

La esterilización forzosa de mujeres romaníes en la República eslovaca: ¿no hay discriminación?

Comentario a la sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 8 de noviembre
de 2011 (TEDH 2011\95), *Caso V. C. contra Eslovaquia*

Ariadna Aguilera Rull
Marian Gili Saldaña

Universitat Pompeu Fabra

*Abstract*¹

Este trabajo analiza la sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 8 de noviembre de 2011 (TEDH 2011\95). En ella se plantean las siguientes cuestiones: en primer lugar, si la esterilización de una mujer romaní durante el parto tiene la consideración de trato inhumano o degradante; en segundo lugar, si dicha esterilización constituye un incumplimiento de la obligación de la República eslovaca de garantizar la salud reproductiva de las pacientes de origen étnico romaní y, por tanto, una violación del derecho al respeto de su vida privada y familiar; finalmente, si el origen étnico y el sexo de la paciente condicionaron la decisión de esterilización del personal médico.

This paper analyses the European Court of Human Rights Decision, of 8 November 2011 (TEDH 2011\95). It raises the following issues: firstly, whether the sterilization of a Romani woman during the childbirth may constitute an inhuman or degrading treatment; secondly, whether this sterilization leads to a breach by the Slovak Republic of its duty to guarantee the reproductive health of Romani patients and, therefore, a violation of the right to respect for their private and family life; finally, whether the ethnic origin and sex of the patient determined the sterilization decision by the medical staff.

Title: Forced Sterilization of Romani women in Slovak Republic: isn't there discrimination here?

Palabras clave: esterilización, trato inhumano o degradante, consentimiento informado, derecho al respeto de la vida privada y familiar, discriminación por razón de raza y sexo

Keywords: sterilization, inhuman or degrading treatment, informed consent, right to respect for private and family life, sex and race discrimination

¹ Este comentario se enmarca en la ayuda concedida por la *Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca* al *Grup de recerca en Dret Patrimonial* (2009 SGR 1535), coordinado por el Prof. Dr. Joan EGEA FERNÁNDEZ.

Sumario

1. La esterilización de mujeres romaníes en Eslovaquia: antecedentes y estado de la cuestión
2. Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 8 de noviembre de 2011
 - 2.1. Hechos
 - 2.2. Sentencia del Tribunal de Distrito de Prešov
 - 2.3. Sentencia del Tribunal Regional de Prešov
 - 2.4. Sentencia del Tribunal Constitucional eslovaco
 - 2.5. Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos
 - 2.5.1. La esterilización como trato inhumano o degradante
 - 2.5.2. La esterilización como un incumplimiento del deber de garantizar el respeto de la vida privada y familiar
 - 2.5.3. La esterilización como una práctica discriminatoria por razón de origen étnico y sexo
3. Tabla de sentencias citadas
4. Bibliografía

1. La esterilización de mujeres romaníes en Eslovaquia: antecedentes y estado de la cuestión

La República Eslovaca congrega 5,4 millones habitantes de nacionalidades y grupos étnicos diversos. La mayor parte de la población pertenece a la etnia eslovaca, que convive con un amplio espectro de minorías étnicas: los húngaros son la minoría dominante y, los romanís², el segundo grupo étnico más numeroso del país. El resto de la población la forman minorías como la checa, la rutena, la ucraniana, la alemana, la polaca, la croata, la serbia, la rusa, la judía, la morava y la búlgara.

	2011		2001	
	Total habitantes	%	Total habitantes	%
Eslovacos	4.352.775	80,7	4.614.854	85,8
Húngaros	458.467	8,5	520.528	9,7
Romaníes³	105.738	2,0	89.920	1,7
Checos	30.367	0,6	44.620	0,8
Rutenos	33.482	0,6	24.201	0,4
Otros	33.714	0,6	30.830	0,4
Sin identificar	382.493	7,0	54.502	1,0
Total	5.397.036	100	5.379.455	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la *Statistical Office of the Slovak Republic*⁴

A lo largo de la historia, la minoría romaní en Eslovaquia ha sido víctima de varias formas de discriminación –sobre todo en el ámbito de la educación, la sanidad o el empleo, pero también en el acceso a la vivienda, los servicios públicos o la justicia – por razón de su etnia. Una de las prácticas discriminatorias que más ha preocupado a la comunidad internacional desde finales del siglo XX ha sido la esterilización forzosa de mujeres romaníes.

² El término “romaní” hace referencia a los individuos cuyos ascendientes emigraron a Europa desde el noroeste de la India hace unos mil años. En ocasiones, los romanís son denominados con una connotación peyorativa– “gitanos”. En la actualidad, el pueblo romaní se concentra mayoritariamente en el centro y el este de Europa.

³ Para varias organizaciones no gubernamentales y autoridades europeas, la población romaní alcanza, en realidad, los 520.000 habitantes. Sin embargo, muchos romanís prefieren ocultar su condición por temor a la discriminación racial: SANDOR (2002); CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS / PORADŇA PRE OBČIANSKE A L'UDSKÉ PRÁVA (CENTRE FOR CIVIL AND HUMAN RIGHTS OR PORADŇA) (2003, p. 38).

⁴ STATISTICAL OFFICE OF THE SLOVAK REPUBLIC, *The 2011 Population and Housing Census Results*, Table 11. Population by nationality – 2011, 2001, 1991. Este censo fue elaborado de conformidad con lo dispuesto en la *Ley del Parlamento eslovaco de 18 de junio de 2008, relativa a los censos de población y vivienda*, aprobada a su vez en cumplimiento del Reglamento (CE) núm. 763/2008, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de julio de 2008, relativo a los censos de población y vivienda (DOUE L 218/14, de 13.8.2008).

El origen de la esterilización forzosa se remonta a una Ley alemana de 14 de julio de 1933, que autorizó a todos los territorios ocupados por la Alemania nazi –entre ellos, Checoslovaquia– a esterilizar a mujeres pertenecientes a grupos –como el romaní– considerados étnicamente “inferiores”. Se trataba de evitar, de este modo, que las mujeres romaníes pudieran propagar, mediante la reproducción, la enfermedad de la que –se decía– eran portadoras.

Tras la Segunda Guerra Mundial, el fracaso de cualquier intento por controlar el crecimiento –mediante la planificación familiar y la anticoncepción– de la población romaní llevó al régimen comunista a adoptar medidas, programas y leyes que fomentaran las operaciones de esterilización.

En 1971, el gobierno checoslovaco puso en marcha programas para compensar económicamente a los ginecólogos que practicaran esterilizaciones y a las mujeres que decidieran someterse voluntariamente a las mismas. A fin de incentivar este tipo de intervenciones, el Ministerio de Sanidad de la República Socialista de Eslovaquia aprobó el Reglamento núm. Z-4 582/1972-B/1, de esterilización⁵ (en adelante, Reglamento de Esterilización de 1972).

De acuerdo con las disposiciones del Reglamento, las mujeres solicitantes únicamente podían acudir a la esterilización en dos supuestos:

- (i) Por un lado, cuando dicha intervención era necesaria para poder sanar sus órganos reproductivos [art. 2.a)];
- (ii) Por otro lado, cuando el embarazo o el parto ponían en grave peligro su vida o salud, aun cuando sus órganos reproductivos no estuvieran afectados por una enfermedad [art. 2.b)].

