A.G. 2106 (XX), Anexo, DOAG ONU, 20° Período de Sesiones, Supl. N° 14 at 47, art. 5(e)(iv), Doc. ONU A/6014 (1966), 660 S.T.N.U. 195, (*en vigor desde el* 4 ene. 1969) [en adelante ICERD]; Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, *aprobada el* 18 dic. 1979, Res. A.G. 34/180, DOAG ONU, 34° Período de Sesiones, Supl. (N° 46) at 193, arts. 1, 10, 12, Doc. ONU A/34/46, 1249 S.T.N.U. 13, 19 I.L.M. 33 (1980), (*en vigor desde el* 3 sep. 1981) [en adelante CEDAW]; Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, *aprobado el* 16 dic. 1966, Res. A.G. 2200A (XXI), DOAG ONU, 21er Período de Sesiones, Supl. N° 16 at 49, arts. 2(2), 12, Doc. ONU A/6316 (1966), 993 S.T.N.U. 3, *reproducido en* 6 I.L.M. (1967) (*en vigor desde el* 3 ene. 1976) [en adelante PIDESC]; *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre*

Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5-13 sep. 1994, Principio 8 y § 7.2, Doc. ONU A/ CONF.171/13/Rev.1 (1995) [en adelante Programa de Acción de la CIPD]; *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, IV Conferencia Mundial de la Mujer*, Beijing, China, 4-15 sep. 1995, § 89-92, Doc. ONU A/CONF.177/20 (1995); *Declaración y Programa de Acción de Viena, Conferencia Mundial de Derechos Humanos*, Viena, Austria, 14-25 jun. 1993, § 18, Doc. ONU A/CONF.157/23 (1993).

¹⁸⁹ Programa de Acción de la CIPD, *supra*, nota 188, § 7.3 (“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.”).

¹⁹⁰ Comité de Derechos Humanos (CDH), *Observación General N° 31: La índole de la obligación jurídica general impuesta a los Estados Partes en el Pacto* (18° Período de Sesiones, 2004), § 3-6, Doc. ONU CCPR/C/21/Rev.1/Add.13 (2004); CDH, *Observación General N° 3: Aplicación a nivel nacional (Art. 2)*, (13^{er} Período de Sesiones, 1981), § 1, *en* RECOPIACIÓN DE LAS OBSERVACIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES GENERALES ADOPTADAS POR ÓRGANOS CREADOS EN VIRTUD DE TRATADOS DE DERECHOS HUMANOS, Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.1, p. 4 (1994).

¹⁹¹ Declaración sobre el derecho y el deber de los individuos, los grupos y las instituciones de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales universalmente reconocidos, *aprobada el* 8 mar. 1999, Res. A.G. 53/144, Anexo, 53 DOAG ONU Supl., art. 2, Doc. ONU A/RES/53/144 (1999).

¹⁹² La firma supone el deber de respetar el objeto y propósito del tratado. Convención de Viena sobre el derecho de los tratados, art. 18, 23 mayo 1969, 1155 S.T.N.U. 331, *reproducida en* 8 I.L.M. (*en vigor desde el* 27 ene. 1980).

¹⁹³ Declaración Universal de Derechos Humanos, *aprobada el* 10 dic. 1984, art. 3, Res. A.G. 217A(III), Doc. ONU A/810 (1948) [en adelante DUDH]; PIDCP, *supra*, nota 188, art. 6(1), Convención sobre los derechos del niño, art. 6, *aprobada el* 20 nov. 1989, Res. A.G. 44/25, Anexo, DOAG ONU, 44° Período de Sesiones, Supl. N° 49, Doc. ONU A/44/49 (1989), *reproducida en* 28 I.L.M. 1448 (*en vigor desde el* 2 sep. 1990) [en adelante Convención del niño]; Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, art. 10, *aprobada el* 13 dic. 2006, Res. A.G. 61/106, Doc. ONU A/RES/61/106 (2006), 1249 S.T.N.U. 13 (*en vigor desde el* 3 mayo 2008) [en adelante Convención sobre personas con discapacidad].

¹⁹⁴ CDH, *Observación General N° 6: Derecho a la vida (Artículo 6)*, (16° Período de Sesiones, 1982), § 1, *en* RECOPIACIÓN DE LAS OBSERVACIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES GENERALES ADOPTADAS POR ÓRGANOS CREADOS EN VIRTUD DE TRATADOS DE DERECHOS HUMANOS, Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I) (2008), p. 176; CDH, *Observación General N° 28: La igualdad de derechos entre hombres y mujeres (Art. 3)*, (68° Período de Sesiones), § 10, Doc. ONU CCPR/C/21/Rev.1/Add.10 (2000), *en* RECOPIACIÓN DE LAS OBSERVACIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES GENERALES ADOPTADAS POR ÓRGANOS CREADOS EN VIRTUD DE TRATADOS DE DERECHOS HUMANOS, Doc. ONU HRI/GEN/1Rev.5 (2001), p. 1668 [en adelante, CDH, Observación General N° 28]; *ver además Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Sra. Radhika Coomaraswamy, preparado de conformidad con la resolución 1997/44 de la Comisión de Derechos Humanos - Adición - Políticas y prácticas que repercuten sobre los derechos reproductivos de la mujer y contribuyen a la violencia contra la mujer, la causan o la constituyen*, § 66, Doc. ONU E/CN.4/1999/68/Add.4 (21 ene. 1999) [en adelante Informe RE sobre VCM] (donde se señala: “El hecho de que el gobierno no adopte medidas positivas para garantizar el acceso a los servicios apropiados de cuidados sanitarios que permiten a la mujer tener partos en condiciones de seguridad, así como un aborto en condiciones de seguridad cuando está embarazada contra su voluntad, puede constituir una violación del derecho a la vida...”).

¹⁹⁵ *Ver, p. ej.*, PIDESC, art. 12; ICERD, art. 5; CEDAW, *supra*, nota 188, arts. 12 y 14; Convención del niño, art. 24; Convención sobre personas con discapacidad, art. 25. *Ver además* DUDH, art. 25(1).

¹⁹⁶ Comité de derechos económicos, sociales y culturales (Comité de DESC), *Observación General N° 14, Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Art. 12)*, § 12, Doc. ONU E/C.12/2000/4 (2000) [en adelante Comité de DESC, Observación General N° 14].

¹⁹⁷ *Ibíd.*

¹⁹⁸ Comité de la CEDAW (CEDAW), *Recomendación General N° 24, Artículo 12 de la Convención (Mujer y salud)* (20° Período de Sesiones), Doc. ONU A/54/38/Rev.1, cap. I (1999), *en* RECOPIACIÓN DE LAS OBSERVACIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES GENERALES ADOPTADAS POR ÓRGANOS CREADOS EN VIRTUD DE TRATADOS DE DERECHOS HUMANOS (VOL. II), Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008) AT 358, § 1 [EN ADELANTE CEDAW, *Recomendación General N° 24*]; Comité de DESC, Observación General N° 14, *supra*, nota 196, § 8.; Informe del Relator Especial sobre el derecho a la salud, Sr. Anand Grover, *Informe sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, § 6, Doc. ONU A/66/254 (3 ago. 2011) [en adelante RE Salud - Informe Anual 2011].

¹⁹⁹ *Ver* Programa de Acción de la CIPD, *supra*, nota 188, § 7.3 (donde se afirma que “El propósito de los programas de planificación de la familia debe ser permitir a las parejas y las personas decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de los hijos y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose de que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición

una gama completa de métodos seguros y eficaces”). La primera instancia en reconocer este derecho fue la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán, seguida en 1974 por la Conferencia Mundial de Población de Bucarest. Este derecho fue codificado por primera vez en 1994 por el Programa de Acción de la CIPD (Principio 8 y § 7.12), seguido por la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial de la Mujer realizada en Beijing en 1995.