El médico responsable del departamento hospitalario donde se trataba a la paciente era el encargado de decidir si la esterilización prevista en el art. 2.a) era o no necesaria. En el resto de casos, dicha decisión recaía sobre un Comité de esterilización (art. 5).

El punto XIV del Anexo del Reglamento recogía varias razones ginecológicas que justificaban la esterilización:

- (i) Cuando la mujer hubiese dado a luz mediante cesárea en repetidas ocasiones.
- (ii) Cuando fuesen a persistir dolencias que aconsejaran la realización de una cesárea en un embarazo posterior.
- (iii) Cuando la mujer no deseara volver a dar a luz mediante cesárea.
- (iv) En caso de complicaciones repetidas durante el embarazo, en el transcurso del parto y en las 6 semanas posteriores al mismo, cuando un nuevo embarazo pudiera poner en grave peligro la vida o la salud de la mujer.
- (v) Cuando una mujer tuviera varios hijos (cuatro, si era menor de 35 años, y tres, si superaba dicha edad).

⁵ Reglamento núm. Z-4 582/1972-B/1, publicado en el Boletín Oficial del Ministerio de Sanidad núm. 8-9/1972.

Sin embargo, varios informes posteriores a la aprobación del Reglamento pusieron de relieve que muchas mujeres romaníes se habían visto forzadas a prestar su consentimiento a la esterilización como consecuencia de su pobre condición económica y de las amenazas de las autoridades eslovacas –en particular, de los trabajadores sociales y los profesionales sanitarios– con retirarles las ayudas sociales o arrebatárselas a sus hijos⁶.

En 1988, el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales de la República Socialista de Eslovaquia aprobó el Decreto núm. 151/1988, que facultaba a las autoridades eslovacas a conceder una subvención de hasta 25.000 coronas eslovacas –el equivalente a, aproximadamente, el sueldo de un año⁷– a las mujeres que consintieran su esterilización. Con la caída del régimen comunista en 1989, el nuevo Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales aprobó el Decreto núm. 590/1990, de 20 de diciembre, que derogó el Decreto núm. 151/1988⁸ y supuso el abandono –oficial– de la esterilización forzosa de mujeres.

El 1 de enero de 1993, Checoslovaquia se dividió en dos Estados –la República Checa y Eslovaquia– independientes. Ese mismo año entraron en vigor en Eslovaquia el [Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos](#)⁹ y el [Convenio para la Protección de los Derechos humanos y de las Libertades Fundamentales](#)¹⁰ (en adelante, CEDH).

En 1994, el Ministerio de Sanidad eslovaco aprobó la Ley núm. 277/1994, sobre atención sanitaria, que regularía, entre otras cuestiones, el régimen jurídico del consentimiento informado.

De acuerdo con dicha ley, el médico estaba obligado a informar al paciente de la naturaleza de su enfermedad y de los procedimientos médicos necesarios para que ambos pudieran cooperar activamente en el tratamiento (art. 15.1). Asimismo, exigía que, en los procedimientos médicos particularmente graves o que pudieran afectar de manera importante la futura vida de una persona, el consentimiento del paciente constara por escrito u otra forma justificable (art. 13.1). Finalmente, establecía que las instituciones sanitarias estaban obligadas a conservar los historiales médicos de los pacientes durante los 50 años siguientes a su fallecimiento, que únicamente debían entregarlos si así lo solicitaban por escrito la policía, el fiscal o un tribunal, y que los pacientes únicamente tenían derecho a consultarlos y extraerlos (art. 16).

El 15 de enero de 1998, Eslovaquia ratificó el [Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad de los seres humanos en relación a la aplicación de la biología y la](#)

⁶ Véase, por todos, HUMAN RIGHTS WATCH (1992, pp. 21 y ss.).

⁷ CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS / PORADŇA PRE OBČIANSKE A L'UDSKÉ PRÁVA (CENTRE FOR CIVIL AND HUMAN RIGHTS OR PORADŇA) (2003, p. 43).

⁸ Informe del CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS / PORADŇA PRE OBČIANSKE A L'UDSKÉ PRÁVA (CENTRE FOR CIVIL AND HUMAN RIGHTS OR PORADŇA) (2003, p. 124, nota 86).

⁹ Nueva York, 16 de diciembre de 1966. El [Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos civiles y políticos](#) fue adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 diciembre de 1966, y entró en vigor el 23 de marzo de 1976. Dicho pacto fue ratificado por Eslovaquia el 28 de mayo de 1993.

¹⁰ Roma, 4 de noviembre de 1950. El Convenio fue ratificado por Eslovaquia el 18 de marzo de 1992.

medicina¹¹ (en adelante, Convenio europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina), que entró en vigor el 1 de diciembre de 1999.

El Capítulo II del Convenio regula los requisitos generales de un consentimiento libre e informado (art. 5), así como reglas específicas para las personas que no tienen capacidad para expresar su consentimiento (art. 6) o sufren trastornos mentales (art. 7), y para las situaciones de urgencia (art. 8) o aquéllas en las que el paciente ha expresado deseos con respecto a una intervención médica por sí, en el momento de su realización, no puede expresar su voluntad (art. 9).

Tanto el Reglamento de esterilización de 1972 como la Ley de atención sanitaria de 1994 fueron derogados por la Ley núm. 576/2004, de Atención Sanitaria, Servicios de Atención Sanitaria y Modificaciones de determinadas leyes, que entró en vigor el 1 de noviembre de 2004 y se hizo efectiva el 1 de enero de 2005.

Según la Ley de 2004, la práctica de una esterilización sólo es posible si concurren los siguientes requisitos (arts. 6 y 40):

- (i) La intervención se solicita por escrito;
- (ii) La paciente o su representante prestan su consentimiento a la intervención por escrito;
- (iii) El consentimiento se presta tras haber recibido información sobre los métodos alternativos de anticoncepción y planificación familiar, los posibles cambios en las circunstancias vitales que lleven a solicitar la esterilización, las consecuencias médicas de la esterilización como un método irreversible para la prevención de la fertilidad y la posibilidad de un fallo en la esterilización;
- (iv) El consentimiento se registra en el historial médico de la paciente, y
- (v) Transcurren al menos 30 días desde la prestación del consentimiento.

La Ley garantiza, asimismo, que los pacientes, sus representantes o cualquier otra persona que haya sido autorizada por el paciente puedan acceder, extractar y obtener copias de los historiales médicos (art. 25).

A pesar de lo anterior, algunos informes relativamente recientes revelan casos de esterilización forzosa de mujeres hasta, por lo menos, el 2004¹². En todos ellos, las intervenciones se realizaron tras la realización de una cesárea, tras un aborto o en el curso de operaciones para tratar embarazos ectópicos o retirar dispositivos intrauterinos. En la mayoría de casos, las pacientes no prestaron su consentimiento a la esterilización o lo prestaron cuando sus facultades cognitivas se encontraban seriamente afectadas por el dolor o los efectos de la anestesia. En otros, consintieron la esterilización sin haber recibido información sobre sus consecuencias, sin entender la terminología médica relevante, o por miedo a perder las ayudas sociales de las que eran beneficiarias.

¹¹ Oviedo, 4 de abril de 1997. Consejo de Europa Tratado Series núm. 164.

¹² COMMISSION ON SECURITY AND COOPERATION IN EUROPE (2006).

En la actualidad, Eslovaquia carece de mecanismos internos que garanticen un resarcimiento adecuado a las mujeres que fueron víctimas de este tipo de prácticas¹³.

Dicha carencia obedece, en gran medida, a la negativa de las autoridades eslovacas a admitir la realización de esterilizaciones forzosas de mujeres romanís en su país. Entre febrero y mayo de 2003, el Ministerio de Sanidad eslovaco llevó a cabo una investigación administrativa que concluyó que las mujeres romanís jamás habían sido esterilizadas forzosamente ni discriminadas en hospitales públicos. Para los miembros del equipo de investigación, la firma de los formularios de consentimiento informado era una prueba concluyente de que dichas mujeres habían consentido su esterilización.

En enero de 2003, el gobierno eslovaco decidió iniciar una investigación penal por la posible perpetración en los hospitales del país de un crimen de genocidio. Dicha investigación también concluyó que las esterilizaciones habían sido voluntarias y se habían realizado cuando la vida o la salud de las pacientes se encontraban en peligro.

2. Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 8 de noviembre de 2011

2.1. Hechos

El 23 de agosto de 2000, la Sra. V. C., ciudadana eslovaca de 20 años de edad y de origen étnico romaní, acudió al Hospital público de Prešov –en la actualidad, Hospital Universitario y Centro de Atención Sanitaria J. A. Reiman– para dar a luz a su segundo hijo.

La Sra. V. C. fue ingresada en el servicio de ginecología y obstetricia de dicho hospital a las 7.52 horas. Poco después de su llegada, el personal sanitario del hospital le comunicó que, ante el riesgo de rotura del útero, el parto se realizaría por cesárea.

Hacia las 10.30 horas, los médicos del hospital informaron a la Sra. V. C., quien llevaba varias horas de parto y padecía dolores muy intensos, de los riesgos de un tercer embarazo, tanto para su vida como para la de su futuro hijo, y le pidieron que firmara una solicitud de esterilización. La paciente, cuyas capacidades cognitivas se encontraban seriamente afectadas debido al parto y el dolor que padecía, firmó la solicitud.

A las 11.30 horas, la paciente fue anestesiada y sometida a una cesárea y posterior ligadura de trompas por la técnica Pomeroy¹⁴. La intervención finalizó a las 12.10 horas.

¹³ Sobre los mecanismos de que disponen las mujeres romanís para conseguir una compensación en foros regionales e internacionales, véase TOMASOVIC (2010).

¹⁴ La operación de Pomeroy, que debe su nombre al tocólogo y ginecólogo estadounidense Ralph H. POMEROY, es un método de esterilización consistente en la ligadura y posterior escisión de una parte de las trompas de Falopio.

Durante su hospitalización en la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital de Prešov, la Sra. V. C. tuvo que compartir habitación con pacientes de su misma etnia y fue advertida de que no utilizara los baños y servicios reservados a mujeres no romaníes.

Como consecuencia de la esterilización, la Sra. V. C. fue condenada al ostracismo por la comunidad romaní y fue abandonada por su marido en varias ocasiones hasta que, en el 2009, se divorciaron. Asimismo, sufrió problemas físicos y psicológicos graves a resultas de un falso embarazo.

2.2. Sentencia del Tribunal de Distrito de Prešov

El 9 de septiembre de 2004, la Sra. V. C. presentó una demanda ante el Tribunal de Distrito de Prešov por la vulneración del Reglamento de Esterilización eslovaco de 1972, así como de los arts. 3 (*Prohibición de la tortura*), 8 (*Derecho al respeto de la vida privada y familiar*), 12 (*Derecho a contraer matrimonio*) y 14 (*Prohibición de discriminación*) CEDH, y solicitó una disculpa así como una indemnización por los daños morales sufridos.

La demandante alegaba, en primer lugar, que no había prestado un consentimiento pleno e informado a la esterilización, pues los médicos no la habían informado debidamente del procedimiento, sus consecuencias y soluciones alternativas; en segundo lugar, que la esterilización no había sido aprobada por un comité de esterilización; finalmente, que la ligadura de trompas no tenía la consideración de operación vital.

El 28 de febrero de 2006, el Tribunal de Distrito de Prešov desestimó la demanda. Para el Tribunal, el personal médico había actuado de conformidad con la ley, pues la intervención se había realizado por razones médicas y, en cualquier caso, tras obtener la firma de la paciente. Además, la situación de la demandante no era irreversible, pues siempre le quedaba la posibilidad de acudir a la fecundación *in vitro*.

2.3. Sentencia del Tribunal Regional de Prešov

El 12 de mayo de 2006, la Sra. V. C. presentó recurso de apelación ante el Tribunal Regional de Prešov, que fue desestimado el 25 de octubre de ese mismo año. Para el Tribunal, el procedimiento de esterilización se había realizado tras informar a la paciente de su estado de salud. Además, la decisión sobre la procedencia o no de la intervención no correspondía a un comité de esterilización, sino al médico jefe, pues la intervención se iba a realizar en órganos reproductivos enfermos.

2.4. Sentencia del Tribunal Constitucional eslovaco

El 17 de enero de 2007, la Sra. V. C. presentó demanda ante el Tribunal Constitucional eslovaco por la vulneración de varios derechos y libertades constitucionales, en particular, la prohibición de la discriminación y el trato o castigo cruel, inhumano o degradante; el derecho a la protección frente a una injerencia injustificada en la vida privada y familiar, y

el derecho a la protección de la familia. Asimismo, alegó la violación de los derechos previstos en los arts. 3 (*Prohibición de la tortura*), 8 (*Derecho al respeto de la vida privada y familiar*), 12 (*Derecho a contraer matrimonio*), 13 (*Derecho a un recurso efectivo*) y 14 (*Prohibición de discriminación*) CEDH, y 5 –relativo al consentimiento informado– del [Convenio europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina](#). Dicha demanda fue desestimada el 14 de febrero de 2008 por carecer manifiestamente de fundamento.

2.5. Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos

El 23 de abril de 2007, la Sra. V. C. demandó a la República de Eslovaquia ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos por vulneración de los arts. 3 (*Prohibición de la tortura*), 8 (*Derecho al respeto de la vida privada y familiar*), 12 (*Derecho a contraer matrimonio*), 13 (*Derecho a un recurso efectivo*) y 14 (*Prohibición de discriminación*) CEDH, y solicitó una indemnización de daños y perjuicios de 50.000 euros en concepto de daño moral y de 38.930,43 euros en concepto de costas y gastos de honorarios, preparación y fotocopia de documentos, comunicación y correo, entre otros. Dicha demanda fue admitida a trámite por decisión de 16 de junio de 2009.