²⁰⁰ CEDAW, art. 12; CEDAW, *Recomendación General N° 21: La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares*, (13^{er} Período de Sesiones 1994), *en* RECOPIACIÓN DE LAS OBSERVACIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES GENERALES ADOPTADAS POR ÓRGANOS CREADOS EN VIRTUD DE TRATADOS DE DERECHOS HUMANOS (Vol. II), Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (1994), p. 337, § 22, (donde se señala que “...las mujeres deben tener información acerca de las medidas anticonceptivas y su uso, así como garantías de recibir educación sexual y servicios de planificación de la familia”); CDH, *Observaciones Finales: Filipinas*, Doc. ONU CCPR/C/PHL/CO/4, § 13 (2012); CDH, *Observaciones Finales: Perú*, Doc. ONU CCPR/C/PER/5, § 14 (donde se insta al gobierno a garantizar el acceso gratuito a la anticoncepción de emergencia u objeto de reducir la mortalidad materna producto de los abortos realizados en condiciones inseguras); Comité de DESC, Observación General N° 14, *supra*, nota 196, § 14, 21; Informe RE sobre VCM, *supra*, nota 194, § 76; Informe RE Salud 2011, *supra*, nota 198, § 65.

²⁰¹ *Ver, p. ej.*, CEDAW, *Observaciones Finales: Hungría*, § 254, Doc. ONU A/51/38 (1996); *Kazajstán*, § 105-06, Doc. ONU A/56/38 (2001); *Eslavaquia*, § 42-43, Doc. ONU CEDAW/C/SVK/CO/4 (2008). *Ver además* CDH, *Observaciones Finales: Polonia*, § 9, Doc. ONU CCPR/CO/82/POL (2004); Comité de Derechos del Niño (CDN), *Observación General N° 3: El VIH/SIDA y los derechos del niño*, § 20, Doc. ONU CRC/GC/2003/3 (2003); Comité de DESC, Observación General N° 14, *supra*, nota 196, § 12(b)(iii), 43; Asamb. Parl. Eur., Resolución 1607: Acceso a un aborto sin riesgo y legal en Europa, § 7.6, (2008), *en assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta08/ERES1607.htm*; Informe RE Salud 2011, *supra*, nota 199, § 11. *Ver además* Organización Mundial de la Salud (OMS), *Hoja Informativa N° 31: Derecho a la salud*, 15 [en adelante Hoja Informativa OMS].

²⁰² CEDAW, art. 14(2)(b) (donde se señala que los gobiernos tienen el deber de garantizar a las mujeres de zonas rurales “...acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia...”); Comité de DESC, *Observaciones Finales: Colombia*, § 775, E/2002/22 (2001); Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CEDR), *Observaciones Finales: Colombia*, § 22, CERD/C/COL/CO/14 (2009). *Ver además* CEDAW, *Observaciones Finales: Armenia*, § 58, A/57/38 parte III (2002); *Uganda*, § 152, A/57/38 parte III (2002); *Guatemala*, § 195, A/57/38 parte III (2002); *Yemen*, § 400, A/57/38 parte III (2002).

²⁰³ Comité de DESC, Observación General N° 14, *supra*, nota 196, § 36-37.

²⁰⁴ *Ibid.*, § 21.

²⁰⁵ *Ibid.*; CDH, *Observaciones Finales: Jamaica*, § 14, CCPR/C/JAM/CO/3 (2011); *Filipinas*, Doc. ONU CCPR/C/PHL/CO/4, § 13 (2012) (donde se insta al gobierno local de Manila a revocar la prohibición de financiar y distribuir anticonceptivos).

²⁰⁶ Comité de DESC, Observación General N° 14, *supra*, nota 196, § 12(b), 19.

²⁰⁷ *Ibid.*, § 11.

²⁰⁸ PIDCP, arts. 2, 3; ICERD, arts. 2, 5; CEDAW, arts. 10, 11, 12, 14(2); PIDESC, art. 2(2), 10(3), 12.

²⁰⁹ CDH, Observación General N° 28, *supra*, nota 194, § 30 (“La discriminación contra la mujer suele estar íntimamente vinculada con la discriminación por otros motivos como la raza, el color, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”).