El Tribunal estimó en parte la demanda por vulneración de los arts. 3 y 8 CEDH, y condenó a la demandada al pago de 31.000 euros en concepto de daño moral y 12.000 euros en concepto de costas y gastos. En su resolución, el Tribunal omitió un examen independiente de los arts. 12 y 14 CEDH, y centró la atención en la posible vulneración de los arts. 3, 8 y 13 CEDH.

2.5.1. La esterilización como trato inhumano o degradante

La Sra. V. C. alegó, en primer lugar, que la esterilización a la que había sido sometida en el Hospital público de Prešov tenía la consideración de trato inhumano o degradante prohibido por el art. 3 CEDH.

Para resolver esta cuestión, el Tribunal recuerda que el art. 3 CEDH circunscribe su ámbito de aplicación a los tratos que revisten un nivel mínimo de gravedad¹⁵ –que depende de las circunstancias del caso y, en particular, de la duración del tratamiento, de los efectos físicos y mentales y, en ocasiones, del sexo, edad y estado de salud del afectado¹⁶– y persiguen la humillación o degradación de la víctima. Sin embargo, la finalidad de humillación, que en el caso objeto de análisis no parece darse, no es un requisito indispensable para que pueda hablarse de una vulneración del art. 3 CEDH.

Como señaló el TEDH en el caso *Jalloh c. Alemania*, que concluyó que las autoridades alemanas habían violado el art. 3 CEDH al suministrar un emético por la fuerza a un sospechoso de tráfico de drogas, “(...) un trato es «inhumano» principalmente por haber sido aplicado con

¹⁵ Entre otras, SSTEDH 11.7.2006, caso *Jalloh c. Alemania* (JUR 2006\204643); 14.11.2002, caso *Mouisel c. Francia* (JUR 2003\48552); 12.2.2008, caso *Kafkaris c. Chipre* (JUR 2008\37809).

¹⁶ STEDH 25.4.1978, caso *Tyrer c. Reino Unido* (TEDH 1978\3).

premeditación durante horas y haber causado, si no verdaderas lesiones, por lo menos sufrimientos físicos y morales (...). Asimismo ha considerado que un trato es «degradante» si podía inspirar a sus víctimas sentimientos de temor, angustia e inferioridad que pudiesen humillarles, degradarles y vencer eventualmente su resistencia física o moral (...) o les llevase a actuar contra su voluntad o su conciencia (...). Además, para indagar si un trato es «degradante» en el sentido del artículo 3, el Tribunal examinará concretamente si su objeto era humillar y rebajar al interesado. Sin embargo, la ausencia de tal finalidad no excluye definitivamente una constatación de violación del artículo 3 (...). Para que una pena o el trato de la que ésta se acompaña puedan calificarse de «inhumanos» o «degradantes», el sufrimiento o la humillación deben ir en todo caso más allá de los que conlleva inevitablemente una forma concreta de trato o pena legítimos (...)” (ap. 68)¹⁷.

El Tribunal ha tenido la oportunidad de pronunciarse y constatar la vulneración del art. 3 [CEDH](#) en un contexto de intervenciones médicas equiparable al de la sentencia analizada. En este contexto, el Tribunal ha sostenido lo siguiente¹⁸:

- Las intervenciones médicas serán calificadas de trato inhumano si no es posible demostrar de manera convincente que obedecían a necesidades terapéuticas y que había, y se cumplieron, las garantías procesales que debían acompañar a la decisión de proceder¹⁹. *Sensu contrario*, una intervención con una finalidad médica no podrá ser considerada un trato degradante aunque se realice en contra de la voluntad del paciente.

Desde este punto de vista, la STEDH 24.9.1992 (TEDH 1992\58), que resuelve el caso *Herczegfalvy c. Austria*, considera que la República de Austria no vulneró el art. 3 [CEDH](#) cuando administró alimento por la fuerza a un ciudadano húngaro que había sido internado en un centro psiquiátrico y que, como consecuencia de una huelga de hambre, corría el riesgo de morir.

- Ahora bien, la imposición a un paciente adulto y sano mentalmente de un tratamiento médico sin que haya consentimiento podrá suponer una vulneración de los derechos protegidos por el art. 8.1 [CEDH](#) (véase *infra* apartado 2.5.2) si no estuvo motivada por una situación de emergencia (ap. 108).

En la STEDH 29.4.2002 (TEDH 2002\23), que resolvió el caso *Pretty c. Reino Unido*, el Tribunal tuvo que pronunciarse sobre la vulneración de varios derechos de una ciudadana británica, afectada de una enfermedad degenerativa progresiva incurable, por la negativa del Director de la Fiscalía Pública del Reino Unido a proporcionar inmunidad a su marido si la asistía en la comisión de su suicidio. El Tribunal señaló *obiter dicta* que, si bien “(...) el rechazo a aceptar un tratamiento concreto puede, de forma ineludible, conducir a un final fatal, (...) la imposición de un tratamiento médico

¹⁷ STEDH 11.7.2006, caso *Jalloh c. Alemania* (JUR 2006\204643).

¹⁸ No se estudiará aquí la doctrina jurisprudencial aplicable a las intervenciones médicas practicadas a personas arrestadas o detenidas durante una investigación policial, pues va más allá del objeto de este trabajo.

¹⁹ En este sentido, véanse los arts. 5 a 9 del [Convenio europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina](#).

sin la aprobación del paciente si es adulto y sano mentalmente se considera un ataque a la integridad física del interesado que afecta a los derechos protegidos en el art. 8.1 del Convenio" (ap. 63).

Aplicando esta doctrina a la esterilización de la demandante, el Tribunal se pregunta por el consentimiento prestado por la paciente, dejando en suspenso la cuestión de si el tratamiento obedecía efectivamente a una necesidad médica.

En el momento en que tuvo lugar la esterilización forzosa de la Sra. V. C. regía en Eslovaquia la Ley núm. 277/1994, sobre atención sanitaria, y el [Convenio europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina](#). De acuerdo con la Ley 277/1994, el consentimiento a intervenciones médicas de carácter particularmente grave, o que afectaban sustancialmente a la futura vida de una persona, se debía prestar por escrito o de otra forma demostrable (art. 13.2), una vez que la paciente hubiera recibido información sobre la naturaleza de la enfermedad y los procedimientos médicos necesarios para hacer frente a la misma (art. 15.1). El [Convenio europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina](#) reiteraba la imposibilidad de someter a alguien a una intervención sin su consentimiento, reconociendo de este modo la autonomía del paciente en relación con los profesionales sanitarios y evitando cualquier posible enfoque paternalista que pudiera ignorar los deseos de aquél. Ampliaba, además, la información que debía recibir el paciente con anterioridad a cualquier intervención a sus riesgos y consecuencias (art. 5.2). El [Informe Explicativo del Convenio europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina](#), de 17 de diciembre de 1996, delimitaría el ámbito de aplicación del art. 5.2 del siguiente modo:

"El artículo 5, en su párrafo 2, cita los aspectos más importantes de la información que debe preceder a la intervención, pero no es una lista exhaustiva: el consentimiento informado puede exigir, según las circunstancias, elementos adicionales. Para que el consentimiento sea válido, la persona en cuestión debe haber sido informada sobre los datos relevantes de la intervención de que se trata. Esta información tiene que incluir el fin, la naturaleza y las consecuencias de la intervención y los riesgos que comporta. La información sobre los riesgos que acarrea la intervención o sus alternativas debe comprender no sólo los riesgos inherentes al tipo de intervención de que se trate, sino también los riesgos referentes a las características individuales de cada paciente, derivados de la edad o de la concurrencia de otras patologías. Las peticiones de información adicional por parte del paciente deben ser respondidas adecuadamente.

(...) Además, esta información debe ser suficientemente clara y formulada de una manera adecuada a la persona que va a someterse a la intervención. El paciente debe estar en condiciones, gracias al empleo de términos que puede entender, de sopesar la necesidad o utilidad del fin y los métodos de la intervención frente a los riesgos, cargas o dolor que ésta supone".

Sin embargo, el [Convenio europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina](#) facultaba al personal sanitario a proceder inmediatamente con la intervención, separándose de este modo de la regla general del art. 5, cuando, por razones de urgencia, no pudiera obtenerse el consentimiento adecuado de la paciente o su representante (art. 8). El [Informe Explicativo del Convenio europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina](#) concretaría los requisitos que deben darse para poder aplicar esta excepción:

“(…) Primero, esta posibilidad se limita a las urgencias que impiden al médico obtener un consentimiento apropiado. El artículo se aplica tanto a las personas que son capaces como las que no lo son, de hecho o de derecho, de prestar su consentimiento. Un ejemplo que puede ponerse es el del paciente en coma que es incapaz de dar su consentimiento (...), o el del facultativo que no puede contactar con el representante legal de un incapacitado, que normalmente tendría que autorizar la intervención urgente. Sin embargo, incluso en situaciones urgentes, los profesionales sanitarios deben hacer los esfuerzos razonables para tratar de determinar qué es lo que el paciente querría.

(…) A continuación, la posibilidad se limita exclusivamente a las intervenciones que no pueden ser retrasadas. Las intervenciones cuyo aplazamiento es aceptable se excluyen de este supuesto. Sin embargo, tal posibilidad no queda sólo reservada para las operaciones vitales.

(…) Por último, el artículo especifica que la intervención debe realizarse para el beneficio directo del individuo afectado”.

A tenor de lo anterior, no cabe duda de que la paciente no fue debidamente informada sobre su estado de salud, el procedimiento propuesto y las alternativas al mismo, pues el personal médico le solicitó el consentimiento por escrito a las dos horas y media de su llegada al hospital, cuando estaba en pleno proceso de parto y en posición supina. Teniendo en cuenta las condiciones personales de la paciente –que desconocía el significado del término “esterilización” y tenía gravemente alterados su conocimiento y sus facultades cognitivas como consecuencia del parto y del dolor y el escaso periodo de reflexión de que dispuso entre la prestación de su consentimiento a la esterilización –con posterioridad a las 10.30 horas y la ejecución de la misma –a las 11.30 horas fue anestesiada para practicarle una cesárea y posterior esterilización, que finalizó a las 12.10 horas–, no era razonable esperar que la voluntad de la firmante se determinara de manera libre y diera una respuesta meditada.

Además, como reconoce el Tribunal, “(…) no existía una emergencia que supusiera riesgo inminente de daño irreparable para la salud o la vida de la demandante, y siendo la demandante una adulta mentalmente capaz, su consentimiento informado era un requisito previo al procedimiento, incluso asumiendo que era *necesario* desde un punto de vista médico” (ap. 110). La amenaza para la salud o la vida de la paciente no era, pues, inminente, ya que probablemente sólo se habría materializado en el caso de un futuro embarazo y, además, se podría haber evitado recurriendo a métodos menos intrusivos. Para el Tribunal, “[l]a forma en que actuó el personal del hospital fue paternalista ya que, en la práctica, no se ofreció a la demandante ninguna otra opción que la de aceptar el procedimiento que los médicos consideraban apropiado en vista de su situación” (ap. 113).

El Tribunal constata, de este modo, que la esterilización supuso una violación del art. 3 [CEDH](#), y reconoce así que los hechos de este asunto revestían una especial gravedad y presentaban ciertas especificidades respecto de otros supuestos en los que estaba en juego la legitimidad de una intervención médica. La cuestión que se plantea entonces es si, con este reconocimiento, el Tribunal estaba admitiendo tácitamente que el personal del hospital no había actuado motivado por un propósito terapéutico cuando esterilizó a la demandante. El Tribunal evade en su argumentación cualquier pronunciamiento sobre esta cuestión y basa su decisión en la forma en que se recabó el consentimiento informado y en

los daños que provocó la infertilidad –en particular, las dificultades de la demandante en la relación con su pareja y posterior marido, los síntomas de un falso embarazo y el tratamiento psiquiátrico y, muy especialmente, el aislamiento al que fue condenada por su comunidad–. En la actuación del personal sanitario, el Tribunal identifica tan sólo una actitud paternalista que privó de autonomía a la paciente, siendo la solicitud del consentimiento “(...) mientras [la paciente] estaba en una posición de decúbito supino y con dolor causado por el parto de varias horas” (ap. 117) lo que permite calificar la esterilización de trato inhumano.

El Tribunal hace justicia en un caso concreto cuando reconoce que el tratamiento de que fue objeto la víctima no es comparable al de un paciente que se somete a una intervención médica no consentida en un intento por preservar su salud. Sin embargo, no se pronuncia sobre lo realmente característico de este caso, que es la incertidumbre, en un contexto en el que todo apunta a una motivación discriminatoria, sobre si las razones que motivaron la esterilización fueron realmente terapéuticas.

2.5.2. La esterilización como un incumplimiento del deber de garantizar el respeto de la vida privada y familiar

La Sra. V.C. alegó, en segundo lugar, que la esterilización había supuesto un incumplimiento por parte de la República Eslovaca de su obligación de garantizarle el disfrute de su derecho a la vida privada y familiar consagrado en el art. 8 [CEDH](#).

El Tribunal empieza admitiendo que la salud reproductiva de una persona cae dentro del ámbito de protección del derecho a la vida privada y familiar y, por tanto, la esterilización no consentida adecuadamente por alguien supone, en todo caso, una injerencia en este derecho. La dificultad está en determinar si la República Eslovaca vulneró el derecho a la vida privada de la demandante, no sólo en su vertiente de prohibición de injerencia, sino también en la de obligación positiva de protección. Es decir, ¿era este caso tan sólo un incidente aislado, en el que el Estado no fue capaz de asegurar que se cumpliera el procedimiento legal establecido, o hubo dejación por parte de la República eslovaca de su obligación de dotar al ordenamiento de garantías para proteger eficazmente la salud reproductiva de sus ciudadanas romaníes?