²¹⁰ *Ibid.*, § 3; Comité de DESC, *Observación General N° 20: La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (art. 2, § 2)*, § 8, Doc. ONU E/C.12/GC/20 (2009); Comité de DESC, *Observación General N° 16: Artículo 3: Igualdad de derechos del hombre y la mujer al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales* (34^o Período de Sesiones, 2005), § 7, Doc. ONU E/C.12/2005/3. *Ver además* CEDAW, *Recomendación General N° 25 sobre el párrafo 1 del art. 4 sobre medidas especiales de carácter temporal*, *en* RECOPIACIÓN DE LAS OBSERVACIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES GENERALES ADOPTADAS POR ÓRGANOS CREADOS EN VIRTUD DE TRATADOS DE DERECHOS HUMANOS, § 4, 10, Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.7, p. 282 (2004).

²¹¹ CEDAW, *Comunicación N° 17/2008, Maria de Lourdes da Silva Pimentel v. Brasil*, Doc. ONU CEDAW/C/49/D/17/2008 (2011) (donde se dictamina que Brasil incumplió su obligación de prevenir la discriminación en el sistema de salud materno-infantil, causando la muerte de una mujer afrodescendiente).

²¹² CDH, *Observaciones Finales: Canadá*, § 20, Doc. ONU CCPR/C/79/Add.105 (1999).

²¹³ CEDAW, *Comunicación N° 22/2009, L.C. v. Perú*, Doc. ONU CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011) (donde se dictamina que Perú violó el derecho de la peticionaria a la no discriminación y la igualdad al no establecer un marco legal que permita a la mujer ejercer su derecho legal al aborto terapéutico, dejando a L.C. a merced de los prejuicios de los médicos y denegándole el procedimiento adecuado y oportuno a que tenía derecho conforme a la ley).

²¹⁴ CDH *Observaciones Finales: Filipinas*, Doc. ONU CCPR/C/PHL/CO/4, § 13 (2012).

²¹⁵ CDH *Observaciones Finales: Polonia*, § 9, Doc. ONU CCPR/CO/82/POL (2004); CDH, *Observaciones Finales: Polonia*, § 11, Doc. ONU CCPR/C/79/Add.110 (1999); *Argentina*, § 14, Doc. ONU CCPR/CO/70/ARG (2000); *Georgia*, § 12, Doc. ONU CCPR/C/79/Add.75 (1997); *Perú*, Doc. ONU CCPR/C/PER/CO/5, § 14 (2013). *Ver además* CEDAW, Recomendación General N° 24, *Mujer y salud* (20^o Período de Sesiones, 1999), Doc. ONU A/54/38, p. 5 (1999), *en* RECOPIACIÓN DE LAS OBSERVACIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES GENERALES

ADOPTADAS POR ÓRGANOS CREADOS EN VIRTUD DE TRATADOS DE DERECHOS HUMANOS, § 21, p. 271, Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.6 (2003).

²¹⁶ CEDR, *Observaciones Finales: Estados Unidos*, § 33, Doc. ONU CERD/C/USA/CO/6 (2008); *ver además* CEDAW, *Observaciones Finales: Chipre*, CEDAW/C/CYP/CO/6-7, § 30 (2013); *Hungría*, § 31, Doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013); *Liechtenstein*, CEDAW/C/LIE/CO/4, § 39 (2011).

²¹⁷ CEDR Observaciones Finales: Estados Unidos, § 33, Doc. ONU CERD/C/USA/CO/6 (2008).

²¹⁸ PIDCP, art. 2(1) (énfasis fuera del texto original); *ver además* CDH, *Observación General N° 15: La situación de los extranjeros con arreglo al Pacto* (1986), *en* RECOPIACIÓN DE LAS OBSERVACIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES GENERALES ADOPTADAS POR ÓRGANOS CREADOS EN VIRTUD DE TRATADOS DE DERECHOS HUMANOS, § 1, 4, Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.6, p. 140 (2003) (“En general, los derechos reconocidos en el Pacto son aplicables a todas las personas, independientemente de la reciprocidad, e independientemente de su nacionalidad o de que sean apátridas” y “[E]l Pacto otorga plena protección a los extranjeros respecto de los derechos en él garantizados y sus disposiciones deben ser respetadas por los Estados Partes en su legislación y en la práctica, según proceda.”).