El Tribunal considera que los informes del Comisionado del Consejo de Europa para los Derechos Humanos, de la Comisión Europea contra el Racismo y la Intolerancia (ECRI), y del Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), ponían de manifiesto que el riesgo de esterilización forzosa afectaba de forma especial a las mujeres de etnia gitana. De hecho, el informe del CEDAW recomendaba a Eslovaquia que adoptara las medidas necesarias para garantizar que toda intervención médica fuera precedida del consentimiento pleno e informado de las pacientes. A pesar de tales recomendaciones, la demandante fue registrada en el Hospital de Prešov como una paciente “de origen romaní”. La referencia al origen étnico de la demandante fue justificada por el Gobierno como un intento por procurar una atención especial a pacientes

que solían descuidar su salud. Sin embargo, dicha mención no se tuvo en cuenta a efectos de asegurar que la paciente prestara un consentimiento pleno e informado a la intervención.

La legislación vigente en Eslovaquia en el momento en que se produjeron los hechos no proporcionaba, pues, las garantías necesarias para proteger de una manera eficaz la salud de las mujeres romaníes. En consecuencia, el Tribunal concluyó que Eslovaquia había incumplido su obligación de protección de la vida privada de la demandante y, al hacerlo, puso de manifiesto la incompatibilidad del ordenamiento jurídico eslovaco con el [CEDH](#), una incompatibilidad que la Ley de Atención Sanitaria aprobada en 2004 parece haber corregido en buena medida.

2.5.3. La esterilización como una práctica discriminatoria por razón de origen étnico y sexo

La Sra. V.C. alegó, en último lugar, que la República de Eslovaquia había violado la prohibición de discriminación por razón de origen racial y sexo prevista en el art. 14 [CEDH](#).

El Tribunal opta en este caso por no entrar en el análisis de la discriminación por razón de etnia y sexo, al haber constatado que el Estado demandado incumplió su obligación de garantizar a la demandante, como miembro de la comunidad romaní, el disfrute de su derecho a la vida privada y familiar. De este modo, el Tribunal parece querer demostrar que sí ha tenido en cuenta la especial vulnerabilidad de la demandante como consecuencia de su origen étnico. Sin embargo, en su opinión disidente, el juez MIJOVIC manifiesta su desacuerdo con el tratamiento que la sentencia da a la discriminación, a la que entiende no se ha prestado la atención que merecía, siendo la conducta discriminatoria la clave del caso.

a) Discriminación directa por razón de origen étnico

La esterilización no consentida adecuadamente por la demandante hubiera podido ser considerada una discriminación directa por razón de origen étnico²⁰. La demandante fue registrada como “paciente de origen romaní”. Fue, además, instalada en una habitación para pacientes romaníes y advertida de que utilizara los servicios reservados a mujeres de su misma etnia. En mitad del parto le pidieron que firmara el consentimiento a una esterilización que los médicos reconocieron no era vital. La intervención trataba de prevenir el peligro que podía suponer para la demandante un posible futuro embarazo no controlado regularmente. Los médicos asumieron la actitud irresponsable de la paciente respecto de su salud por el hecho de ser romaní, pues el propio Gobierno admitió que se dejaba constancia del origen romaní en el historial médico porque tales pacientes solían descuidar la atención sanitaria. El director de la Unidad de Ginecología y Obstetricia del

²⁰ Como ha puesto de relieve la jurisprudencia del TEDH, ésta consiste en tratar de forma diferente, sin una justificación objetiva y razonable, a personas que se hallan en situaciones comparables [STEDH 13.11.2007 (JUR 2007\329300), caso *D. H. y otros c. República Checa*].

Hospital de Presov declaró en el procedimiento civil, poniendo de relieve sus prejuicios, que el caso de la demandante “era el mismo que otros similares”. El mero hecho de tener en cuenta el origen étnico de la demandante al registrarla, al asignarle una habitación y un baño, al diagnosticarla y al prescribirle un tratamiento, constituye una diferencia de trato respecto de otras pacientes, cuya raza se considera completamente irrelevante.

En el caso *E. B. c. Francia*, resuelto por la STEDH 22.1.2008 (TEDH 2008\4), en el que estaba en juego una discriminación por razón de orientación sexual en un procedimiento de adopción, al Tribunal le bastó con que “(...) la orientación sexual de la demandante no dejara de estar en el centro del debate que le afectaba y que permaneciera omnipresente en todos los niveles de los procedimientos administrativo y jurisdiccional” (ap. 88), incluso de forma implícita, para concluir que la homosexualidad de la demandante había tenido influencia en la denegación de la solicitud de adopción y que, por tanto, ésta había sido objeto de una diferencia de trato.

Pero el Tribunal insiste en que no ha quedado probado de forma convincente ni que “los médicos actuaran de mala fe, con la intención de infligir malos tratos a la demandante” ni que “la esterilización (...) fuera parte de una política organizada o que la conducta del personal del hospital estuviera motivada intencionalmente por la raza” (ap. 177). De este modo, el Tribunal parece olvidar que ni el artículo 14 CEDH ni la definición de discriminación que baraja el propio Tribunal exigen mala fe o intención de discriminar²¹. Resultan irrelevantes las razones que han motivado la actuación del presunto discriminador. La “actitud paternalista” (ap. 144) y “cierta mentalidad por parte del personal médico en cuanto a la manera de manejar la situación médica de una mujer gitana” (ap. 151), que el Tribunal considera probadas, deberían bastar para entender que la demandante fue objeto de un trato diferente debido a su origen étnico. En todo caso, la víctima aporta indicios adicionales –desde datos estadísticos que ponen de relieve la especial afectación de las mujeres romaníes por prácticas de esterilización forzosa a informes de organismos internacionales que alertan a Eslovaquia del problema– que permiten concluir razonablemente que ha sido víctima de una discriminación racial. Con ello debería ser suficiente para que se invirtiera la carga de la prueba y se exigiera a Eslovaquia que demostrara que el trato diferente dispensado por el hospital obedecía a una razón distinta de la etnia de la demandante.

Sin embargo, la posición del TEDH respecto de quién tiene la carga de la prueba en supuestos de discriminación no está del todo clara²². Hasta la STEDH 6.7.2005 (JUR 2005\179424), que resolvió el caso *Nachova c. Bulgaria*, el Tribunal había aplicado de forma estricta el criterio de prueba “más allá de toda duda razonable” a los móviles

²¹ AGENCIA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA (2010, p. 133).

²² Cfr. art. 8 de la [Directiva 2004/113/CE, de 13 de diciembre de 2004, por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres al acceso a bienes y servicios y su suministro](#) (DOUE L 373/37, de 21.12.2004), y art. 9 de la [Directiva 2000/43/CE, de 29 de junio de 2000, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato de las personas independientemente de su origen racial o étnico](#) (DOCE L 180/22, de 19.7.2000), que invierten la carga de la prueba en casos de discriminación.

discriminatorios en actos de violencia estatal²³. A partir de ese momento, la doctrina apreció una relajación en la exigencia probatoria²⁴ del Tribunal al admitir que “(...) en aquellos casos en que tan sólo las autoridades conocen los hechos, como en supuestos de muerte de una persona que se halla custodiada por el Estado, éste tiene la carga de probar que existe una explicación satisfactoria y convincente de las causas de la muerte de la persona detenida” (ap. 157)²⁵. Sin embargo, el propio Tribunal ha matizado que la ausencia de una investigación efectiva por parte del Estado para dilucidar la existencia de motivos racistas no supone una violación sustantiva del art. 14 CEDH sino una vulneración procesal de la prohibición de discriminación, que debe ser alegada expresamente por el demandante. No puede hablarse, pues, de una inversión de la carga de la prueba equiparable a la que rige en el derecho antidiscriminatorio de origen europeo y en la medida en que la víctima, en el caso analizado, no invoca una vulneración del art. 14 CEDH en su vertiente procedimental, el Tribunal no entra a analizar si Eslovaquia cumplió de forma adecuada con su obligación de aportar una razón alternativa, distinta del origen étnico de la víctima, que justificara su esterilización.

b) Discriminación indirecta por razón de origen étnico

Cabe plantearse también la posibilidad de que la esterilización de la demandante constituyera una discriminación indirecta por razón de origen étnico²⁶. El propio Tribunal admite y considera probado que “la práctica de la esterilización de mujeres sin su previo consentimiento informado afecta a personas vulnerables de diferentes grupos étnicos” (ap. 177) y parece indicar así que el riesgo de ser objeto de aquel tratamiento venía determinado más por la vulnerabilidad que por la etnia romaní. Con independencia de que la práctica de esterilizar a personas vulnerables pudiera ser considerada una discriminación directa por origen social, ésta podría ser también una discriminación étnica indirecta.

La figura de la discriminación indirecta permite atacar prácticas aparentemente neutras respecto de la característica protegida pero que, en realidad, producen el efecto de perjudicar a los miembros del colectivo que la reúne. Son ejemplos paradigmáticos de criterios indirectamente discriminatorios por razón de sexo la fuerza física²⁷, el trabajo a tiempo parcial²⁸ o el trabajo temporal²⁹. Pueden serlo de discriminaciones indirectas por

²³ STEDH 13.6.2002 (JUR 2002\158627), caso *Anguelova c. Bulgaria*; STEDH 6.7.2005 (JUR 2005\179424), caso *Nachova c. Bulgaria*; STEDH 13.12.2006 (JUR 2006\155), caso *Bekos y Koutropoulos c. Grecia*.

²⁴ REY MARTÍNEZ (2007, p. 288); CARMONA CUENCA (2009, pp. 746-747).

²⁵ STEDH 6.7.2005 (JUR 2005\179424), caso *Nachova c. Bulgaria*.

²⁶ Esta figura fue reconocida expresamente por la STEDH 13.11.2007 (JUR 2007\329300), caso *D. H. y otros c. República Checa*, que la definió como una política o medida que, aunque formulada de manera neutra, produce un efecto discriminatorio sobre un grupo. Sobre el concepto de discriminación indirecta, AGUILERA RULL (2007, pp. 9-16; 2012, pp. 154-185), REY MARTÍNEZ (2004, p. 55-69).

²⁷ STC 30.10.2000 (RTC 2000\250).

²⁸ STJCE 13.7.1989 (TJCE 171\88), caso *Rinner-Kühn c. FWW Spezial-Gebäudereinigung GmbH & co KG*.

motivos de origen racial, los test de selección³⁰, si existen métodos alternativos de calificación que no perjudican a candidatos de determinadas etnias. Pues bien, el criterio seguido por el centro hospitalario de esterilizar a mujeres que se hallaban en riesgo de exclusión social pone en situación de desventaja particular a las mujeres romaníes, en la medida en que esta etnia suele vivir, en muchos Estados, en condiciones de marginalidad. El impacto negativo del criterio elegido se prueba mediante datos estadísticos, que desenmascaran la aparente neutralidad de la práctica. La demandante aportaba en este caso datos que ponían de manifiesto cómo las esterilizaciones forzosas afectaban especialmente a mujeres de su colectivo. No hubiera tenido tampoco dificultades para probar la vulnerabilidad social de gran parte de los romaníes. Así, en este supuesto, ante la dificultad –para el Tribunal insalvable– de probar la discriminación racial directa, podría haberse elegido la vía de la discriminación indirecta. No debemos olvidar que esta figura, en sus inicios, perseguía la finalidad de desenmascarar motivaciones discriminatorias encubiertas.

c) Discriminación por razón de sexo

Aunque ni el Tribunal, ni el juez MIJOVIC, hagan alusión a ella, la esterilización no consentida de la demandante es susceptible de ser considerada también, como la propia víctima alega, una discriminación por razón de sexo y, por tanto, una discriminación múltiple.

Un trato desfavorable motivado por la situación de embarazo está directamente relacionado con el sexo de la víctima y constituye una discriminación directa por razón de sexo, siendo irrelevante, a efectos de apreciar la diferencia de trato, que ningún hombre se encuentre en una situación comparable y pueda servir de término de comparación³¹. Que el embarazo de la demandante fue la causa de su esterilización se deduce, en primer lugar, del hecho de que fuera esterilizada durante el parto. De no haber estado a punto de dar a luz, la demandante no hubiera acudido al hospital ni hubiera entrado en el quirófano en una posición tan vulnerable como la que hizo posible su esterilización no consentida. En segundo lugar, fue el posible futuro embarazo, que el personal médico pretendía evitar, el que motivó que fuera intervenida quirúrgicamente en contra de su voluntad.

d) Discriminación múltiple interseccional

A pesar de lo anterior, sería incluso más preciso afirmar que la demandante fue esterilizada por ser una mujer romaní, es decir, que fue objeto de una discriminación múltiple interseccional³². En ésta, los distintos motivos de discriminación interactúan de forma tal

²⁹ STJCE 9.2.1999 (TJCE 167\97), caso *Seymour-Smith y Pérez c. Gran Bretaña*.

³⁰ *Ricci c. Destefano* (530 F.3d 87, 29.6.2009).

³¹ STJCE 8.11.1990 (TJCE 1991\73), caso *Elisabeth Johanna Pacifica Dekker c. Centrum*.

³² BURRI/SCHIEK (2009, p. 3) también definen las esterilizaciones forzosas de mujeres romaníes como una discriminación múltiple interseccional.

que la discriminación no se detecta si los consideramos aisladamente³³. La esterilización forzosa es una forma de discriminación que no experimentan generalmente ni las mujeres de otros orígenes étnicos, ni los hombres de etnia romaní, sino que afecta casi exclusivamente a personas que se hallan en la intersección de esas dos características. Si comparamos –como hace la discriminación directa por razón de sexo– a una mujer y un hombre, probablemente no detectaremos la discriminación. La esterilización forzosa no parece ser un trato menos favorable de una mujer debido a su sexo, si las mujeres no romaníes no son víctimas de dicha práctica. Podríamos cuestionar la relación de causalidad entre el sexo y el trato desigual, porque todas aquellas mujeres que no sufren la esterilización la ponen en duda. Del mismo modo, resulta difícil probar, como muestra la propia sentencia aquí comentada, la causalidad existente entre el origen étnico y el comportamiento dañoso, pues no todo miembro de la comunidad romaní es esterilizado.