²¹⁹ *Ver* CEDAW, *Observación General N° 26 Recomendación General N° 26 sobre las trabajadoras migratorias*, Doc. ONU CEDAW/C/2009/WP.1/R, § 17 (2008) (donde se señala que “A menudo, las trabajadoras migratorias son víctimas de desigualdades que ponen en peligro su salud, ya sea porque carecen de acceso a los servicios de salud, incluidos los 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.”).

²²⁰ CDH, *Observaciones Finales: República de Corea*, § 12, Doc. ONU CCPR/C/KOR/CO/3 (2006) (donde se señala que “El Estado Parte debe garantizar a los trabajadores migrantes el goce de los derechos amparados en el Pacto sin discriminación. A ese respecto, debe prestarse particular atención a la igualdad de acceso a los servicios sociales y las instalaciones educativas.”); *Letonia*, § 18, Doc. ONU CCPR/CO/79/LVA (donde expresa “...su preocupación por la perpetuación de una situación de exclusión que impide al sector de la población que no tiene la ciudadanía el disfrute efectivo de muchos derechos consagrados en el Pacto, incluidas [...] las prestaciones sociales” y recomienda al Estado Parte “limitar el número de las demás restricciones impuestas a los no ciudadanos a fin de facilitar su participación en la vida pública de Letonia.”); *Tailandia*, § 23, Doc. ONU CCPR/CO/84/THA (2005) (donde señala su preocupación por “...la falta de una protección plena de los derechos de los trabajadores migratorios declarados y no declarados... en particular en relación con... el acceso a servicios sociales y educativos” y recomienda que “los trabajadores tengan acceso pleno y efectivo a servicios sociales y educativos... y a la documentación personal, de conformidad con el principio de la no discriminación.”).

²²¹ Comité de DESC, Observación General N° 14, *supra*, nota 196, § 34 (señalando que los Estados tienen la obligación de “abstenerse de denegar o limitar —por motivos económicos, físicos o culturales— el acceso igualitario de todas las personas, incluidos... los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos.”). *Ver además* Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes, *Informe Anual del Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes, Sr. Jorge Bustamante, al Consejo de Derechos Humanos*, § 28, Doc. ONU A/HRC/14/30 (16 abr. 2010) (donde se hace hincapié en que, conforme al derecho de los derechos humanos, los Estados tienen la obligación de ir más allá del “mero compromiso de brindar atención de urgencia”, destacando “la importancia crucial de ofrecer a los migrantes atención de salud primaria esencial,” lo que reduce los costos y riesgos para la salud en beneficio de todos).

²²² Comité de DESC, Observación General N° 14, *supra*, nota 196, § 8; Hoja Informativa OMS, *supra*, nota 201, pg. 3.

²²³ *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Sr. Juan E. Méndez, al Consejo de Derechos Humanos*, § 17, Doc. ONU A/HRC/22/53 (1 feb. 2013) [Informe Anual RE Tortura 2013].

²²⁴ *Ibid.*, § 46.

²²⁵ CCT, *Observación General N° 2: Aplicación del artículo 2 por los Estados Partes* (39^o Período de Sesiones, 2007), § 20-23, Doc. ONU CAT/C/GC/2 (2008); Ximenes Lopes v. Brasil, Fondo, reparaciones y costas, Corte Interam. DD.HH., (ser. C) N° 149, § 103 (4 jul. 2006).

²²⁶ *Ver* Informe Anual RE Tortura 2013, *supra*, nota 223, § 18 (donde se señala que en su resolución sobre el caso Peers v. Grecia, App. No. 28524/95, 2001-III, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos falló que puede conculcarse el artículo 3 cuando, aún no siendo el propósito o el objetivo del acto del Estado degradar, humillar o castigar la víctima por acción u omisión, el resultado no fuera otro que ese).

²²⁷ *Ibid.*, § 36-38.

²²⁸ *Ibid.*, § 54.

²²⁹ *Ibid.*, § 49 (citando el caso de K.L. v. Perú, en el que el Comité de Derechos Humanos consideró que negar un aborto terapéutico en casos de violación transgredía el derecho a no ser víctima de malos tratos).

²³⁰ *Ibid.*, § 54-56.