La discriminación múltiple produce un efecto de exclusión mayor –que debiera ser compensado con una indemnización más elevada– que el que se podría derivar de la discriminación basada en una sola característica. Así sucede en el caso que nos ocupa, en el que la demandante fue condenada al ostracismo por los miembros de su comunidad. ¿Le habría sucedido lo mismo si hubiera sido un hombre o hubiera pertenecido a otra etnia? Probablemente no, porque ni tiene el mismo significado social la infertilidad de una mujer que la de un hombre, ni todas las comunidades reaccionan igual a la esterilidad de uno de sus miembros.

3. *Tabla de sentencias citadas*

Tribunal Europeo de Derechos Humanos

<i>Fecha</i>	<i>Referencia</i>	<i>Partes</i>
25.4.1978	TEDH 1978\3	<i>Tyrer c. Reino Unido</i>
13.7.1989	TJCE 171\88	<i>Rinner-Kühn c. FWW Spezial-Gebäudereinigung GmbH & co KG</i>
8.11.1990	TJCE 1991\73	<i>Elisabeth Johanna Pacifica Dekker c. Centrum</i>
24.9.1992	TEDH 1992\58	<i>Herczegfaly c. Austria</i>
9.2.1999	TJCE 167\97	<i>Seymour-Smith y Pérez c. Gran Bretaña</i>
13.6.2002	JUR 2002\158627	<i>Anguelova c. Bulgaria</i>
14.11.2002	JUR 2003\48552	<i>Mouisel c. Francia</i>
6.7.2005	JUR 2005\179424	<i>Nachova c. Bulgaria</i>
11.7.2006	JUR 2006\204643	<i>Jalloh c. Alemania</i>
13.12.2006	JUR 2006\155	<i>Bekos y Koutropoulos c. Grecia</i>

³³ MAKKONEN (2002, p. 11), BURRI/SCHIEK (2009, p. 3), DE LAMA AYMÀ (2011, p. 488). Asimismo, sobre las dificultades para detectar la discriminación interseccional en un acercamiento que parte de grupos cerrados, FREDMAN (2001, p. 159), MOON (2009, p. 7).

13.11.2007	JUR 2007\329300	<i>D. H. y otros c. República Checa</i>
22.1.2008	TEDH 2008\4	<i>E. B. c. Francia</i>
12.2.2008	JUR 2008\37809	<i>Kafkaris c. Chipre</i>

Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas

<i>Fecha</i>	<i>Referencia</i>	<i>Partes</i>
13.7.1989	TJCE 171\88	<i>Rinner-Kühn c. FWW Spezial-Gebäudereinigung GmbH & co KG</i>
8.11.1990	TJCE 1991\73	<i>Elisabeth Johanna Pacifica Dekker c. Centrum</i>
9.2.1999	TJCE 167\97	<i>Seymour-Smith y Pérez c. Gran Bretaña</i>

Tribunal Constitucional

<i>Fecha</i>	<i>Referencia</i>	<i>Partes</i>
30.10.2000	RTC 2000\250	<i>Sindicato de Alimentación de Comisiones Obreras de la Región Murciana c. STSJ Murcia 8.5.1995 y STS 27.3.1996</i>

Tribunal Supremo de los Estados Unidos de América

<i>Fecha</i>	<i>Referencia</i>	<i>Partes</i>
29.6.2009	530 F.3d 87	<i>Ricci c. Destefano</i>

4. Bibliografía

AGENCIA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA (2010), *Manual de legislación europea contra la discriminación*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

Ariadna AGUILERA RULL (2007), "Discriminación directa e indirecta. Comparación y crítica del concepto de discriminación en el *Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz* y en el Proyecto español de Ley Orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres", *InDret 1/2007*, pp. 1-18.

--(2012), *Contratación y diferencia. Las prohibiciones de discriminación por sexo y origen étnico en el acceso a bienes y servicios*, Tirant lo Blanch, Valencia (en prensa).

Susanne BURRY / Dagmar SCHIEK (2009), *Multiple Discrimination in EU Law: Opportunities for legal responses to intersectional gender discrimination?*, Report by the European Network of

Legal Experts in the Field of Gender Equality for the European Commission DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.

Encarna CARMONA CUENCA (2009), "La prohibición de discriminación. Nuevos contenidos (Art. 14 CEDH y Protocolo 12)", en Javier GARCÍA ROCA / Pablo SANTOLAYA (Coords.), *La Europa de los Derechos. El Convenio Europeo de Derechos Humanos*, 2ª ed., Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, pp. 733-764.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS / PORADŇA PRE OBCIANSKE A L'UDSKÉ PRÁVA (CENTRE FOR CIVIL AND HUMAN RIGHTS OR PORADŇA) (2003), *Body and Soul: Forced and Coercive Sterilisation and Other Assaults on Roma Reproductive Freedom in Slovakia* (Cuerpo y alma: Esterilización forzosa y coercitiva y otros atentados contra la libertad reproductiva de las romaníes en Eslovaquia).

COMMISSION ON SECURITY AND COOPERATION IN EUROPE (2006), *The sterilization investigation in the Czech Republic: briefing of the Commission on Security and Cooperation in Europe, August 15, 2006*, Washington, DC.

Alejandra DE LAMA AYMÁ (2011), "Discriminación múltiple: género y religión", en Mª Paz GARCÍA RUBIO / Rosario VALPUESTA FERNÁNDEZ (Dir.), *El levantamiento del velo: las mujeres en el derecho privado*, Tirant lo Blanch, Valencia, pp. 485-516.

Sandra FREDMAN (2001) "Equality: A new generation?", *Industrial Law Journal*, vol. 30, núm. 2, pp. 145-168.

HUMAN RIGHTS WATCH (1992), *Struggling for Ethnic Identity. Czechoslovakia's Endangered Gypsies* (Helsinki Watch Report), USA.

LL. M. Timo MAKKONEN (2002), "Multiple, Compound and Intersectional Discrimination: Bringing the Experience of the Most Marginalized to the Fore", Institute for Human Rights, Åbo Akademi University.

Gay MOON (2009), "Multiple Discrimination: Justice for the Whole Person", *Roma Rights: Journal of the European Roma Rights Centre*, núm. 2, pp. 5-10.

Fernando REY MARTÍNEZ (2004), "El derecho fundamental a no ser discriminado por razón de sexo", en Ángeles VIVAS LARRUY (Dir.), *La discriminación por razón de sexo tras 25 años de la Constitución española*, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, pp. 23-108.

--(2007), "La discriminación racial en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos", *Revista Española de Derecho Constitucional*, año 27, núm. 79, pp. 279-307.

Eleonora SANDOR (2002), "Slovak Population Census 2001: The Politics of Ethnicity", *Beyond Transition Newsletter*, vol. 13, núm. 1.

Elizabeth K. TOMASOVIC (2010), [“Robbed the Reproductive Justice: The Necessity of a Global Initiative to Provide Redress to Roma Women Coercively Sterilized in Eastern Europe”](#), *Columbia Human Rights Law Review*, vol. 41, pp. 765-823.